

Actividades da OMS na Região Africana

2006

Relatório anual do Director Regional



**Organização
Mundial de Saúde**

ESCRITÓRIO REGIONAL **Africano**

AFR/RC57/2
ORIGINAL: INGLÊS

Actividades da OMS na Região Africana

2006

Relatório anual do Director Regional

À Quinquagésima-sétima sessão do
Comité Regional Africano
Brazzaville, República do Congo
27–31 de Agosto de 2007

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
Escritório Regional Africano
Brazzaville • 2007

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 9 034 007 X (Classificação NLM : WA 541)

© Escritório Regional Africano da OMS, 2007

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 ano de 2006.

*Dr. Luis Gomes Sambo
Director Regional*

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Siglas	vii
Resumo	viii
	<i>Parágrafos</i>
1. INTRODUÇÃO	1-5
2. EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA 2006-2007	6-171
2.1 REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS	6-160
GESTÃO GLOBAL DAS ACTIVIDADES DO SECRETARIADO	6-39
Gabinetes do Director-Geral, dos Directores Regionais e Funções Autónomas (DGO).....	8-12
Presença da OMS nos países (SCC)	13-17
Relações externas (REC)	18-25
Órgãos directivos (GBS).....	26-28
Planeamento, coordenação dos recursos e supervisão (BMR).....	29-31
Política de informação, bases factuais e investigação em saúde (IER).....	32-34
Gestão dos conhecimentos e tecnologias de informação (KMI).....	35-39
DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE	40-54
Políticas dos sistemas de saúde e prestação de serviços (HSP)	41-43
Financiamento da saúde e protecção social (HFS)	44-45
Medicamentos essenciais (EDM)	46-48
Segurança do sangue e tecnologias clínicas (BCT)	49-51
Recursos humanos para a saúde (HRH).....	52-54
PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	55-94
Vírus da imunodeficiência humana e síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH).....	56-63
Tuberculose (TUB)	64-66
Paludismo (MAL)	67-69
Prevenção e controlo das doenças transmissíveis (CPC).....	70-81
Investigação para as doenças transmissíveis (CRD).....	82-84
Alerta e resposta às epidemias (CSR).....	85-89
Vacinação e desenvolvimento de vacinas (IVD)	90-94
PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS	95-114
Gestão e vigilância das doenças não-transmissíveis (NCD)	96-100
Saúde mental e abuso de substâncias psicoactivas (MNH)	101-104

Tabaco (TOB).....	105–106
Promoção da saúde (HPR).....	107–110
Violência, traumatismos e incapacidades (INJ).....	111–114
SAÚDE FAMILIAR E REPRODUTIVA	115-135
Saúde das crianças e dos adolescentes (CAH).....	116–121
Saúde reprodutiva (RHR)	122–125
Tornar a gravidez mais segura (MPS)	126–128
Género, mulheres e saúde (WMH)	129–131
Nutrição (NUT).....	132–135
AMBIENTES SAUDÁVEIS E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL	136-151
Elaboração de políticas para o desenvolvimento da saúde (HSD).....	137–140
Saúde e ambiente (PHE)	141–143
Preparação e resposta a situações de emergência (EHA).....	144–146
Segurança alimentar (FOS).....	147–151
ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS	152-160
Infra-estruturas e logística (IIS)	153–155
Gestão dos recursos humanos da OMS (HRS)	156
Gestão orçamental e financeira (FNS).....	157–160
2.2 FACTORES CONDICIONANTES NA EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA	161-171
Factores facilitadores	161–168
Factores de constrangimento.....	169–171
3. PROGRESSOS REALIZADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DO COMITÉ REGIONAL	172-200
Melhorar o acesso aos cuidados e tratamento para o VIH/SIDA na Região Africana: A Iniciativa <i>3 by 5</i> e para além desta	172–178
Aceleração dos esforços de prevenção do VIH na Região Africana	179–181
Controlo da tripanossomiase humana africana: Estratégia para a Região Africana	182–186
Roteiro para acelerar a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde materna e neonatal em África	187–191
Prevenção e controlo dos traumatismos na Região Africana: Situação actual e Agenda para a Acção	192–195
Doenças cardiovasculares na Região Africana: Situação actual e perspectivas	196–200
4. PERSPECTIVAS PARA 2007	201-224
Gestão global das actividades do Secretariado	201–204
Sistemas de saúde e desenvolvimento de serviços	205–206

Prevenção e controlo das doenças transmissíveis	207–212
Prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis	213–215
Saúde familiar e reprodutiva	216
Ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável	217–219
Administração e finanças	220–224

