

Actividades da OMS na Região Africana

2004-2005

Relatório Bienal do Director Regional



**Organização
Mundial de Saúde**

ESCRITÓRIO REGIONAL **Africano**

Actividades da OMS na Região Africana

2004-2005

Relatório Bienal do Director Regional

Quinquagésima-sexta sessão do
Comité Regional Africano
Addis Abeba, Etiópia
28 de Agosto–1 de Setembro de 2006

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
Escritório Regional Africano
Brazzaville • 2006

Dados da Biblioteca AFRO para Catalogação na Publicação
Actividades da OMS na Região Africana
Relatório Anual do Director Regional

1. Organização Mundial de Saúde
2. Prioridades sanitárias
3. Planificação Regional-Saúde
4. África

ISBN 92 9 034 006 1 (Classificação NLM : WA 541)

©

Escritório Regional Africano da OMS
(2006)

As publicações da Organização Mundial de Saúde beneficiam da protecção prevista pelas disposições do Protocolo nº 2 da Convenção Universal dos Direitos de Autor. Reservados todos os direitos. Cópias desta publicação podem ser obtidas na Unidade dos Serviços Linguísticos e de Publicações do Escritório Regional Africano da OMS, Caixa Postal 6, Brazzaville, República do Congo (Tel: +47 241 39100; Fax: +47 241 39507; E-mail: afrobooks@afro.who.int). Os pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir esta publicação, quer seja para venda ou para distribuição não-comercial, devem ser enviados para o mesmo endereço.

As designações utilizadas e a apresentação dos dados nesta publicação não implicam, da parte do Secretariado da Organização Mundial de Saúde, qualquer tomada de posição quanto ao estatuto jurídico dos países, territórios, cidades ou zonas, ou das suas autoridades, nem quanto à demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas nos mapas representam fronteiras aproximadas, sobre as quais é possível que ainda não exista total acordo.

A menção de determinadas empresas e de certos produtos comerciais não implica que essas empresas e produtos sejam aprovados ou recomendados pela Organização Mundial de Saúde, preferencialmente a outros, de natureza semelhante, que não sejam mencionados. Salvo erro ou omissão, as marcas registadas são indicadas por uma letra maiúscula inicial.

A Organização Mundial de Saúde tomou as devidas precauções para verificar a informação contida nesta publicação. Todavia, o material publicado é distribuído sem qualquer tipo de garantia, nem explícita nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do referido material cabe exclusivamente ao leitor. Em caso algum, poderá a Organização Mundial de Saúde ser considerada responsável por prejuízos que decorram da sua utilização.

Impresso nas Ilhas Maurícias

O Director Regional tem a honra de submeter à apreciação do Comité Regional, o Relatório das Actividades da Organização Mundial de Saúde na Região Africana, durante o período de 1 de Janeiro de 2004 a 31 de Dezembro de 2005.

*Dr. Luis G. Sambo
Director Regional*

ÍNDICE

	<i>Página</i>
SIGLAS	vii
RESUMO	ix
	<i>Parágrafos</i>
INTRODUÇÃO	1-5
PARTE I: EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA 2004-2005	6-265
REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS	6-250
Gestão e desenvolvimento do programa geral	6-53
Desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde	54-72
VIH/SIDA, tuberculose e paludismo	73-95
Prevenção e controlo das doenças transmissíveis	96-128
Prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis	129-166
Saúde reprodutiva e da família	167-200
Ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável	201-250
EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO	251-256
Factores facilitadores	251-253
Factores de constrangimento	254-256
PERSPECTIVAS	257-265
PARTE II: RELATÓRIO DOS PROGRESSOS REALIZADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DO COMITÉ REGIONAL	266-343
Eliminação da lepra na Região Africana	266-272
Saúde e ambiente: Estratégia para a Região Africana	273-276
Pobreza e saúde: Estratégia para a Região Africana	277-281
Macroeconomia e saúde: Perspectivas para a Região Africana	282-288
Reforço do papel dos hospitais nos sistemas nacionais de saúde da Região Africana	289-293
Saúde das mulheres: Estratégia para a Região Africana	294-300
Segurança dos alimentos e saúde: Análise da situação e perspectivas	301-307
Reposicionamento do planeamento familiar no contexto dos serviços de saúde reprodutiva: quadro de acção acelerada 2005-2014	308-312
Intervenções prioritárias para o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária	313-318
Saúde e segurança ocupacional na Região Africana: Análise da situação e perspectivas	319-326
Abuso sexual de crianças: Uma emergência sanitária silenciosa	327-331
Consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde: Análise da situação e perspectivas na Região Africana	332-338
Controlo da tripanossomiase humana africana: Estratégia para a Região Africana	339-343

ANEXO: EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO POR ÁREA DE ACTIVIDADE, REGIÃO AFRICANA DA OMS, 2004-2005	71
Quadro 1: Execução do Orçamento, todas as fontes e níveis	71
Quadro 2: Execução do Orçamento Ordinário e fundos de outras fontes	73
Quadro 3: Execução do Orçamento, nível dos países e Escritório Regional	76

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

1. Composição do quadro de profissionais de cuidados de saúde na Região Africana da OMS, 2005.....	12
2. Controlo de qualidade de medicamentos para a tuberculose, países seleccionados, 2004	13
3. Prevalência do VIH nas unidades de sangue recolhidas em Bobo Dioulasso, Burkina Faso, 2000–2004.....	14
4. Tendência das novas taxas de notificação de TB com esfregaço positivo por Região da OMS, 1993–2003.....	17
5. Tratamento preventivo intermitente das mulheres grávidas na Região Africana da OMS, 2005.....	19
6. Percentagem de crianças com idade inferior a 5 anos que dormem sob ITN, em países seleccionados	20
7. Tendência na incidência da dracunculose, Região Africana	23
8. Prevalência de microfilárias em dois locais sentinela sob administração de medicamentos em massa, Tanzânia 2001–2004.....	24
9. Situação da ratificação da Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica na Região Africana, 2005.....	32
10. Níveis da prevalência (%) do uso do tabaco nos 13-15 anos de idade, países seleccionados, 2004.....	33
11. Situação da implementação da AIDI, Região Africana da OMS, 2002–2003.....	37
12. Situação da implementação da AIDI, 2004–2005.....	37
13. Número de países que implementaram a estratégia da Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas, Região Africana da OMS.....	43
14. Execução do Orçamento-Programa da Região Africana da OMS, 2004–2005.....	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Prevalência (%) de factores de risco de doença cardiovascular, países seleccionados, 2005.....	29
Quadro 2: Situação da lepra na Região Africana no início de 2005	57

SIGLAS

ACT	Terapia de combinação à base de artemisinina
ADB	Banco Africano de Desenvolvimento (BAD)
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA)
AMS	Sistema de Gestão de Actividades
APADOC	Aliança de Pais, Adolescentes e Comunidade
ART	Terapia Anti-Retroviral
CCS	Estratégia de Cooperação com os Países
CMH	Comissão de Macroeconomia e Saúde
COMESA	Mercado Comum da África Oriental e Austral
DDT	Diclorodifeniltricloroetano
DFID	Agência Britânica para o Desenvolvimento Internacional
DHS	Inquérito Demográfico e Sanitário
DOTS	Terapia por Observação Directa de Curta-Duração
DPT	Difteria, Tosse Convulsa e Tétano
ECA	Comunidade Económica Africana (CEA)
ECOWAS	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO)
EPI	Programa Alargado de Vacinação (PAV)
FAO	Organização para a Alimentação e a Agricultura
FCTC	Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica
FGM	Mutilação Genital Feminina
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)
ICT	Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC)
IDSR	Vigilância e Resposta Integrada às Doenças
IMCI	Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI)
ITN	Mosquiteiro Tratado com Insecticida
MDG	Metas de Desenvolvimento do Milénio
MICS	Indicadores Múltiplos de Inquérito de Grupo
MTEF	Quadro de Despesas a Médio Prazo
NCD	Doença Não-Transmissível
NEPAD	Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano
NGO	Organização Não-Governamental
PMTCT	Prevenção da Transmissão Vertical (do VIH)
PRSP	Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza

RED	Chegar a Todos os Distritos
SADC	Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral
SIA	Actividade Suplementar de Vacinação
SPLM	Movimento Popular de Libertação do Sudão
STEPS	Abordagem por Etapas da Vigilância aos Factores de Risco
SWAp	Abordagem Sectorial Alargada
TB	Tuberculose
UN	Nações Unidas
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA (ONUSIDA)
UNEP	Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUE)
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para as Populações (FNUAP)
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIDO	Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial (ONUDI)
UNIFEM	Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher
UK	Reino Unido
WAHO	Organização da África Ocidental para a Saúde
WHA	Assembleia Mundial da Saúde
WHO	Organização Mundial de Saúde

RESUMO

1. Durante o período 2004-2005, a OMS revitalizou e implementou políticas e estratégias para actividades específicas através dos seus escritórios regionais e representações nos países. O Comité Regional Africano da OMS aprovou 15 resoluções e decisões com aplicação pertinente a nível nacional, regional e mundial. A OMS alinhou, também, as suas actividades com as prioridades dos países através da conclusão de seis Estratégias adicionais de Cooperação com os Países, perfazendo um total de 45.

2. Com a diminuição dos recursos na maioria dos países da Região Africana e com a rápida deterioração da situação sanitária das populações, foi dada uma ênfase especial à mobilização de fundos de outras fontes. A melhoria das capacidades de gestão dos projectos da OMS, a nível regional e nacional, aumentou a confiança dos parceiros na Organização. As instituições de financiamento escolheram a OMS como o organismo para a implementação dos seus projectos nacionais de saúde, o que contribuiu significativamente para a resposta dada pelo Escritório Regional ao aumento das solicitações por parte dos Estados-Membros. Foi assinado um total de 36 acordos de cooperação (23 a nível dos países) com diversas agências de financiamento e parceiros. As parcerias com a União Africana e com as comunidades económicas regionais foram também revitalizadas.

3. Os sistemas de saúde dos países da Região Africana continuaram a enfrentar problemas como a fraca administração, financiamento inadequado, crises nos recursos humanos e o acesso inadequado a medicamentos essenciais e a tecnologias de saúde, incluído o acesso a sangue seguro. Esta situação contribuiu sobremaneira para a predominância dos fracos indicadores sanitários, um dos grandes desafios que se colocam à consecução das metas de desenvolvimento do milénio. Para fazer face a esta situação, os países continuaram a efectuar reformas no sector da saúde com vista a promover o acesso universal e melhorar o desempenho dos sistemas de saúde. A OMS apoiou as iniciativas dos países fornecendo-lhes instrumentos e directrizes, criando capacidades, melhorando os sistemas de informação sanitária, aumentando a colaboração com outros parceiros no desenvolvimento do sector da saúde e advogando pelo reforço dos sistemas de saúde.

4. As iniciativas da OMS no combate ao VIH/SIDA, tuberculose e paludismo, incidiram na prestação de apoio técnico aos países para a elaboração e adaptação de políticas. O Escritório Regional mobilizou recursos técnicos e financeiros; incrementou o acesso aos cuidados e ao tratamento; reforçou parcerias a nível regional, sub-regional e nacional; apoiou a implementação e a ampliação do tratamento de curta duração por observação directa nos países; reforçou a capacidade dos países em aumentarem rapidamente o acesso a intervenções sustentáveis, de elevada qualidade e com boa relação custo-eficácia; promoveu a investigação operacional; e reforçou as técnicas laboratoriais para a investigação de novas vacinas.

5. O paludismo continuou a ser uma das principais doenças que afligiram a Região Africana em 2004 e 2005. Deu-se continuidade à monitorização *in vivo* da eficácia terapêutica, abrangendo 41 dos 42 países onde o paludismo é endémico, com um total de 188 locais sentinela. Em resposta ao aumento da resistência às monoterapias, foi dada ajuda a 23 países na adopção da terapia de combinação à base de artemisinina como primeiro tratamento contra o paludismo.

6. Em resultado do compromisso assumido pela OMS em possibilitar que 3 milhões de pessoas estivessem a receber tratamento anti-retroviral até ao final de 2005, conseguiu-se um aumento nos cuidados e no tratamento, permitindo abranger cerca de 800 000 pessoas até ao final desse ano, o que representa 20% do total de pessoas a necessitar de tratamento. Vinte e nove países elaboraram planos de incremento dos anti-retrovirais e 19 países adoptaram políticas e estratégias para reforçar os cuidados para a tuberculose e o VIH; 20 países aumentaram a detecção de casos de tuberculose e as taxas de tratamento com êxito para 50% e 73%, respectivamente.

7. O controlo das doenças transmissíveis foi possível graças à disponibilidade de instrumentos e estratégias eficazes de controlo. O Escritório Regional Africano da OMS prestou apoio técnico aos países para que estas estratégias e instrumentos fossem utilizados na redução da morbilidade e mortalidade. Durante o biénio, verificaram-se realizações significativas no controlo das doenças transmissíveis. Embora tenham ocorrido alguns surtos importantes, a capacidade regional de resposta às epidemias foi reforçada e o Escritório Regional prestou apoio técnico aos países afectados no mais curto prazo possível. A OMS apoiou também o estabelecimento de uma rede regional de laboratórios para dar apoio à preparação e resposta dos Estados-Membros às grandes epidemias, pandemias e emergências. Todos os grande surtos que ocorreram em 2004 e 2005 foram confirmados em laboratório através desta rede.

8. Na Região Africana, 21 países registaram uma redução positiva na ocorrência de sarampo, com os esforços de vacinação a chegarem a aproximadamente 99 milhões de crianças. A taxa de confirmação de casos da doença foi de 0,6 e 0,43 por cada 100 000 habitantes em 2004 e 2005, respectivamente. Até Novembro de 2005, foram registados 599 casos confirmados de poliomielite em oito países, o que representa uma diminuição de 24% em relação aos valores de 2004. Um total de 38 países alcançou e manteve a certificação para a vigilância da paralisia flácida aguda, e nove países foram declarados livres da polio pela Comissão Regional Africana de Certificação. A eliminação do tétano materno e neonatal foi validada em 16 países. Mais de 72% dos países da Região Africana utilizaram a abordagem Chegar a Todos os Distritos (RED) para a cobertura da difteria-tétano-tosse convulsa (DPT3) e 67% dos distritos que utilizaram esta abordagem registaram uma taxa de cobertura de 80%.

9. As doenças não-transmissíveis representaram um dos maiores desafios para a Região Africana. A OMS respondeu dando apoio aos países a estabelecerem sistemas de vigilância para as doenças não-transmissíveis, utilizando a abordagem por etapas aos factores de risco e outros meios. Apoiou também os países no desenvolvimento de políticas e programas nacionais para a implementação, a nível comunitário, de actividades de gestão das perturbações mentais e do abuso de substâncias psicoactivas. A capacidade de promoção da saúde foi impulsionada através da formação de equipas multisectoriais e organização não-governamentais na abordagem aos determinantes gerais da saúde. O Escritório Regional prestou também assistência aos governos e seus parceiros a elaborar e implementar estratégias de boa relação custo-eficácia e sensíveis ao género, para prevenir e controlar os traumatismos e as incapacidades, e para apoiar as comunidades na reabilitação dos indivíduos com incapacidades de médio e longo prazo.

10. A OMS promoveu a continuidade dos cuidados desde a gravidez e do nascimento, até à infância. Promoveu igualmente esta continuidade de tratamentos nos domicílios (fornecendo capacidades às famílias), na comunidade (através do melhoramento das instituições de cuidados e trazendo os cuidados para mais perto dos agregados familiares) e nas unidades de saúde. A Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) foi uma das principais estratégias de sobrevivência infantil utilizadas na Região Africana. Dos 46 países da Região, 44 implementaram a estratégia AIDI até finais de 2005. A OMS deu apoio para o reforço das capacidades dos países na área da investigação em saúde reprodutiva, documentação e partilha das melhores práticas, formação de prestadores de cuidados de saúde, e na celebração e reforço de parcerias para programas eficazes de saúde reprodutiva, incluindo o planeamento familiar. A OMS apoiou ainda os países na concepção e implementação do “Roteiro para acelerar a consecução das metas de desenvolvimento do milénio relativas à saúde materna e neonatal”, bem como da estratégia sobre a saúde das mulheres.

11. A ocorrência de catástrofes naturais e causadas pelo Homem continuou a ser uma preocupação capital na Região. Quase 50% dos Estados-Membros encontravam-se numa situação de crise ou em vias de sair dela. Registaram-se surtos de aflatoxicose aguda e fome em alguns países. A OMS respondeu a estes desafios fazendo uma análise da relação entre a pobreza e saúde, e advogando a favor da inclusão da temática da pobreza no pensamento estratégico dos esforços nacionais e regionais de desenvolvimento sanitário. Promoveu, ainda, a incorporação da saúde ambiental efectiva na elaboração de políticas

nacionais ambientais. A OMS deu também atenção à morbidade e mortalidade elevadas que estão associadas ao sangue inseguro, reforçou as capacidades nacionais de preparação e resposta a emergências e prestou auxílio humanitário em situações de crise.

12. A revisão efectuada sobre a forma como o Escritório Regional realiza as suas actividades resultou na concepção de um novo método de trabalho em todas as hierarquias e programas da OMS. Um dos resultados fundamentais desta revisão foi a elaboração de um novo documento de política, intitulado “Orientações Estratégicas para as actividades da OMS na Região Africana 2005-2009”. Para o próximo biénio 2006-2007, a actividade da OMS na Região Africana será guiada pela visão delineada nas Orientações Estratégicas. Os cinco elementos-chave desta política são: reforçar as representações da OMS nos países; melhorar e expandir as parcerias para a saúde; apoiar o planeamento e gestão dos sistemas distritais de saúde; promover a intensificação das intervenções essenciais em saúde relacionadas com os problemas de saúde prioritários; e aumentar a consciencialização e resposta aos principais determinantes da saúde.

13. Por forma a dar um apoio rápido e de qualidade aos países, algumas das funções técnicas e administrativas do Escritório Regional serão descentralizadas para Equipas de Apoio Interpaíses. Estas equipas prestarão apoio aos países e executarão ainda as funções administrativas que lhes forem atribuídas.

14. A OMS continuará a auxiliar os Estados-Membros a trabalhar para a implementação sistemática de intervenções eficazes e prosseguirá os esforços de advocacia para mobilizar parceiros em torno do objectivo comum que é a melhoria dos resultados sanitários na Região Africana.

INTRODUÇÃO

1. O biénio 2004-2005 é um período de grande significado nos anais do Escritório Regional Africano da OMS. O Dr. Ebrahim Malick Samba chegou ao fim do longo serviço que prestou à Região Africana como Director Regional e o Dr. Luis Gomes Sambo assumiu a liderança, em 2005. Foi também o último biénio a ser implementado no âmbito do Décimo Programa Geral de Trabalho. Ao abrigo deste programa, os esforços incidiram no aumento das capacidades de transparência e responsabilização, apoio às equipas-país, mobilização de recursos de outras fontes, obtenção de informações de base factual, participação na tomada institucional de decisões, aplicação de uma gestão com base nos resultados, reforço dos saberes e disseminação de informação fiável e em tempo oportuno.
2. Este relatório descreve as actividades e sucessos do Escritório Regional Africano da OMS no apoio prestado aos esforços dos Estados-Membros, para promoção da saúde e prevenção e controlo das doenças. A primeira parte do relatório descreve a implementação do Orçamento Programa 2004-2005, os sucessos significativos dos principais programas e serviços, os factores facilitadores e de constrangimento, as lições colhidas e as orientações para o próximo biénio (2006-2007). A segunda parte apresenta um relatório dos progressos na implementação das 13 resoluções do Comité Regional Africano da OMS.
3. Os sucessos da OMS não teriam sido possíveis sem o forte empenho e apoio dos Estados-Membros e dos parceiros e sem a determinação dos países na luta contra a tuberculose e o VIH, reflectidos nas resoluções adoptadas durante a Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da OMS. Assim, a declaração da tuberculose como emergência na Região e a proclamação de 2006 como Ano da Aceleração da Prevenção do VIH na Região Africana foram essenciais para a criação de um ambiente propício às actividades da OMS na Região.
4. Para ter sucesso nos vários esforços de intervenção e implementação dos programas, a OMS teve de criar sólidos sistemas de gestão e coordenação, que reconhecem a diversidade dos Estados-Membros. Além disso, a Organização desenvolveu novos mecanismos e estratégias de interacção com outros organismos das Nações Unidas, comunidades económicas regionais e sub-regionais, sector público, organizações não-governamentais e organizações da sociedade civil.
5. Este relatório foi redigido com a intenção de partilhar, com os Estados-Membros e os parceiros, informações sobre as actividades da OMS na Região Africana.

PARTE I: EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO PROGRAMA 2004-2005

REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS

GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA GERAL

6. Há oito áreas de actividade na Gestão e Desenvolvimento do Programa Geral. Duas pertencem ao gabinete do Director Regional: a área do Director-Geral, directores regionais e funções independentes do Director-Geral e do Director Regional incide sobre orientações estratégicas, enquanto que a Presença da OMS nos Países se dedica ao reforço das representações da OMS nos países. As outras seis áreas de actividade, sob a supervisão directa do Director da Gestão do Programa, incidem nas parcerias e mobilização de recursos; na informação de base factual, incluindo a promoção da investigação; na implementação das resoluções dos Órgãos Directivos da OMS; e na melhoria da qualidade dos processos de planeamento e monitorização.

Director-Geral, Directores Regionais e Funções Independentes (DGO)

7. Vão surgindo novas oportunidades para o desenvolvimento sanitário da Região Africana. Entre elas, referem-se esforços como o da Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano, as Metas de Desenvolvimento do Milénio, das Nações Unidas, e o Programa "*Millenium Challenge Accounts*". O Escritório Regional Africano da OMS encontra-se agora numa posição mais vantajosa para dar aos países um apoio valioso e oportuno, no sentido de fazer avançar as suas agendas para a saúde.

8. Ao ocupar o seu cargo no Escritório Regional, em Fevereiro de 2005, o novo Director Regional concebeu uma nova visão, publicada sob o título *Orientações Estratégicas para as actividades da OMS na Região Africana em 2005-2009*. Os cinco elementos fulcrais destas orientações estratégicas são: reforçar as representações da OMS nos países; melhorar e expandir as parcerias para a saúde; apoiar o planeamento e gestão dos sistemas distritais de saúde; promover a intensificação das intervenções essenciais em saúde relacionadas com os problemas de saúde prioritários; e aumentar a consciencialização e resposta aos principais determinantes da saúde.

9. A implementação das orientações estratégicas tiveram início com visitas de alto nível aos parceiros, com o objectivo de reforçar parcerias. As discussões abordaram o financiamento, mas também outros aspectos fulcrais, como desenvolvimento dos recursos humanos; investigação e desenvolvimento; e resposta às situações de emergência, em especial epidemias e desastres humanitários. Para garantir que os recipientes finais fossem os países, o Director Regional fez várias visitas de alto nível a Estados-Membros da Região. O seu objectivo era garantir que as agendas da saúde fossem discutidas ao mais alto nível, para que as promessas tivessem o apoio dos governos, em investimentos materiais e financeiros. Um segundo objectivo das visitas aos países foi garantir o empenhamento e os recursos dos parceiros para o desenvolvimento presentes nos países.

10. Para garantir que as intervenções essenciais cheguem às pessoas certas na devida altura, o Escritório Regional vem colaborando com a Sede a nível técnico, de gestão e de direcção. Esta foi a primeira vez que se concebeu e seguiu um plano bem elaborado para chegar à maioria das populações carenciadas de auxílio. Assim, por um lado, a OMS aproveita o fórum das suas reuniões estatutárias para debater, finalizar e reportar as decisões e resoluções da Organização e, por outro lado, os fóruns possibilitam advocacia a favor dos programas da Organização.

Presença da OMS nos Países (SCC)

11. A Estratégia de Cooperação com os Países é considerada como o instrumento de médio prazo da OMS, que define as suas actividades a nível de país. Congrega todos os contributos dos diversos níveis da Organização, incidindo no país como a principal arena das operações.

12. No geral, cada Estratégia de Cooperação com os Países (CCS) contém um plano de 4 ou 6 anos e dá orientações estratégicas em harmonia com a visão nacional para o desenvolvimento sanitário. Sendo a saúde presentemente encarada numa perspectiva mais vasta do que anteriormente, a CCS procura mais a cooperação com o governo do que somente com o Ministério da Saúde.

13. Até finais de 2005, 45 países tinham implementado as suas CCS. A maioria deles incidiram nas seguintes áreas estratégicas: reforço dos sistemas de saúde (31/45), prevenção e controlo das doenças (26/45), promoção da saúde (16/45), situações de emergência e acção humanitária (10/45), e saúde reprodutiva e dos adolescentes (8/45). Limitando o número das áreas de actividade, as representações da OMS nos países seguirão um novo rumo e usarão os recursos de modo a assegurar melhores resultados tangíveis. Este aspecto será monitorizado de perto nos anos futuros.

14. Os documentos das 45 CCS foram divulgados durante a Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional, em Maputo, Moçambique. Refira-se que os países mostraram grande interesse pelos documentos, visto que eles apresentam as modalidades da actividade da OMS a nível de país. Estes documentos necessitarão de ser actualizados no futuro, tendo em conta a implementação de novas políticas, o desenvolvimento de novos sistemas de governação e as mudanças na situação epidemiológica e social dos países.

15. Uma das consequências directas das CCS revelou-se nos casos em que as representações da OMS nos países optaram por novos rumos estratégicos, tornando evidente que seriam necessárias novas competências. Para resolver rapidamente as potenciais deficiências que surgissem, o Escritório Regional iniciou um processo de redefinição de perfis, para dar às representações as capacidades necessárias.

16. A redefinição de perfis revelou-se um importante exercício, graças ao qual as representações nos países da Região aumentaram as suas capacidades. No entanto, ainda permanecem desafios. Entre estes, refere-se o que fazer com os profissionais cuja área de actividade deixou de ser necessária. Do mesmo modo, algumas representações enfrentarão um grande desafio no campo do apoio financeiro, caso seja necessário aumentar drasticamente os recursos humanos. Embora a redefinição de perfis não visasse, em primeiro lugar, a redução do pessoal, é evidente que serão necessárias decisões difíceis, para equilibrar as representações e aumentar-lhes a eficácia.

17. No ano findo, uma importante prioridade da OMS, nos três níveis da Organização, foi a de celebrar alianças no seio do sistema das Nações Unidas. Trata-se de um aspecto importante, porque a comunidade dos doadores e a ONU solicitam a harmonização e o alinhamento dos programas, no sentido de um único programa e uma direcção nacionais. Esta nova modalidade de cooperação com os parceiros foi reforçada por uma resolução da 58ª Assembleia Mundial da Saúde. Para facilitar a implementação desta resolução, algumas sessões no âmbito da Reunião do Programa Regional foram dedicadas à harmonização e às suas implicações nas operações da OMS a nível de país. Os

representantes da OMS, utilizando a Estratégia de Cooperação do País, envolveram as equipas-país das Nações Unidas na liderança da saúde pública dos países onde estavam sediadas. Assim, a OMS participa agora activamente, e em muitos casos lidera a nível de país, o processo da Avaliação Comum do País para o Quadro das Nações Unidas de Apoio ao Desenvolvimento.

18. Em três países, todo o processo de harmonização e alinhamento avançou graças à celebração de acordos com vista a apoio conjunto entre os parceiros, incluindo as Nações Unidas e o governo. Estes acordos englobam diversos aspectos, como problemas das agências técnicas liderantes, sobreposições, duplo financiamento e desigualdades no apoio prestado a certos aspectos dos programas nacionais. Dos documentos analisados ressalta que, num futuro previsível, a melhor modalidade de apoio financeiro a estes países consiste numa abordagem de âmbito sectorial (SWAp). Assim, a OMS continuará a dar o necessário apoio técnico às SWAp nestes países.

19. Para prestar aos países um apoio pronto e de qualidade, foi tomada a decisão de descentralizar algumas das funções do Escritório Regional para as Equipas Interpaíses de Apoio. Estas apoiarão tecnicamente os países e desempenharão também as funções administrativas transferidas para elas.

Mobilização de Recursos e Cooperação Externa e Parcerias (REC)

20. Dada a escassez de recursos em muitos países da Região e a rápida deterioração da situação sanitária das populações, a mobilização de recursos de outras fontes mereceu destaque especial. Foi apoiada por actividades intensivas de informação e comunicação, com o objectivo de aumentar a consciencialização face aos problemas da saúde, promover programas e áreas de actividade prioritários e, consequentemente, aumentar a visibilidade da OMS na Região.

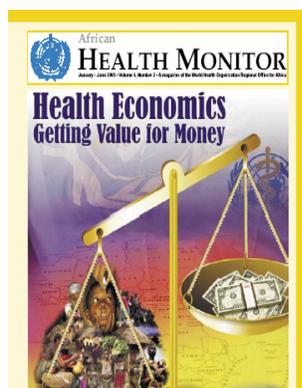
21. As acrescidas capacidades da Organização para a gestão de projectos, a nível da Região e de país, aumentaram a confiança dos parceiros na OMS. As instituições financiadoras escolheram a OMS como agência responsável pela implementação dos seus projectos para a saúde nos países. Isso contribuiu significativamente para que o Escritório Regional desse resposta às crescentes solicitações das representações nos países e das divisões técnicas.

22. Durante o biénio em análise, foram assinados 36 acordos de cooperação (23 a nível de país) com várias agências financiadoras e parceiros, incluindo o Banco Mundial, Banco Africano de Desenvolvimento, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, Fundação Ford, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Agência Internacional da Energia Atómica, Agência Alemã de Cooperação Técnica, Departamento de Desenvolvimento Internacional (Reino Unido), Agência Norueguesa de Desenvolvimento Internacional, Organização Africana de Propriedade Intelectual, organizações não-governamentais e os governos da Bélgica, França, Itália e Suécia. Estes acordos visaram a implementação de projectos nos Estados-Membros, totalizando cerca de 50 milhões de dólares americanos. Além disso, o DFID concedeu cerca de 214 milhões de dólares americanos. Em Julho de 2005, foi assinado o acordo para uma parceria de 4 anos entre a OMS e a União Europeia; envolve cerca de 18 milhões de dólares americanos e beneficiará seis países (Angola, Burkina Faso, Quênia, Malawi, Níger e Tanzânia).

23. Foram reforçadas parcerias graças a numerosas actividades e à participação em mais de 20 eventos relacionados com a saúde: conferências, mesas redondas, encontros, seminários práticos e visitas mútuas de parceiros. As parcerias com a União Africana e as comunidades económicas regionais foram revitalizadas. Em Abril de 2005 teve lugar em Brazzaville, Congo, uma reunião com representantes da União Africana, Comissão Económica para a África e oito comunidades económicas regionais. Estes mesmos parceiros participaram também na Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da OMS. O Escritório Regional Africano da OMS esteve igualmente representado em 11 encontros regionais e sub-regionais organizados pela União Africana.

24. No Escritório Regional, as actividades de informação pública e comunicação aumentaram significativamente no último biénio, como o demonstram várias declarações de advocacia, bem como materiais impressos e audiovisuais de fácil utilização. Estes contribuíram para que governos, comunidade dos doadores e público em geral compreendessem melhor as políticas de recrutamento, os procedimentos e as intervenções do Escritório Regional no campo da saúde. A agenda do Escritório Regional para consultas e reuniões sobre saúde atraíu o interesse da comunicação social regional e internacional. De modo especial, a Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da OMS mereceu uma excelente cobertura nos *media* internacionais. No geral, registou-se uma postura positiva da comunicação social face às operações e sucessos da OMS na Região durante este biénio, como prova o grande número de notícias positivas publicadas ou radiodifundidas, tanto pela imprensa escrita como pela electrónica.

25. Vários parceiros solicitaram a sua inclusão na lista dos receptores do *Observatório Africano da Saúde*, a revista do Escritório Regional sobre a saúde. Esta publicação periódica atingiu um elevado perfil em ascensão e tem funcionado como relatório da situação das actividades e programas prioritários do Escritório Regional. O último número de 2005 teve como tema “Economia da Saúde: Obter valor pelo dinheiro”; suscitou análises positivas na imprensa médica e generalista, pela novidade da sua abordagem interdisciplinar à saúde.



Bases factuais para uma Política da Saúde (GPE).

26. Entre os principais problemas dos Dados para uma Política da Saúde mencionam-se a carência de uma cultura de obter e usar dados na tomada de decisões; o baixo investimento na geração e disseminação de dados sobre a saúde, tanto a nível da Região como de país; e a escassez de informações fiáveis, oportunas e utilizáveis sobre registos vitais, relação custo-eficácia e eficiência

das intervenções. A OMS respondeu com orientações estratégicas e apoio adequado aos países, para aumentar na Região a capacidade de geração de dados.

27. Um dos principais sucessos consistiu na concepção e implementação da base regional integrada de dados. Foi concebida e testada uma nova base de indicadores da saúde para avaliar a situação sanitária, estando a sua implementação a decorrer. Foi produzida a segunda edição do panfleto “Indicadores de Base”. Concebeu-se um processo para aumentar as publicações na internet, incluindo a criação, na Sede, de páginas dos países, em íntima colaboração com o ICT e a Comissão do Escritório Regional para a Internet. Foram produzidas directrizes para documentar as melhores práticas em saúde. Foi criada a Comissão Consultiva Africana para a Economia da Saúde e esboçado o Plano Estratégico da Economia da Saúde para a Região Africana da OMS, no período 2006-2015.

28. Foram produzidos documentos técnicos sobre os seguintes temas: situação das comissões nacionais de bioética na Região Africana; seguro social de saúde no Quénia e na Nigéria; custo dos programas de maternidade segura no Gana e na Nigéria; custo da iniciativa das escolas promotoras da saúde no Uganda; eficiência numa amostragem de unidades de saúde de Angola, Gana, Quénia, Mali, Namíbia e Serra Leoa; impacto no produto interno bruto da mortalidade relacionada com acidentes, na Região Africana da OMS; efeitos no produto interno bruto da mortalidade materna, na Região Africana da OMS; possíveis aplicações da economia da saúde na luta contra o VIH/SIDA em África; e determinantes da subscrição de seguros de saúde pelas mulheres da África do Sul.

29. Foram colhidas algumas lições sobre a necessidade de uma implementação mais acelerada dos sistemas de gestão da informação sanitária, para promover a obtenção de dados e o seu uso na tomada de decisões; intensificar os esforços para reforçar a capacidade de gerir a informação sanitária a nível de país, incluindo a criação de páginas nacionais na Internet; impulsionar os centros de excelência regionais de economia da saúde, para o reforço, a curto e longo prazo, das capacidades em economia da saúde; proceder à investigação conjunta e disseminar os respectivos resultados junto dos planificadores e economistas dos ministérios da saúde e das representações da OMS nos países; e conseguir parcerias mais próximas com o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional e as comunidades económicas regionais, para acelerar um apoio harmonizado aos países.

30. No biénio 2006-2007 serão afectados fundos e recursos humanos adequados aos sistemas de informação sanitária. Desenvolver-se-ão esforços concertados para a realização de estudos e disseminação dos resultados da investigação, em estreita colaboração com as entidades homólogas dos ministérios da saúde e com ela relacionados.

Órgãos Directivos (GBS)

31. Todas as reuniões dos órgãos directivos foram facilitadas, para possibilitar a participação de delegados dos Estados-Membros e de elementos do secretariado nas reuniões do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde. Decorreram com sucesso as sessões do Comité Regional em Brazzaville, Congo em 2004, e em Maputo, Moçambique em 2005. Os regulamentos e normas processuais foram escrupulosamente seguidos, para assegurar uma adequada condução das reuniões.

32. Durante as sessões dos órgãos directivos, o ministros da saúde procederam a importantes análises e deram a orientação política essencial, com o apoio do secretariado da OMS. Por exemplo, melhorias substantivas na selecção e revisão dos pontos da ordem do dia e a qualidade dos debates e da documentação técnica resultaram na adopção de resoluções e decisões de grande destaque.

33. Durante o biênio 2004-2005, o Comité Regional aprovou 15 resoluções, entre as quais: a resolução AFR/RC54/R1, recomendando a nomeação do Director Regional e sua eventual ratificação pelo Conselho Executivo; a resolução AFR/RC54/R9, “Roteiro para acelerar a consecução das metas de desenvolvimento do milénio relacionadas com a saúde materna e dos recém-nascidos em África”; e AFR/RC55/R6, “Intensificação dos esforços de prevenção do VIH na Região Africana”.

34. As duas notáveis resoluções sobre a saúde materna e dos recém-nascidos e VIH vieram, de facto, trazer as necessárias orientações e plataformas para a criação de redes e a coordenação entre a OMS e os parceiros, incluindo a UNICEF, ONUSIDA e União Africana. Conseguiram-se igualmente alterações processuais com a adopção da Resolução AFR/RC54/R11, com novos critérios para a designação dos Estados-Membros da Região Africana que servirão no Conselho Executivo. As novas decisões introduziram um sistema de subdivisão da Região em três subgrupos; graças a isso, a Libéria, Madagáscar, Namíbia e Ruanda beneficiaram do sistema e integram o Conselho Executivo.

35. Valorizando o método de trabalho e a importância das reuniões matinais diárias dos delegados da Região Africana à Assembleia Mundial da Saúde, o Comité Regional recomendou que esta prática se mantivesse e que os pontos pertinentes da ordem do dia da WHA fossem distribuídos pelos países antes da Assembleia, para que preparassem uma posição comum a ser apresentada a uma só voz. Disso resultou uma maior influência dos delegados africanos na reorientação da agenda para a saúde no mundo.

36. Durante o biênio, o alto nível de empenhamento dos ministros da saúde e a significativa renovação do interesse que dedicaram aos trabalhos dos órgãos directivos vieram melhorar o nível e os resultados das reuniões. Isso exigiu uma abordagem cada vez mais analítica aos problemas e resultou na auto-monitorização da qualidade dos processos adoptados e dos documentos produzidos.

37. O desafio principal cifrou-se nas exigências sempre crescentes de acrescentar mais pontos à ordem do dia das sessões anuais do Comité Regional Africano. Embora todos os pontos propostos fossem muito pertinentes, a escassez de tempo impunha que nem sempre fosse possível um debate exaustivo. Com as sugestões do Comité Regional, o secretariado foi conseguindo limitar o número dos pontos da ordem do dia, sem comprometer a sua importância.

38. O segundo desafio relacionou-se com o modo como os parceiros poderiam participar mais activamente na elaboração e debate dos documentos técnicos, no respeito pelas exigências estatutárias da OMS e as normas processuais do Comité Regional. No geral, os privilégios concedidos em termos de presença não implicam necessariamente a participação; contudo, tem-se conseguido uma boa abordagem pelo recurso a mesas-redondas, discussões em painel e sessões especiais, como fóruns para as participações não estatutárias. Este aspecto vem funcionando com um nível relativo de sucesso, mas poderá ser aperfeiçoado futuramente.

Planeamento, Monitorização e Avaliação do Orçamento-Programa (BMR)

39. A implementação do Orçamento Programa 2004-2005 teve por base os progressos e a experiência dos dois biênios anteriores, no sentido de melhorar, na Região, as práticas de gestão do programa. A gestão integrada do Orçamento-Programa orientou todos os processos; contudo, a obtenção de processos de gestão uniformes e consistentes poderia ter sido facilitada por um sistema de informações sobre a gestão do programa, presente no Escritório Regional e em todas as representações da OMS nos países.

40. A principal estratégia para enfrentar estes problemas consistiu em aumentar as capacidades do pessoal para gerir o programa, incluindo o uso do Sistema de Gestão das Actividades (AMS). Foram preparados instrumentos e materiais de referência, para uso em pacotes de formação. Assim, as representações da OMS no país reportaram uma maior capacidade de execução dos programas. O Sistema de Gestão das Actividades foi lançado em todas as representações nos países e no Escritório Regional, através de sessões de formação e da instalação de uma versão actualizada do AMS 3.0. Graças à conectividade da rede privada a nível global, o planeamento conjunto e a interacção das representações com o Escritório Regional contribuíram eficazmente para os processos de planeamento na Região Africana da OMS.

41. A formação e o apoio aos directores do programa, ainda em curso nas representações, como no Escritório Regional, tiveram impacto no planeamento, implementação, monitorização e elaboração de relatórios do programa. Durante o biénio, as missões de formação nos países resultaram num uso mais vasto e numa maior aceitação do AMS. Este facto foi visível durante a preparação dos planos de trabalho para 2006-2007. Houve também um maior uso do AMS por um grupo mais alargado de pessoal administrativo: embora o grupo alvo fossem, normalmente, os directores de programa, a mudança estendeu-se rapidamente a directores administrativos, assistentes administrativos e secretários. Este alargamento impulsionou o processo de gestão do programa e a experiência será usada para introduzir o Sistema Mundial de Gestão na Região Africana.

42. Entre as lições aprendidas com a experiência deste biénio, refere-se que os instrumentos de medida e monitorização do desempenho ainda não estão presentes na cultura da Organização. Este problema justifica uma formação contínua, ou cursos de reciclagem, para os funcionários de nível regional ou dos países, sobre as actividades diárias de uma abordagem à gestão com base nos resultados, recorrendo preferencialmente a seminários interpaíses, em vez de missões nos países.

Política e Promoção da Investigação (RPC)

43. Os esforços da investigação a nível mundial produziram conhecimentos que estiveram na base da revolução da saúde no Século XX. Contudo, os progressos no conhecimento não beneficiaram os países da Região Africana em toda a extensão possível. A investigação ainda não é encarada como uma área verdadeiramente prioritária e continuou a ter um financiamento deficiente neste biénio. Cerca de 25% dos estudos relacionados com a saúde nos países não são submetidos a qualquer espécie de análise ética, nem os resultados da investigação são usados para estimular o desenvolvimento da saúde.

44. Durante o biénio, os principais objectivos foram: estimular um ambiente propício à investigação, para apoio a uma investigação equitativa em saúde; criar e reforçar a capacidade de investigar, a nível regional e de país; impulsionar os centros colaboradores da OMS e a Comissão Consultiva Africana para a Investigação e Desenvolvimento da Saúde a apoiarem os países na criação de políticas e planos estratégicos de investigação em saúde, mecanismos de uma rede de coordenação nacional e comissões de análise bioética.

45. Argélia e Cabo Verde receberam apoio financeiro para seminários práticos nacionais, a fim de actualizar as políticas e planos nacionais de investigação em saúde. Além disso, o Quénia, Malawi e Tanzânia, países piloto na implementação da Estratégia de Cooperação com os Países, elaboraram

planos para sistemas de informação, dados factuais e política de investigação. Foram designados quatro novos centros colaboradores da OMS e redesignados sete. Em Abril de 2004 teve lugar em Brazzaville, República do Congo, uma consulta regional sobre investigação em saúde, para alcançar as metas de desenvolvimento do milénio. A Vigésima-segunda reunião da Comissão Consultiva Africana para a Investigação e Desenvolvimento da Saúde ocorreu em Outubro de 2004. Os países receberam apoio inicial da Parceria dos Países Europeus e Países em Desenvolvimento para os Ensaio Clínicos, cujo primeiro fórum teve lugar em Roma, Itália.

46. Uma das lições aprendidas foi que o sucesso na investigação em saúde exige a participação activa das divisões do Escritório Regional, dos países e dos centros colaboradores da OMS. A maior incidência continua a estar na consecução das metas de desenvolvimento do milénio nos países.

47. As orientações chave para o biénio 2006-2007 serão: promover o diálogo entre produtores e utentes da investigação e estimular a procura de investigação para informar as decisões políticas; sensibilizar os governos para que afectem à investigação em saúde pelo menos 2% dos orçamentos nacionais para a saúde, de acordo com as recomendações da Cimeira do México; descentralizar os fundos do orçamento da OMS para o nível de país e, ao mesmo tempo, continuar a afectar recursos suficientes a nível regional para orientação, apoio estratégico e facilitação da coerência entre os três níveis da OMS; e aumentar o impacto dos centros colaboradores da OMS.

Gestão e Disseminação da Informação Sanitária (IMD)

48. No sector da saúde, a informação enriquece e orienta os profissionais da saúde, os decisores políticos e o público em geral. É um importante instrumento para a promoção da saúde e a prevenção e controlo das doenças. Infelizmente, a informação boa, fiável e actualizada não é de fácil acesso, mesmo quando existe. Entre os obstáculos à acessibilidade mencionam-se a dificuldade de comunicação, o custo e a natureza da informação a transmitir.

49. A área de actividade da Gestão e Disseminação da Informação Sanitária é responsável pela edição, tradução, impressão, disseminação e conservação de todos os documentos produzidos no Escritório Regional. A OMS tem a responsabilidade de facultar informação sanitária e biomédica oportuna e de base factual, para uso dos Estados-Membros, parceiros, funcionários e público em geral.

50. No período em análise, todos os documentos da Quinquagésima-quarta e Quinquagésima-quinta sessões do Comité Regional foram editados, traduzidos e enviados aos Estados-Membros nas três línguas de trabalho da Região. Completou-se a melhoria do equipamento da Unidade de Serviços de Publicação e Línguas, embora o quadro de pessoal continuasse inadequado. Ao mesmo tempo, foram publicados, para uso nos países, mais manuais, folhetos, guias e módulos de formação. Foram publicados mais de 130 títulos nas três línguas (Inglês, Francês e Português), sendo mais de 80 deles em 2005. Tiveram importância especial os 45 documentos da Estratégia de Cooperação com os Países, que definem o novo quadro da cooperação entre os Estados-Membros e os seus parceiros.



51. O Escritório Regional continuou a colaborar com o Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais (da Sede) e o Fórum dos Editores Africanos de Medicina para promover a investigação e a publicação de revistas de medicina nos países. Realizaram-se três seminários práticos para mais de 60 editores de publicações médicas de vários países da Região.

52. A biblioteca do Escritório Regional iniciou a digitalização do seu acervo usando o AFROLIB que, presentemente, tem 1700 entradas bibliográficas. A abertura do centro bibliotecário multimédia com 12 terminais veio facilitar muito o acesso dos utentes à Internet para pesquisas bibliográficas. O *African Index Medicus* foi revisto e divulga agora informação sanitária e biomédica, sendo plenamente acessível pela Internet. A biblioteca continua a publicar o boletim mensal *Infodigest* e a apoiar os distritos sanitários por meio da bem conhecida Biblioteca da Mala Azul, ajudando os profissionais da saúde a tirarem dela as máximas vantagens.

53. Prossegue a colaboração com a Associação para a Informação e as Bibliotecas da Saúde em África, com as representações da OMS nos países a intensificarem a formação. Há planos para o lançamento de uma biblioteca virtual global, com o apoio da Sede da OMS. A Iniciativa da Rede de Internet para Acesso à Investigação em Saúde continua a beneficiar muitas instituições da Região que não podem pagar as dispendiosas assinaturas de boas revistas académicas.

DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

54. As três áreas de actividade da Divisão do Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde são: Organização dos Serviços de Saúde, Medicamentos Essenciais e Segurança do Sangue e Tecnologias Clínicas. Elas apoiam as iniciativas dos países graças a: directrizes e instrumentos, reforço de capacidades, melhores bases de dados sobre o sistema de saúde, melhor colaboração com os parceiros para o desenvolvimento do sector e advocacia em favor do reforço dos sistemas de saúde.

55. Os sistemas de saúde dos países da Região Africana continuaram a sofrer de falta de uma boa administração-geral, financiamento inadequado, crises de recursos humanos e acesso inadequado a medicamentos essenciais e tecnologias da saúde, incluindo o acesso a sangue seguro. Esta situação contribuiu grandemente para os fracos indicadores que prevalecem na saúde, tornando-se um grande desafio à consecução das metas de desenvolvimento do milénio e de outras iniciativas acordadas para o desenvolvimento da saúde. Em resposta, os países prosseguiram com as reformas no sector, para promover o acesso universal e melhorar o desempenho dos sistemas de saúde. Para tal, solicitaram ao Escritório Regional orientação e apoio técnico para o reforço dos seus sistemas de saúde.

Organização dos Serviços de Saúde (OSD)

56. Graças a uma abordagem colaborativa no seio da OMS, foram produzidas e disponibilizadas aos países directrizes para formular políticas e planos nacionais de saúde e para tornar operacionais os sistemas distritais de saúde. Quatro países (Burundi, Comores, Gabão e Mauritânia) elaboraram políticas nacionais de saúde, enquanto que a República Centrafricana, Madagáscar e Suazilândia reviram as suas. Quatro países (Burundi, República Centrafricana, Etiópia e Quênia) formularam ou reajustaram os planos estratégicos para a saúde. O Gana reviu o plano de acção em saúde de 2004 e a República Democrática do Congo iniciou as reformas no sector da saúde.

57. O Chade, Madagáscar e Senegal formularam políticas nacionais para a contratação de serviços de saúde e o Burkina Faso iniciou o processo de uma política idêntica. Madagáscar e Uganda estão a preparar políticas hospitalares nacionais e os Camarões definiram um plano estratégico para o reforço dos hospitais.

58. Houve uma grande incidência no reforço das capacidades do pessoal, quer das representações da OMS quer dos países, para que pudessem executar com eficácia o seu trabalho de desenvolvimento dos sistemas de saúde. Tiveram lugar duas reuniões: uma para directores de serviços médicos e secretários gerais da saúde e outra para dirigentes do programa nacional.

59. Depois de avaliar a operacionalidade dos serviços distritais de saúde, dez países¹ identificaram áreas críticas para uma melhor prestação de serviços e usaram os resultados para informarem os planos de implementação. Madagáscar melhorou o desempenho de 19 distritos sanitários graças ao reforço de capacidades. A Guiné produziu módulos de formação em gestão da saúde nos distritos.

60. O Gana, Quênia e Zâmbia iniciaram o desenvolvimento de um seguro social nacional para criar mecanismos alternativos de financiamento dos cuidados de saúde. No Botswana, Namíbia e Seychelles procedeu-se a análises da situação das contas nacionais da saúde e o Chade, Gana, Madagáscar e Suazilândia deram formação nessa área.

61. Dez países² reforçaram a informação nacional sobre a saúde avaliando os sistemas, elaborando documentos de política e planeamento e revendo os instrumentos de recolha de informação sanitária. O mapa da oferta de serviços de saúde foi implementado em seis países³ para monitorizar e intensificar programas de saúde. Vinte países⁴ receberam da Health Metrics Network apoio financeiro, técnico e catalítico, que lhes possibilitou uma avaliação dos sistemas nacionais de informação sanitária, elaboração de planos, mobilização de recursos, disseminação e uso da informação sanitária nas suas actividades e a monitorização dos progressos nos sistemas de informação sanitária.

62. Os recursos humanos para a saúde mereceram considerável atenção na resolução sobre a migração dos profissionais da saúde, da Assembleia Mundial da Saúde. Realizaram-se consultas de

¹ Burkina Faso, Camarões, República do Congo, Eritreia, Etiópia, Moçambique, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabue.

² Burkina Faso, Cabo Verde, Chade, Comores, República do Congo, Namíbia, Nigéria, Seychelles, África do Sul, Tanzânia (Zanzibar).

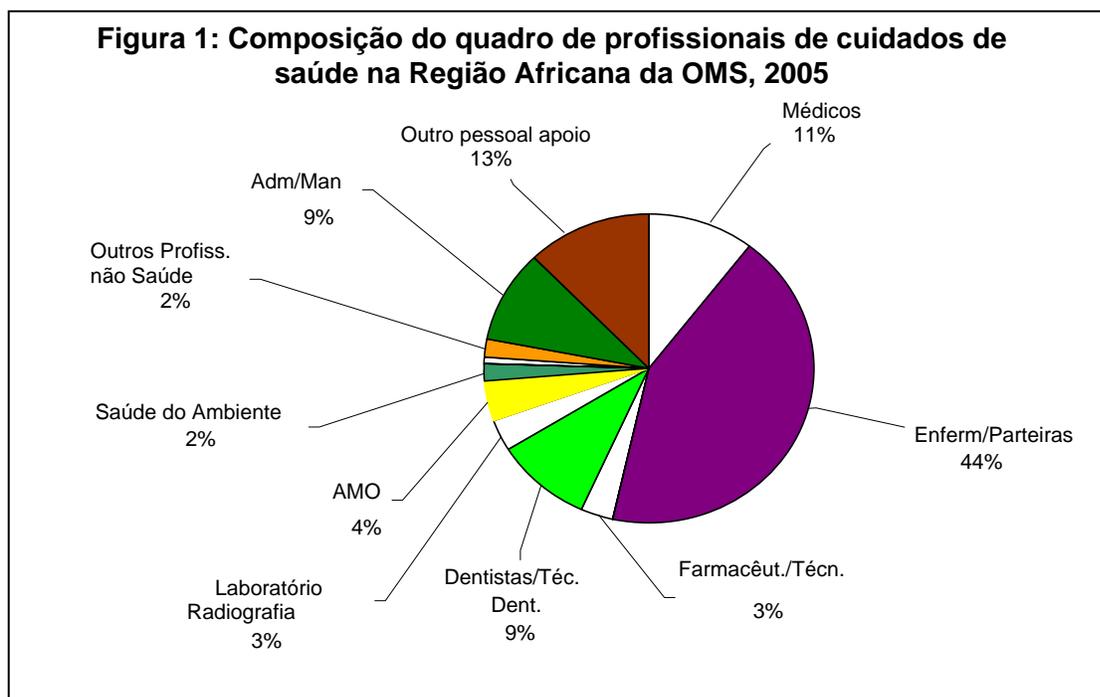
³ Gana, Quênia, Nigéria, Ruanda, Tanzânia e Zâmbia.

⁴ Benim, Camarões, Comores, República do Congo, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Quênia, Lesoto, Malawi, Namíbia, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Suazilândia, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.

alto nível em Abuja, em 2004 e 2005, e em Oslo, com parceiros chave a nível mundial, uma consulta de intervenientes no Escritório Regional de Brazzaville em Julho de 2005, e uma consulta de directores de faculdades de medicina e associações profissionais, para definir as próximas medidas na implementação da agenda dos recursos humanos para a saúde, acordada em Abuja e Oslo.

63. Foram avaliadas 3 escolas médicas⁵ e 6 de enfermagem⁶. Na sequência deste exercício, uma escola médica produziu um plano estratégico e outras instituições de formação propuseram revisões dos seus programas curriculares.

64. Dezanove países⁷ procederam a análises da situação em profundidade e reviram ou elaboraram políticas e planos dos recursos humanos para a saúde. Os Camarões receberam apoio para preparar um plano de urgência dos recursos humanos e iniciar a sua implementação. Todos os países da Região receberam apoio para avaliar a composição do quadro de profissionais da saúde por categorias (ver Figura 1). Durante o biénio foram concedidas, no total, 313 bolsas de estudo, 94,2% das quais para funcionar na África.



Medicamentos Essenciais: Acesso, Qualidade e Uso Racional (EDM)

65. Neste biénio, a OMS foi a agência implementadora do Projecto Farmacêutico da Serra Leoa, financiado pelo Banco Africano de Desenvolvimento. Este projecto resultou na revisão e adopção da política farmacêutica nacional e da lista de medicamentos essenciais, formação de funcionários do

⁵ Faculdade de Ciências da Saúde, Ndjamena, Chade; Faculdade de Medicina, Conakry, Guiné; Faculdade de Medicina do Malawi, Blantyre, Malawi.

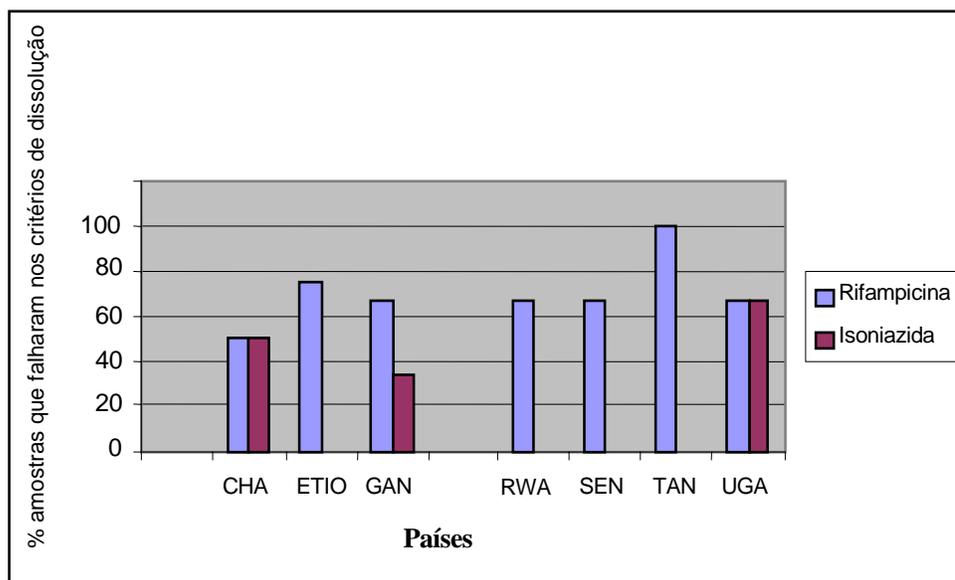
⁶ Faculdade de Enfermagem de Muhimbili, Tanzânia; Escola de Enfermagem do Ruanda; Faculdade de Enfermagem do Kwazulu Natal, África do Sul; Escola de Enfermagem do Gana; Faculdade de Ciências da Saúde do Malawi; Faculdade de Enfermagem de Kamuzu, Malawi.

⁷ Argélia, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, Comores, Etiópia, Guiné, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Níger, Ruanda, Suazilândia, Tanzânia e Uganda.

país em gestão de medicamentos, uso racional dos medicamentos, sua regulamentação e controlo de qualidade, e na recuperação de unidades de saúde. Foi também encomendado um laboratório de controlo de qualidade de nível 1.

66. A circulação de medicamentos de má qualidade é uma das grandes causas de desenvolvimento de resistência bacteriana aos medicamentos mais vulgarmente usados para tratar a tuberculose. Para garantir o acesso a medicamentos de qualidade confirmada foram recolhidos para controlo de qualidade, em 7 países, amostras de medicamentos para a tuberculose (incluindo rifampicina, isoniazida e associação rifampicina/isoniazida) (Figura 2). O resultado revelou deficiências nos ingredientes activos e nos perfis de dissolução de algumas amostras. Realizaram-se contactos com as autoridades nacionais pertinentes, os quais prosseguirão a fim de serem tomadas as medidas de regulamentação que resolvam o problema dos medicamentos para a tuberculose com má qualidade.

Figura 2: Controlo de qualidade de medicamentos para a tuberculose, países seleccionados, 2004



Fonte: WHO/AFRO/EDM

67. Pouco se sabe sobre o preço que as pessoas pagam pelos medicamentos e de que modo esses preços são fixados por fabricantes e retalhistas. Recorrendo à metodologia padrão da OMS e da Health Action International, o Escritório Regional organizou dois seminários práticos sobre inquéritos aos preços; posteriormente, 13 países da Região receberam apoio para proceder a inquéritos sobre o preço dos medicamentos. Os resultados desses inquéritos apontam para falta de consistência na fixação dos preços dos medicamentos nos países; existência de grandes variações de preço na mesma marca, ou genérico, entre os sectores público e privado, e dentro de cada um deles; e, em alguns países, variações significativas de preço, nas unidades de saúde do sector público. A partir dos dados recolhidos, os países receberam apoio para organizar seminários práticos para os intervenientes a nível nacional. Procurar-se-ão intervenções adequadas para fazer baixar os preços dos medicamentos (políticas, controlos de regulamentação e advocacia) em cada um dos países e na Região.

68. Procedeu-se em sete países⁸ a uma avaliação da situação da produção local de medicamentos tradicionais, em colaboração com a Comissão da União Africana. Concluiu-se que têm sido emitidas autorizações de comercialização de produção local em pequena escala de medicamentos tradicionais para a diabetes (Madagáscar e Nigéria); VIH/SIDA (República Democrática do Congo); paludismo (Burkina Faso, República Democrática do Congo, Gana e Mali); drepanocitose (Benim, Burkina Faso e Nigéria); e hipertensão (Nigéria).

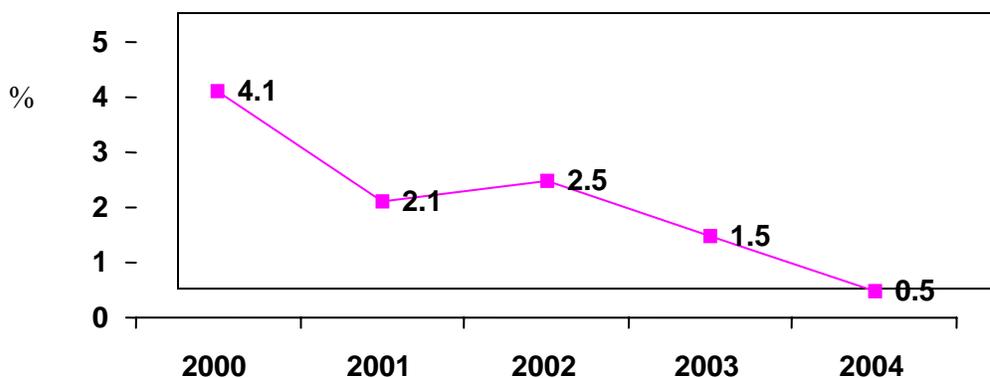
Segurança do Sangue e Tecnologias Clínicas (BCT)

69. Outros sete países⁹ receberam apoio para formular políticas nacionais de sangue ou planos de implementação. Em resultado da aplicação da política, iniciada no ano 2000, 27 países criaram programas nacionais coordenados para o sangue. O total de unidades de sangue recolhidas na Região aumentou de 2.070.000 em 2002 para 2.128.000 em 2004 e o número de países que recolheram 100% do sangue de dadores voluntários subiu de 10 para 12, no mesmo período. Um dos países onde se conseguiram progressos significativos na recolha de sangue foi a Côte d'Ivoire, onde o número de unidades de sangue recolhidas aumentou de 77.972 em 2004 para 95.418 em 2005.

70. Foram organizados dois seminários práticos, sobre gestão de qualidade e sobre auditoria à qualidade. Após a formação, 23 países nomearam gestores nacionais de qualidade. Oito países criaram programas de gestão de qualidade e 21 implementaram parcialmente os seus sistemas de qualidade.

71. Melhorou a detecção das infeções transmissíveis pela transfusão de sangue, com 90% dos países a notificar 100% de despiste do VIH em 2004, contra 86% em 2002; o despiste da hepatite C foi de 54% em 2004 contra 27% em 2002. Um exemplo concreto de progresso na segurança do sangue vem de Bobo Dioulasso, Burkina Faso, onde a prevalência do VIH no sangue colhido baixou de 4,1% em 2000 para 2,5% em 2002 e 0,5% em 2004, graças ao apoio técnico da OMS (Figura 3).

Figura 3: Prevalência do VIH nas unidades de sangue recolhidas em Bobo Dioulasso, Burkina Faso, 2000-2004



Fonte: Centre de transfusion de Bobo Dioulasso, Burkina Faso

⁸ Burkina Faso, República Democrática do Congo, Gana, Madagáscar, Nigéria, África do Sul e Tanzânia.

⁹ Etiópia, Lesoto, Madagáscar, Mali, Namíbia, Ruanda e Tanzânia (Zanzibar).

72. O Serviço Nacional de Transfusão de Sangue de Abidjan, Côte d'Ivoire, organizou um esquema de avaliação da qualidade da serologia de grupos sanguíneos, no qual participaram 21 países. Foram tomadas medidas correctivas nos países com baixo nível de desempenho. Foi criado e implementado, em dois hospitais distritais da República do Congo um pacote essencial de tecnologias laboratoriais. No Benim, realizou-se um estudo de viabilidade de telemedicina. Em Yaounde, Camarões, foi criado um centro de excelência em radiologia, para a África Central e Ocidental.

VIH/SIDA, TUBERCULOSE E PALUDISMO

73. Durante o biénio 2004-2005, as actividades da OMS na luta contra o VIH, SIDA, tuberculose e paludismo incidiu em muitas actividades. Entre elas, mencionam-se o apoio técnico aos países para adaptação de políticas e instrumentos e mobilização de recursos técnicos e financeiros; intensificação do acesso aos cuidados e tratamento; reforço de parcerias a nível regional, sub-regional e nacional; apoio à implementação e expansão do tratamento de curta duração sob observação directa nos países; reforço da capacidade nacional para uma rápida intensificação do acesso a intervenções sustentáveis, de alta qualidade e boa relação custo-eficácia; promoção da investigação operacional; e reforço das técnicas de laboratório para a investigação em vacinas.

74. Durante a Quinquagésima-quinta sessão, o Comité Regional Africano da OMS aprovou resoluções sobre a luta anti-tuberculose, a aceleração dos esforços de prevenção do VIH e a proclamação de 2006 como Ano da Aceleração da Prevenção do VIH na Região Africana.

Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (VIH)

75. A prevalência do VIH continua a aumentar em muitos países, indicando que os esforços de prevenção não estão a conseguir o impacto pretendido; assim, torna-se necessário intensificar a prevenção do VIH na Região Africana. Nos países com escassez de recursos, o acesso aos cuidados e tratamento, incluindo a terapia anti-retroviral (ART), tem sido limitado, com menos de 1% da população a aceder à ART em finais de 2002. Inadequação de recursos humanos e de financiamento, debilidade dos sistemas de saúde e má coordenação dos esforços dos parceiros têm limitado a implementação das intervenções. Para combater este facto, a OMS declarou que a falta de acesso ao tratamento configura uma situação de emergência e mobilizou governos e parceiros para colocarem 3 milhões de pessoas sob tratamento com ART, até ao fim de 2005. Reconhecendo a importância do VIH/SIDA enquanto doença e os danos que vem causando ao tecido económico e social da sociedade africana, foi decidido declarar 2006 como Ano da Aceleração da Prevenção do VIH. A OMS assumiu a liderança na constituição de uma aliança com outras sete agências das Nações Unidas, para formulação de um plano conjunto e para prosseguir com o programa.

76. A resposta da OMS incidiu em orientação normativa, apoio técnico aos países para adaptação de políticas e instrumentos, reforço das capacidades e mobilização de recursos técnicos e financeiros. Foram reforçadas, a nível regional, sub-regional e de país, parcerias com agências das Nações Unidas, intervenientes chave, organizações não-governamentais e associações de pessoas que vivem com VIH/SIDA.