ANEXOS

	<i>Páginas</i>
1. Execução do orçamento, 2006, Orçamento ordinário	52
2. Execução do orçamento, 2006, Fundos de apoio administrativo	53
3. Execução do orçamento, 2006, Contribuições voluntárias	55

SIGLAS

ACT	Terapia de combinação à base de artemisinina
ADB	Banco Africano de Desenvolvimento (BAD)
AFRO	Escritório Regional Africano
AGFUND	Programa do Golfo Pérsico para as Organização de Desenvolvimento da ONU
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA)
APOC	Programa Africano de Combate à Oncocercose (PACO)
ART	Terapia Anti-Retroviral
AU	União Africana (UA)
CDC	Centros de Prevenção e Controlo das Doenças (Atlanta, EUA)
CDD	distribuidor direccionados para as comunidades
CDTI	tratamento com ivermectina direccionado para as comunidades
CIDA	Agência Canadiana de Desenvolvimento Internacional
CSDH	Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde
DALY	anos de vida ajustados à incapacidade
DFID	Agência Britânica para o Desenvolvimento Internacional
DOTS	Terapia por Observação Directa de Curta-Duração
DPT	Difteria, Tosse Convulsa e Tétano
FAO	Organização para a Alimentação e a Agricultura
FGM	Mutilação Genital Feminina
GAVI	Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação
GFATM	Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo
GSM	Sistema Global de Gestão
GTZ	<i>Gesellschaft für Technishe Zusammenarbeit</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)
HMN	Rede de Metrologia da Saúde
IBAR (AU)	Gabinete Internacional dos Recursos Animais
IDSR	Vigilância e Resposta Integrada às Doenças
ILO	Organização Mundial do Trabalho (OIT)
IMCI	Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI)
IPT	tratamento preventivo intermitente
IRS	pulverização residual de interiores
IST	Equipa de Apoio Interpaís
ITN	Mosquiteiro Tratado com Insecticida
MDG	Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDM)
NEPAD	Nova Parceria para o Desenvolvimento de África
NGO	organização não-governamental
NICD	Instituto Nacional para as Doenças não-transmissíveis (África do Sul)
OCHA	Gabinete para a Coordenação dos Assuntos Humanitários (ONU)
OFID	Fundo da OPEP para o Desenvolvimento Internacional
OPEC	Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP)
PMTCT	Prevenção da Transmissão Vertical (do VIH)
SADC	Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral
TB	Tuberculose
TDR	Programa Especial para a Investigação e Formação em Doenças Tropicais
UNDP	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para as Populações (FNUAP)
USAID	Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional
WHO	Organização Mundial de Saúde (OMS)

RESUMO

1. *Actividades da OMS na Região Africana 2006* é um relatório sobre os progressos da execução do Orçamento-Programa 2006-2007 na Região Africana para o primeiro ano do biénio. Como orientação geral para 2006-2007, a Directora-Geral assumiu o compromisso da política de descentralização, de modo a reforçar as capacidades da OMS nos países. Esta política exigia a delegação de poderes e a transferência dos recursos humanos e financeiros adequados para o nível dos países, para as áreas onde fossem mais necessários.

2. Em consonância com esta política, o Director Regional, num documento intitulado *Orientações Estratégicas para as Actividades da OMS na Região Africana, 2005–2009*, definiu cinco áreas prioritárias, nomeadamente: i) o reforço das representações da OMS nos países, ii) a melhoria e o alargamento das parcerias para a saúde, iii) o apoio ao planeamento e gestão dos sistemas distritais de saúde, iv) a promoção do aumento das intervenções essenciais de saúde relativas aos problemas de saúde prioritários, e v) a melhoria da consciencialização e resposta aos principais determinantes da saúde.

3. As áreas de actividade constituíam os elementos essenciais da estrutura organizativa do Orçamento-Programa 2006-2007. Por conseguinte, este relatório apresenta os progressos realizados durante o ano de 2006 nas diversas áreas de actividade e destaca também as principais realizações alcançadas no que concerne às prioridades para a Região.

4. A descentralização das funções da OMS para junto dos países e a criação de Equipas de Apoio Interpaíses estão praticamente concluídas. Houve um aumento do apoio técnico prestado a todos os 46 países, com base na implementação das *Orientações estratégicas para as actividades da OMS na Região Africana*, o que resultou num aumento de cerca de 13% em termos de apoio técnico prestado aos países no decurso de ano transacto. O Escritório Regional encontrava-se totalmente instalado em Brazzaville. Foi dada particular atenção à prudência financeira durante o ano.