77. Entre os principais sucessos a nível regional e de país, mencionam-se os esforços para intensificar o acesso aos cuidados e ao tratamento. Deles resultou que cerca de 800.000 pessoas, representando perto de 20% dos carenciados, recebiam ART em Dezembro de 2005. Botswana, Namíbia e Uganda alcançaram as suas metas de 50%. Catorze países têm testes e aconselhamento de VIH em mais de 50% dos distritos; 29 países expandiram os seus planos de ART, 14 dos quais com uma componente de recursos humanos. Foram criados dois focos de conhecimento e uma rede de recursos técnicos, para apoio ao reforço das capacidades dos países.

78. Realizaram-se, em 25 países, sessões de esclarecimento sobre a Atenção Integrada às Doenças de Adolescentes e Adultos, tendo 17 deles adoptado módulos dessa abordagem. Dezanove países foram apoiados na adaptação de políticas e estratégias para reforço dos cuidados da tuberculose e VIH. Dezoito países produziram ou adaptaram orientações terapêuticas para cuidados no domicílio e 19 países adoptaram políticas de recurso a profissionais fora da área da saúde para os cuidados no domicílio. Foi elaborado um pacote de formação em prevenção da transmissão vertical e 87 formadores receberam formação sobre a adaptação desse pacote. A rede de peritos em infecções sexualmente transmissíveis foi esclarecida sobre a nova estratégia e cinco países receberam apoio para a sua implementação. Um total de 29 países elaboraram planos de laboratório, acedendo à mobilização de fundos do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo e do Programa Multisectorial da SIDA (do Banco Mundial). Treze países foram apoiados no reforço dos sistemas de controlo de qualidade dos anti-retrovirais. Vinte e cinco países tiveram apoio para propostas às Rondas 4 e 5 do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo.

79. Dez países avaliaram os seus sistemas de vigilância do VIH e elaboraram, ou actualizaram, protocolos. Foi produzida a Actualização para 2005 da Vigilância Epidemiológica do VIH/SIDA da Região Africana da OMS. A estratégia e as directrizes para a aceleração da prevenção do VIH foram elaboradas e 22 países receberam reforço das técnicas laboratoriais de desenvolvimento e investigação de vacinas.

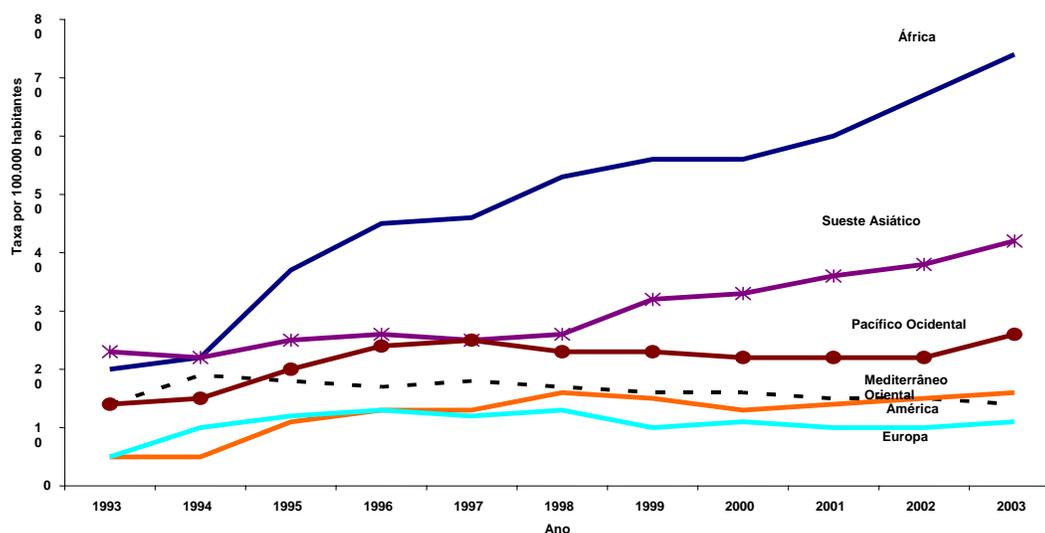
80. Entre as lições aprendidas, refere-se a importância do empenho e da liderança dos governos para a mobilização dos recursos naturais e a sustentabilidade dos programas. A oferta da ART em situações de recursos limitados é possível graças à normalização, simplificação e descentralização. Associar o tratamento à prevenção pode resultar em sinergia para uma resposta abrangente ao VIH/SIDA.

81. Os esforços de prevenção do VIH serão acelerados no biénio 2006-2007. A ênfase recairá na obtenção do acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados. A base de informação estratégica será também reforçada, para orientar intervenções de base factual. Serão reforçadas as parcerias em todos os níveis, para aumentar a colaboração fora do sector da saúde.

Tuberculose (TUB)

82. Desde finais da década de 80, a incidência da tuberculose tem aumentado significativamente na Região Africana, fortemente alimentada pela epidemia de VIH/SIDA. No início do biénio 2004-2005, a Região tinha a maior taxa de prevalência de casos de tuberculose *per capita*, assim como as mais altas taxas de notificação de casos de TB no mundo¹⁰ (Figura 4).

Figura 4: Tendência das novas taxas de notificação de TB com esfregaço positivo por Região da OMS, 1993-2003



83. A maioria dos países adaptaram o tratamento de curta duração sob observação directa (DOTS), que fora recomendado, e conseguiram progressos quanto às metas da Assembleia Mundial da Saúde: detectar 70% dos casos de Tuberculose com esfregaço positivo e obter sucesso na cura de 85% desses casos, até 2005. No entanto, o sucesso foi ainda reduzido, com 46% de detecção e 70% de curas. Além disso, a cobertura da população foi insuficiente, as redes de laboratórios não tiveram o desenvolvimento esperado e os sistemas de saúde não se adequaram à problemática de lidar com o aumento dos casos.

84. A resposta da OMS incidiu no apoio à implementação e expansão da DOTS nos países, à celebração de parcerias, implementação de iniciativas da DOTS, como os cuidados comunitários à Tuberculose e parcerias público-privado na luta contra a Tuberculose, intensificação de intervenções TB/VIH em colaboração e reforço dos sistemas de vigilância. Foi também privilegiado o apoio técnico aos países na mobilização de recursos e na monitorização dos programas.

85. O principal sucesso residiu no facto de praticamente todos os países estarem a implementar programas da DOTS; 22 países alargaram a DOTS às comunidades e 17 aumentaram as intervenções

¹⁰ Controlo mundial da tuberculose: vigilância, planeamento, financiamento. Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2005 (WHO/HTM/TB/2005.349).

em TB/VIH. Mais de 30 países obtiveram subsídios do Fundo Mundial para a Tuberculose e 33 países receberam medicamentos anti-Tuberculose gratuitos da Iniciativa Mundial para os Medicamentos, da Parceria Fazer Parar a Tuberculose. Embora ainda reduzidas, as taxas de detecção de casos e de sucesso no tratamento subiram de 46% para 50% e de 70% para 73%, respectivamente. Oito países¹¹ alcançaram taxas de sucesso no tratamento de 80% ou superiores e 11 países¹² atingiram ou excederam 70% na taxa de detecção de novos casos de esfregaço positivo. Em Agosto de 2005, a Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional Africano declarou a Tuberculose como situação de emergência na Região, afirmando o seu empenhamento no combate à epidemia.

86. Entre as lições aprendidas, refere-se que a intensificação da expansão das iniciativas DOTS é a chave para uma rápida expansão dos serviços da DOTS em geral. Ao mesmo tempo, os serviços laboratoriais da Tuberculose devem ser descentralizados, no âmbito do alargamento das estratégias DOTS. As intervenções em TB/VIH devem integrar-se em intervenções já existentes, para acelerar rapidamente a cobertura.

87. Durante o biénio 2006-2007, a principal incidência estará em promover o acesso universal a serviços DOTS de boa qualidade. Isso incluirá uma rápida intensificação das iniciativas de expansão da DOTS, em especial parcerias público-privado e iniciativas comunitárias de cuidados à Tuberculose, em todos os 34 países da Região onde a Tuberculose representa um fardo elevado; intervenções TB/VIH, promoção de esquemas de garantia de qualidade na bacteriologia da Tuberculose; advocacia, mobilização das comunidades, mobilização de recursos e melhor vigilância e monitorização.

Paludismo (MAL)

88. O paludismo tem maior impacto nas comunidades empobrecidas ou negligenciadas; o acesso a intervenções de boa relação custo-eficácia continua a ser reduzido, devido ao custo elevado e à fragilidade dos sistemas de prestação de cuidados. Um maior empenhamento político e mais parcerias resultaram na formulação do quadro de luta contra o paludismo definido nas decisões de Abuja e nas metas de desenvolvimento do milénio para 2005, 2010 e 2015.

89. Durante o biénio 2004-2005, as abordagens estratégicas da luta contra o paludismo procuraram reforçar a capacidade dos países para intensificar rapidamente o acesso a intervenções sustentáveis, de alta qualidade e boa relação custo-eficácia, bem como promover investigação operacional. Entre os principais sucessos mencionam-se o apoio a 25 países¹³ na alteração da política de tratamento para uma terapia de associação com base na artemisinina (ACT), e a elaboração e disseminação de directrizes sobre a terapia de associação em África. Os manuais de formação em tratamento de casos foram actualizados em 13 países¹⁴ e a farmacovigilância da ACT foi reforçada na Tanzânia (Zanzibar) e Zâmbia. No Burundi, Ruanda, Tanzânia e Zâmbia realizaram-se inquéritos para avaliar a implementação da ACT.

¹¹ Argélia, Benim, Comores, Eritreia, Maurícias, Serra Leoa, Tanzânia e Zâmbia.

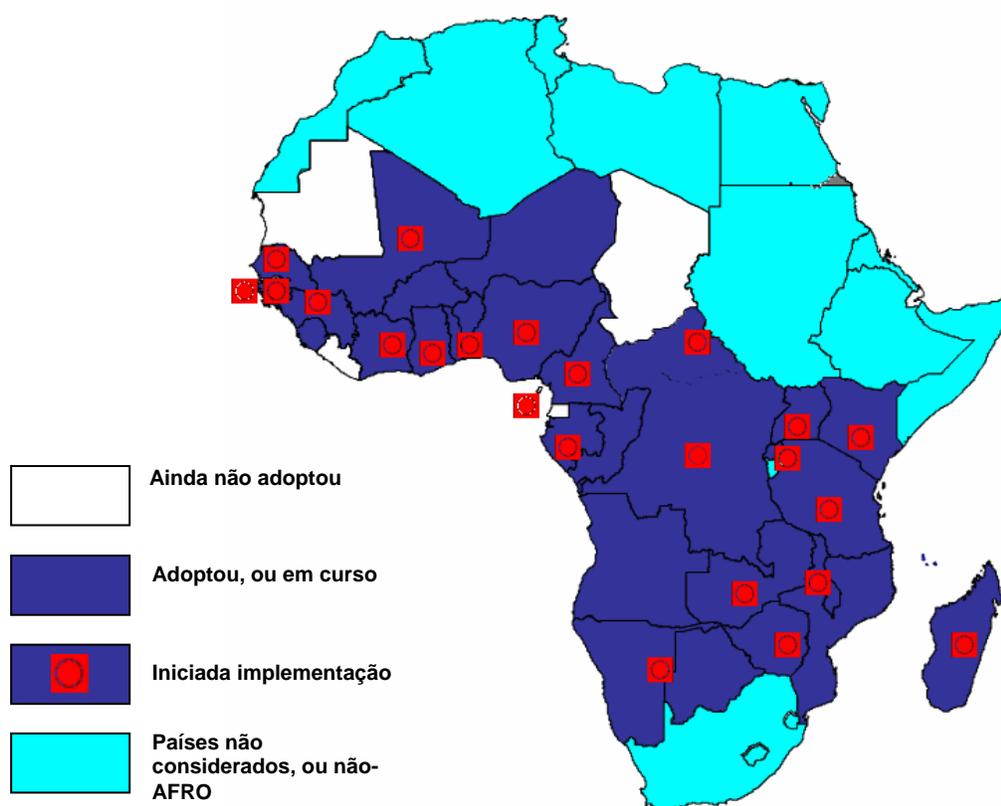
¹² Argélia, Angola, Benim, Camarões, Gabão, Gâmbia, Guiné-Bissau, Lesoto, Madagáscar, Namíbia e África do Sul.

¹³ Angola, Benim, Burkina Faso, Camarões, Chade, República do Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Etiópia, Quênia, Libéria, Madagáscar, Mali, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Togo e Uganda.

¹⁴ Benim, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gâmbia, Gana, Madagáscar, Mali, Níger, São Tome e Príncipe, Serra Leoa, África do Sul, Uganda e Tanzânia.

90. Quatro países (Gana, Madagáscar, Nigéria e Zâmbia) iniciaram o tratamento do paludismo com base no domicílio; na Etiópia, Quênia e Ruanda foram avaliados projectos de demonstração. O Escritório Regional apoiou 19 países na adopção do tratamento preventivo intermitente das mulheres grávidas e 11 países na sua implementação. Dos 30 países que adoptaram o tratamento preventivo intermitente, dois alcançaram as metas de Abuja (Malawi 60% de cobertura e Zâmbia 68% de cobertura), de acordo com inquéritos em distritos seleccionados (Figura 5).

Figura 5: Tratamento preventivo intermitente das mulheres grávidas na Região Africana da OMS, 2005



Fonte: *Ministérios da Saúde*

91. Em 19 países¹⁵ foram introduzidas estratégias de intervenção alargada, de base comunitária, e experimentados módulos de formação para praticantes de medicina tradicional. Foi dado apoio à investigação em medicamentos tradicionais anti-palúdicos no Quênia, Moçambique e Zâmbia e prosseguiram, na Etiópia e Quênia, avaliações de plantas repelentes de mosquitos. Seis países¹⁶ foram apoiados na formação de praticantes da medicina tradicional e parteiras tradicionais na luta contra o paludismo; parteiras tradicionais do Quênia e Uganda foram apoiadas na prestação de tratamento preventivo intermitente e cuidados pré-natais a mulheres grávidas.

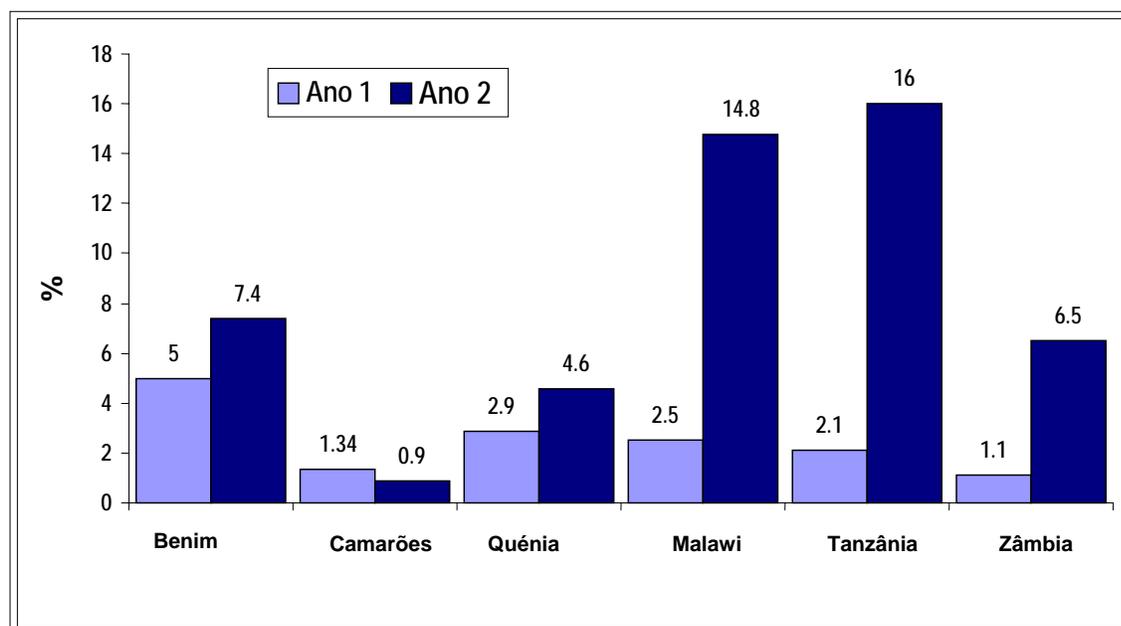
¹⁵ Burkina Faso, Camarões, República Centrafricana, Chade, Comores, República do Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gabão, Gana, Gâmbia, Guiné, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Serra Leoa, Togo e Zimbabwe.

¹⁶ Benim, Camarões, Quênia, Moçambique, Níger e Uganda.

92. Um relatório dos progressos da implementação do Plano de Acção da Declaração de Abuja identificou deficiências consideráveis em relação às metas. Seis países¹⁷ foram apoiados no reforço da monitorização e avaliação de rotina e o Fundo Mundial facilitou a monitorização e avaliação em cinco países (Angola, Burundi, Malawi, Senegal e Zâmbia).

93. O Escritório Regional elaborou um protocolo normalizado para monitorizar a resistência aos insecticidas, actualizou e disseminou directrizes para a gestão da resistência do vector e apoiou Angola e o Zimbabwe na adaptação das directivas sobre o DDT. Treze países¹⁸ receberam apoio para intensificar a pulverização residual de interiores, tendo conseguido 80% a 90% de cobertura e reduzido significativamente os casos de paludismo. Ao mesmo tempo, a cobertura eficaz com redes mosquiteiras tratadas com insecticida aproximou-se das metas de Abuja, graças ao aumento dos recursos e a uma melhor distribuição através de serviços de vacinação e de clínicas pré-natais. A Eritreia e o Togo atingiram as metas, com 63% de cobertura. Nos restantes países, continuam a registar-se progressos (Figura 6).

Figura 6: Percentagem de crianças com idade inferior a 5 anos que dormem sob ITN, em países seleccionados



Fontes: Inquéritos MICS e DHS; MICS: Inquérito de Conjunto de Indicadores Múltiplos; DHS: Inquérito Demográfico e Sanitário; Benim: MICS 1999 e DHS 2001; Camarões: MICS 2000 e DHS 2004; Quénia: MICS 2000 e DHS 2003; Malawi: DHS 2000 e DHS 2004; Tanzânia: DHS 1999 e DHS 2004; Zâmbia: MICS 1999 e DHS 2002/2003

94. Uma das lições aprendidas foi que a proactividade da OMS e dos parceiros, a par de uma maior base de recursos, são essenciais para a intensificação das actividades. Além disso, uma prestação integrada das intervenções para a sobrevivência infantil dá outra dinâmica ao aumento da cobertura.

¹⁷ Burundi, Camarões, Eritreia, Libéria, Senegal e Zimbabwe.

¹⁸ Angola, Botswana, Eritreia, Etiópia, Madagáscar, Moçambique, Namíbia, São Tomé e Príncipe, África do Sul, Suazilândia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.

95. Para o biênio 2006-2007, as principais indicações serão: apoiar uma prestação equitativa de pacotes de intervenções abrangentes e complementares; incidir nos grupos vulneráveis; facilitar o fluxo de recursos para os níveis operacionais, nos países; e apoiar a procura de reforço das capacidades nacionais na gestão e aplicação do programa e na sua monitorização e avaliação. O Escritório Regional colaborará com os países e parceiros no reforço dos sistemas de saúde, para apoiar as intervenções com mecanismos, como as parcerias público-privado.

PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

96. O controlo das doenças transmissíveis é possível, por estarem disponíveis estratégias e instrumentos de luta eficazes. O Escritório Regional da OMS deu apoio técnico aos países no uso dessas estratégias e instrumentos, para redução da morbidade e mortalidade. Registaram-se, durante o biênio 2004-2005, sucessos substantivos no controlo das doenças transmissíveis. Embora tenham ocorrido vários surtos graves, a capacidade regional de resposta às epidemias está mais forte e o Escritório Regional deu apoio técnico aos países afectados no mais curto tempo possível.

Vigilância das Doenças Transmissíveis (CSR)

97. Embora os sistemas de vigilância das doenças transmissíveis existentes em muitos Estados-Membros tenham melhorado com a implementação da Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (IDSR), ainda há espaço para progressos, no tocante à informação para detecção imediata de epidemias, monitorização das tendências das doenças e avaliação do impacto das intervenções de prevenção e controlo. A emergência de novas doenças, como a gripe das aves e humana devida ao vírus H5N1, continua a ser uma ameaça. Na Região Africana, os países estão mal preparados. O *Regulamento Sanitário Internacional (2005)* revisto, adoptado pela Quinquagésima-oitava Assembleia Mundial da Saúde em Maio de 2005, oferece uma oportunidade para reforçar os sistemas nacionais de vigilância e resposta às doenças.

98. No biênio em análise, a OMS respondeu apoiando os Estados-Membros no reforço das capacidades nacionais em termos de recursos humanos, laboratórios, gestão de dados, elaboração de relatórios, resposta às epidemias e *feedback* da monitorização da implementação da IDSR e formação. Entre os sucessos conta-se a definição regular das tendências das doenças, para publicação no *Relatório Epidemiológico das Doenças Transmissíveis*, de periodicidade mensal, e no *Boletim das Doenças Transmissíveis*, trimestral.

99. Cinco novos países aderiram à Vigilância e Resposta Integrada às Doenças; assim, 43 Estados-Membros avaliaram os seus sistemas de vigilância e resposta e prepararam planos estratégicos para combater quaisquer problemas detectados. Vinte e um países alcançaram a meta da formação dos profissionais da saúde responsáveis pela IDSR em pelo menos 60% dos distritos. Iniciou-se em vários países a integração da IDSR nas instituições nacionais de formação dos profissionais de saúde de nível médio. Em colaboração com os parceiros da IDSR e os países, estão a ser implementados conjuntamente projectos-chave de investigação operacional.

100. Em devido tempo, foi prestado apoio técnico aos países confrontados com grandes epidemias, como cólera, meningite, febre hemorrágica viral de Ébola, febre hemorrágica de Marburg, febre amarela, peste, febre tifóide e hepatite viral E. Outros Estados-Membros foram apoiados no reforço

das capacidades nacionais de resposta, com a formação de equipas nacionais de resposta rápida. Em 2005, cerca de 60% dos surtos que ocorreram na Região Africana tiveram resposta nas primeiras 48 horas. Um painel regional *ad hoc* de peritos e um grupo de trabalho da pandemia da gripe apoiaram os países na elaboração de planos de preparação e resposta ao vírus da gripe das aves, altamente patogénico.

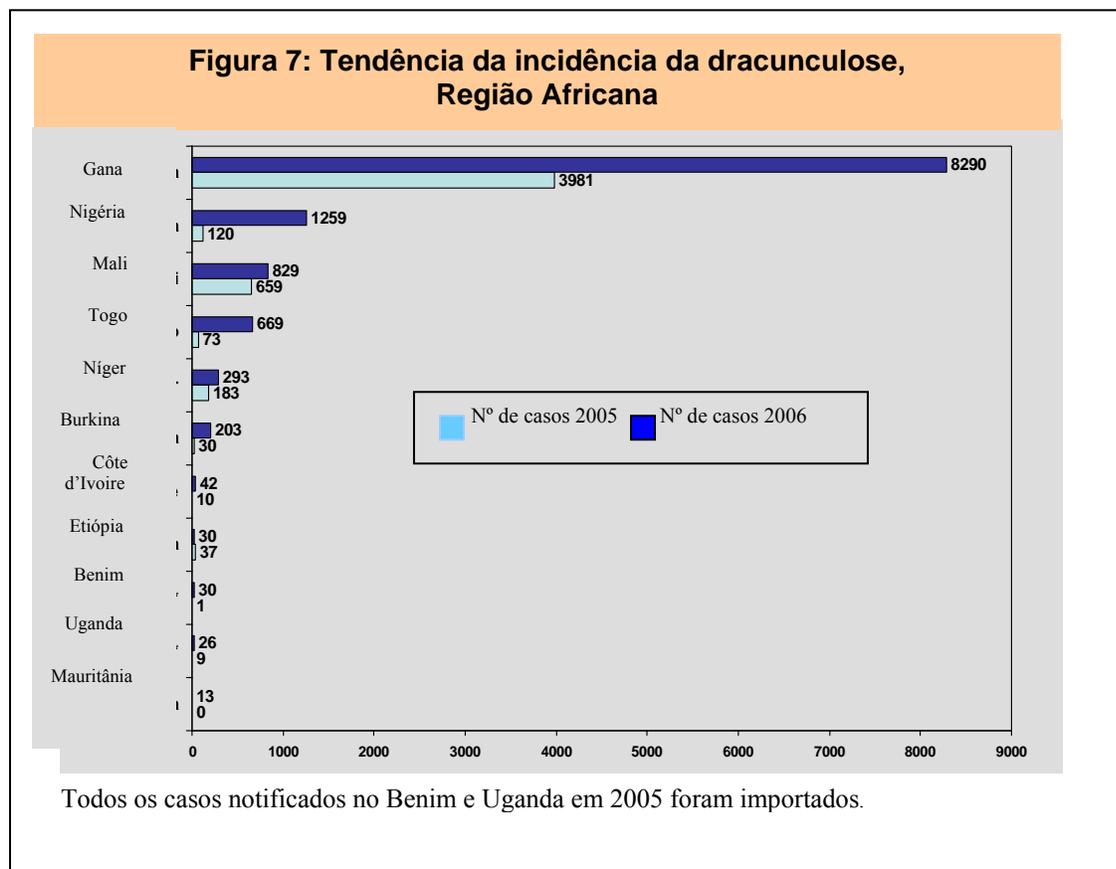
101. A OMS apoiou a criação de uma rede regional de laboratórios para auxílio aos Estados-Membros na preparação e resposta às grandes epidemias e pandemias. Todos os grandes surtos que ocorreram em 2004 e 2005 tiveram confirmação laboratorial por esta rede de laboratórios. A avaliação externa de qualidade em bacteriologia foi alargada na Região, para abranger todos os laboratórios bacteriológicos nacionais de referência de saúde pública; presentemente, participam no programa 69 laboratórios. Delegados de 40 Estados-Membros contribuíram activamente para a aprovação, pela 58ª Assembleia Mundial de Saúde, das *Normas Internacionais da Saúde 2005* revistas.

102. As lições aprendidas foram as seguintes: os países que conseguiram progressos notáveis na implementação da IDSR são os que mobilizaram recursos internos e atraíram financiamento externo. A disponibilidade de recursos que apoiem as áreas críticas da vigilância tem ajudado os países a progredir rapidamente.

Prevenção, Erradicação e Controlo das Doenças Transmissíveis (CPC)

103. As doenças alvo da área de actividade da Prevenção, Erradicação e Controlo das Doenças Transmissíveis são conhecidas por afectarem sobretudo os segmentos pobres e negligenciados da população. Em muitos países afectados, estas doenças mantêm um perfil baixo. A vertente mais importante na resposta da OMS foi dar apoio técnico aos países afectados para reforço das capacidades nacionais; preparar estratégias e planos de acção adequados à luta contra as doenças; monitorizar e avaliar as intervenções de controlo; e proceder a actividades de advocacia.

104. A incidência da dracunculose baixou de 11.882 casos em 2003 para 5.103 casos em 2005, o que representa uma redução de 57%, no biénio 2004-2005. A Figura 7 mostra a tendência da doença nos países. A transmissão indígena da doença foi interrompida no Benim, Mauritânia e Uganda durante o biénio.

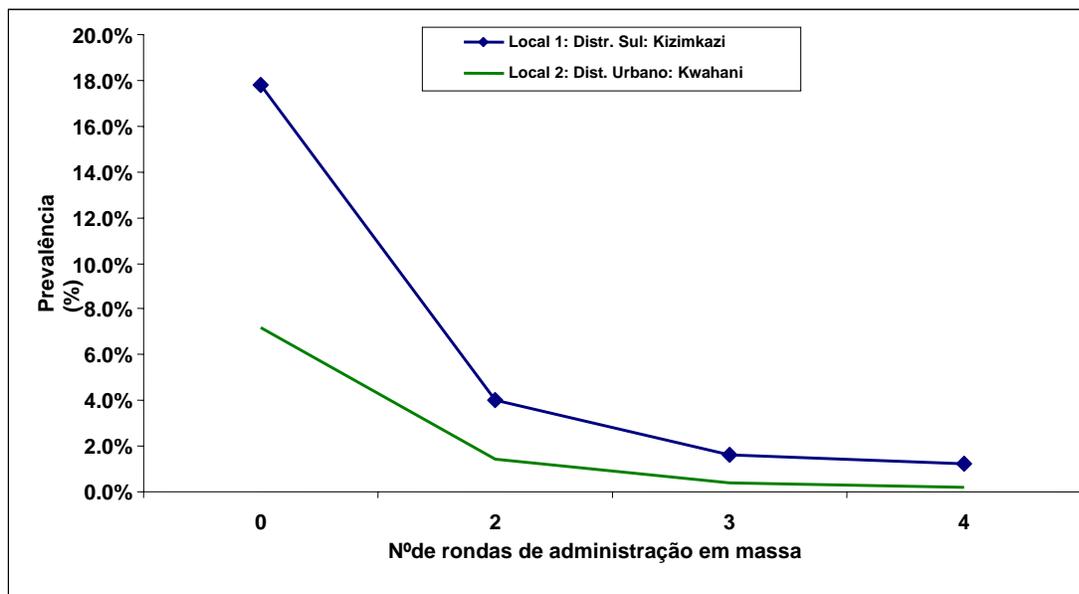


105. No programa da lepra, a meta da eliminação, de 0,69 casos por 10.000 habitantes, foi consolidada a nível regional. Trinta e oito dos 46 países alcançaram ou consolidaram as metas de eliminação da lepra a nível nacional.

106. Outros sete países¹⁹ (18% dos países com endemia) iniciaram as actividades de eliminação da filaríase linfática durante este biénio. O total da população em risco, nos 20 países onde o mapa da doença foi completado, era de cerca de 148,5 milhões (72%), num total de 205,3 milhões de habitantes. O número de pessoas abrangidas pela administração de medicamentos em massa aumentou em 4,0 milhões de 2003 para 2004, quando o número dos indivíduos tratados foi de 20,3 milhões. Conseguiu-se uma notável redução na prevalência de microfilárias (indicativa de interrupção da transmissão) em alguns programas, onde foram mantidas pelo menos três rondas consecutivas de tratamentos anuais (Figura 8).

¹⁹ Cabo Verde, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Madagáscar, Moçambique e Serra Leoa.

Figura 8: Prevalência de microfilárias em dois locais sentinela sob administração de medicamentos em massa, Tanzânia, 2001-2004



Fonte: *Ministério da Saúde, 2005*

107. Em mais de 20 dos 30 países com endemia, procedeu-se à análise da situação e iniciou-se a intensificação da detecção de casos de tripanossomíase humana africana em zonas prioritárias. Todos os 20 países receberam suprimentos de medicamentos para tratamento dos casos. Assim, em 2004 foram examinadas três milhões de pessoas em risco e 17.000 novos casos foram detectados e tratados; em 2005, foram examinadas 1,5 milhões de pessoas e foram detectados e tratados 7.000 novos casos.

108. Todos os 10 países da Região com endemia confirmada de úlcera de Buruli iniciaram a gestão dos casos com um tratamento de associação de antibióticos (rifampicina-estreptomina). Módulos de formação em gestão do tratamento para o programa de controlo da úlcera de Buruli foram finalizados e distribuídos a todos os países afectados (10 com endemia confirmada e 12 com endemia potencial).

109. O compromisso de combate à esquistossomíase e às helmantíases transmitidas pelo solo ganhou dinâmica, com os países a lançar programas nacionais de controlo de parasitas ou actividades de desparasitação, associadas ao Dia da Saúde da Criança e a campanhas de vacinação. Durante o biénio, oito países²⁰ lançaram programas nacionais e cinco países (Angola, Burundi, Cabo Verde, Guiné-Bissau e Ruanda) iniciaram ou completaram uma avaliação das doenças.

110. O Escritório Regional consolidou o controlo do vector por meio de uma abordagem integrada ao combate ao vector. Em 12 países foram reforçadas as capacidades nacionais; directrizes e módulos de formação foram preparados, para uso nos países.

²⁰ Burkina Faso, Camarões, Lesoto, Mali, Moçambique, Níger, Tanzânia e Zâmbia.

111. As lições aprendidas foram: a participação comunitária é essencial para alcançar e manter os resultados esperados; sinergias entre os programas podem ajudar a reduzir os custos; e os países comprometem-se a implementar programas de controlo da doença, se houver fortes actividades de advocacia e se lhes for dado o apoio necessário.

112. No biénio 2006-2007, os países receberão apoio para: assegurar a implementação plena da Declaração de Genebra sobre a fase final da erradicação da dracunculose; eliminar a lepra a nível nacional, em todos os países; completar o mapeamento da filaríase linfática; criar ou reforçar parcerias para uma implementação sustentável dos programas; implementar a resolução da WHA sobre a vigilância e controlo da úlcera de Buruli e conceber uma estratégia de controlo da úlcera de Buruli na Região; implementar as resoluções do Comité Regional sobre a tripanossomíase humana africana; e intensificar e acelerar os programas de desparasitação nas escolas.

Vacinação e Desenvolvimento de Vacinas (IVD)

113. No biénio 2004-2005, os principais problemas da área de actividade da Vacinação e Desenvolvimento de Vacinas incluíram: o reforço das vacinações, para atingir mais de 80% de cobertura da DTP3 em mais de 80% dos distritos; a interrupção da transmissão do poliovírus selvático; a redução da mortalidade devida ao sarampo; e a introdução de novas vacinas.

114. A OMS apoiou todos os países da Região na melhoria do desempenho da vacinação de rotina, por meio da implementação da abordagem Chegar a Todos os Distritos. Mereceu destaque especial o apoio técnico e financeiro a Angola, República Democrática do Congo, Etiópia e Nigéria. O apoio intensificado aos sistemas de vacinação incidiu na logística, comunicações, avaliação das carências em formação e formação de gestores do nível intermédio no Programa Alargado de Vacinação. Mais de 72% dos países estão presentemente a implementar essa estratégia com sucesso. Até Novembro de 2005, a cobertura da DPT3 era superior a 80% em 67% dos distritos, por comparação com 49% no biénio anterior.

115. A OMS apoiou tecnicamente a recolha e monitorização de dados e deu formação em auto-avaliação da qualidade dos dados, para apoiar os países na melhoria de qualidade dos relatórios. Mais 12 países da Região receberam apoio à introdução de novas vacinas para a hepatite B e a *Haemophilus influenzae* tipo b; dos 36 países elegíveis, 30 estão presentemente integrados na Aliança Mundial das Vacinas e Vacinação.

116. Durante o biénio, os esforços de erradicação da polio foram objecto de intensa advocacia, de um programa, de comunicações, logística e apoio aos sistemas. Os restantes países onde a polio é endémica, aqueles que experimentaram transmissão indígina do poliovírus selvático e os países de alto risco livres da polio foram apoiados na implementação de actividades suplementares de vacinação (SIA); em todos, os resultados da cobertura ultrapassaram os 90%. Em Dezembro de 2005, os casos confirmados de polio tinham baixado 11%, por comparação com 2004 (ou seja, 840 casos de polio em 8 países em 2005, comparados com 944 casos de polio em 12 países, no mesmo período de 2004). Em 2005 verificou-se uma redução de quase 95% nos casos de polio confirmados nos 5 países (Burkina Faso, República Centrafricana, Chade, Côte d'Ivoire e Mali) onde a transmissão da

polio tinha reaparecido em 2004. Enquanto 38 países da Região alcançavam e mantinham os padrões de certificação de vigilância da paralisia flácida aguda em 2005, a Comissão Regional Africana de Certificação aceitava a documentação de livres da polio de nove países.²¹

117. No total, 24 países foram apoiados na realização das Actividades Suplementares de Vacinação do sarampo (SIA), uma segunda oportunidade de vacinação contra o sarampo que abrangeu um total de 104 milhões de crianças. Com excepção de três, todos os países alvo notificaram coberturas superiores a 90%. A partir de Setembro de 2005, 29 países da Região implementaram a vigilância do sarampo com base nos casos. A taxa de casos confirmados de sarampo foi, na Região, de 0,6 e 0,43 por 100.000 habitantes em 2004 e 2005, respectivamente. Muitos dos surtos notificados de sarampo, embora de dimensão reduzida, foram exaustivamente investigados e subsequentemente atribuídos a uma baixa cobertura pela vacinação de rotina, tendo-se seguido com as Actividades Suplementares de Vacinação (SIA).

118. As Actividades Suplementares de Vacinação (SIA) contra o toxóide do tétano em distritos de alto risco, seleccionados em 17 países, abrangeram mais de 8 milhões de mulheres em idade fértil. A eliminação do tétano materno e neonatal foi validada em 16 países, no final de 2005. No entanto, a qualidade da vigilância do tétano neonatal continuou a ser baixa.

119. As actividades de vacinação de rotina e os esforços de controlo das doenças foram muito bem sucedidos graças às sólidas parcerias a nível mundial, regional e de país, assim como ao alto grau de empenhamento político, aos preparativos técnicos feitos em devido tempo e à intensa monitorização das actividades. Em todos os países, responsáveis pela polio empenharam-se activamente no apoio às actividades de rotina do PAV e o biénio 2004-2005 conheceu um aumento no financiamento das actividades de vacinação de rotina.

120. O Plano Estratégico Regional para a Febre Amarela foi aprovado em 2004. Em alguns países, reservas da Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação foram usadas nas campanhas de vacinação preventiva. Contudo, a escassez de reagentes de laboratório e a falta de financiamento para actividades preventivas e de resposta a surtos corporizaram os principais desafios ao controlo da febre amarela.

121. No biénio 2006-2007, os países continuarão a ter apoio para sustentar os avanços conseguidos graças à elevada cobertura da vacinação de rotina. São necessários esforços persistentes de advocacia para garantir que as actividades de rotina do PAV sejam devidamente financiadas. Prosseguirão os esforços de reforço das capacidades, para manter uma vigilância da doença com alta qualidade. A advocacia será importante para assegurar o empenho contínuo de governos e parceiros na erradicação da polio e nos esforços de aceleração da luta contra a doença.

Investigação e Desenvolvimento de Produtos para as Doenças Transmissíveis (CRD)

122. Algumas das doenças infecciosas com que a África se debate hoje em dia carecem de eficácia no diagnóstico e de opções para a prevenção e tratamento. Além disso, alguns dos instrumentos e estratégias disponíveis vão dando sinais de fadiga (por ex., resistência aos medicamentos), devido a

²¹ Botswana, Gâmbia, Quênia, Lesoto, Malawi, Ruanda, Senegal, Suazilândia e Zâmbia.

muitos factores. Assim, a área de actividade da Investigação e Desenvolvimento de Produtos incidiu no reforço das capacidades dos países da Região para o planeamento, implementação e avaliação de projectos de investigação operacional, para que os dados gerados pudessem ser traduzidos em acção. Foram também apoiados o desenvolvimento e avaliação de novos produtos (medicamentos, vacinas, diagnósticos), em especial para as doenças que afligem as populações pobres e marginalizadas.

123. A resposta da OMS tem incidido no reforço das capacidades locais dos países com doenças endémicas, para proceder à investigação operacional e transformá-la em acção, na busca de melhor saúde para todos. A abordagem tem passado pela criação de parcerias e redes de actuação com as comunidades do controlo das doenças, da investigação e do desenvolvimento.

124. No biénio 2004-2005, o Escritório Regional colaborou com os parceiros no reforço da capacidade de investigação em 22 países, onde foram implementados 41 projectos. Foi elaborada uma agenda prioritária para investigação operacional em Vigilância e Resposta Integrada às Doenças, que incluía os custos e a relação custo-eficácia da IDSR; a avaliação e validação de desempenho de um teste de látex para identificação no terreno da *Neisseria meningitidis* W135; e os factores de risco da elevada mortalidade devida à meningite meningocócica no Sahel.

125. Prosseguiu a monitorização *in vivo* da eficácia terapêutica de medicamentos antipalúdicos, abrangendo agora 41 dos 42 países da Região com paludismo endémico, num total de 188 locais sentinela. Por força de dados de base factual, 25 países adoptaram uma terapia de associação à base de artemisinina no tratamento do paludismo, em resposta à elevada resistência às monoterapias. Este é um exemplo de aplicação, nas políticas e nas práticas, dos conhecimentos e resultados obtidos com a investigação. A base de dados regional sobre a eficácia terapêutica dos medicamentos antipalúdicos foi actualizada, servindo de base ao relatório sobre a resistência aos medicamentos a nível mundial, recentemente publicado pela Sede.²²

126. O plano operacional de integração das intervenções em doenças transmissíveis, a nível nacional e distrital, foi objecto de uma observação piloto em quatro países. A integração pode ser uma estratégia eficaz para intensificar a cobertura com intervenções de boa relação custo-eficácia.

127. Uma das lições aprendidas foi que a implementação de um plano compósito de investigação operacional depende de um bom mecanismo de coordenação.

128. No biénio 2006-2007, incidir-se-á na criação e manutenção da capacidade local de investigação em saúde, em resposta ao desafio de uma prestação intensificada de intervenções eficazes, graças a parcerias e associações entre os programas nacionais, as instituições de investigação e as iniciativas bilaterais e multilaterais de investigação. Será privilegiada a geração de novos saberes e instrumentos, métodos de intervenção e abordagens à implementação, usando a advocacia em favor da investigação e de produtos especialmente orientados para as populações pobres.

²² WHO, Susceptibilidade do *Plasmodium falciparum* aos medicamentos antipalúdicos: Relatório da monitorização a nível mundial, 1996-2004, Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2005 (WHO/HTM/MAL/2005.1103).

PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

129. As doenças não-transmissíveis (NCD) representam enormes desafios ao desenvolvimento global, em todo o mundo. Na Região Africana, a situação é agravada pelos problemas decorrentes das doenças infecciosas e da pobreza. À medida que dispomos de informação, torna-se claro que a Região Africana se debate com um fardo maior de doenças não-transmissíveis do que muitas das outras regiões do mundo. A prevalência dos factores de risco das doenças não-transmissíveis é muito alta, com 30% da população de muitos países em risco de hipertensão e devido ao tabagismo (Quadro 1). É possível combater as doenças não-transmissíveis, controlando a exposição das populações aos factores de risco.

130. Violência, traumatismos e incapacidades aumentaram durante o biénio 2004-2005. Na Região Africana, a taxa de mortes por acidentes rodoviários foi de 28 por 100.000 habitantes, por comparação com 20 por 100.000 habitantes em outras áreas de baixo rendimento. As perturbações mentais e neurológicas aumentaram, assim como o abuso de substâncias psicoactivas, afectando sobretudo quem vive na pobreza ou em situações de emergência. A promoção da saúde possibilitou a abordagem aos determinantes de natureza social, dando a indivíduos e comunidades a possibilidade de intervir na melhoria da sua saúde.

Vigilância, Prevenção e Tratamento das Doenças não-Transmissíveis (NCD)

131. O principal problema nesta área de actividade é o facto de não se conhecer a real dimensão das doenças não-transmissíveis na Região Africana e do potencial da sua prevenção não ser bem compreendido. As doenças não-transmissíveis não recebem a prioridade que merecem. Muitos países não têm um programa nacional de doenças não-transmissíveis; os sistemas de vigilância são quase inexistentes; os poucos recursos disponíveis são usados quase exclusivamente no tratamento dos casos conhecidos.

132. As doenças não-transmissíveis mais importantes são: doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas, todas associadas a factores comportamentais de risco evitáveis. Os principais factores de risco são: dieta pouco saudável, uso de tabaco, falta de actividade física e excesso de consumo de álcool. Neste biénio, a resposta do Escritório Regional da OMS incidiu no apoio aos países para a instalação de sistemas de vigilância das doenças não-transmissíveis, usando os registos de cancro e uma abordagem por etapas de vigilância aos factores de risco (STEPS); integração das doenças não-transmissíveis mais importantes nos sistemas de vigilância existentes para as doenças transmissíveis; e criação de programas nacionais de doenças não-transmissíveis e saúde oral, usando os dados dos inquéritos STEPS e outras fontes.

133. Quarenta participantes de 16 países²³ receberam formação em realização de inquéritos aos factores de risco das doenças não-transmissíveis. Dez países²⁴ completaram esse inquérito e outros 5 (Botswana, Comores, Gana, Namíbia e Uganda) prepararam a sua realização. Directores de unidades de doenças não-transmissíveis de 5 países receberam formação em uso dos dados decorrentes da STEPS na preparação de programas nacionais de doenças não-transmissíveis; pontos focais da

²³ Argélia, Benim, Burkina Faso, Camarões, Cabo Verde, Chade, República do Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Eritreia, Gabão, Guiné, Mali, Níger, São Tomé e Príncipe e Togo.

²⁴ Argélia, Camarões, República do Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Quênia, Maurícias, Moçambique e Seychelles.

STEPS foram treinados em gestão de dados, incluindo a elaboração de um relatório para advocacia e informação ao público em geral.

134. Participantes de 13 países²⁵ foram informados sobre actividades concretas referentes à prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis nas Maurícias; seguidamente, elaboraram planos nacionais de prevenção primária das doenças não-transmissíveis para os seus países. Mais de 30.000 mulheres fizeram o teste ao cancro do colo do útero em centros de referência da OMS em Angola, Guiné e Tanzânia e em centros nacionais apoiados pela OMS em seis países.²⁶

Quadro 1: Prevalência (%) de factores de risco de doença cardiovascular, países seleccionados, 2005

	Maurícias	Argélia	R. Congo	Eritreia	Camarões
Uso de tabaco	20.20	12.8	14.4	8	4
Uso de álcool	15.9	5.1	62.5	39.6	11
Obesidade	11.5	16.4	8.6	3.3	18
Hipertensão	29.6	29.1	32.5	16	25
Hiperglicemia	19.5	2.9	-	-	6

135. Realizaram-se duas reuniões internacionais sobre advocacia a favor da drepanocitose; delas resultaram declarações vastamente disseminadas na Região. Foi disponibilizada aos Estados-Membros a InfoBase, uma base de dados dos factores de risco das doenças não-transmissíveis. A rede da iniciativa africana para as doenças não-transmissíveis foi reforçada com a criação de um espaço de participação na Internet, que facilita a troca de experiências entre os países.

136. Foi organizada, com a World Dental Federation, uma conferência regional sobre saúde oral, com a participação de delegados de 57 países (18 da Região Africana); os participantes aprovaram um programa de prevenção e controlo das doenças buco-dentárias na África. O programa do NOMA foi reforçado no Benim, Burkina Faso, Mali e Níger e lançado na República Democrática do Congo, Lesoto, Uganda e Zâmbia, com contribuições da Fundação Winds of Hope.

137. Durante o biénio 2006-2007, o Escritório Regional da OMS continuará a apoiar os países nos inquéritos STEPS e a usar os respectivos dados em advocacia e acção; empreenderá investigação sobre as implicações sócio-económicas das doenças não-transmissíveis, para lhes dar visibilidade fora do sector da saúde; e considerará prioritárias as intervenções de prevenção primária.

²⁵ Camarões, República do Congo, Gabão, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Maurícias, Moçambique, Ruanda, Seychelles, Tanzânia, Uganda e Zimbabwe.

²⁶ Argélia, República do Congo, Mali, Mauritânia, Maurícias e Zimbabwe.

Saúde Mental e Abuso de Substâncias Psicoactivas (MNH)

138. A parcela do fardo global das doenças atribuíveis às desordens mentais e neurológicas e ao abuso de substâncias psicoactivas está a aumentar, sobretudo na Região Africana, onde famílias e comunidades se debatem contra a pobreza, calamidades naturais, situações de conflito, deslocamentos e consequências de doenças crónicas, como o VIH/SIDA. No biénio em análise, o Escritório Regional Africano da OMS respondeu apoiando os países na elaboração e actualização de políticas e programas nacionais para implementar, a nível de comunidade, actividades de tratamento das perturbações relacionadas com a saúde mental e o abuso de substâncias psicoactivas.

139. Seis países²⁷ elaboraram relatórios da situação, na perspectiva dos direitos humanos das pessoas vítimas de perturbações mentais e neurológicas e de abuso de substâncias psicoactivas; foram concebidas estratégias pertinentes que, melhoradas depois num encontro interpaíses, serão implementadas a nível de país.

140. Juristas e peritos em saúde mental de 16 países²⁸ receberam formação para elaborar ou rever legislação sobre a saúde mental, com base em instrumentos da OMS e a partir das normas padrão regionais e internacionais dos direitos humanos. Esses peritos estão presentemente a apoiar os respectivos países, bem como outros, revendo ou preparando legislação sobre saúde mental.

141. A Namíbia lançou uma política de saúde mental, o Lesoto e a Gâmbia atingiram a fase final e a República Centrafricana e Mauritânia completaram a fase de consultas. Um total de 24 profissionais de 12 países²⁹ receberam formação em concepção e realização de estudos sobre tratamento do abuso de álcool e drogas ilícitas, um magno problema de saúde pública na Região, em especial nos jovens.

142. A Guiné lançou uma iniciativa especial para prestar serviços de saúde mental às populações deslocadas da Guiné-Bissau, Côte d'Ivoire, Libéria e Serra Leoa. Dado o número crescente de pessoas que sofrem de epilepsia, foi realizado um seminário prático para reforço de competências e capacidades de médicos e pessoal de enfermagem e da assistência social, para melhorar o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação psicossocial. Foi publicado e disseminado o relatório *Epilepsia na Região Africana: Preencher o Fosso*. Os 46 países da Região Africana contribuíram com dados para o *Atlas da Saúde Mental 2005*; 18 contribuíram para o *Atlas dos Recursos da Saúde Mental das Crianças e Adolescentes*; e 36 países contribuíram para o *Atlas dos Cuidados à Epilepsia no Mundo 2005*. Estes relatórios foram publicados e distribuídos.

143. Entre as lições aprendidas, refere-se que o sucesso depende de indicadores realistas, da disponibilidade de fundos, do empenhamento e formação dos recursos humanos, e de boa colaboração e preparação conjunta das actividades orientadas para as principais carências dos diversos grupos populacionais, sobretudo os mais vulneráveis.

²⁷ Argélia, Benim, Cabo Verde, Namíbia, Nigéria e Zimbábwe.

²⁸ Angola, Benim, Camarões, Cabo Verde, República do Congo, República Democrática do Congo, Gana, Mali, Mauritânia, Moçambique, Ruanda, Senegal, África do Sul, Togo, Zâmbia e Zimbábwe.

²⁹ Argélia, Benim, Burundi, Chade, República do Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Gabão, Guiné, Madagáscar, Mali, Senegal.

144. Em 2006-2007, o Escritório Regional da OMS identificará pontos focais nos ministérios da saúde, para uma melhor gestão dos problemas da saúde mental e abuso de substâncias psicoactivas; negociará mais fundos de voluntários para implementar as actividades planeadas; finalizará a tradução dos instrumentos e directrizes da OMS para as línguas de trabalho e reforçará a equipa da saúde mental a nível regional.

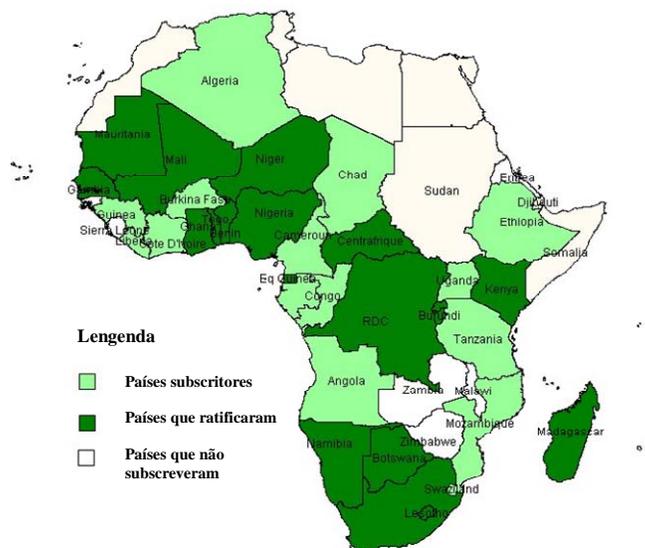
Tabaco (TOB)

145. O primeiro tratado mundial da OMS, a Convenção Quadro para a Luta Anti-Tabágica (FCTC), foi aprovado pela 56ª Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2003. A adopção desta Convenção assinalou o início de uma nova fase na construção de um sistema jurídico internacional capaz de travar o uso crescente de tabaco, a nível mundial. A Convenção entrou em vigor em 27 de Fevereiro de 2005 e tornou-se vinculativa para os 115 subscritores, incluindo 22 Estados-Membros da Região Africana. Um importante desafio consiste em continuar a consciencialização e a obtenção de apoio político para a ratificação ou acesso dos Estados-Membros à Convenção, assim como a capacidade dos países para a sua implementação. Esta nova fase exigirá uma estreita colaboração com os Estados-Membros.

146. Na Região Africana, a OMS respondeu apoiando os países no reforço das capacidades nacionais de advocacia, para apoio à ratificação, e em medidas preparatórias da implementação da FCTC. Foi também dado apoio técnico ao reforço da capacidade dos coordenadores da investigação, em metodologia de inquéritos sobre o tabaco.

147. A reacção à FCTC foi favorável na Região Africana da OMS. Após participação em reuniões de advocacia que apresentaram dados sobre os malefícios do tabaco, 39 Estados-Membros da Região subscreveram a Convenção. Todos os países participaram nos quatro seminários sub-regionais de consciencialização e reforço de capacidades; subsequentemente, 22 tinham ratificado ou aderido à Convenção até Dezembro de 2005 (Figura 9).

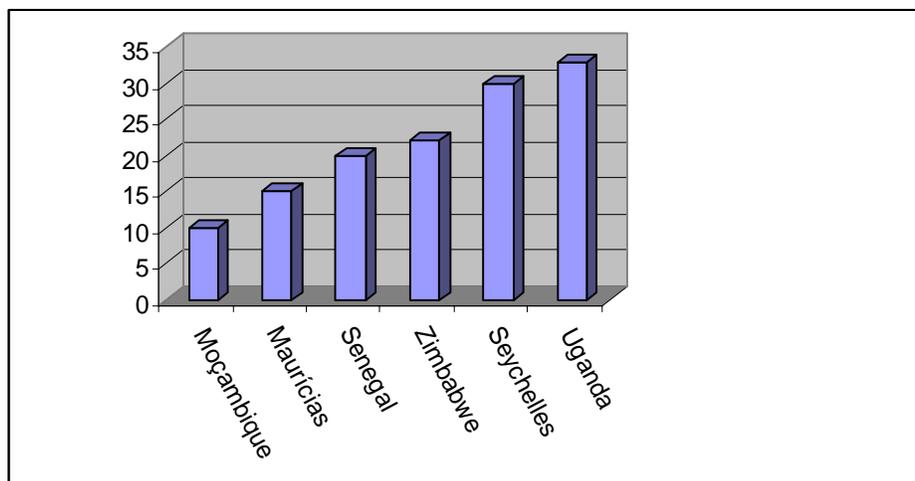
Figura 9: Situação da ratificação da Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica na Região Africana, 2005



148. Seis países promulgaram leis de controlo do tabaco e 20 prepararam planos nacionais de acção para a luta anti-tabágica. Alguns países fundamentaram o controlo do tabaco nesta legislação. Organizações não-governamentais de nove países receberam formação em advocacia a favor do controlo do tabaco. Outras ONG receberam apoio para iniciar actividades de advocacia e apoio à FCTC, a nível de país.

149. Durante o biénio 2004-2005, participantes de 28 países receberam formação em execução do Inquérito Mundial à Juventude sobre o Tabaco e do Inquérito Mundial aos Funcionários Escolares. Os resultados dos 25 países que completaram os inquéritos revelam taxas de prevalência de uso de tabaco entre 10% em Moçambique e 33% no Uganda (Figura 10). As conclusões do inquérito ao tabaco foram usadas pelos países no planeamento, concretização, implementação e avaliação dos seus programas abrangentes de luta anti-tabágica. Foi promovida na Região, e já foi iniciada, investigação inovadora sobre o controlo do tabaco. O primeiro desses estudos, sobre tabaco e pobreza na Região Africana, foi iniciado na Nigéria, em Novembro de 2005.

Figura 10: Níveis da prevalência (%) do uso do tabaco nos 13–15 anos de idade, países seleccionados, 2004



150. Uma das lições aprendidas foi a seguinte: é importante que os países afectem mais fundos do orçamento ordinário às actividades de controlo do tabaco, por não estar garantida a disponibilidade de fundos de outras fontes. Outra lição é que uma boa comunicação entre todos os níveis é essencial para aumentar a visibilidade do programa e obter resultados positivos. A colaboração e integração das actividades noutros programas exigem um reforço.

151. Durante o biénio 2006-2007, a OMS continuará a explorar modos de mobilizar mais recursos que possibilitem a implementação das actividades planeadas em função da Convenção Quadro para a Luta Anti-Tabágica.

Promoção da Saúde (HPR)

152. O crescimento urbano, outras alterações de natureza demográfica e ambiental estimuladas pela globalização dos mercados e das comunicações e situações complexas de emergência exigem abordagens que contemplem os determinantes mais gerais da saúde. O relatório da OMS *Reduzir os riscos, promover uma vida saudável* (2002), documentou os principais riscos, como dieta e nutrição deficientes, uso de tabaco, consumo excessivo de álcool, inactividade física, pouca higiene, falta de segurança e sexo de risco, os quais se podem reduzir por meio da promoção da saúde.

153. Durante o biénio, o Escritório Regional da OMS assumiu a liderança da Estratégia Regional de Promoção da Saúde. Foram dados contributos ao reforço das capacidades, formulação de políticas, geração de dados para a promoção da saúde, promoção de actividades intersectoriais e abordagens integradas, consciencialização face aos determinantes da saúde, mais participação comunitária e mais parcerias.

154. A capacidade de promover a saúde foi impulsionada pela formação em abordagem aos determinantes gerais da saúde de equipas multissetoriais e ONG, representando 15 países³⁰. Foi usada uma abordagem com base em equipas para assegurar uma maior participação dos sectores externos à saúde. Após a formação, 5 países (Burkina Faso, Camarões, Lesoto, Ruanda, e Seychelles) expandiram a implementação da promoção da saúde. Durante o biénio, 6 países³¹ iniciaram a formulação de políticas nacionais de promoção da saúde, e 5 países (Camarões, R. Democrática do Congo, Malawi, Quênia e Tanzânia) reviram os documentos existentes de promoção da saúde. A Nigéria iniciou um curso de promoção da saúde com base na estratégia e nas directrizes regionais.

155. A participação comunitária em seis programas prioritários da OMS³² foi reforçada, graças à orientação de pessoas focais para a Promoção da Saúde de 40 países, na implementação, a nível comunitário, de um pacote de actividades integradas, com início previsto para 2006. Essa implementação integrada deverá resultar em mais eficiência e maior impacto das intervenções. Foram apoiadas em conjunto intervenções no Benim e na Zâmbia, partiram da escola como base para combater as doenças não-transmissíveis, além de estimular comportamentos saudáveis nos jovens. Esta iniciativa fez com que uma vasta gama de intervenientes colaborassem na implementação de uma promoção abrangente da saúde.

156. Em países como a África do Sul, foram implementados projectos modelo de promoção da saúde e apoiadas intervenções a nível de comunidade, para combater as doenças não-transmissíveis. As comunidades foram mobilizadas para agir, com diversos sectores, na prevenção ou controlo de doenças não-transmissíveis seleccionadas. Também a implementação da APADOC foi apoiada na Namíbia, Moçambique e Zimbabwe. A APADOC recorre a métodos de promoção da saúde para firmar alianças entre adolescentes, pais e comunidades, com vista à prevenção do VIH/SIDA e dos problemas correlacionados, graças a uma gestão integrada dos riscos.

157. Prosseguiu a celebração de parcerias estratégicas para a promoção da saúde, graças à colaboração com a Education International, de que resultou a implementação de projectos de prevenção do VIH/SIDA, com base nas escolas, em 15 países.³³ Os ministérios da saúde e da educação apoiaram professores e alunos na implementação das actividades. A OMS contribuiu com formação e materiais para os projectos. A colaboração com a HelpAge International, incidindo em actividades relacionadas com um envelhecimento activo, prosseguiu na Etiópia, Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe. Esta colaboração está em harmonia com a estratégia para o envelhecimento, elaborada pela União Africana em conjunto com a OMS.

158. Em 16 países³⁴ foram gerados dados sobre a promoção da saúde, graças à investigação em factores que colocam em risco a saúde das crianças nas escolas. Alguns resultados desse estudo estão a ser usados no planeamento de intervenções, por exemplo na Zâmbia e no Zimbabwe.

³⁰ Angola, Burkina Faso, Camarões, Etiópia, Gabão, Guiné-Bissau, Libéria, Malawi, Mauritânia, Namíbia, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia, Togo e Uganda.

³¹ Eritreia, Lesoto, Nigéria, Ruanda, Senegal e Seychelles.

³² AIDI, RPA, MAL, TUB, VPD, e CSR.

³³ Botswana, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guiné, Lesoto, Malawi, Mali, Namíbia, Ruanda, Senegal, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe.

³⁴ Angola, Botswana, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Quênia, Malawi, Moçambique, Namíbia, Ruanda, Senegal, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia, e Zimbabwe.

159. Durante o biênio 2006-2007, o Escritório Regional da OMS incidirá na consolidação da promoção da saúde em programas prioritários.

Traumatismos e Incapacidades (INJ)

160. As causas mais importantes de traumatismos não intencionais são os acidentes rodoviários, afogamentos, quedas e queimaduras. Continuam a abundar os ferimentos devidos a conflitos armados, violência interpessoal (incluindo o uso de armas de fogo e outras formas de violência juvenil e urbana), violência com base nos géneros, suicídios concretizados ou tentados e violência contra as crianças. As incapacidades, incluindo a cegueira, são um problema grave. A resposta inadequada a estes desafios, nos países, liga-se à falta de capacidade e a enquadramentos políticos mal definidos ou inexistentes.

161. Durante o biênio 2004-2005, a resposta da OMS consistiu em apoiar os governos e os seus parceiros na preparação e implementação de estratégias de boa relação custo-eficácia e sensíveis à problemática dos géneros, para prevenir e evitar traumatismos e incapacidades, e em apoiar as comunidades na reabilitação de indivíduos vítimas de incapacidades a médio ou longo prazo.

162. O *Relatório Mundial sobre Prevenção dos Traumatismos em Acidentes Rodoviários* foi lançado com sucesso em 6 países³⁵ e o Dia Mundial da Saúde de 2004 para a Segurança Rodoviária foi celebrado em todos os Estados-Membros com eventos de dimensão nacional. Vários países lançaram intervenções a nível nacional para reduzir as mortes e traumatismos devidos a acidentes rodoviários.

163. Foi produzido um relatório abrangente sobre os programas de controlo da cegueira e reservados recursos para o seu lançamento a nível regional. Realizou-se uma reunião regional sobre as Normas para a Igualdade de Oportunidades das Pessoas Incapacitadas. Outra reunião congregou quadros superiores dos ministérios da saúde de 14 países na discussão de um programa de prevenção e controlo de traumatismos e violência.

164. Alguns países tornaram mais rigorosa a legislação sobre segurança rodoviária (por exemplo, Argélia, Quênia, Ruanda e Uganda), outros reforçaram a aplicação das leis do trânsito (por exemplo, Benim, Camarões, África do Sul), enquanto que outros reforçaram os sistemas de informação (por ex., Etiópia e Gana). Alguns Estados-Membros (por ex., Quênia e África do Sul) notificaram uma redução na percentagem de acidentes com veículos.

165. As lições aprendidas sugerem que projectos conjuntos, como os que envolveram a União Africana, exigem um cuidadoso planeamento antecipado para garantir a uniformidade nos objectivos dos programas e evitar contradições na fase da implementação.

166. Em 2006-2007, a OMS apoiará os Estados-Membros na implementação sistemática de intervenções eficazes, como a aplicação dos limites de velocidade, a proibição de conduzir sob o efeito do álcool e o uso do cinto de segurança e de capacete pelos motociclistas.

³⁵ Quênia, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Tanzânia e África do Sul

SAÚDE REPRODUTIVA E DA FAMÍLIA

167. Durante o biênio 2004-2005, o Escritório Regional Africano da OMS apoiou os Estados-Membros com vista à consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDG) números 3, 4 e 5, melhorando a saúde materna, dos recém-nascidos, crianças e adolescentes; combatendo a tríade mortífera do VIH/SIDA, tuberculose e paludismo nas mulheres; tratando as causas comuns de doença e mortalidade infantil, a violência com base nos géneros e as práticas tradicionais lesivas; melhorando o acesso de homens e mulheres de todas as idades a serviços de saúde com boa qualidade; e melhorando o nível nutricional de todos os membros das famílias. Durante o ano de 2005, a equipa de Harare da Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) juntou-se à divisão da Saúde Reprodutiva e da Família, em Brazzaville; por seu lado, a Nutrição passou a ser uma área de actividade.

Saúde das Crianças e Adolescentes (CAH)

168. Na Região Africana, mais de 12.000 crianças com idade entre 0-5 anos morrem diariamente devido a causas evitáveis ou tratáveis. Seis doenças são responsáveis por mais de 70% dessas mortes. Em alguns países, 80% das crianças que morrem nunca chegam a ser tratadas por profissionais da saúde e um número significativo das que procuram cuidados sucumbem em consequência da má qualidade dos cuidados. Os recém-nascidos continuam a ser as crianças esquecidas da África, sendo as suas mortes consideradas “normais”. Os adolescentes continuam a ser vítimas do VIH, do abuso de substâncias psicoactivas e de sexo sem protecção, que provoca gravidezes de adolescentes, abortos de risco, doenças sexualmente transmitidas e morte.

169. Neste biênio, a OMS respondeu a esta situação promovendo a extensão contínua dos cuidados desde a gravidez e parto, bem como ao longo da infância. Garantiu também que a continuidade dos cuidados abrangesse os lares (dando capacidades às famílias), as comunidades (melhorando as unidades de cuidados primários e aproximando os cuidados aos lares), e as unidades de saúde de referência.