5. Por forma a fazer face aos principais problemas de saúde das populações da Região Africana, o principal objectivo para 2006 foi a intensificação das intervenções e dos programas no sentido da consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDM). Para tal, procurou-se obter maiores parcerias e uma maior compreensão sobre os factores cruciais que afectam a saúde pública e os padrões de morbilidade. Realizaram-se várias reuniões de parceiros; em resultado, diversas agências, chefes de estado e financiadores assinaram acordos de compromisso para com actividades, consecução de metas e intervenções no campo da saúde. Além disso, foi criada a Parceria para Facilitar o Desenvolvimento Sanitário, em colaboração com diversos parceiros de desenvolvimento, destinada a acelerar a consecução das MDM. Pouco se avançou em termos de redução da morbilidade e mortalidade materno-infantil, as taxas da má nutrição continuaram elevadas e verificou-se um aumento do nanismo em vários países. Todavia, os serviços de vacinação registaram progressos significativos: a cobertura da DPT3 (difteria-tétano-tosse convulsa) ultrapassou os 50% em 44 dos 46 países da Região.

6. O VIH e a SIDA continuaram a ser os principais desafios para a saúde pública na Região Africana. Calcula-se que 2,8 milhões de adultos e crianças tenham contraído o vírus em 2006, um número superior ao total combinado de todas as outras regiões do mundo. O VIH e a SIDA

continuam a ser as principais causas de morte nos adultos com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos. O fornecimento de terapia anti-retroviral foi substancialmente alargado. Cerca de 23% das pessoas a precisarem de ART receberam fármacos, em comparação com apenas 17% no final de 2005.

7. A Região Africana continuou a registar as taxas de tuberculose *per capita* mais elevadas. As taxas de abandono do tratamento e de transferência externa de doentes ultrapassou os 15% em diversos países. Durante o ano, foi notificada pela primeira vez na Região a existência de estirpes de tuberculose resistentes a fármacos antibacilares de segunda linha. O paludismo continuou a ter um impacto negativo para a mortalidade materno-infantil. Apesar da disponibilidade de intervenções com boa relação custo-eficácia e do aumento do financiamento, a cobertura das populações em situação de risco permaneceu a níveis inaceitavelmente baixos. O problema da gripe das aves recebeu financiamento e apoio técnico. No que diz respeito à prevenção e controlo das doenças tropicais negligenciadas, foram poucos os progressos realizados.

8. Embora o acesso à prevenção, tratamento, cuidados e às intervenções de apoio para todas as doenças tenha melhorado, ainda assim ficou á quem do necessário para fazer face à procura. Recursos humanos inadequados e fracos sistemas de saúde foram alguns dos factores que mais contribuíram para limitar o acesso aos serviços de saúde. Houve uma melhoria na despesa em saúde *per capita*, mas as políticas macroeconómicas não se repercutiram inteiramente na prestação de serviços de saúde. São ainda necessárias melhorias em diversos factores relativos às metas da despesa pública, controlo da inflação, imposto sobre o tabaco e mecanismos alternativos de financiamento da saúde.

9. Em 2007, será efectuado um esforço concertado para incrementar as actividades através do recurso a factores facilitadores, tais como intervenções sinérgicas nos três níveis da Organização, bem como através de colaborações mais estreitas com a União Africana, a Comissão Económica Africana e com as comunidades económicas regionais. Procurar-se-á, ainda, estabelecer relações de trabalho com agências das Nações Unidas, Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional, doadores bilaterais e com o sector público e o sector não-governamental.

1. INTRODUÇÃO

1. O Orçamento-Programa da OMS para 2006-2007 é o primeiro Orçamento-Programa no âmbito do Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho, que abrange o período de 2006 a 2015. É um documento coerente com a visão da Directora-Geral, destinado a obter melhores resultados nos países e mais empenho na política de descentralização, tendo em vista o reforço da capacidade da OMS nos países. Essa política constituiu a base de uma das principais inovações do biénio, as Equipas de Apoio Interpaíses, que fazem aproximar mais o apoio da OMS dos países beneficiários.

2. A implementação do Orçamento-Programa 2006-2007 constituiu uma oportunidade para elaborar planos de trabalho operacionais, em sintonia com as *Orientações Estratégicas para Acção da OMS na Região Africana 2005-2009*. Estas orientações estratégicas estabelecem cinco prioridades: i) o reforço das Representações da OMS nos países, ii) a melhoria e alargamento das parcerias para a saúde, iii) o apoio ao planeamento e gestão dos sistemas distritais de saúde, iv) a promoção da melhoria das intervenções essenciais na área da saúde que estejam relacionadas com os problemas prioritários de saúde, e v) o reforço da sensibilização e resposta aos principais determinantes da saúde.