170. A Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) é uma das estratégias chave para a sobrevivência infantil na Região Africana. (As figuras 11 e 12 mostram o progresso da implementação da AIDI durante os dois últimos biênios. Dos 46 países da Região, 44 tinham implementado a estratégia da AIDI até finais de 2005. Entre os outros sucessos da Saúde das Crianças e Adolescentes neste biênio se incluem os seguintes: 12 países³⁶ atingiram 50% de cobertura pela AIDI a nível distrital; 11 países³⁷ elaboraram planos nacionais Comunidade-AIDI e 4 países (Burkina Faso, Burundi, Guiné e Níger) elaboraram planos distritais Comunidade-AIDI, aumentando o número de países com planos nacionais e distritais para 28 e 20, respectivamente; 6 países³⁸ introduziram o ensino da AIDI na formação escolar, aumentando para 23 o número de países com formação escolar em AIDI; 7 países³⁹ iniciaram ou finalizaram políticas e estratégias da saúde infantil. Realizou-se uma consulta regional sobre sobrevivência infantil, em simultâneo com o Grupo

³⁶ Botswana, Gâmbia, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Moçambique, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda e Zâmbia.

³⁷ Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, República Centrafricana, Gana, Quénia, Lesoto, Madagáscar, Nigéria e Ruanda.

³⁸ Botswana, Burkina Faso, Eritreia, Gâmbia, Guiné e Suazilândia.

³⁹ República Democrática do Congo, Etiópia, Madagáscar, Moçambique, Nigéria, Tanzânia e Zâmbia.

de Trabalho da Saúde Reprodutiva, para partilhar as experiências dos países e demonstrar a continuidade dos cuidados.

Figura 11: Situação da implementação da AIDI, Região Africana da OMS, 2002-2003

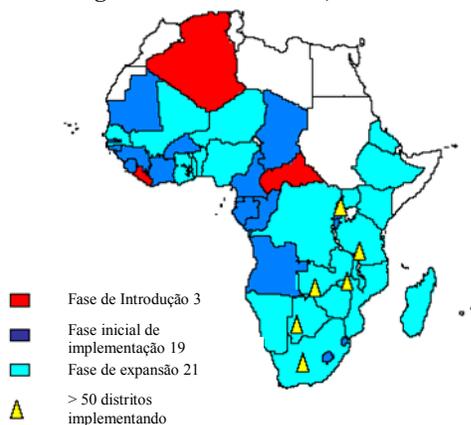
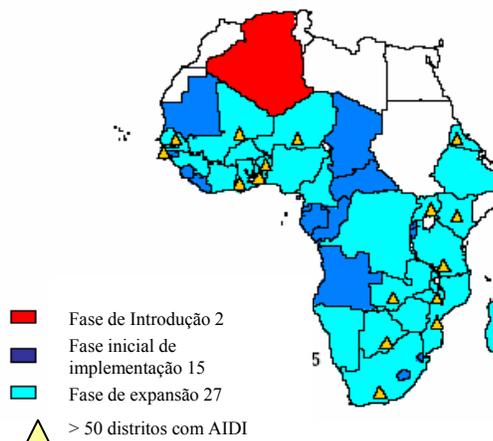


Figura 12: Situação da implementação da AIDI, 2004-2005



171. Foram realizados três inquéritos às unidades de saúde da AIDI no Malawi, Moçambique e Níger. Observou-se um progresso nos saberes e competências dos profissionais da saúde quanto ao tratamento das doenças da infância. Os funcionários de nível regional e sub-regional viram reforçadas as suas capacidades de elaboração de projectos, mobilização de recursos, planeamento com base nos direitos humanos e implementação de programas de saúde dos adolescentes. Tiveram início na Tanzânia e Zâmbia estudos de avaliação da saúde de recém-nascidos, com base na comunidade, visando a formulação de uma estratégia de base factual para a saúde dos recém-nascidos. A abordagem da Aliança de Pais, Adolescentes e Comunidade foi introduzida em 8 países⁴⁰ e reforçada em 11 países.⁴¹

172. Uma das lições aprendidas foi que a OMS tem um papel catalisador na facilitação da administração-geral por parte dos governos, assim como de liderança no sector da saúde; ambos os parceiros são essenciais para garantir a sustentabilidade.

173. No biénio 2006-2007, a OMS prosseguirá com a sua advocacia para mobilizar os parceiros em torno da meta comum da redução da mortalidade infantil. Além disso, apoiará os países na realização de fóruns da saúde materna, dos recém nascidos e das crianças, para promoção de cuidados contínuos; e reforçará a prestação de serviços a nível de comunidade, para aumentar o acesso e a cobertura.

Investigação e Elaboração de Programas em Saúde Reprodutiva (RHR)

174. Fraca capacidade de investigação e gestão dos programas, informação inadequada sobre a situação nacional da saúde reprodutiva e ineficácia dos programas de planeamento familiar afectam negativamente a prestação de serviços de saúde reprodutiva na Região Africana. Estão a aumentar os

⁴⁰ Benim, Burkina Faso, Guiné, Mali, Mauritânia, Níger, Senegal e Togo.

⁴¹ Botswana, Etiópia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Suazilândia, Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe.

cancros do sistema reprodutivo, em especial do colo do útero, assim como as infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA. O acesso e uso inadequado de contraceptivos eficazes, resultando numa baixa taxa de prevalência da contracepção (13% nas mulheres casadas); uma elevada taxa de fertilidade total de 5,5 crianças por mulher; e taxas elevadas de gravidezes não desejadas contribuem para abortos de risco e para a mortalidade materna.

175. No biénio 2004-2005, o Escritório Regional da OMS procurou reforçar as capacidades dos países para a investigação em saúde reprodutiva, documentação e partilha das melhores práticas, formação de prestadores de cuidados de saúde reprodutiva, bem como celebração e reforço de parcerias com vista a programas eficazes de saúde reprodutiva, incluindo o planeamento familiar.

176. Registaram-se vários sucessos no biénio. A Unidade de Investigação em Cuidados Eficazes de East London, África do Sul, foi avaliada e proposta para centro colaborador da OMS. Profissionais de 7 países,⁴² incluindo os pontos focais das representações da OMS, receberam formação em investigação operacional. O Escritório Regional apoiou a criação de uma rede regional de investigação e formação em saúde reprodutiva e VIH/SIDA. Oito Estados-Membros⁴³ participaram no Inquérito Mundial sobre Saúde Materna e Perinatal.

177. Na Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional Africano, foi concebido e aprovado um quadro com horizonte de 10 anos para o reposicionamento do planeamento familiar, posteriormente disseminado pelos países. Foi organizada uma conferência regional em que participaram 23 países⁴⁴ e os principais parceiros, para dar operacionalidade ao quadro do planeamento familiar. Foram elaborados planos nacionais de acção e criada uma rede de mulheres africanas de 17 países⁴⁵ para promover o planeamento familiar. Foi lançado o Programa da Parceria Estratégica OMS/Fundo das Nações Unidas para as Populações, para melhorar a qualidade do planeamento familiar e os serviços das infecções sexualmente transmissíveis. Foram actualizadas e usadas por nove países⁴⁶ directrizes genéricas globais de planeamento familiar. As directrizes sobre critérios de elegibilidade médica foram traduzidas para Português e impressas. Um total de 17 países⁴⁷ foram orientados no uso de contracepção hormonal num contexto de VIH. Projectos de demonstração de despiste do cancro do colo do útero foram iniciados em 6 países⁴⁸, com planos de acção para o seu seguimento.

⁴² Benim, Burkina Faso, Chade, Mali, Mauritània, Niger e Senegal.

⁴³ Argélia, Angola, República Democrática do Congo, Etiópia, Quénia, Níger, Nigéria e Uganda.

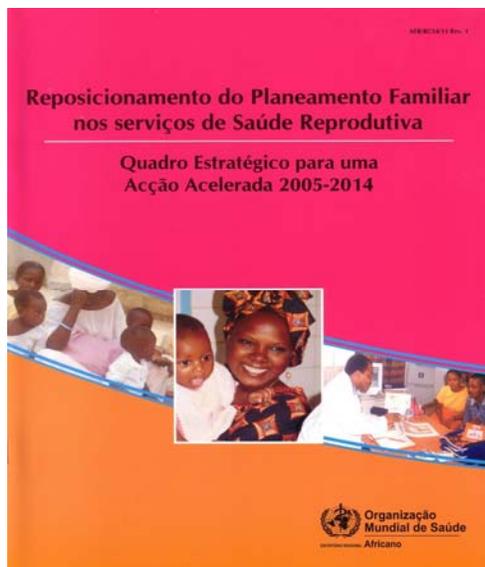
⁴⁴ Angola, Benim, Burkina Faso, Camarões, Cabo Verde, Chade, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Madagáscar, Mali, Mauritània, Moçambique, Niger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa e Togo.

⁴⁵ Benim, Burkina Faso, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quénia, Madagáscar, Mali, Niger, Nigéria, Senegal, Serra Leoa, Togo e Tunísia.

⁴⁶ Benim, Camarões, Moçambique, Nigéria, Ruanda, África do Sul, Tanzânia (incluindo Zanzibar), Zâmbia e Zimbabwe.

⁴⁷ Angola, Botswana, Burkina Faso, Camarões, República Centrafricana, Côte d'Ivoire, Quénia, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nigéria, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.

⁴⁸ Madagáscar, Malawi, Nigéria, Tanzânia, Uganda, Zâmbia.



178. Foi lançada a iniciativa Implementar as Melhores Práticas, para partilha de experiências e adopção das melhores práticas em saúde reprodutiva; participaram 12 países⁴⁹ e 5 (Etiópia, Quênia, Tanzânia, Uganda e Zâmbia) iniciaram a implementação das actividades. Um documento de informação, “Clonagem reprodutiva de seres humanos: Situação actual”, foi elaborado e apresentado à Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional. Foi elaborado, e está em implementação, um protocolo para investigação formativa em cuidados maternos e dos recém-nascidos, a nível de comunidade.

179. O Instituto da Saúde das Maurícias recebeu apoio para rever e actualizar o currículo da formação em saúde reprodutiva. Foram elaborados o instrumento de advocacia *Directrizes sobre a gestão da logística dos contraceptivos* e um quadro dos critérios de elegibilidade médica, para o reposicionamento do planeamento familiar. Um total de 44 países receberam orientação sobre a abordagem de base factual aos cuidados de saúde reprodutiva e o uso da Biblioteca da Saúde Reprodutiva da OMS; 90 formadores receberam preparação sobre esta abordagem. O Escritório Regional colaborou na formulação da estratégia regional da Organização de Saúde da África Ocidental sobre segurança dos contraceptivos.

180. Entre as lições aprendidas, refere-se a necessidade de integrar o planeamento da saúde familiar nos serviços de saúde materna e infantil. As parcerias reforçam o impacto do apoio aos países. Devem apoiar-se os países na documentação e intensificação das melhores práticas e na realização de investigação operacional.

Tornar a Gravidez mais Segura (MPS)

181. Em muitos países da Região Africana ainda prevalece uma elevada morbilidade e mortalidade materna e dos recém-nascidos. O paludismo e o VIH/SIDA são as principais causas indirectas dessa morbilidade e mortalidade. Menos de 50% dos partos são assistidos por parteiras qualificadas.

⁴⁹ Os principais países participantes foram a Etiópia, Quênia, Tanzânia, Uganda e Zâmbia; Benim, Camarões, Moçambique, Nigéria, Ruanda, África do Sul e Zimbabwe foram observadores.

182. No biênio em análise, o Escritório Regional da OMS apoiou os países na elaboração e implementação do “Roteiro para acelerar a consecução das metas de desenvolvimento do milênio relacionadas com a saúde materna e dos recém-nascidos”. Pretende-se aumentar a disponibilização e o acesso a cuidados especializados de boa qualidade e dar aos indivíduos e comunidades condições para melhorar a saúde materna e dos recém-nascidos.

183. Registaram-se sucessos notáveis. Quinze parceiros subscreveram o Roteiro e 18 países⁵⁰ elaboraram, e estão a implementar, Roteiros nacionais. Um núcleo de 20 peritos receberam formação para dar apoio técnico aos países na elaboração e implementação de Roteiros específicos de cada país. Um total de 21 países⁵¹ atingiram consenso sobre as competências mínimas das parteiras e elaboraram planos de acção para reforço de cuidados especializados, de modo a ultrapassar a má qualidade dos cuidados da saúde materna e aumentar a disponibilidade em parteiras especializadas.

184. Professores e monitores de parteiras de oito países⁵² foram orientados na avaliação da formação escolar e do estágio de parteiras. O resultado servirá de base para a revisão dos programas curriculares. Os cuidados obstétricos de emergência com base na competência foram integrados nos currículos da formação escolar de parteiras na Nigéria, Tanzânia e Uganda. Na Nigéria, 54 professores e orientadores de escolas de parteiras de 25 estados receberam formação baseada na competência em cuidados obstétricos de emergência. Um total de 80 profissionais de saúde de 16 países⁵³ receberam formação em metodologias de análise de óbitos maternos, aumentando para 120 os profissionais formados em 24 países. Foram também elaborados planos nacionais de institucionalização das análises de óbitos maternos. A quarta reunião do Grupo de Trabalho Regional da Saúde Reprodutiva, em 2005, incluiu uma sessão especial sobre a saúde dos recém-nascidos para promover a continuidade dos cuidados, ou seja, cuidados desde a gravidez, no período do parto e no pós-parto, da comunidade para a unidade de saúde. Os principais resultados da reunião foram a revisão do instrumento regional para a integração dos programas e serviços de saúde materna, dos recém-nascidos e das crianças e a expansão do Grupo de Trabalho, de modo a incluir a saúde dos recém-nascidos e das crianças.

185. Gestores do programa de 24 países foram orientados para intensificar a prevenção da transmissão vertical do VIH (PMTCT) e aumentar o acesso à terapia anti-retroviral. Posteriormente, Camarões, Côte d’Ivoire, Malawi e Ruanda reviram os seus planos nacionais de PMTCT. Um total de 87 profissionais da saúde de 15 países⁵⁴ foram orientados na adaptação do pacote de formação geral em PMTCT, da OMS. Seis países⁵⁵ elaboraram currículos nacionais de formação em PMTCT e adaptaram-nos, com planos de execução. A aplicação do PMTCT na Zâmbia e o apoio psicossocial às mulheres grávidas infectadas por VIH e às suas famílias no Zimbábue, foram documentados como melhores práticas. Nos Camarões, Lesoto, Namíbia e Zimbábue registou-se um maior acesso aos cuidados, tratamento e apoio às mães e bebés infectados por VIH.

⁵⁰ Burundi, Camarões, República Centrafricana, Comores, Côte d’Ivoire, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Guiné, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Níger, Togo, Zâmbia e Zimbábue.

⁵¹ Benim, Burkina Faso, Côte d’Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Lesoto, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Senegal, África do Sul, Tanzânia, Togo, Uganda e Zimbábue.

⁵² Etiópia, Gâmbia, Gana, Libéria, Malawi, Nigéria, Serra Leoa e Tanzânia.

⁵³ Benim, Burkina Faso, Côte d’Ivoire, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Libéria, Malawi, Mali, Níger, Nigéria, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia e Togo.

⁵⁴ Botswana, Etiópia, Gana, Quênia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Novo Sudão, Novo Sudão/SPLM, Suazilândia, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.

⁵⁵ Etiópia, Quênia, Moçambique, Namíbia, Uganda e Tanzânia (Zanzibar).

186. As políticas e os programas de saúde reprodutiva foram revistos em seis países,⁵⁶ para reforço da componente Paludismo na Gravidez. Um total de 35 directores de programas de 8 países⁵⁷ foram formados em elaboração de planos de acção integrada de prevenção e tratamento do paludismo na gravidez. Quinze peritos de 12 países⁵⁸ receberam formação para integrar o paludismo durante a gravidez nos serviços de saúde materna, dos recém-nascidos e das crianças.

187. No biénio 2006-2007, serão promovidas parcerias sólidas para uma abordagem abrangente dentro e fora da OMS, implicando a participação das comunidades. Será dado apoio coordenado aos países para a implementação do Roteiro e a intensificação de intervenções chave em saúde materna, dos recém-nascidos e das crianças.

Saúde das Mulheres (WMH)

188. Os maiores obstáculos ao progresso da saúde das mulheres foram a violência sexual e com base nos géneros, a prática da mutilação genital feminina (MGF), a desigualdade entre os géneros, a pobreza e a pouca capacidade das mulheres para obterem rendimentos.

189. Durante o biénio 2004-2005, o Escritório Regional da OMS empenhou-se no apoio aos países para implementarem a estratégia da saúde das mulheres e a Resolução AFR/RC53/R4, do Comité Regional, com vista à consecução das metas de desenvolvimento do milénio. A OMS, UNICEF, FNUAP e Comissão Inter-Africana subscreveram uma carta de intenções para promover a eliminação de todas as formas de mutilação genital feminina e outras práticas lesivas, e reforçar a colaboração e coordenação inter-agências.

190. O Escritório Regional deu apoio técnico à República Democrática do Congo, Libéria e Uganda para formarem profissionais da saúde em prevenção e tratamento da violência sexual e com base nos géneros. Foi realizado um estudo sobre a qualidade dos serviços de saúde e a sua capacidade de dar resposta às mulheres a braços com a crise da “Tripla Ameaça” no Botswana, Lesoto, Malawi, Swazilândia e Zâmbia: a Tripla Ameaça consiste em pobreza e insegurança dos alimentos, pouca capacidade de garantir a subsistência e prevalência do VIH/SIDA.

191. Para promover a institucionalização dos géneros em todos os sectores, a OMS apoiou tecnicamente o Ministério da Saúde do Uganda na preparação de um plano de acção e na criação de uma Equipa Nacional para a Problemática dos Géneros no Sector da Saúde, que foi depois apoiada para organizar uma reunião de intervenientes. Foi produzido o primeiro número do *Boletim Géneros e Saúde*. Após uma consulta às pessoas focais para os géneros e a saúde das mulheres de 5 países (Etiópia, Ruanda, Tanzânia, Uganda e Zimbabue), foi-lhes atribuído o encargo de elaborar planos de acção que integrassem a problemática dos géneros nas políticas e programas da saúde. Em colaboração com responsáveis pelos géneros na saúde de seis comunidades económicas regionais,⁵⁹ elaboraram um plano de acção conjunto para reforçar parcerias e sinergias visando a integração dos

⁵⁶ Camarões, República Centrafricana, República do Congo, Gâmbia, Mali e Moçambique.

⁵⁷ Camarões, R. Centrafricana, Chade, República do Congo, R D Congo, Guiné Equatorial, Gabão, S. Tomé e Príncipe.

⁵⁸ Benim, Burkina Faso, República do Congo, Quénia, Malawi, Moçambique, Nigéria, São Tome e Príncipe, Senegal, Togo, Uganda e Zimbabue.

⁵⁹ Organização da Saúde da África Ocidental (WAHO); Mercado Comum da África Oriental e Austral (COMESA); Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (ECOWAS); Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD); Comissão Económica para a África (ECA); e União Africana.

géneros na saúde. Em colaboração com o Centro Kobe da OMS, no Japão, foram indentificados indicadores sensíveis aos problemas dos géneros, que estão a ser testados na Tanzânia.

192. Conseguiram-se vários sucessos na eliminação de práticas tradicionais lesivas, em especial a mutilação genital feminina. Foram consolidadas parcerias, com uma clara definição de papéis e responsabilidades, entre o Escritório Regional da OMS e a UNICEF, a Divisão Africana do FNUAP e a Comissão Inter-Africana, visando as práticas tradicionais lesivas. O ponto focal do Burkina Faso foi agraciado a nível nacional pelo seu apoio à eliminação da MGF. Seis países⁶⁰ integraram a prevenção e tratamento da MGF nos programas curriculares de enfermeiros e parteiras. Intensa advocacia a favor da eliminação da MGF foi exercida junto do Grupo Parlamentar Inter-Africano.

193. Uma das lições aprendidas foi que o papel catalítico e a liderança da OMS na área da saúde são essenciais para compreender a complexidade da saúde das mulheres e a importância que ela assume na consecução das metas de desenvolvimento do milénio.

194. No biénio 2006-2007, prosseguirá o apoio contínuo aos Estados-Membros para a aplicação da Estratégia da Saúde das Mulheres e a respectiva resolução; a integração da problemática dos géneros em todas as políticas e programas de saúde; e para acelerar a eliminação da MGF.

Nutrição (NUT)

195. A malnutrição, um grande desafio à saúde pública na Região Africana, está directa ou indirectamente associada a mais de 60% da morbilidade e mortalidade das crianças com idade entre 0-5 anos na África. Menos de 30% dos lactentes africanos são alimentados por leite materno em exclusivo, durante os seis primeiros meses de vida; é frequente que a alimentação complementar comece demasiado cedo ou demasiado tarde, e seja muitas vezes, inadequada do ponto de vista nutricional. Verificam-se deficiências em vitamina A, iodo, ferro e micronutrientes, em especial nas crianças com idade inferior a 5 anos, crianças entre os 6-9 anos e mulheres em idade reprodutiva. A subnutrição é elevada na Região, sobretudo entre os deslocados, refugiados e pessoas que vivem com VIH/SIDA. Patologias crónicas, como a obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e certos cancros relacionados com a dieta, são responsáveis por 28% da morbilidade e 35% da mortalidade.

196. Em resposta a estes problemas, a OMS formulou a Estratégia Mundial da Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas e a Estratégia Mundial da Dieta, Actividade Física e Saúde. Em finais do biénio 2004-2005, a Região Africana da OMS conheceu grandes sucessos na nutrição. Foi dado apoio à elaboração e implementação das seguintes políticas, estratégias e programas: política e plano nacional de acção para a nutrição em 13 países;⁶¹ quadro de acções prioritárias em alimentação dos lactentes e VIH, em 11 países;⁶² estratégia nacional da alimentação de lactentes e crianças pequenas, em 9 países;⁶³ num total de 21 países; programa integrado de controlo da deficiência em micronutrientes nos Camarões, Cabo Verde e Mauritânia; e programa de alimentação escolar no Benim e Zâmbia. A figura 13 mostra o aumento do número de países que implementaram a Estratégia da Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas.

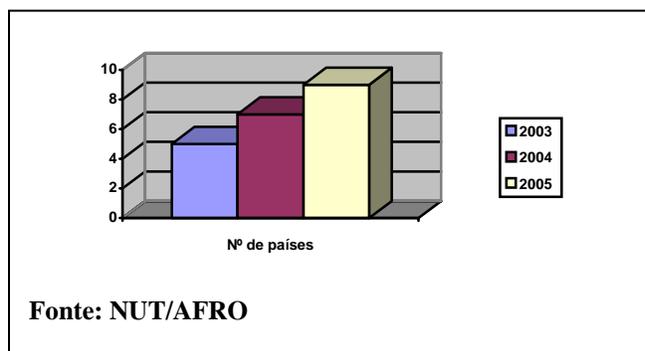
⁶⁰ Burkina Faso, Etiópia, Gana, Mali, Nigéria e Tanzânia.

⁶¹ Benim, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, R.D.Congo, Gana, Guiné, Namíbia, Níger, Nigéria, África do Sul, Togo.

⁶² Benim, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, R. D. Congo, Gabão, Madagáscar, Mali, Níger, Senegal e Togo.

⁶³ Angola, Cabo Verde, R. D. Congo, Gabão, Guiné-Bissau, Moçambique, Nigéria, São Tomé e Príncipe e Uganda.

Figura 13: Número de países que implementaram a estratégia da Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas, Região Africana da OMS



197. Foi reforçada em 9 países⁶⁴ a capacidade de mais de 5.000 profissionais da saúde para aconselhar as mães sobre aleitamento materno e VIH, aumentando o total para 20 países. Em 10 países⁶⁵ foi também melhorada a capacidade dos profissionais da saúde para tratar a malnutrição grave. Quanto à preparação e ensaio no terreno de novos instrumentos, mencionam-se um curso sobre aconselhamento em Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas; cartazes de aconselhamento sobre VIH e alimentação de lactentes; revisão de instrumentos da iniciativa Hospitais Amigos das Crianças; e o banco regional de dados sobre a nutrição, com contributo dos 46 países. O Código de Comercialização dos Sucedâneos do Leite Materno entrou em vigor no Botswana, Cabo Verde e Malawi; foi monitorizado no Gana e Nigéria; e esquematizado em Moçambique e África do Sul.

198. Foram reforçadas parcerias com a União Africana, UNICEF, FAO, Associação de Estudos da União Europeia, Organização de Saúde da África Ocidental, Helen Keller International, Rede Internacional de Acção em Alimentos para Bebés, Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional e Programa Alimentar Mundial, para a elaboração da Estratégia de Nutrição da Região Africana. Na consulta sobre nutrição e VIH foi produzida uma declaração conjunta e iniciou-se o financiamento conjunto das actividades nos países.

199. Uma das lições aprendidas foi a importância de assegurar a durabilidade das actividades. As actividades de formação em nutrição e Alimentação dos Lactentes e Crianças Pequenas devem ser integradas nos programas curriculares da formação escolar. A mobilização de recursos a nível de país e de distrito é essencial para a implementação das actividades.

200. No biénio 2006-2007, a OMS continuará a apoiar os Estados-Membros na formulação e implementação de políticas e estratégias de nutrição, para alívio dos efeitos da malnutrição nas crianças e nas mães, incluindo a resolução das carências nutricionais ao longo da vida.

⁶⁴ Burkina Faso, Camarões, Côte d'Ivoire, R D Congo, Eritreia, Gabão, Mali, Níger e Senegal.

⁶⁵ Benim, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gabão, Guiné, Mali, Mauritânia, Níger, Senegal, Togo.

AMBIENTES SAUDÁVEIS E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

201. A pobreza, os conflitos e os riscos associados à água e aos alimentos contaminados, a falta de saneamento e as más condições ambientais são importantes factores determinantes da saúde em África. Neste continente, há 340 milhões de pessoas que vivem com menos de um dólar por dia e 45% das pessoas não têm acesso a água potável nem a um saneamento adequado. As doenças associadas às más condições ambientais, assim como à água e aos alimentos contaminados, matam uma em cada cinco crianças com menos de cinco anos de idade. Esta situação, que tem um impacto negativo sobre a consecução das metas de desenvolvimento do milénio, é agravada pelas emergências, tanto naturais como causadas pelo homem.

202. Durante o biénio de 2004-2005, o Escritório Regional combateu esses problemas tentando melhorar os factores determinantes da saúde. As principais finalidades eram: intensificar a análise da relação entre pobreza e saúde e defender a inclusão das questões relacionadas com a pobreza, assim como o pensamento estratégico a longo prazo, nos esforços nacionais e regionais de desenvolvimento sanitário; incorporar uma saúde ambiental eficaz na gestão do ambiente humano e na elaboração das políticas e intervenções nacionais; reduzir a elevada morbilidade e mortalidade associadas aos alimentos contaminados; e reforçar as capacidades nacionais para a preparação e resposta a situações de emergência, bem como prestar apoio humanitário em situações de crise.

Desenvolvimento sustentável (HSD)

203. Investir na saúde, particularmente na saúde dos pobres, é fundamental para a consecução das metas de desenvolvimento do milénio na Região Africana. Uma boa situação sanitária, um importante objectivo por direito próprio, é essencial para criar e sustentar capacidades que permitam aos pobres sair do seu estado de pobreza. Para tal, a área de actividade “Desenvolvimento Sustentável” defende que todos os parceiros do desenvolvimento nacional coloquem a saúde no centro de todos os processos e quadros de desenvolvimento e atribuam mais recursos à saúde.

204. Durante o período em análise, redigiu-se um documento⁶⁶ destinado a esclarecer a relação entre todos os quadros e iniciativas que, actualmente, tenham incidência sobre a saúde e o desenvolvimento. Entre esses encontram-se as metas de desenvolvimento do milénio, os documentos da estratégia de redução da pobreza, os quadros de previsão das despesas a médio prazo, as abordagens transectoriais e a Nova Parceria para o Desenvolvimento de África. A estratégia regional para a pobreza e saúde na Região Africana foi distribuída aos Estados-Membros e a outros parceiros do desenvolvimento. O Quênia e Moçambique receberam assistência técnica na preparação de propostas para o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo. O Quênia recebeu ajuda relativamente a uma proposta de esquema social público de seguros de saúde. Moçambique recebeu assistência para rever a estratégia de redução da pobreza, incluindo a estimativa dos recursos necessários. Cabo Verde recebeu apoio para formular um quadro de previsões das despesas a médio prazo para o sector da saúde. O Gana recebeu apoio para finalizar e publicar o relatório sobre *Macroeconomia e Iniciativa Sanitária no Gana*, relativo ao reforço dos investimentos para uma melhor saúde. O Uganda recebeu apoio para criar uma *task force* nacional sobre macroeconomia e saúde.

⁶⁶ “Ligações entre as questões de macropolítica (PRSP, SWAP, MTEF, CMH) e implementação das políticas de saúde, incluindo o financiamento da saúde”.

205. Preparou-se uma análise da situação e perspectivas sobre as metas de desenvolvimento do milénio relacionadas com a saúde, as quais foram discutidas pelos ministros da saúde, na Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da OMS, que aprovou uma resolução destinada a orientar os países nos seus esforços para atingirem as MDM. Treze países reuniram-se para discutir o modo de abordar os determinantes sociais da saúde que entravam os esforços desenvolvidos para se atingirem as MDM. O Quénia recebeu apoio para iniciar o processo de trabalho com a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde. Foi também preparado um documento sobre as desigualdades na saúde, o qual foi apresentado à Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional, tendo os ministros da saúde feito recomendações sobre o modo como a Região poderá avançar nesse domínio. Apresentaram-se algumas sugestões para o projecto de orientações destinadas à elaboração de políticas e planos nacionais de desenvolvimento sanitário.

206. Estas realizações foram possíveis graças ao crescente reconhecimento e apreciação dos programas da OMS por parte dos países. Existe, claramente, a constante necessidade de fazer a advocacia da saúde como principal componente do desenvolvimento nacional e de fazer entrar mais recursos no sector sanitário. É preciso que haja mais advocacia e especialização nos países e na OMS, para se integrar a saúde nos documentos da estratégia de redução da pobreza, no quadro de previsão das despesas a médio prazo e noutros quadros e processos do desenvolvimento.

207. No biénio 2006–2007, a OMS continuará a dispensar aos países apoio técnico para o desenvolvimento sanitário, no contexto dos documentos da estratégia de redução da pobreza, dos quadros de previsão das despesas a médio prazo, das abordagens transectoriais e das metas de desenvolvimento do milénio, promovendo a cobertura universal, a igualdade, os direitos humanos e os determinantes sociais da saúde, como principais vias para a consecução das MDM.

Protecção do Ambiente Humano (PHE)

208. As condições relacionadas com o ambiente contribuem grandemente para o pesado fardo de doenças na Região Africana. Os esforços dirigidos para a melhoria e protecção do ambiente poderão ter um efeito positivo sobre a prevenção das doenças e a melhoria da saúde. Todavia, a maioria dos países da Região ainda não dispõe de políticas, regulamentos nem capacidades suficientes para implementar devidamente os programas de saúde ambiental. Para melhorar essas condições ambientais, a OMS esforçou-se por facilitar a implementação da estratégia regional para a saúde ambiental, a nível dos países, através da incorporação de dimensões sanitárias eficazes nas políticas e planos de acção de desenvolvimento nacional, assim como da prestação de apoio técnico para a formação de capacidades.

209. Para levar a cabo a agenda acima mencionada, formularam-se várias orientações técnicas para o trabalho a realizar a nível dos países. Essas orientações dizem respeito à política de saúde ambiental e ocupacional, mapeamento dos riscos para a saúde ambiental, avaliação do impacto sobre a saúde ambiental e ambientes saudáveis. Dez países receberam apoio para procederem a revisões ou formularem as suas políticas nacionais de saúde ambiental.

210. Foi igualmente prestado apoio técnico a sete países⁶⁷, para facilitar a implementação das actividades na área da saúde e do ambiente. Reforçaram-se as actividades no domínio da água e do saneamento, com a distribuição de instrumentos sobre higiene participativa e transformação do saneamento. Foi criado em Dakar um centro de venenos, na sequência de uma acção de formação regional sobre a gestão de químicos, que contou com a participação de 11 países. Os decisores políticos foram sensibilizados para os riscos representados pelo aumento da poluição atmosférica, através de acções de formação nacionais e interpaíses. No Benim, Nigéria e Seychelles, realizaram-se análises da situação e formação em monitorização da poluição atmosférica.

211. Com vista a promover ambientes saudáveis para as crianças, 13 países traçaram perfis nacionais sobre as preocupações ambientais relativamente às crianças. No Quénia, foram testados indicadores da saúde ambiental relativamente às crianças e, em quatro países, definiram-se ambientes saudáveis para as actividades infantis. Realizou-se uma acção de formação para prestadores de cuidados de saúde e uma reunião consultiva sobre crianças e saúde ambiental. Continuou a ser promovida a abordagem dos ambientes saudáveis, com prestação de apoio técnico e financeiro aos países, para implementação dos projectos de cidades saudáveis, em Douala (Camarões), Kigali (Ruanda), Windhoek (Namíbia) e Pointe Noire (República do Congo).

212. Em colaboração com a Organização Internacional do Trabalho, promoveram-se actividades de advocacia e formação de capacidades em saúde ocupacional. No Quénia, Tanzânia e Uganda criaram-se perfis nacionais consolidados. Nas Maurícias, realizou-se uma acção de formação sobre a importância das inspecções laborais à segurança da saúde ocupacional. A Namíbia e Santa Helena receberam apoio para as suas actividades de saúde ocupacional. A disseminação da informação foi melhorada, particularmente através dos *websites*. Oito países receberam apoio para adaptarem os seus instrumentos de mapeamento da saúde ao mapeamento dos riscos para a saúde ambiental, tendo sido dada formação sobre essas técnicas a 16 funcionários da saúde ambiental. Na África do Sul, foram criados dois centros regionais de colaboração. Para acelerar os progressos na Região, elaborou-se um plano estratégico quadrienal (2006-2009), que será efectivamente implementado.

213. Durante o biénio de 2006-2007, facilitar-se-á a interacção íntima e contínua entre os três níveis da Organização e no seio dos diferentes programas regionais, com vista a uma utilização eficaz dos recursos e à obtenção de melhores resultados dos programas. As parcerias serão reforçadas a todos os níveis, para acelerar a implementação dos programas a nível dos países.

Preparação e resposta a situações de emergência (EHA)

214. A ocorrência de catástrofes naturais e surtos epidémicos, assim como as crises provocadas pelo homem (conflitos e guerras civis), resultam em situações que ameaçam a vida e o bem-estar de um considerável número de pessoas. Na Região Africana, há mais de 20 países atravessando uma crise ou saindo dela, existindo cerca de 13 milhões de pessoas internamente deslocadas. Estas catástrofes provocam situações de pobreza extrema, falta de condições de higiene e graves problemas sanitários.

⁶⁷ República do Congo, Gabão, Mali, Moçambique, Ruanda, São Tomé e Príncipe e Togo.

215. Para resolver as situações de crise, as actividades do Escritório Regional durante o período em análise centraram-se na formação de capacidades nacionais, prestação do apoio técnico e material essencial, produção e disseminação de importantes publicações e orientações técnicas e mobilização de fundos de outras fontes em apoio às actividades de resposta.

216. Através de missões *ad hoc*, foi prestada assistência técnica a 20 países⁶⁸. Do mesmo modo, deu-se apoio à Comissão de Gestão da Preparação e Resposta a Situações de Emergência, da Comunidade da África Austral para o Desenvolvimento. Para reforçar as capacidades de preparação para as situações de emergência e para a redução das catástrofes, dispensou-se apoio técnico à Namíbia na formação de estruturas nacionais e provinciais de gestão das situações de emergência, com vista a uma melhor preparação para as catástrofes.

217. Com o apoio financeiro do plano trienal, recrutaram-se 12 novos pontos focais para a República Centrafricana, Chade, República Democrática do Congo, Libéria e Uganda, assim como para as sub-regiões da África Ocidental, a região dos Grandes Lagos e a África Austral. Recrutou-se também pessoal para a Iniciativa do Corno de África (Etiópia, Quênia, Somália, Sudão e Uganda), para ajudar no desenvolvimento e implementação do plano de acção. Organizou-se uma sessão de informação e motivação para novos recrutados, pontos focais que já se encontravam no terreno e representantes da OMS nos países, a qual teve lugar em Dezembro de 2004, em Brazzaville, na República do Congo, com a colaboração da Sede da OMS e de colegas das regiões europeia e do mediterrâneo oriental da OMS. Em Mombaça, no Quênia, realizou-se, em Outubro de 2005, uma reunião para partilha dos conhecimentos adquiridos.

218. Alguns países receberam directamente apoio material e financeiro⁶⁹ para a aquisição de *kits* médicos e avaliação de projectos *ad hoc*. Todos os países envolvidos no Processo de Apelo Consolidado receberam apoio para a missão ou apoio técnico. Para reforçar a colaboração com os principais interessados e apoiar os países na mobilização de fundos, o Escritório Regional participou em várias reuniões. Entre estas contam-se: uma mesa-redonda para a reconstrução do sistema de saúde na República Democrática do Congo (Kinshasa); uma reunião internacional sobre a reconstrução da Libéria (Nova Iorque); reuniões de mobilização de fundos, no Cairo, Copenhaga e Genebra; e a Reunião de Parlamentares Africanos sobre os Refugiados em África (Cotonou).

219. Entre os conhecimentos adquiridos, ficou a saber-se que os principais factores facilitadores foram a eficaz colaboração e o apoio dos diferentes níveis da Organização, a mobilização e a utilização eficaz dos fundos extra-orçamentais e o empenho dos pontos focais e dos parceiros. Uma das principais dificuldades é a de que a maioria dos países não dispõe de capacidades, estruturas, nem meios para uma eficaz gestão das crises.

⁶⁸ Burkina Faso, Burúndi, República Centrafricana, Chade, República do Congo, República Democrática do Congo, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Malawi, Mauritânia, Níger, Senegal, Serra Leoa, Suazilândia, Zâmbia e Zimbabwe (os países do Corno de África também receberam apoio).

⁶⁹ Burkina Faso, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Guiné, Quênia, Libéria, Madagáscar, Mali, Nigéria, Serra Leoa, Uganda e Zimbabwe.

220. Durante o biénio 2006–2007, será incentivada uma colaboração eficaz, para melhorar os resultados, mobilizar mais recursos e reforçar a preparação dos países da Região.

Segurança dos alimentos (FOS)

221. A Resolução AFR/RC53/R5 do Comité Regional diz respeito à segurança dos alimentos e serviu de orientação para o trabalho da OMS, que abordou os seguintes problemas: limitação das capacidades para a vigilância das doenças transmitidas pelos alimentos; falta de participação dos países no trabalho da Comissão do Codex Alimentarius; legislação desactualizada sobre alimentação; insuficiente educação sobre segurança dos alimentos; e falta de conhecimentos sobre as implicações para a saúde pública dos alimentos contaminados e da exposição a micotoxinas, especialmente, aflatoxinas.

222. Durante o biénio 2004-2005, existiram alguns surtos, incluindo dois surtos de aflatoxicose aguda no Quénia. Este país recebeu apoio técnico para a investigação, tratamento e controlo do surto. O Escritório Regional organizou também uma reunião de peritos, em Maio de 2005, que apresentou recomendações para a prevenção e controlo da exposição às aflatoxinas, tratamento da exposição aguda, formação de capacidades e métodos apropriados de análise.

223. A OMS e a Organização para a Alimentação e Agricultura convocaram a Primeira Conferência Pan-Africana sobre Segurança dos Alimentos em África, em Outubro de 2005. Os 42 países presentes aprovaram, por unanimidade, uma resolução recomendando um plano estratégico quinquenal para a segurança dos alimentos em África. A OMS participou, igualmente, no Segundo Fórum Mundial das Entidades Reguladoras da Segurança dos Alimentos e em reuniões da Comissão do Codex Alimentarius, em particular da Comissão Coordenadora do Codex para África. Um total de 28 países⁷⁰ recebeu apoio do Codex Trust para participar em várias reuniões do Codex. A acção de formação sobre procedimentos e actividades do Codex foi organizada em conjunto com a FAO e teve a participação das Comissões Nacionais do Codex do Quénia, Tanzânia e Uganda. Uma acção sobre sistemas eficazes de controlo alimentar em África contou com a participação de 28 países.

224. O terceiro e o quarto cursos regionais de formação sobre vigilância das doenças transmitidas por alimentos realizaram-se em Yaounde, nos Camarões, respectivamente, em Dezembro de 2004 e 2005. Foi preparado um guia regional para a monitorização microbiológica dos alimentos. O Sistema Mundial de Monitorização do Ambiente e o Programa de Monitorização e Avaliação da Contaminação dos Alimentos foram introduzidos em seis países.⁷¹ Vários países realizaram cursos de formação de capacidades para a segurança dos alimentos sobre a vigilância das doenças transmitidas por alimentos, pontos críticos de controlo na análise dos riscos, inspecção alimentar, Codex Alimentarius e cursos de actualização para inspectores.

225. O Escritório Regional preparou um guia regional para a elaboração e implementação de legislação alimentar. Vários países prepararam ou apresentaram propostas de planos de acção e políticas nacionais para a segurança dos alimentos. O manual “Cinco Vias para uma Alimentação Mais Segura”, da OMS, foi testado no Botswana, República do Congo e Moçambique. Uma adaptação desse manual, *Trazer a*

⁷⁰ Angola, Benim, Burkina Faso, Botswana, Burúndi, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quénia, Lesoto, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Senegal, Serra Leoa, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábue.

⁷¹ Burkina Faso, Camarões, Chade, Madagáscar, Senegal e Togo.

Segurança dos Alimentos para Casa, foi preparada para as escolas africanas. Elaboraram-se e divulgaram-se materiais de informação e advocacia sobre segurança dos alimentos, incluindo um boletim regional e procedeu-se a uma recolha da informação disponibilizada pelos países, para documentar as actividades nacionais sobre segurança dos alimentos.

226. Estas realizações só foram possíveis graças à colaboração e cooperação com outros parceiros, à disponibilidade de recursos suplementares e a uma maior sensibilização e vontade política. As principais dificuldades incluíram a demora na libertação de fundos para as actividades e o aumento da sobrecarga de trabalho em alguns países, devido aos surtos de doenças. Uma das lições aprendidas durante este biénio foi a de que a cooperação e a colaboração de todos os interessados aos níveis nacional, regional e internacional resultam numa maior eficácia na prestação e utilização dos recursos.

227. Durante o biénio 2006-2007, a OMS continuará a advocacia, a formação de capacidades para a segurança dos alimentos, a mobilização de recursos e a prestação de apoio à vigilância das doenças transmitidas pelos alimentos. O Escritório Regional contribuirá, igualmente, para a revisão da legislação alimentar, preparação de planos de acção nacionais, aplicação das normas do Codex, participação mais alargada no Codex e promoção da educação dos consumidores.

ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

228. O êxito da implementação dos programas técnicos da OMS nos países depende, em parte, da prestação eficaz de serviços de apoio pela Divisão de Administração e Finanças. A prestação desses serviços por parte da Divisão, no biénio 2004-2005, foi garantida pelas seguintes áreas de actividade: Desenvolvimento de Recursos Humanos; Gestão do Orçamento e Finanças; e Serviços de Infra-Estruturas e Informática.

229. Os referidos serviços foram prestados às operações do Escritório Regional, em Brazzaville e Harare. Com a elaboração das *Orientações estratégicas para as actividades da OMS na Região Africana 2005-2009*, decidiu-se consolidar as actividades do Escritório Regional em Brazzaville. Decidiu-se também descentralizar algumas actividades e funções técnicas e administrativas para as Equipas de Apoio Interpaíses. Por conseguinte, fez-se um plano preliminar para a imediata descentralização e deu-se início à elaboração de um plano para a implementação do Sistema Mundial de Gestão na Região Africana.

Desenvolvimento de Recursos Humanos (HRS)

230. A área de actividade “Desenvolvimento de Recursos Humanos” ocupa-se de todos os assuntos relativos aos recursos humanos que dizem respeito ao pessoal da OMS na Região Africana, tanto no Escritório Regional como nas 46 Representações da OMS nos países. Durante o biénio 2004-2005, o principal desafio consistiu em prestar serviços de recursos humanos em devido tempo. Foi necessário, em particular, proceder à: criação, classificação e reclassificação de postos de trabalho; selecção e recrutamento de pessoal; emissão de contratos; administração de benefícios e direitos; desenvolvimento e formação de pessoal; e prestação de serviços médicos a 2600 funcionários. Outras questões importantes relacionavam-se com o exercício de redefinição de perfis iniciado na Região Africana e a falta de recursos humanos para o Sistema Mundial de Gestão.

231. Para fazer face aos desafios acima mencionados, a OMS modernizou os procedimentos, melhorou os sistemas informáticos e automáticos, preparou uma estratégia de desenvolvimento e formação de pessoal, aumentou a interacção com as divisões técnicas e as Representações, criou uma metodologia de redefinição de perfis e finalizou um pacote de informação e motivação.

232. Entre as principais realizações durante o biénio 2004-2005 contam-se: o exercício de redefinição de perfis levado a cabo em quatro Representações (Quénia, Malawi, Nigéria e Tanzânia); a organização e realização de três acções de formação sobre redefinição de perfis para representantes e funcionários administrativos da OMS de todas as Representações; a finalização de um pacote de informação e motivação destinado aos funcionários e a finalização de uma estratégia de desenvolvimento e formação de pessoal; a organização de actividades de formação no Escritório Regional (Brazzaville e Harare); e apoio às Representações para a formação e desenvolvimento dos recursos humanos.

233. No contexto da reforma da gestão dos recursos humanos, em particular da reforma dos contratos, deram-se passos no sentido da criação de postos de trabalho a termo fixo, para funções de longo prazo desempenhadas por pessoal temporário. Deu-se também apoio à participação de 52 funcionários superiores no Programa Mundial de Liderança.

234. Os principais factores facilitadores durante o biénio foram: o apoio fornecido pelas hierarquias superiores; o apoio financeiro e técnico recebido da Sede para desenvolvimento e formação do pessoal; e a interacção positiva com as divisões técnicas, as Representações e a Sede. As principais dificuldades foram a insuficiência de fundos e de pessoal profissional, assim como a falta de capacidades para desenvolvimento dos recursos humanos, na maioria das Representações.

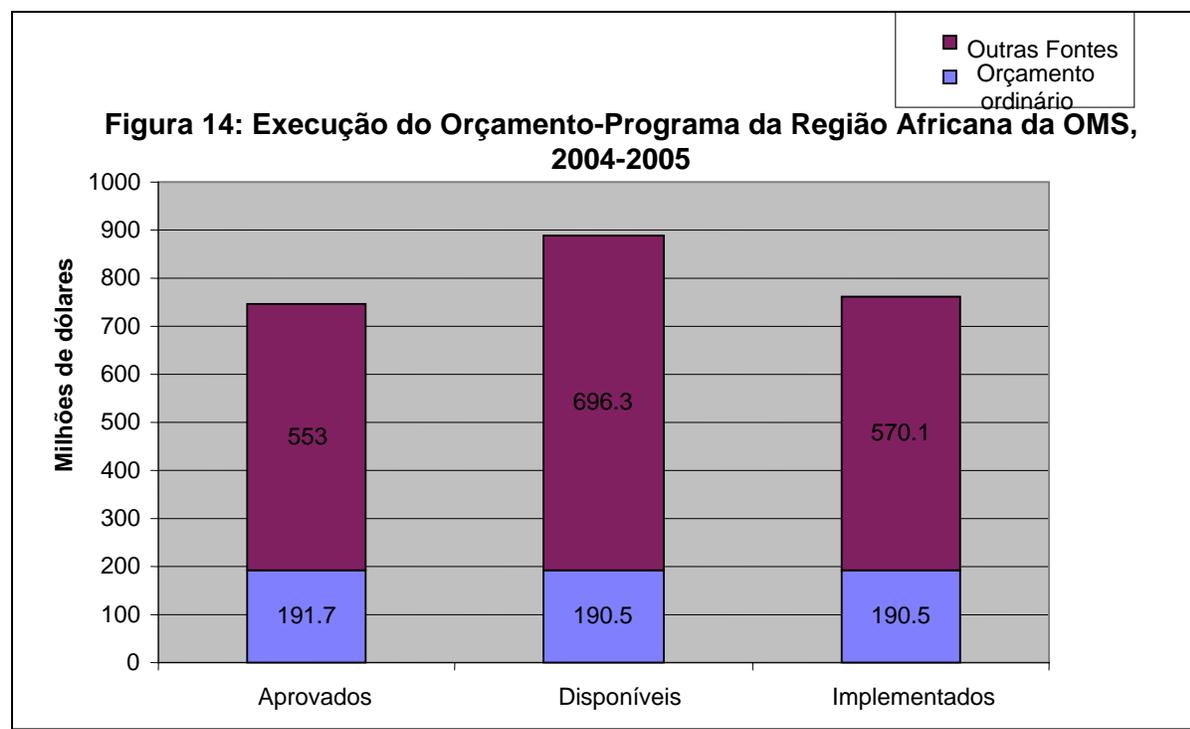
235. Durante o biénio 2006-2007, os esforços incidirão sobre a modernização e a descentralização de funções e actividades para os níveis interpaíses e nacionais. A estratégia regional de desenvolvimento e formação de pessoal continuará a ser implementada, com especial relevo para a formação relacionada com o Sistema Mundial de Gestão e para o apoio às Representações. Continuará a ser dado um apoio activo ao exercício de redefinição de perfis na Região, e será cumprido o calendário de visitas às Representações.

Gestão Orçamental e Financeira (FNS)

236. A área de actividade “Gestão Orçamental e Financeira” é responsável por todas as actividades financeiras da Região, incluindo a garantia da implementação atempada do Orçamento-Programa e a prestação de serviços ao pessoal e aos fornecedores. Durante o biénio 2004-2005, estas actividades foram executadas de uma forma semi-automatizada. O volume de trabalho na Região afectou substancialmente a capacidade da área de actividade para fornecer um apoio atempado. A Gestão Orçamental e Financeira é responsável pelos fundos atribuídos à implementação do programa e pela garantia de que os fundos são dispendidos de acordo com as Normas e Regulamentos Financeiros da Organização. Auditorias recentes revelaram que é necessário melhorar as áreas de responsabilidade e de cumprimento dos procedimentos. No entanto, a finalidade continua a ser a de prestar atempadamente um apoio financeiro adequado aos directores de programas, ao pessoal e aos fornecedores.

237. Relativamente à implementação do orçamento, registou-se que o Orçamento-Programa foi aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2003, através da Resolução WHA56.32. O montante da rubrica Outras Fontes foi reajustado pelo Conselho Executivo, em Janeiro de 2004, o que resultou na aprovação de um orçamento integrado reajustado de 744,7 milhões de dólares para a Região Africana, em comparação com 544,7 milhões de dólares para o biénio 2002-2003, o que incluía 191,7 milhões de dólares de verbas do orçamento ordinário e 553 milhões de dólares de Outras Fontes (Figura 14).

238. Para a implementação, a Região Africana recebeu o total da sua dotação orçamental ordinária, à excepção de 1,2 milhões de dólares retidos pelo Director-Geral. No que se refere ao montante da rubrica Outras Fontes, a Região Africana conseguiu receber mais do que a sua parcela do reajustamento das verbas aprovadas, 696,3 milhões de dólares, em vez de 553,0 milhões de dólares, o que representa um aumento de 26% relativamente às projecções. Assim, para este biénio, foi disponibilizado para a implementação 119% do orçamento aprovado, ou seja, um acréscimo de 112,2 milhões de dólares para além do orçamento aprovado (886,9 milhões de dólares em vez de 744,7 milhões de dólares). A Região implementou 102% do seu orçamento aprovado, em comparação com 86% das verbas realmente disponíveis durante o biénio. Esta diferença deve-se à recepção atempada dos fundos de Outras Fontes e ao facto de, normalmente, 20% dos fundos de Outras Fontes serem transferidos para o biénio seguinte. Em termos comparativos, foi implementado durante o biénio a totalidade do orçamento ordinário (100%). Embora se tenha sido atingida a meta referente ao financiamento de Outras Fontes, deve registar-se que apenas quatro áreas de actividade (IVD, HIV, MAL e EHA) beneficiaram de 80% dos fundos voluntários, tornando difícil a implementação de outras importantes áreas de actividade, devido à limitação de fundos disponíveis do orçamento ordinário.



239. As principais realizações incluem: apoio aos países na gestão financeira e nas funções de supervisão; preparação dos quadros orçamentais a incluir no documento do Orçamento-Programa para 2006-2007; preparação para a implementação do documento do Orçamento-Programa Regional; libertação de verbas para facilitar a implementação; continuação da melhoria dos serviços a prestar; gestão bem sucedida da execução do Orçamento-Programa, independentemente das dificuldades orçamentais; actualização nos países do Sistema de Gestão da Informação e Contabilidade; e facilidade de acesso *online* às dotações orçamentais e à informação relativa a contas pessoais.

240. Uma das lições retiradas foi a necessidade de melhorar a capacidade da OMS na área da gestão financeira para apoio aos países. É também necessária uma melhor monitorização do orçamento, especialmente a nível nacional, para evitar excesso de despesas. É necessária uma análise profunda dos planos de actividade, para facilitar a execução do Orçamento-Programa.

241. Durante o biénio 2006-2007, o Escritório Regional da OMS aumentará as funções de supervisão, decorrentes da autoridade crescente delegada nos países e Divisões; promoverá a elaboração de relatórios sobre a monitorização orçamental; ajudará as Representações a procederem a revisões e formação; procederá a profundas revisões dos planos de actividade; e prestará assistência à preparação do Orçamento-Programa 2008-2009.

Infra-estruturas e Serviços Informáticos (IIS)

242. A área de actividade “Infra-estruturas e Serviços Informáticos” é responsável pela: prestação de serviços administrativos e logística; prestação de serviços de compras eficientes e custo-eficazes; e fornecimento de sistemas e infra-estruturas adequadas de tecnologias da informação.

243. Nos serviços administrativos e logísticos, o principal desafio foi a melhoria contínua das condições de vida e de trabalho, tanto em Brazzaville como em Harare. Foi dado especial relevo à prestação de serviços de transportes eficientes e de boa relação custo-eficácia, assim como às despesas de manutenção e de funcionamento. O retorno faseado do Escritório Regional a Brazzaville é ainda encarado como um importante desafio, em termos de instalação dos gabinetes, alojamento, equipamento e material de escritório.

244. Durante o biénio 2004-2005, todas as operações das tecnologias da informação e comunicação no Escritório Regional e nos países foram reforçadas com o desenvolvimento dos instrumentos necessários e de pessoal de apoio devidamente formado. Isto foi especialmente importante devido ao nível crescente de automatização e de uma maior confiança na comunicação electrónica, em toda a Região. Espera-se que esta tendência se mantenha com a próxima instalação do Sistema de Gestão Mundial no Escritório Regional e nas Representações.

245. A finalidade era aplicar as melhores práticas em todos os aspectos da administração, em todos os níveis da Organização, como apoio ao papel de liderança internacional da OMS em matéria de saúde. O projecto de conectividade entre os países, que reforça as capacidades das Representações no domínio das telecomunicações, foi concluído com êxito, ficando a totalidade das 46 Representações ligadas à rede mundial privativa da OMS. A rede proporcionou a todos os países da Região o uso seguro de correio de voz, correio electrónico e ligação à Internet, com vídeo e teleconferência como opções frequentemente utilizadas. Além disso, foi desenvolvido o Sistema Informático de Gestão dos Fundos para Adiantamentos

do Escritório Regional Africano, destinado à gestão das transacções financeiras das Representações e, mais tarde, adoptado a nível mundial, pela Sede e por todas as Regiões da OMS, como sistema financeiro padrão a utilizar por todas as Representações.

246. Verificaram-se melhorias nas condições de vida e de trabalho no Escritório Regional, desde que se procedeu à transferência de pessoal e equipamento de Harare para Brazzaville. A instalação eléctrica do Escritório Regional foi completamente modernizada. Deu-se o apoio administrativo e logístico essencial para cerca de 30 reuniões realizadas no Escritório Regional, no biénio 2004-2005. Para se obter a máxima eficiência nos custos das viagens, implementaram-se as disposições do parágrafo 80 do *Manual da OMS sobre Viagens*. Procedeu-se a uma revisão de todos os serviços contratados, esperando-se poupanças significativas para a Organização na área das despesas de funcionamento.

247. O sistema de compras electrónicas modernizou definitivamente o ciclo de compras e permitiu o acesso a produtos com preços mais baixos. O Sistema de Serviços Integrados contribuiu para uma modernização bem sucedida da gestão da segurança para os 400 funcionários do Escritório Regional. O sistema foi disponibilizado na Intranet, permitindo o acesso a qualquer funcionário, e foi também introduzido em todas as Representações.

248. A subunidade de tipografia deu o apoio necessário às reuniões e conferências realizadas a nível da Região e dos países. A reabilitação da tipografia interna começou com uma primeira verba de mais de 500 000 dólares, para criação de uma secção de preparação, usando as tecnologias CTF (computador-aofilme) e CTP (computador-à-chapa).

249. Os conhecimentos adquiridos indicam a necessidade de desenvolvimento e formação de competências básicas em tecnologias da informação, para que o pessoal da OMS possa tirar todo o partido das tecnologias instaladas e para melhorar a produtividade dos funcionários. Relativamente à administração e logística, alguns serviços contratados não tiveram uma boa relação custo-eficácia para a Organização, tornando indispensável uma revisão global.

250. Durante o biénio 2006-2007, será dado apoio à instalação do Sistema Mundial de Gestão no Escritório Regional e nos países, o que contribuirá para melhorar a eficácia das funções administrativas. Dar-se-á, igualmente, significativa atenção ao alargamento do uso dos instrumentos de colaboração, tais como o Microsoft Sharepoint, em toda a Região, para maximizar a eficácia. Do mesmo modo, a implementação sustentável do sistema mundial de compras electrónicas da OMS, que permite tempos de encomenda mais curtos e acesso a preços competitivos, merecerá particular atenção. De acordo com a Sede, foi concebido e será implementado um novo sistema de controlo do acesso aos apartamentos, ao edifício principal e a toda a propriedade do Escritório Regional. Está programado para 2006 o início da construção de uma nova e funcional sala de conferências.

FACTORES NA EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA

Factores facilitadores

251. As actividades da OMS na Região Africana durante o biénio 2004-2005 foram facilitadas pelo empenhamento dos ministros da saúde em resolverem os seus próprios problemas de saúde pública, especificamente com o objectivo de atingirem as metas de desenvolvimento do milénio e de agirem sobre

os determinantes sociais da saúde. O apoio financeiro das iniciativas internacionais às prioridades regionais constituiu uma oportunidade para uma cooperação frutuosa e contínua com os parceiros externos. Fundamentais para os progressos alcançados foram as parcerias entre a Organização Mundial de Saúde e a União Africana, as comunidades económicas regionais, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, a Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional, o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, o Fundo das Nações Unidas para as Crianças e muitos outros organismos.

252. Muitos outros factores facilitaram a implementação dos programas na Região durante o biénio. Entre eles contam-se: a estreita colaboração entre vários interessados e a OMS, tanto a nível nacional como mundial; a colaboração entre a Sede, o Escritório Regional e as Representações; a dedicação do pessoal; uma orientação positiva por parte da gestão do Escritório Regional, e um forte espírito de equipa e de colaboração entre o pessoal da OMS. Melhores recursos humanos e uma maior autonomia concedida ao pessoal, a todos os níveis, contribuíram também para a implementação das actividades.

253. Houve vários outros factores que facilitaram igualmente as realizações. Entre eles incluem-se: a rápida comunicação com os países, usando a rede privativa mundial; o gradual entendimento, por parte do pessoal da OMS, da abordagem à gestão baseada em resultados; o alargamento da gestão baseada em resultados e a formação em Sistema de Gestão das Actividades dada ao pessoal de apoio administrativo; e o forte empenho e apoio das hierarquias.

Factores de constrangimento

254. A execução do Orçamento-Programa 2004-2005 na Região Africana enfrentou várias dificuldades. Embora tivesse havido um aumento de fundos de 2002-2003 para 2004-2005, as operações na Região dependeram muito dos fundos de Outras Fontes. A falta de recursos humanos a nível nacional retardou a capacidade de resposta e a implementação das actividades em alguns países. As situações de emergência e as catástrofes naturais na Região também dificultaram a implementação de algumas actividades.

255. Um dos grandes problemas da gestão dos programas na Região Africana é instituir uma cultura de gestão baseada em resultados, apoiada por processos de planeamento consistentes e uniformes, para a planificação, implementação, monitorização e elaboração de relatórios. As estratégias de cooperação entre os países, desenvolvidas no quadro da Iniciativa Centrada nos Países, ainda terão de ser integradas em planos estratégicos e operacionais a nível de país, uma tarefa ainda difícil e desconhecida na OMS.

256. Outros factores limitativos incluem: insuficiência de recursos humanos e financeiros para todas as actividades, especialmente para a avaliação; falta de integração dos sistemas de informação em toda a Organização, incluindo um sistema financeiro integrado e interactivo *on-line* que estabeleça a ligação entre o Escritório Regional e as Representações; e o atraso na recepção dos documentos de orientação a nível mundial. Espera-se que a implementação do Sistema Mundial de Gestão resolva este problema em 2007. A distribuição das funções de gestão financeira entre Harare e Brazzaville criou ainda o problema da prestação de serviços financeiros e contabilísticos a partir de ambas as cidades.

PERSPECTIVAS

257. No próximo biénio 2006-2007, as actividades da OMS na Região Africana continuarão a ser orientadas pela visão expressa nas *Orientações estratégicas para as actividades da OMS na Região Africana 2005-2009*. Assim, o principal trabalho será: reforçar as Representações da OMS; melhorar e alargar as parcerias na área da saúde; apoiar o planeamento e a gestão dos sistemas distritais de saúde; promover o reforço das intervenções sanitárias essenciais relacionadas com os problemas prioritários de saúde; e intensificar a sensibilização e a capacidade de resposta aos principais determinantes da saúde.

258. Especificamente, serão afectados os fundos e os recursos humanos adequados aos sistemas de informação sanitária; serão desenvolvidos esforços concertados para a realização de estudos e a divulgação dos respectivos resultados, em estreita colaboração com outros parceiros da área da saúde e com os ministérios relacionados com a saúde. Serão criados mecanismos para: reforçar o uso dos resultados da investigação que possam servir de base às decisões a tomar sobre políticas; sensibilizar os governos para que afectem à investigação em saúde, pelo menos, 2% dos orçamentos nacionais para a saúde, em conformidade com as recomendações da cimeira do México; e melhorar o impacto dos centros de colaboração da OMS.

259. A OMS dará apoio à aceleração dos esforços de prevenção do VIH e reforçará também a prevenção, tratamento e cuidados para permitir um acesso universal. A base de informação estratégica será, igualmente, reforçada para orientar as intervenções baseadas em dados factuais. As parcerias serão reforçadas a todos os níveis, para alargar a colaboração externa ao sector da saúde. Relativamente aos esforços para o controlo da tuberculose, dar-se-á relevo à promoção do acesso universal a serviços DOTS de qualidade, o que incluirá o rápido reforço das iniciativas de expansão da DOTS, em especial das parcerias públicas-privadas, e das iniciativas comunitárias para os cuidados da TB nos 34 países da Região mais afectados pela TB. Do mesmo modo, far-se-á a promoção do reforço das intervenções na área da TB/VIH. As principais orientações do controlo do paludismo para o biénio 2006-2007 serão o apoio a uma prestação equitativa de pacotes globais de intervenções, a maximização das funções complementares e a atenção aos grupos vulneráveis.

260. Os países continuarão a receber apoio para sustentarem as conquistas feitas através da elevada cobertura vacinal de rotina. São necessários esforços de advocacia sustentados para garantir que as actividades de rotina do PAV sejam devidamente financiadas. Os esforços de formação de capacidades continuarão a manter uma vigilância das doenças de elevada qualidade. A advocacia será importante para garantir o empenho continuado dos governos e dos parceiros na erradicação da poliomielite e nos esforços acelerados de controlo das doenças.

261. Será dado apoio aos países, para que estes possam: assegurar a implementação plena da Declaração de Genebra sobre a erradicação da dracunculose; eliminar a lepra a nível nacional em todos os países; completar o mapeamento da filariase linfática; criar ou reforçar parcerias para uma implementação sustentável dos programas; implementar a resolução da AMS sobre a vigilância da úlcera de Buruli e controlar e elaborar uma estratégia de controlo da úlcera de Buruli na Região; implementar as resoluções do Comité Regional sobre tripanossomíase humana africana; e intensificar ou acelerar os programas escolares sobre desparasitação.

262. Relativamente às doenças não-transmissíveis, o Escritório Regional Africano da OMS continuará: a apoiar os países na realização de inquéritos STEPS e na utilização dos respectivos dados para a advocacia e a acção; a apoiar os países na realização de pesquisa sobre as implicações sócio-económicas das doenças não-transmissíveis, para as tornar relevantes fora do sector da saúde; e a dar prioridade às intervenções de prevenção primária nos países. O Escritório Regional identificará igualmente pontos focais dos ministérios da saúde, para um melhor tratamento dos problemas de saúde mental e de toxicodependência. A OMS ajudará os Estados-Membros a trabalhar na implementação sistemática de intervenções eficazes, tais como a limitação de velocidade dos veículos, a proibição da condução sob efeito do álcool e a utilização do cinto de segurança e de capacete nos velocípedes.

263. A OMS prosseguirá a advocacia para mobilizar os parceiros em torno do objectivo comum de redução da mortalidade infantil. Além disso, apoiará os países na criação de fóruns sobre saúde materna, neonatal e infantil, que promovam a continuidade dos cuidados e reforcem a prestação de serviços de base comunitária, para aumentar o respectivo acesso e a cobertura. Serão promovidas parcerias fortes dentro e fora da OMS, incluindo o envolvimento das comunidades, para uma abordagem global e para a coordenação do apoio aos países na implementação do Roteiro e no reforço das principais intervenções na área da saúde materna, neonatal e infantil. Será dado um apoio contínuo aos Estados-Membros, para que possam: pôr em prática a estratégia “Saúde das Mulheres”; incluir a dimensão do género nas políticas e programas de saúde; e acelerar a eliminação da mutilação genital feminina. A OMS continuará, igualmente, a prestar apoio aos Estados-Membros na elaboração e implementação de políticas e estratégias nutricionais, para reduzir os efeitos da subnutrição nas crianças e nas mães, incluindo o aconselhamento sobre necessidades nutricionais durante o ciclo de vida.

264. A OMS continuará a prestar apoio técnico aos países para o desenvolvimento da saúde no contexto de: documentos nacionais da estratégia de redução da pobreza; abordagens transectoriais; metas de desenvolvimento do milénio; e na promoção da universalidade da cobertura, equidade, direitos humanos e determinantes sociais da saúde, como principais vias de acesso às MDM. A Organização continuará a: advogar e a formar capacidades no domínio da segurança dos alimentos; prestar apoio na revisão da legislação alimentar e na preparação de planos de acção nacionais; encorajar a implementação das normas do Codex e uma participação efectiva no Codex; e apoiar a promoção da educação do consumidor.

265. O êxito da implementação dos programas técnicos da OMS junto dos países depende, em parte, da prestação eficaz de serviços de apoio. Para se prestar um pronto apoio de qualidade aos países, foi tomada a decisão de delegar algumas das funções do Escritório Regional nas equipas interpaíses. Estas equipas prestarão apoio técnico aos países e executarão as funções administrativas que lhes forem delegadas.

PARTE II: RELATÓRIO DOS PROGRESSOS REALIZADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DO COMITÉ REGIONAL

ELIMINAÇÃO DA LEPRO NA REGIÃO AFRICANA

266. Na sua Quadragésima-quarta sessão, o Comité Regional adoptou a resolução AFR/RC44/R5 Rev.1, que instava o Director Regional a dar atenção às actividades destinadas a melhorar o combate à lepra nos 10 países mais endémicos e, por conseguinte: proporcionar formação em gestão, ao nível de distrito, através do uso de módulos de formação; criar instrumentos de monitorização e de avaliação; facilitar o

apoio directo de consultores; encorajar as ONG a apoiarem financeiramente os programas; e promover os sistemas de saúde para a formação de capacidades nos Estados-Membros.

267. Consequentemente, em Novembro de 1999, a Conferência Internacional sobre a Eliminação da Lepra, efectuada em Abidjan, Côte d'Ivoire, recomendou o ano de 2005 como meta para a eliminação da lepra, a nível nacional, em todos os Estados-Membros. A eliminação da lepra é definida como a redução da sua taxa de prevalência para 1 caso por 10 000 habitantes.

268. O biénio 2004-2005 foi dedicado à consecução da meta da eliminação a nível nacional, em todos os Estados-Membros. Foram implementadas estratégias e intervenções nos 10 países mais endémicos, com vista a: reforçar e integrar as actividades de eliminação da lepra a nível distrital; intensificar as actividades de mobilização social, para mudar a imagem desta doença nas comunidades, de modo a abranger as chamadas “bolsas de leprosos” ainda existentes; elaborar, implementar e avaliar um plano intensivo e intervenções inovadoras de eliminação, em todos os países que ainda não atingiram esse objectivo; e implementar uma monitorização alargada da eliminação da lepra, para verificação dos resultados ao nível nacional.

269. Mais de 80% das actividades planeadas foram implementadas em todos os países-alvo com um elevado grau de eficácia e eficiência, o que culminou nos principais resultados resumidos no Quadro 2.

Quadro 2: Situação da lepra na Região Africana no início de 2005*

Indicadores	Número de casos	Taxa de prevalência e percentagens
Prevalência	43 764	0,63 casos para 10 000
Detecção	45 161	6,54 casos para 100 000
Novos casos de MB**	31 452	69,64%
Novos casos com grau 2 de incapacidade	4 538	10,05%
Novo caso (mulher)	10 076	22,1%
Novo caso (criança)	4 346	9,2%
Recidivas	447	
Taxa de prevalência / detecção		0,96

*Fonte: Relatório Anual de 2004 elaborado a partir de dados recebidos dos ministérios da saúde de 39 Estados-Membros da Região Africana da OMS

**MB: *Mycobacterium leprae*

270. O objectivo da eliminação da lepra foi consolidado a nível regional, tendo a prevalência sido reduzida de 0,91 para 0,63 por 10 000 habitantes. Seis dos países atingiram a meta da eliminação no início do ano de 2005. Em finais do mesmo ano, mais quatro países (Angola, República Centrafricana, Comores e Guiné) atingiram o objectivo da eliminação da lepra. Até agora, a meta da eliminação da lepra foi atingida por um total de 42 países.

271. Houve certos factores que facilitaram a implementação da resolução, incluindo: um elevado compromisso político a nível nacional, em todos os Estados-Membros; a disponibilização da terapêutica multimedicamentosa e a sua distribuição gratuita; o reforço da parceria com as ONG que trabalham na esfera da lepra. Entre os factores de constrangimento contam-se: a insegurança e o difícil acesso em muitos distritos; a fraca cobertura dos serviços de saúde; o baixo grau de colaboração; o frequente adiamento das actividades em certos países; e a redução das verbas do orçamento.

272. Em finais de 2005, apesar dos resultados significativos na Região, quatro dos países (República Democrática do Congo, Madagáscar, Moçambique e Tanzânia) tinham ainda uma alta prevalência da lepra. Os Estados-Membros da Região Africana da OMS deverão manter o compromisso político da eliminação da lepra e continuar as respectivas actividades. O Director Regional tenciona propor uma estratégia para manter as actividades da lepra, após a meta da eliminação ter sido atingida.

SAÚDE E AMBIENTE: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA

273. O Comité Regional, através da sua Resolução AFR/RC52/R3, solicitou ao Director Regional que: melhorasse a capacidade da OMS na prestação eficaz de apoio técnico aos Estados-Membros para o desenvolvimento e a implementação de políticas sobre saúde e ambiente; e apoiasse a melhoria das capacidades dos países para implementarem e monitorizarem programas e planos de acção.

274. A área de actividade “Protecção do Ambiente Humano”, do Escritório Regional, foi alargada, tendo sido reforçada a sua capacidade para cobrir áreas como a ecologia e a gestão dos vectores. Foi criado um total de quatro centros de colaboração, estando outros dois em processo de formação. O orçamento para esta área de actividade beneficiou, igualmente, de um reforço.

275. Os países receberam apoio técnico para desenvolverem ou actualizarem as suas políticas nacionais de saúde ambiental. Onze países completaram este exercício e dez estão em vias de o fazer. Está a ser prestado apoio técnico aos países para desenvolverem as suas capacidades em áreas programáticas específicas, nomeadamente no tratamento e controlo da qualidade da água, poluição atmosférica e tratamento de resíduos. Foi dada continuidade à promoção da prestação integrada de intervenções, através da abordagem dos ambientes saudáveis e da saúde ambiental das crianças. Com o intuito de oferecer um quadro abrangente e coerente para a implementação da estratégia regional, elaborou-se um plano estratégico quadrienal (2006-2009).

276. Apesar dos progressos realizados, só será possível acelerar a implementação da resolução, se as autoridades nacionais reestruturarem os seus serviços de saúde ambiental e instalarem mecanismos eficazes de coordenação intersectorial no país.

POBREZA E SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA

277. Na sua Quinquagésima-segunda sessão, o Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC52/R4 que instava o Director Regional a: fornecer apoio técnico aos Estados-Membros para o desenvolvimento das suas políticas e programas nacionais de saúde para a redução da pobreza; aumentar o apoio, através das instituições de formação, aos profissionais nacionais da área da saúde e do desenvolvimento, por forma a reforçarem as suas capacidades de análise, monitorização e avaliação das políticas; e ajudar a mobilizar recursos adicionais para a implementação desta estratégia.

278. Alguns países receberam apoio técnico para criarem ou melhorarem a componente sanitária dos seus documentos da estratégia de redução da pobreza. Outros receberam apoio financeiro para implementarem os seus programas comunitários de saúde e pobreza. Outros ainda receberam apoio financeiro para: realização de estudos ou análises sobre o acesso dos pobres aos serviços de saúde; financiamento e despesas de saúde pública para as pessoas pobres, incluindo abordagens transectoriais; e questões de equidade e despesas de saúde suportadas pelos pobres. A Comissão Consultiva Africana sobre Saúde e Pobreza, um órgão de peritos criado para aconselhar o Director Regional sobre questões ligadas à saúde e à pobreza, realizou uma reunião em Brazzaville, em Dezembro de 2004. Esta Comissão analisou e elaborou duas directivas, uma para integração das questões de saúde e pobreza nos planos nacionais estratégicos do sector da saúde e nas estratégias de redução da pobreza, e a outra para criar sistemas de monitorização e avaliação da pobreza.

279. Foi identificado um parceiro de trabalho na Região Africana, na área da pobreza e da doença, ao qual foi concedido um subsídio de arranque e cujo currículo foi avaliado. Além disso, elaborou-se um módulo de formação sobre pobreza e saúde, que foi usado numa acção de formação sobre dados factuais, assim como informação para a elaboração de políticas.

280. O programa “Pobreza e Doença” está a colaborar com os programas do Escritório Regional sobre saúde ambiental e segurança dos alimentos na elaboração de propostas de mobilização de recursos.

281. Um relatório sobre os progressos feitos na implementação desta estratégia foi apresentado à Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional, em Maputo, em 2005. Contudo, é preciso pensar em alargar, para além da Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional, o período para apresentação de relatórios sobre os progressos feitos na abordagem do problema da pobreza, conforme o disposto na resolução AFR/RC52/R4. Isso torna-se necessário porque a pobreza continua a constituir um problema e os parceiros do desenvolvimento continuam dispostos a dar o seu apoio às actividades desenvolvidas nessa área. Infelizmente, por várias razões, incluindo a falta de recursos, apenas alguns países incluem a pobreza e a saúde nos seus planos de acção. Além disso, é também preciso garantir que a componente da saúde dê uma resposta efectiva às necessidades de saúde das pessoas mais pobres, nos respectivos países. O programa “Pobreza e Doença” do Escritório Regional continuará a dar apoio aos países nesse aspecto, sempre que tal lhe seja solicitado.

MACROECONOMIA E SAÚDE: PERSPECTIVAS PARA A REGIÃO AFRICANA

282. O Comité Regional solicitou ao Director Regional, através da sua Resolução AFR/RC53/R1, que continuasse: a advogar a favor de um maior investimento na saúde, como um meio eficaz para a redução da pobreza e aceleração do desenvolvimento económico; a apoiar os países no reforço dos acordos

institucionais já existentes para planeamento, implementação e monitorização das recomendações da Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMH); a monitorizar e documentar as aprendizagens resultantes da implementação das recomendações da CMH nos diferentes países e a facilitar a partilha dessas aprendizagens; a prestar apoio às instituições regionais que formam economistas da saúde e a realizar investigação nessa área.

283. O relatório da CMH foi amplamente divulgado nos países e junto de vários interessados. Criou-se uma página *web* na Intranet do Escritório Regional, para melhorar a partilha de informação e facilitar a advocacia. Os doadores no Malawi, Senegal, Suazilândia e Uganda foram sensibilizados para a importância da relação macroeconomia e saúde e para a necessidade de reforçar as intervenções que tenham uma boa relação custo-eficácia, com a finalidade de melhorar o estado de saúde das pessoas pobres. Como resultado de uma advocacia sustentada, os países estão agora mais conscientes da necessidade de relacionar as suas políticas sectoriais com as políticas macroeconómicas. Além disso, os parceiros do desenvolvimento, tais como o Banco Mundial, reconheceram a necessidade de mais recursos para formar e manter os recursos humanos para a saúde, com vista a reforçar os sistemas de saúde e facilitar a consecução das metas de desenvolvimento do milénio relacionadas com a saúde.

284. Prestou-se apoio técnico a nove países.⁷² O Gana finalizou um plano de investimento na saúde. O Quênia, Moçambique, Senegal e Uganda elaboraram planos de acção. A *task force* do Ruanda para a Macroeconomia e Saúde estabeleceu uma ligação do seu trabalho com as abordagens transectoriais. O Uganda criou uma *task force* para a Macroeconomia e Saúde. A Etiópia recebeu apoio para: apoiar a realização de estudos sobre a expansão acelerada dos cuidados primários de saúde e um pacote mínimo de serviços de saúde; a pobreza e a saúde; metodologias de análise dos custos das unidades dos serviços de cuidados primários; e para preparar as atribuições para uma análise dos custos das referidas unidades.

285. Publicou-se e divulgou-se um relatório abrangente resumindo as experiências dos países e as lições aprendidas com a implementação das recomendações da CMH. Esse relatório contém os contributos de alguns países, incluindo o Gana, o Ruanda e o Senegal.

286. Foi constituída a Comissão Consultiva Africana para a Macroeconomia e Saúde, com a finalidade de aconselhar o Director Regional sobre estratégias de formação de capacidades para a economia da saúde na Região Africana. Durante a sua primeira sessão, em Novembro de 2004, a Comissão elaborou um plano estratégico de economia da saúde para a Região Africana da OMS, 2006-2015. Actualmente estão a ser desenvolvidos esforços para mobilizar apoio financeiro para a implementação do referido plano estratégico.

287. Apesar dos esforços desenvolvidos até ao momento, o capital de arranque para os países dispostos a implementar as recomendações da CMH continua a ser insuficiente. Além disso, os países estão a braços com o problema da insuficiente capacidade técnica, baixo nível de advocacia e sensibilização, multiplicidade de processos e falta de transparência no que diz respeito à relação entre os processos.

288. Estão em curso planos para atrair parceiros internacionais e advogar em favor de mais recursos para o sector da saúde. Além disso, os ministros da saúde receberão apoio para: reforçarem a componente sanitária das estratégias de redução da pobreza; advogarem com eficácia e participarem em acções

⁷² Etiópia, Gana, Quênia, Malawi, Moçambique, Ruanda, Senegal, Suazilândia e Uganda.

intersectoriais e em debates sobre a política macroeconómica; e a defenderem a inclusão da dimensão social nos debates sobre política macroeconómica, assim como a reafecção de recursos em benefício das áreas prioritárias.

REFORÇO DO PAPEL DOS HOSPITAIS NOS SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE DA REGIÃO AFRICANA

289. Através da sua resolução AFR/RC53/R2, o Comité Regional solicitou ao Director Regional que: dispensasse um apoio adequado aos países nas suas iniciativas para o desenvolvimento dos hospitais; e criasse uma comissão regional de peritos para prestar apoio técnico sobre o desenvolvimento dos hospitais.

290. A OMS e outros parceiros do desenvolvimento prestaram apoio técnico a 10 países para melhorarem o desempenho dos seus hospitais através de: i) elaboração de uma Política Hospitalar Nacional (Madagáscar, Uganda); ii) concretização de reformas hospitalares e elaboração de planos estratégicos (Camarões, Níger); iii) reforço dos sistemas de informação sanitária (Namíbia, Seychelles); iv) preparação de um pacote de cuidados de saúde a nível dos hospitais regionais (Mauritânia); v) definição de processos de criação da autonomia hospitalar (Malawi); e vi) reforço do papel de direcção dos hospitais (Benim, Etiópia).

291. O Escritório Regional participou na realização de estudos-piloto sobre vários assuntos, tais como: a mudança da eficácia, os progressos técnicos e o crescimento da produtividade entre os hospitais municipais (Angola); a eficiência técnica dos centros de saúde e hospitais distritais públicos (Gana); a medição da eficiência técnica dos centros de saúde e hospitais públicos (Quénia); a eficiência técnica dos hospitais distritais (Namíbia); e a eficiência técnica das unidades de saúde periféricas no distrito de Pujehun, na Serra Leoa. O Escritório Regional procedeu também a uma análise da situação das comissões nacionais de bioética da investigação na Região Africana da OMS.

292. O Escritório Regional está actualmente a produzir vários instrumentos para compilar as actividades em curso no sector hospitalar. Esses instrumentos ajudarão a identificar lacunas, aproveitar as boas práticas existentes e recolher informação destinada a proceder a reformas com base em dados factuais.

293. Foi identificado um grupo de trabalho de peritos, que organizará uma série de reuniões consultivas sobre o reforço dos hospitais. A primeira reunião realizar-se-á em Brazzaville, de 16 a 21 de Outubro de 2006. O objectivo da reunião é encontrar os meios para a aceleração da implementação das medidas destinadas a reforçar o papel dos hospitais nos sistemas nacionais de saúde.

SAÚDE DAS MULHERES: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA

294. Através da sua Resolução AFR/RC53/R4, o Comité Regional solicitou ao Director Regional que: prestasse apoio técnico aos Estados-Membros na elaboração de políticas e na implementação das convenções e declarações aprovadas, para a consecução dos objectivos internacionais sobre a saúde das mulheres; continuasse a defender uma abordagem estratégica para a redução da morbilidade e mortalidade nas mulheres, incluindo intervenções eficazes da iniciativa Maternidade Segura, planos regionais para a eliminação da mutilação genital feminina e de outras práticas tradicionais nocivas, prevenção da violência e educação das meninas e das raparigas; mobilizasse os governos, as agências das

Nações Unidas, as ONG e outros interessados para a organização de simpósios, conferências e ações de formação que voltem a colocar a saúde da mulher na agenda nacional de desenvolvimento; apoiasse as instituições públicas e privadas e os peritos nacionais na realização de investigação sobre as prioridades identificadas, resultados documentais e melhores práticas, para utilização pelos Estados-Membros na implementação plena de abordagens com uma boa relação custo-eficácia, tendo em vista a melhoria da saúde das mulheres; e mantivesse o empenho da OMS na integração de uma perspectiva de género nas políticas e programas.

295. A Etiópia, o Gana e a Nigéria apresentaram relatórios sobre a secção relativa à saúde das mulheres da Convenção sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, com o apoio da OMS. Moçambique reviu a implementação da saúde reprodutiva e sexual e a República Democrática do Congo, a Guiné e a Libéria levaram a cabo actividades relacionadas com a prevenção e gestão da violência sexual e baseada no género. Em 2005, a OMS avaliou o acesso das mulheres a serviços de saúde de qualidade, em cinco países (Botswana, Lesoto, Malawi, Suazilândia e Zâmbia), tendo o instrumento de avaliação sido revisto com base nos resultados.

296. Em Dezembro de 2004, 18 países⁷³ tinham definido os seus perfis nacionais para a saúde das mulheres, através do uso de equipas nacionais de investigação constituídas por peritos de várias instituições. Durante o biénio, comemoraram-se nos países três importantes jornadas internacionais⁷⁴ sobre questões relacionadas com as mulheres. Em 2004, a Nigéria expandiu o programa sobre alfabetização funcional das mulheres para a promoção da saúde, através do microcrédito e da educação para a saúde em 11 estados.

297. Em Outubro de 2005, seis comunidades económicas regionais⁷⁵ receberam apoio técnico da OMS para a integração das questões de género e saúde no seu trabalho. Quatro das principais agências⁷⁶ assinaram um protocolo sobre a eliminação de todas as formas de violência, incluindo a MGF e outras práticas nocivas. A União Inter-Parlamentar Africana reuniu-se em Dezembro de 2005 e abordou as questões da violência contra as mulheres e a eliminação da MGF. Os participantes comprometeram-se a promover a erradicação da MGF na próxima geração. Seis parceiros⁷⁷ concordaram em colaborar no apoio à aceleração da eliminação da MGF, no contexto do direito da mulher à saúde e à vida.

298. O Gana, a Guiné e a Tanzânia realizaram investigação sobre os determinantes sociais da MGF. Dez países⁷⁸ criaram grupos multidisciplinares de colaboração sobre MGF e construiu-se uma base de dados sobre Saúde das Mulheres e MGF. Em 15 países⁷⁹, fez-se uma avaliação dos cinco anos de implementação do plano de acção regional para acelerar a eliminação da MGF em África. Essa avaliação

⁷³ Argélia, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Gana, Lesoto, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Seicheles, África do Sul, Tanzânia, Zimbábue.

⁷⁴ Dia Internacional da Mulher (8 de Março), Dia internacional da tolerância zero para a MGF (6 de Fevereiro) e Dia de Combate à Violência contra as Mulheres (25 de Novembro).

⁷⁵ WAHO, COMESA, ECOWAS, CEDEAO, ECA, ONUSIDA e União Africana.

⁷⁶ A Organização Mundial de Saúde, através do seu Escritório Regional Africano; o Fundo das Nações Unidas para a Infância, através do seu Escritório Regional para a África Ocidental e Central (WCARO); o Fundo das Nações Unidas para as Populações (FNUAP), através da sua Divisão Africana e da Comissão Inter-Africana (IAC) para as Práticas Tradicionais Nocivas que afectam as mulheres e as crianças.

⁷⁷ USAID, FNUAP, UNICEF, Comissão Inter-Africana para as Práticas Tradicionais Nocivas (IAC), Conselho para a População e Tostan.

⁷⁸ Burkina Faso, Camarões, Chade, República Democrática do Congo, Gana, Quênia, Mali, Níger, Nigéria e Tanzânia.

⁷⁹ Burkina Faso, Camarões, Chade, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Mali, Níger, Nigéria, Senegal e Tanzânia.

revelou que todos os países tinham iniciado actividades de eliminação da MGF e alguns países já registavam uma diminuição da prevalência. Seis países⁸⁰ formaram um grupo nuclear de profissionais de saúde para a prevenção e gestão da MGF, usando os manuais de formação da OMS.

299. Em colaboração com a Sede e o Centro de Kobe da OMS, identificou-se um núcleo de 40 indicadores essenciais sensíveis à dimensão de género, os quais serão testados no terreno, na Tanzânia. Um grupo de peritos de cinco países (Etiópia, Ruanda, Tanzânia, Uganda e Zimbabwe) procedeu à revisão dos seus planos de acção, para integrar as questões do género nos seus programas sanitários.

300. As dificuldades que se colocam às intervenções no domínio da saúde das mulheres incluem a insuficiência de recursos humanos e financeiros e a falta de uma cultura da investigação. A utilização de indicadores seleccionados para monitorizar a implementação das actividades é essencial para a consecução das MDM.

SEGURANÇA DOS ALIMENTOS E SAÚDE: ANÁLISE DA SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS

301. Através da Resolução AFR/RC53/R5, o Comité Regional solicitou ao Director Regional que: continuasse a defender a inclusão da segurança dos alimentos nos objectivos globais e estratégias nacionais de desenvolvimento, para prestar apoio técnico ao desenvolvimento e implementação das políticas e da legislação sobre segurança dos alimentos; promovesse a investigação e vigilância sobre segurança dos alimentos; e reforçasse a colaboração com outros parceiros internacionais e organismos relevantes, para permitir decisões de natureza científica sobre segurança dos alimentos e questões de saúde, relacionadas com as novas tecnologias, incluindo os alimentos geneticamente modificados.

302. A advocacia foi feita através da criação de redes, organizando e participando em fóruns sobre segurança dos alimentos e preparando resumos sobre assuntos específicos relacionados com a segurança dos alimentos, para os Estados-Membros, União Africana e agrupamentos regionais. Foram elaborados e divulgados vários materiais de informação e defesa da segurança dos alimentos. Iniciou-se a publicação de um boletim regional e recolheu-se informação dos países, para documentar as actividades nacionais sobre segurança dos alimentos. Prepararam-se algumas notas informativas, que foram partilhadas com os Estados-Membros, os agrupamentos regionais e a União Africana.

303. Em colaboração com a FAO, a OMS instituiu a Rede Internacional de Autoridades para Segurança dos Alimentos, para uma rápida divulgação da informação destinada a proteger a saúde pública. Foram emitidas sete notas da INFOSAN, sendo a mais recente sobre a estirpe H5N1 do vírus da gripe das aves. Uma outra secção, a das Emergências INFOSAN, dedicada às situações de emergência relativas à segurança dos alimentos, emitiu um alerta sobre a *Salmonella agona* nas formulações para bebés, em Dezembro de 2004, resultando na detecção e recolha dos produtos afectados em alguns países da Região. Em 2004, realizou-se o Segundo Fórum Mundial das Entidades Reguladoras da Segurança dos Alimentos, que reuniu 32 países, os quais se reuniram paralelamente com a OMS, para discutir questões relativas à segurança dos alimentos em África. A Primeira Conferência Pan-Africana sobre Segurança dos Alimentos foi organizada em comum pela OMS e a FAO, em 2005, e reuniu mais de 185 participantes de 45 Estados-Membros. A conferência aprovou uma resolução, recomendando um plano estratégico quinquenal de nove pontos para a segurança dos alimentos em África, a ser aprovado pelas agências das

⁸⁰ Burkina Faso, Etiópia, Gana, Mali, Nigéria e Tanzânia.

Nações Unidas para a alimentação e saúde e pela União Africana. Estão a ser mobilizados os fundos necessários para a implementação desta resolução.

304. Alguns países receberam apoio técnico para reforçar a aplicação da legislação alimentar, tendo sido redigido um guia regional para a elaboração e aplicação dessa legislação.

305. Realizaram-se dois cursos de formação sobre vigilância das doenças transmitidas pelos alimentos, como parte das actividades mundiais de vigilância, isolamento e identificação de agentes patogénicos nos alimentos (Global Salm-Surv). Preparou-se um guia regional para a monitorização microbiológica dos alimentos. Deu-se apoio técnico ao Benim, República do Congo, Gâmbia e Seychelles, para que pudessem desenvolver actividades de reforço da vigilância e monitorização microbiológica dos alimentos. O Sistema Mundial de Monitorização do Ambiente/Programa de Monitorização e Avaliação da Contaminação dos Alimentos foi introduzido em seis países. Foi dispensado apoio técnico para a investigação e controlo de várias doenças transmitidas pelos alimentos, incluindo o surto de aflatoxicose aguda no Quénia. O Escritório Regional organizou uma reunião consultiva em 2005 e publicou um relatório e documentos científicos, para aumentar a consciencialização sobre a importância das aflatoxinas para a saúde pública, assim como para reforçar as actividades de vigilância destinadas à respectiva prevenção e controlo.

306. Foram criadas parcerias mais fortes com as organizações internacionais, especialmente a FAO e a UNIDO, através de vários projectos de colaboração sobre segurança dos alimentos. A criação do Codex Trust evidenciou a participação dos Estados-Membros na definição de normas internacionais. Vinte e oito países receberam apoio do Codex Trust para poderem participar em algumas reuniões do Codex. O Escritório Regional participou no trabalho de definição de normas internacionais da Comissão do Codex Alimentarius e forneceu apoio técnico à CCAFRICA na elaboração de uma estratégia para melhorar os sistemas de segurança dos alimentos. A CCAFRICA discutiu a resolução da Quinquagésima-oitava Assembleia Mundial da Saúde sobre *Enterobacter sakazakii* e outros agentes patogénicos nas formulações para bebés. A recomendação de se proceder a investigações para gerar dados específicos para África será estudada em 2006-2007. A UNIDO, a FAO e a OMS organizaram, em 2005, um curso sobre bio-segurança para os Estados-Membros. Em 2005, publicou-se o relatório da Sede da OMS intitulado *Modern food biotechnology, human health and development*.

307. Uma maior consciencialização, a vontade política e as parcerias facilitaram a implementação da resolução. A principal dificuldade foi a insuficiência de recursos financeiros.

REPOSICIONAMENTO DO PLANEAMENTO FAMILIAR NOS SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA: QUADRO DE ACÇÃO ACELERADA 2005-2014

308. Através da Resolução AFR/RC54/R2, o Comité Regional solicitou ao Director Regional que: continuasse a advogar uma abordagem estratégica à redução da morbilidade e mortalidade materna e o papel fulcral do planeamento familiar; fornecesse apoio técnico aos Estados-Membros para a planificação, implementação, monitorização e avaliação do quadro para o reposicionamento do planeamento familiar nos serviços de saúde reprodutiva; e criasse orientações relevantes a utilizar pelos Estados-Membros para a advocacia e aceleração da implementação do quadro.

309. O Quadro 2005-2014 teve uma boa receptividade por parte dos governos e dos parceiros, como um instrumento útil para reforçar os serviços de planeamento familiar, no contexto do Roteiro para acelerar a redução da morbilidade e mortalidade materna e neonatal. Os directores dos programas de saúde reprodutiva dos 46 Estados-Membros receberam orientações sobre o Quadro, as quais foram impressas e enviadas a todos os países.

310. Em Fevereiro de 2005, a OMS, a USAID, Advance Africa, AWARE-RH, POLICY Project, WAHO e outros colaboradores, com a ajuda do Ministério da Saúde do Gana, organizaram uma conferência regional, envolvendo 23 países⁸¹, para revitalizar o planeamento familiar através da operacionalização do Quadro. Foi igualmente criada uma rede de mulheres africanas de 17 países⁸² para a promoção do planeamento familiar. Está prevista outra reunião para os países da África Oriental, Central e Austral, desde que haja fundos disponíveis.

311. A OMS, em colaboração com a USAID, preparou um *kit* de instrumentos para a advocacia do planeamento familiar, que se destina a ser usado pelos países. A OMS e o FNUAP lançaram um programa de parceria estratégica para apoio técnico aos países; através de apoio financeiro, fez-se a actualização das orientações mundiais genéricas para o planeamento familiar, que têm sido usadas por nove países.⁸³ Orientações sobre os critérios médicos de ilegitimidade para o planeamento familiar foram traduzidas para português e impressas. Estão a ser preparadas orientações sobre a gestão da logística dos contraceptivos, assim como uma lista de critérios médicos de ilegitimidade. O Instituto de Saúde das Maurícias foi apoiado na revisão e actualização do seu plano de estudos sobre planeamento familiar, de modo a incluir todas as componentes da saúde reprodutiva nos programas anuais de formação.

312. A principal dificuldade de operacionalização do Quadro foi a insuficiência de fundos para apoiar os países. Os planos futuros incluem a integração do Quadro nos serviços de saúde materna, neonatal e infantil.

INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS PARA O REFORÇO DOS SISTEMAS NACIONAIS DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA

313. Pela sua Resolução AFR/RC54/R3, o Comité Regional solicitou ao Director Regional que prestasse apoio aos Estados-Membros de forma a permitir-lhes: implementar intervenções prioritárias de reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária; promover opções tecnológicas que facilitem a colaboração, a comunicação, o acesso, o uso e o *feedback* da informação sanitária; e apoiar os países na mobilização dos recursos e formação de capacidades para os sistemas nacionais de informação sanitária.

314. Foi dado apoio a nove países⁸⁴ para procederem a uma avaliação global dos sistemas nacionais de informação sanitária e para identificarem as fraquezas e as necessidades, em termos de recursos humanos, financeiros e materiais. Foram ainda apoiados outros países: na revisão e actualização dos indicadores essenciais de saúde a nível nacional; na adopção de uma política nacional para o sistema de informação

⁸¹ Angola, Benim, Burkina Faso, Camarões, Cabo Verde, Chade, Cote d'Ivoire, República Democrática do Congo, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Madagáscar, Malí, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa e Togo.

⁸² Benim, Burkina Faso, Camarões, Chade, Cote d'Ivoire, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Madagáscar, Mali, Níger, Nigéria, Senegal, Serra Leoa, Togo e Tunísia.

⁸³ Benim, Camarões, Moçambique, Nigéria, Ruanda, África do Sul, Tanzânia (incluindo Zanzibar), Zâmbia e Zimbabwe.

⁸⁴ Botswana, Camarões, Cabo Verde, Comores, Gana, Namíbia, Senegal, Tanzânia e Uganda.

sanitária, o qual faz parte da política nacional de saúde; e na elaboração de um plano estratégico para reforçar o sistema de informação sanitária. O mapeamento da disponibilidade dos serviços utilizando o Palm Top, o GPS e o Mapa Sanitário do Sistema de Informação Geográfica foi implementado em sete países⁸⁵, para garantir a difusão e a utilização eficaz dos dados recolhidos para o planeamento estratégico e as operações de rotina.

315. Foram criados no Escritório Regional um sistema de informação sobre gestão e uma base de dados, para melhorar a acessibilidade, o uso e o *feedback* da informação sanitária. A rede privativa mundial permitiu que as Representações da OMS e as Divisões do Escritório Regional pudessem actualizar directamente as bases de dados e debater as análises, estimativas e projecções.

316. Como parte dos esforços para mobilizar recursos e formar capacidades para a informação sanitária nacional, a Rede de Metrologia da Saúde, uma parceira mundial inovadora, lançada em Maio de 2005, durante a Assembleia Mundial da Saúde, forneceu apoio ao Escritório Regional na organização de três acções de formação para 41 países da Região. Os parceiros da rede incluem países, agências multilaterais e bilaterais, fundações, bem como outras parcerias mundiais e peritos técnicos da esfera da saúde.

317. Ao todo, 24 países apresentaram propostas à Rede de Metrologia da Saúde. Em 2005, 20 países⁸⁶ foram financiados para avaliarem os seus sistemas de informação sanitária, elaborarem planos, mobilizarem recursos, divulgarem e usarem na prática a informação sanitária, e para monitorizarem os progressos realizados no reforço dos seus sistemas de informação. O apoio financeiro total ascendeu a mais de 2 milhões de dólares no primeiro ano e a cerca de 500 000 no segundo ano.

318. Os países deverão continuar a criar ou reforçar as unidades dos seus sistemas nacionais de informação sanitária e a aumentar os respectivos investimentos, através da Rede de Metrologia da Saúde.

SAÚDE E SEGURANÇA OCUPACIONAL NA REGIÃO AFRICANA: ANÁLISE DA SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS

319. Pela sua Resolução AFR/RC54/R4, o Comité Regional solicitou ao Director Regional que: prestasse apoio técnico ao desenvolvimento e reforço de políticas, legislação e programas de saúde e segurança ocupacional; apoiasse o diálogo com a OIT e promovesse a colaboração e participação de outras agências internacionais, como o PNUA e a UNIDO, para darem apoio técnico aos países; promovesse e apoiasse a investigação e a vigilância para servirem de base às políticas nacionais e planos de implementação; e ajudasse na mobilização dos recursos e na constituição de parcerias para promover a saúde e segurança ocupacional.

320. Foi prestado apoio técnico ao Botswana, Comores, Gâmbia, Namíbia e Suazilândia para elaborarem as suas políticas de saúde e segurança ocupacional e para reverem os planos de estudos das suas instituições de formação. O Botswana e a Namíbia completaram os seus documentos de desenvolvimento das suas políticas de saúde e segurança ocupacional, estando presentemente à espera da aprovação dos respectivos governos. Foi prestado apoio a Santa Helena para formação em terapia ocupacional. Foi dada

⁸⁵ República Centrafricana, Gana, Quênia, Nigéria, Ruanda, Uganda, e Zâmbia.

⁸⁶ Benim, Camarões, Comores, República do Congo, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Quênia, Lesoto, Malawi, Namíbia, Nigéria, Rwanda, Senegal, Serra Leoa, Swazilândia, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.

formação e orientação a sete países⁸⁷ para a implementação da resolução e para trabalharem em cooperação com a OIT, na resolução de problemas comuns identificados.

321. De modo a promover e apoiar a investigação e a vigilância, para servirem de base às políticas nacionais e planos de implementação, realizaram-se reuniões com centros de colaboração na Região Africana: Universidade do Benim, Universidade da Cidade do Cabo e Instituto Nacional dos Laboratórios de Saúde Ocupacional. Foram assim identificadas outras áreas para aprofundar a investigação. Os vários centros ficaram encarregados de desempenhar determinadas tarefas, sendo o serviço básico de saúde ocupacional considerado uma tarefa prioritária.

322. Em resultado do diálogo iniciado entre a OIT e a OMS em 2003, foi assinada, pela OIT e pelos Directores das Regiões Africana e do Mediterrâneo Oriental da OMS, uma Declaração de Intenções sobre o esforço conjunto OMS/OIT para a Saúde Ocupacional em África. A assinatura da Declaração de Intenções foi seguida de reuniões conjuntas: com a OIT, no Cairo, sobre a definição de um perfil nacional consolidado; com a África do Sul, sobre a melhoria do fluxo da informação e a divulgação junto dos países e, em particular, nos locais de trabalho; e com as Seychelles, sobre o papel que os inspectores do trabalho deverão desempenhar para melhorar a saúde e a segurança ocupacional.

323. Outras Organizações (SADC, CEDEAO, BAD e UNIDO) participaram no seminário realizado no Benim, para debater a implementação da resolução sobre a saúde e a segurança ocupacional.

324. A cooperação com os centros de colaboração contribuiu para se encontrarem meios de melhorar a prestação de serviços de saúde e segurança ocupacional. Estão em marcha projectos como a eliminação da silicose na África do Sul, Zâmbia e Zimbabwe. Na África do Sul e na Tanzânia, foi testado um projecto-piloto sobre prevenção de ferimentos provocadas por picadas de agulhas, o qual será repetido em outros países na Região e não só. Será também experimentado o projecto para melhorar o manuseamento das embalagens de produtos químicos, a fim de evitar ferimentos e doenças provocados por substâncias químicas.

325. A colaboração com a OIT conduziu à definição de um perfil nacional consolidado, como instrumento para recolha de dados e de informação. Esses dados e informação recolhidos destinam-se a ajudar na formulação das políticas e definição de estratégias e planos de implementação. Esse perfil nacional consolidado foi enviado aos países, para que possam usá-lo.

326. Esta área de actividade faz também parte dos esforços interdivisões que contribuem para melhorar a saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores, na Região Africana da OMS e nas suas Representações nos países.

ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS: UMA URGÊNCIA SANITÁRIA SILENCIOSA

327. Através da sua Resolução AFR/RC54/R6, o Comité Regional solicitou ao Director Regional que: continuasse a desempenhar o seu papel de liderança e de advocacia na prevenção, tratamento e gestão integrados do abuso sexual de crianças; prestasse apoio técnico aos Estados-Membros na notificação de casos abrangidos pelos tratados e convenções ratificados pelas Nações Unidas, sobre exploração e abuso

⁸⁷ Benim, Botswana, Burkina Faso, Gana, Nigéria, Uganda e Zimbabwe.

sexual de crianças; apoiasse os esforços dos Estados-Membros na adaptação da agenda de actividades a implementar, aos níveis nacional e sub-nacional, sobre o abuso sexual de crianças; mobilizasse recursos e dinamizasse parcerias com as agências relevantes das Nações Unidas, especialmente a UNICEF, UNESCO e a UNIFEM, para a implementação dessa agenda de acção, incluindo a criação de centros especiais de cuidados infantis e vigilância comunitária.

328. No intuito de fortalecer a advocacia para a prevenção do abuso sexual de crianças, realizou-se em Bamako, no Mali, em Maio de 2005, uma reunião consultiva de alto nível de entidades da África Ocidental e Central, sobre a violência contra as crianças, que reuniu participantes de 24 países africanos. A consulta forneceu uma panorâmica da dimensão, causas e consequências da violência contra as crianças. Dela saíram recomendações claras e específicas que ajudaram a delinear o Estudo Mundial sobre a Violência contra as Crianças. As declarações dos meios de comunicação social da África Central e Ocidental serviram de base à Rede de Advertência Precoce, para combater e monitorizar a violência contra as crianças.

329. Realizou-se uma acção de formação de capacidades sobre a Convenção dos Direitos da Criança, dirigida a 20 profissionais da OMS, do nível regional, sub-regional e das Representações, que trabalham na área de actividade “Saúde das Crianças e dos Adolescentes”. As orientações incluíram questões relacionadas com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, as necessidades básicas das crianças, as normas, a violência e o abuso sexual de crianças. Foram focadas, especificamente, as situações dos meninos de rua, crianças-soldados, prostituição e tráfico de crianças, todas elas consideradas como graves violações da Convenção. Os Camarões, a Gâmbia e o Lesoto participaram nessa acção de formação, tendo integrado a abordagem baseada nos direitos no planeamento e implementação do programa nacional. Pelo menos 25 nacionais no Lesoto receberam formação sobre a aplicação dos princípios da convenção e a análise de projectos de política sanitária na área saúde reprodutiva e sexual dos adolescentes.

330. O pacote de formação da OMS, “Trabalhar com os meninos de rua”, foi usado por ONG em nove países.⁸⁸ Esta formação reuniu participantes que trabalham no âmbito dos problemas dos meninos de rua. A agenda regional contra o abuso sexual de crianças provocou uma resposta a esta urgência silenciosa, inspirando advocacia para melhorar a visibilidade do problema, fornecer uma agenda coesa de acção e facilitar a mobilização de recursos que permitam que os países implementem intervenções adequadas.

331. A OMS está empenhada em auxiliar os países a colocar o abuso sexual das crianças no topo das agendas governamentais. As famílias devem ser estimuladas a desempenhar o seu papel primordial de prevenção e notificação. Em última instância, os governos são responsáveis pela prevenção deste crime e pela punição dos criminosos, de modo a proteger as crianças africanas.

CONSECUÇÃO DAS METAS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO RELATIVAS À SAÚDE: ANÁLISE DA SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS NA REGIÃO AFRICANA

332. Através da sua Resolução AFR/RC55/R2, o Comité Regional solicitou ao Director Regional que: se empenhasse num diálogo técnico e político com instituições financeiras internacionais, relativamente ao impacto das suas políticas sobre pobreza e saúde; apoiasse a formação, recrutamento e retenção dos

⁸⁸ Angola, Etiópia, Gana, Quênia, Lesoto, Serra Leoa, Uganda, Zâmbia e Zimbábue.

profissionais de saúde nos países; prestasse apoio técnico aos países no reforço de intervenções para atingir as MDM 4, 5 e 6; e ajudasse os países na monitorização e avaliação da consecução das MDM.

333. Dado que a resolução foi aprovada muito recentemente (Agosto de 2005), a sua implementação não foi ainda completada. No entanto, no planeamento das actividades para o biénio 2006-2007, a OMS está a considerar um processo mais estruturado de comprometer vários parceiros envolvidos na consecução das MDM da saúde, incluindo as instituições financeiras internacionais. O processo foi já iniciado com agências das Nações Unidas e agências intergovernamentais regionais, tendo já sido preparados diversos protocolos. Foram realizadas visitas a várias agências e países, a fim de se debater a agenda da saúde e do desenvolvimento e de mobilizar recursos para a Região Africana.

334. Alguns países foram auxiliados na finalização e aprovação dos seus recursos humanos para o plano estratégico da saúde (Cabo Verde e Mauritânia) e plano de emergência (Camarões). Sete países⁸⁹ foram ajudados a iniciar o processo. O Malawi, Gana, Ruanda, África do Sul e Tanzânia foram auxiliados na sua revisão da formação inicial de enfermeiros e parteiras, assim como das suas instituições e programas educativos, através de avaliações internas e externas. O Chade, a Guiné e o Malawi foram apoiados na revisão da formação inicial e dos programas das faculdades de medicina. Nos 46 países da Região, foram recolhidos dados sobre recursos humanos para a saúde, destinados à criação de uma base de dados regional e a contribuir para o *Relatório da saúde no mundo 2006: Trabalhar em conjunto para a saúde*. As parcerias foram enriquecidas com a iniciativa NEPAD, alguns organismos africanos da sociedade civil e parceiros internacionais, para resolver a crise dos recursos humanos.

335. Todos os países adoptaram as MDM e estão a integrá-las nas estratégias de redução da pobreza, em abordagens transectoriais, quadros de previsão de despesas a médio prazo e orçamentos anuais. A atitude dos doadores em apoio dos orçamentos, e do perdão e harmonização das dívidas representam oportunidades para atingir as MDM. A iniciativa NEPAD fornece uma nova oportunidade. A OMS está a reforçar o apoio aos países, através da redefinição de perfis, da descentralização, da atenção ao acesso universal e à cobertura, bem como respondendo aos determinantes sociais das desigualdades na saúde. Contudo, o empenho da comunidade internacional em atingir as MDM em África é ainda limitado, sendo necessário despertar a consciência e aumentar a advocacia a nível nacional.

336. Está a ser criada uma *task force* para coordenar os esforços do Escritório Regional para apoiar os países na implementação da resolução. Está a ser elaborada uma nota consultiva para lembrar, aos ministros e aos representantes da OMS nos países, as principais características da estratégia para a Região Africana; essa nota refere as questões e recomendações constantes do relatório do Projecto do Milénio das Nações Unidas. Foi iniciado um processo no contexto do projecto “*Bending the Arc*” da NEPAD, para galvanizar o envolvimento da OMS e do sector privado na consecução das MDM em África.

337. No contexto da NEPAD, a OMS prestará apoio técnico para completar várias iniciativas financiadas por doadores, promovendo ainda abordagens nacionais transectoriais ao desenvolvimento sanitário e às parcerias. Será também fornecido apoio técnico para desenvolver componentes sanitárias, mais realistas mas ambiciosas, nos documentos da estratégia de redução da pobreza e nos quadros de previsão de despesas a médio prazo, realizando advocacia e atribuindo mais recursos às intervenções prioritárias de saúde já comprovadas.

⁸⁹ Benim, Botswana, República Centrafricana, Guiné, Libéria, Serra Leoa e Suazilândia.

338. Os países da Região Africana terão ainda que acelerar significativamente os progressos para a consecução das MDM. Certos indicadores de saúde na Região Africana continuam relativamente pobres ou estão mesmo a piorar, em comparação com outras Regiões. Os países deverão ser apoiados para criarem bons mecanismos de monitorização e de avaliação, de modo a poderem avaliar os progressos realizados e indicar as necessidades de reorientação das suas políticas, com vista à consecução das MDM. Através do seu programa sobre o sistema de informação sanitária e da Rede de Metrologia da Saúde, a OMS está a apoiar os países a melhorarem, em conformidade, os seus sistemas de monitorização e de avaliação.

CONTROLO DA TRIPANOSSOMÍASE HUMANA AFRICANA: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA

339. Através da sua Resolução AFR/RC55/R3, o Comité Regional solicitou ao Director Regional que prestasse apoio técnico aos Estados-Membros para a elaboração das políticas nacionais e planos estratégicos de combate à tripanossomíase humana em África (THA); e ainda procurasse angariar recursos adicionais, aos níveis nacional e internacional, para a implementação das actividades de controlo da THA e da mosca *tsé-tsé*, nos Estados-Membros endémicos.

340. A Equipa de Apoio Interpaíses para a sub-região da África Oriental e Austral recebeu apoio para elaborar orientações-padrão de controlo da doença do sono relacionada com o *Trypanosoma brucei rhodesiense*. Essas orientações serão apresentadas em 2006 à revisão dos gestores e peritos do programa nacional de controlo da THA dos países implicados. Angola recebeu apoio técnico para elaborar uma proposta de projecto de financiamento pela Cooperação Técnica Belga e o Quénia foi apoiado para redigir uma proposta de plano estratégico para eliminação da THA, até 2015.

341. A tripanossomíase humana em África continua a constituir um grave problema de saúde pública na Região. Alguns parceiros estão ainda dispostos a apoiar actividades como a Campanha de Erradicação da *Tsé-tse* Pan-Africana e da Tripanossomíase, financiada pelo BAD, uma iniciativa para erradicar a mosca *tsé-tsé*, nos países em que a tripanossomíase animal e humana é endémica, assim como a actual parceria OMS-Sanofi/Aventis, que fornece medicamentos gratuitos e fundos catalizadores para o controlo da THA.

342. Os factores que dificultam a implementação da resolução incluem a insegurança e a instabilidade sócio-política, que prejudicam as actividades de controlo, especialmente nos países altamente endémicos. As falhas na notificação da incidência da THA pelos programas nacionais de controlo acabam por subestimar o fardo desta doença, dificultando o planeamento e a atribuição de recursos.

343. Os países endémicos deverão dar mais atenção à detecção precoce de casos, em todos os focos activos. Deverão apresentar relatórios trimestrais ao Escritório Regional sobre as suas actividades de controlo da THA, de modo a facilitar a monitorização e a avaliação do controlo na Região, assim como orientar a OMS e outros parceiros na prestação do apoio técnico e financeiro.

Execução do orçamento por área de actividade, Região Africana da OMS, 2004-2005

Quadro 1: Execução do Orçamento, todas as fontes e níveis

Série	Área de actividade*	Orçamento aprovado pelas resoluções WHA 56.32 e EB 113/42 Add.1	Ajustamento/Reprogramação	Fundos disponíveis	Despesas de execução	% que excede o orçamento aprovado (6/3)	% que excede os fundos disponíveis (6/5)
1	2	3	4	5	6	7	8
01.1.01	CSR	25,601,000	(2,432,000)	23,169,000	21,073,000	82	91
01.2.01	CPC	46,316,000	1,358,000	47,674,000	41,391,000	89	87
01.3.01	CRD	6,585,000	(5,983,000)	602,000	529,000	8	88
01.4.01	MAL	43,140,000	5,609,000	48,749,000	38,083,000	88	78
01.5.01	TUB	21,511,000	(5,130,000)	16,381,000	10,524,000	49	64
02.1.01	NCD	5,905,000	(784,000)	5,121,000	4,840,000	82	95
02.2.01	TOB	2,449,000	(165,000)	2,284,000	1,782,000	73	78
02.3.01	HPR	6,512,000	(903,000)	5,609,000	5,453,000	84	97
02.4.01	INJ	974,000	1,154,000	2,128,000	1,847,000	19	87
02.5.01	MNH	4,251,000	(2,536,000)	1,715,000	1,465,000	34	85
03.1.01	CAH	16,240,000	1,833,000	18,073,000	14,918,000	92	83
03.2.01	RHR	5,099,000	1,074,000	6,173,000	5,196,000	102	84
03.3.01	MPS	12,626,000	(7,213,000)	5,413,000	4,861,000	38	90
03.4.01	WMH	2,397,000	(1,139,000)	1,258,000	1,166,000	49	93
03.5.01	HIV	120,939,000	(49,916,000)	71,023,000	36,460,000	30	51
04.1.01	HSD	6,116,000	(1,694,000)	4,422,000	4,087,000	67	92
04.2.01	NUT	2,791,000	(1,563,000)	1,228,000	1,060,000	38	86
04.3.01	PHE	7,578,000	(1,758,000)	5,820,000	5,683,000	75	98
04.4.01	FOS	3,189,000	(2,275,000)	914,000	904,000	28	99
04.5.01	EHA	40,296,000	(13,824,000)	26,472,000	22,072,000	55	83
05.1.01	EDM	11,767,000	(3,125,000)	8,642,000	7,877,000	67	91
05.2.01	IVD	182,956,000	213,202,000	396,158,000	359,238,000	196	91
05.3.01	BCT	4,103,000	(317,000)	3,786,000	3,100,000	76	82
06.1.01	GPE	12,187,000	(8,044,000)	4,143,000	3,121,000	26	75
06.2.01	IMD	3,944,000	1,300,000	5,244,000	5,012,000	127	96

Quadro 1 (continuação)

Série	Área de actividade*	Orçamento aprovado pelas resoluções WHA 56.32 e EB 113/42 Add.1	Ajustamento/Reprogramação	Fundos disponíveis	Despesas de execução	% que excede o orçamento aprovado (6/3)	% que excede os fundos disponíveis (6/5)
1	2	3	4	5	6	7	8
06.3.01	RPC	4,415,000	(3,536,000)	879,000	826,000	19	94
06.4.01	OSD	39,035,000	357,000	39,392,000	33,749,000	86	86
07.1.01	GBS	1,363,000	630,000	1,993,000	1,993,000	146	100
07.2.01	REC	2,391,000	3,197,000	5,588,000	4,028,000	168	72
08.1.01	BMR	1,301,000	614,000	1,915,000	1,646,000	127	86
08.2.01	HRS	5,423,000	2,084,000	7,507,000	6,304,000	116	84
08.3.01	FNS	8,572,000	920,000	9,492,000	9,342,000	109	98
08.4.01	IIS	17,778,000	11,363,000	29,141,000	25,973,000	146	89
09.1.01	DGO	1,701,000	373,000	2,074,000	1,674,000	98	81
10.1.01	SCC	67,284,000	7,987,000	75,271,000	73,031,000	109	97
11.1.01	ERH	0	0	0	0		
12.1.01	ITF	0	0	0	0		
13.1.01	REF	0	1,425,000	1,425,000	972,000		
14.1.01	SEF	0	0	0	0		
Total		744,735,000	142,143,000	886,878,000	761,280,000	102	86

* Ver página XX sobre as áreas de actividade.

Quadro 2: Execução do Orçamento Ordinário e fundos de outras fontes

Série	Área de actividade*	Orçamento Ordinário					Outras Fontes				
		Orçamento aprovado pelas resoluções WHA 56.32 e EB 113/42 Add.1	Fundos disponíveis	Despesas de execução	% que excede o orçamento aprovado (5/3)	% que excede os fundos disponíveis (5/4)	Orçamento aprovado pelas resoluções WHA 56.32 e EB 113/42 Add.1	Fundos disponíveis	Despesas de execução	% que excede o orçamento aprovado (10/8)	% que excede os fundos disponíveis (10/9)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
01.1.01	CSR	7,601,000	9,629,000	9,629,000	127	100	18,000,000	13,540,000	11,444,000	64	85
01.2.01	CPC	4,316,000	4,193,000	4,193,000	97	100	42,000,000	43,481,000	37,198,000	89	86
01.3.01	CRD	585,000	360,000	360,000	62	100	6,000,000	242,000	169,000	3	70
01.4.01	MAL	3,140,000	2,781,000	2,781,000	89	100	40,000,000	45,968,000	35,302,000	88	77
01.5.01	TUB	2,511,000	1,673,000	1,672,000	67	100	19,000,000	14,708,000	8,852,000	47	60
02.1.01	NCD	4,905,000	3,619,000	3,617,000	74	100	1,000,000	1,502,000	1,223,000	122	81
02.2.01	TOB	949,000	983,000	983,000	104	100	1,500,000	1,301,000	799,000	53	61
02.3.01	HPR	5,512,000	5,199,000	5,199,000	94	100	1,000,000	410,000	254,000	25	62
02.4.01	INJ	474,000	792,000	792,000	167	100	500,000	1,336,000	1,055,000	211	79
02.5.01	MNH	2,751,000	1,349,000	1,349,000	49	100	1,500,000	366,000	116,000	8	32
03.1.01	CAH	4,240,000	2,364,000	2,364,000	56	100	12,000,000	15,709,000	12,554,000	105	80
03.2.01	RHR	3,099,000	3,106,000	3,106,000	100	100	2,000,000	3,067,000	2,090,000	105	68
03.3.01	MPS	5,126,000	4,098,000	4,098,000	80	100	7,500,000	1,315,000	763,000	10	58
03.4.01	WMH	1,397,000	960,000	960,000	69	100	1,000,000	298,000	206,000	21	69
03.5.01	HIV	5,939,000	4,808,000	4,808,000	81	100	115,000,000	66,215,000	31,652,000	28	48
04.1.01	HSD	3,616,000	2,444,000	2,444,000	68	100	2,500,000	1,978,000	1,643,000	66	83
04.2.01	NUT	2,791,000	1,027,000	1,027,000	37	100	0	201,000	33,000		16
04.3.01	PHE	6,578,000	4,536,000	4,536,000	69	100	1,000,000	1,284,000	1,147,000	115	89
04.4.01	FOS	1,689,000	810,000	810,000	48	100	1,500,000	104,000	94,000	6	90

Quadro 2 (continuação)

		Orçamento Ordinário					Outras Fontes				
Série	Área de actividade*	Orçamento aprovado pelas resoluções WHA 56.32 e EB 113/42 Add.1	Fundos disponíveis	Despesas de execução	% que excede o orçamento aprovado (5/3)	% que excede os fundos disponíveis (5/4)	Orçamento aprovado pelas resoluções WHA 56.32 e EB 113/42 Add.1	Fundos disponíveis	Despesas de execução	% que excede o orçamento aprovado (10/8)	% que excede os fundos disponíveis (10/9)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
04.5.01	EHA	3,296,000	2,962,000	2,962,000	90	100	37,000,000	23,510,000	19,110,000	52	81
05.1.01	EDM	3,767,000	2,404,000	2,404,000	64	100	8,000,000	6,238,000	5,473,000	68	88
05.2.01	IVD	1,956,000	1,074,000	1,074,000	55	100	181,000,000	395,084,000	358,164,000	198	91
05.3.01	BCT	3,103,000	2,298,000	2,298,000	74	100	1,000,000	1,488,000	802,000	80	54
06.1.01	GPE	2,187,000	1,954,000	1,954,000	89	100	10,000,000	2,189,000	1,167,000	12	53
06.2.01	IMD	3,944,000	4,602,000	4,602,000	117	100	0	642,000	410,000		64
06.3.01	RPC	915,000	698,000	698,000	76	100	3,500,000	181,000	128,000	4	71
06.4.01	OSD	28,035,000	25,093,000	25,093,000	90	100	11,000,000	14,299,000	8,656,000	79	61
07.1.01	GBS	1,363,000	1,993,000	1,993,000	146	100	0	0	0		
07.2.01	REC	2,391,000	2,092,000	2,092,000	87	100	0	3,496,000	1,936,000		55
08.1.01	BMR	801,000	625,000	625,000	78	100	500,000	1,290,000	1,021,000	204	79
08.2.01	HRS	2,423,000	2,277,000	2,277,000	94	100	3,000,000	5,230,000	4,027,000	134	77
08.3.01	FNS	3,572,000	3,451,000	3,451,000	97	100	5,000,000	6,041,000	5,891,000	118	98
08.4.01	IIS	12,778,000	14,905,000	14,903,000	117	100	5,000,000	14,236,000	11,070,000	221	78

Quadro 2 (continuação)

		Orçamento Ordinário					Outras Fontes				
Série	Área de actividade*	Orçamento aprovado pelas resoluções WHA 56.32 e EB 113/42 Add.1	Fundos disponíveis	Despesas de execução	% que excede o orçamento aprovado (5/3)	% que excede os fundos disponíveis (5/4)	Orçamento aprovado pelas resoluções WHA 56.32 e EB 113/42 Add.1	Fundos disponíveis	Despesas de execução	% que excede o orçamento aprovado (10/8)	% que excede os fundos disponíveis (10/9)
09.1.01	DGO	1,701,000	1,674,000	1,674,000	98	100	0	400,000	0		0
10.1.01	SCC	52,284,000	67,699,000	67,698,000	129	100	15,000,000	7,572,000	5,333,000	36	70
11.1.01	ERH	0	0	0			0	0	0		
12.1.01	ITF	0	0	0			0	0	0		
13.1.01	REF	0	0	0			0	1,425,000	972,000		68
14.1.01	SEF	0	0	0			0	0	0		
Total		191,735,000	190,532,000	190,526,000	99	100	553,000,000	696,346,000	570,754,000	103	82

* Ver página XX sobre as áreas de actividade.

Quadro 3: Execução do Orçamento, nível dos países e Escritório Regional

Série	Área de actividade*	Países					Escritório Regional				
		Orçamento aprovado pelas resoluções WHA 56.32 e EB 113/42 Add.1	Fundos disponíveis	Despesas de execução	% que excede o orçamento aprovado (5/3)	% que excede os fundos disponíveis (5/4)	Orçamento aprovado pelas resoluções WHA 56.32 e EB 113/42 Add.1	Fundos disponíveis	Despesas de execução	% que excede o orçamento aprovado (10/8)	% que excede os fundos disponíveis (10/9)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
01.1.01	CSR	9,464,000	11,656,000	10,208,000	108	88	16,137,000	11,513,000	10,865,000	67	94
01.2.01	CPC	20,824,000	7,670,000	6,214,000	30	81	25,492,000	40,004,000	35,177,000	138	88
01.3.01	CRD	208,000	92,000	92,000	44	100	6,377,000	510,000	437,000	7	86
01.4.01	MAL	19,218,000	19,705,000	14,125,000	73	72	23,922,000	29,044,000	23,958,000	100	82
01.5.01	TUB	8,758,000	10,627,000	6,349,000	72	60	12,753,000	5,754,000	4,175,000	33	73
02.1.01	NCD	2,467,000	1,528,000	1,420,000	58	93	3,438,000	3,593,000	3,420,000	99	95
02.2.01	TOB	553,000	334,000	258,000	47	77	1,896,000	1,950,000	1,524,000	80	78
02.3.01	HPR	4,825,000	4,675,000	4,653,000	96	100	1,687,000	934,000	800,000	47	86
02.4.01	INJ	671,000	1,131,000	990,000	148	88	303,000	997,000	857,000	283	86
02.5.01	MNH	2,640,000	649,000	637,000	24	98	1,611,000	1,066,000	828,000	51	78
03.1.01	CAH	4,348,000	4,660,000	3,373,000	78	72	11,892,000	13,413,000	11,545,000	97	86
03.2.01	RHR	2,646,000	3,036,000	2,210,000	84	73	2,453,000	3,137,000	2,986,000	122	95
03.3.01	MPS	3,269,000	2,892,000	2,864,000	88	99	9,357,000	2,521,000	1,997,000	21	79
03.4.01	WMH	952,000	473,000	423,000	44	89	1,445,000	785,000	743,000	51	95
03.5.01	HIV	86,895,000	46,161,000	24,062,000	28	52	34,044,000	24,862,000	12,398,000	36	50
04.1.01	HSD	3,822,000	2,125,000	1,916,000	50	90	2,294,000	2,297,000	2,171,000	95	95
04.2.01	NUT	1,866,000	462,000	454,000	24	98	925,000	766,000	606,000		79
04.3.01	PHE	4,461,000	3,668,000	3,616,000	81	99	3,117,000	2,152,000	2,067,000	66	96

Quadro 3 (continuação)

Série	Área de actividade*	Países					Escritório Regional				
		Orçamento aprovado pelas resoluções WHA 56.32 e EB 113/42 Add.1	Fundos disponíveis	Despesas de execução	% que excede o orçamento aprovado (5/3)	% que excede os fundos disponíveis (5/4)	Orçamento aprovado pelas resoluções WHA 56.32 e EB 113/42 Add.1	Fundos disponíveis	Despesas de execução	% que excede o orçamento aprovado (10/8)	% que excede os fundos disponíveis (10/9)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
04.4.01	FOS	1,292,000	285,000	285,000	22	100	1,897,000	629,000	619,000	33	98
04.5.01	EHA	35,011,000	20,626,000	17,461,000	50	85	5,285,000	5,846,000	4,611,000	87	79
05.1.01	EDM	8,330,000	4,206,000	3,654,000	44	87	3,437,000	4,436,000	4,223,000	123	95
05.2.01	IVD	84,804,000	178,981,000	166,507,000	196	93	98,152,000	217,177,000	192,731,000	196	89
05.3.01	BCT	1,563,000	1,011,000	994,000	64	98	2,540,000	2,775,000	2,106,000	83	76
06.1.01	GPE	2,145,000	1,137,000	732,000	34	64	10,042,000	3,006,000	2,389,000	24	79
06.2.01	IMD	295,000	417,000	417,000	141	100	3,649,000	4,827,000	4,595,000		95
06.3.01	RPC	3,704,000	58,000	58,000	2	100	711,000	821,000	768,000	108	94
06.4.01	OSD	26,616,000	28,659,000	24,877,000	93	87	12,419,000	10,733,000	8,872,000	71	83
07.1.01	GBS	0	0	0			1,363,000	1,993,000	1,993,000	146	100
07.2.01	REC	395,000	36,000	36,000	9	100	1,996,000	5,552,000	3,992,000	200	72
08.1.01	BMR	200,000	0	0	0		1,101,000	1,915,000	1,646,000	150	86
08.2.01	HRS	0	0	0			5,423,000	7,507,000	6,304,000	116	84
08.3.01	FNS	0	0	0			8,572,000	9,492,000	9,342,000	109	98
08.4.01	IIS	0	0	0			17,778,000	29,141,000	25,973,000	146	89
09.1.01	DGO	0	0	0			1,701,000	2,074,000	1,674,000		81

Quadro 3 (continuação)

		Países					Escritório Regional				
Série	Área de actividade*	Orçamento aprovado pelas resoluções WHA 56.32 e EB 113/42 Add.1	Fundos disponíveis	Despesas de execução	% que excede o orçamento aprovado (5/3)	% que excede os fundos disponíveis (5/4)	Orçamento aprovado pelas resoluções WHA 56.32 e EB 113/42 Add.1	Fundos disponíveis	Despesas de execução	% que excede o orçamento aprovado (10/8)	% que excede os fundos disponíveis (10/9)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
10.1.01	SCC	64,698,000	71,131,000	69,379,000	107	98	2,586,000	4,140,000	3,652,000	141	88
11.1.01	ERH	0	0	0			0	0	0		
12.1.01	ITF	0	0	0			0	0	0		
13.1.01	REF	0	0	0			0	1,425,000	972,000		68
14.1.01	SEF	0	0	0			0	0	0		
Total		406,940,000	428,091,000	368,264,000	90	86	337,795,000	458,787,000	393,016,000	116	86

* Ver página XX sobre as áreas de actividade.

Áreas de Actividade

BCT	Segurança do Sangue e Tecnologias Clínicas
BMR	Planeamento, Monitorização e Avaliação do Orçamento-Programa
CAH	Saúde das Crianças e dos Adolescentes
CPC	Prevenção, Erradicação e Controlo das Doenças Transmissíveis
CRD	Investigação e Desenvolvimento de Produtos para as Doenças Transmissíveis
CSR	Vigilância das Doenças Transmissíveis
DGO	Gabinetes do Director-Geral, dos Directores Regionais e Funções Autónomas
EDM	Medicamentos Essenciais: Acesso, Qualidade e Uso Racional
EHA	Preparação e Resposta a Situações de Emergência
ERH	Cobertura das Taxas de Câmbio
FNS	Gestão Orçamental e Financeira
FOS	Segurança dos Alimentos
GBS	Órgãos Directivos
GPE	Bases Factuais para uma Política de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HPR	Promoção da Saúde
HRS	Desenvolvimento de Recursos Humanos
HSD	Desenvolvimento Sustentável
IIS	Infra-Estruturas e Serviços de Informática
IMD	Gestão e Disseminação da Informação Sanitária
INJ	Traumatismos e Incapacidades
ITF	Fundo para a Tecnologia da Informação
IVD	Vacinação e Desenvolvimento de Vacinas
MAL	Paludismo
MNH	Saúde Mental e Abuso de Substâncias Psicoactivas
MPS	Tornar a Gravidez mais Segura
NCD	Vigilância, Prevenção e Controlo das Doenças Não-Transmissíveis
NUT	Nutrição
OSD	Organização dos Serviços de Saúde
PHE	Protecção do Ambiente Humano
REC	Mobilização de Recursos, Cooperação Externa e Parcerias
REF	Fundo Imobiliário
RHR	Investigação e Elaboração de Programas em Saúde Reprodutiva
RPC	Política e Promoção da Investigação
SCC	Presença da OMS nos Países
SEF	Fundo para a Segurança
TOB	Tabaco
TUB	Tuberculose
WMH	Saúde das Mulheres