3. Apesar do aumento nominal do orçamento ordinário para 2006-2007, em comparação com o biénio precedente, as verbas aprovadas não foram suficientes para cobrir as necessidades dos programas de saúde, devido ao elevado fardo das doenças e à fragilidade dos sistemas de saúde na Região. Contudo, com as verbas atribuídas, o Secretariado da OMS conseguiu implementar com eficácia algumas das actividades planeadas e melhorar a monitorização e a responsabilização.

4. Este relatório descreve os progressos conseguidos com a implementação do Orçamento-Programa 2006-2007, durante o primeiro ano do biénio. Este baseia-se em resultados do exercício de Revisão intercalar, o que constitui um requisito obrigatório a todos os níveis da Organização e tem como objectivo medir e avaliar as realizações, promover o sentido de orientação do desempenho e a responsabilização, fornecendo a base para uma contínua melhoria da eficácia e eficiência da Organização. O relatório inclui a compilação e a consolidação dos contributos das Representações da OMS nos países e das Divisões do Escritório Regional.

5. O relatório está organizado em conformidade com as 36 áreas de actividade designadas no Orçamento-Programa. O documento é composto por quatro partes e três anexos. A primeira parte é a introdução. A segunda parte apresenta as principais realizações de cada área de actividade, bem como os factores de implementação. A terceira parte descreve os progressos na via da implementação de resoluções relevantes do Comité Regional. A quarta parte é dedicada às perspectivas para o segundo ano do biénio. Os anexos apresentam quadros com a execução orçamental para o período coberto pelo relatório.

2. EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA 2006-2007

2.1 REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS

GESTÃO GLOBAL DAS ACTIVIDADES DO SECRETARIADO

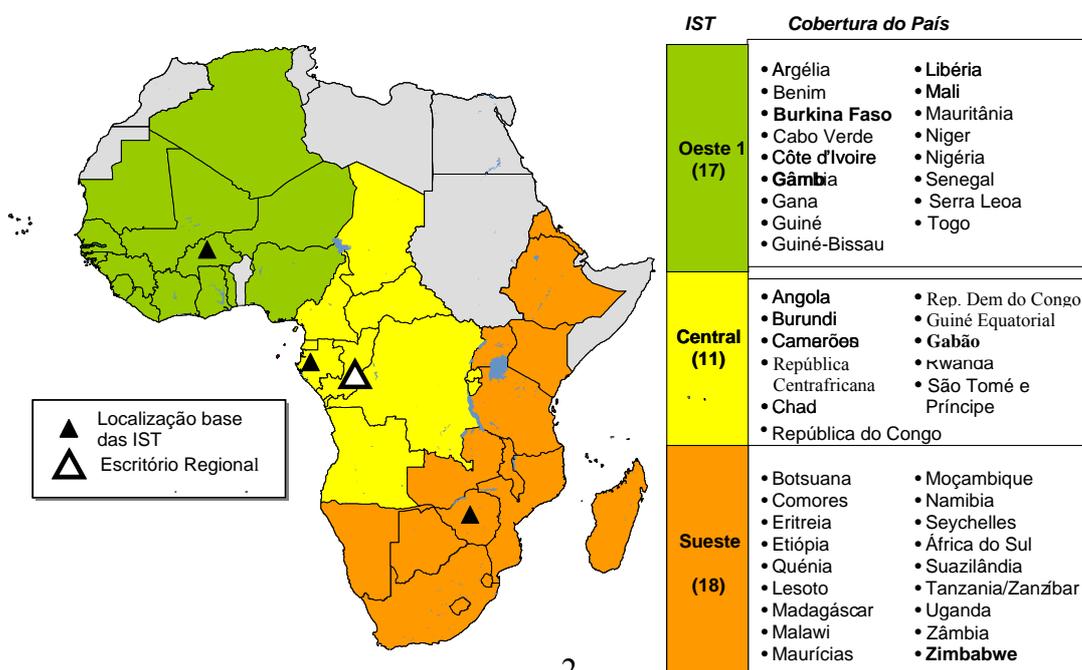
6. A gestão global do Secretariado da OMS na Região Africana é efectuada sob a liderança do Director Regional, enquanto que o Director da Gestão dos Programas coordena a implementação de programas da OMS na Região. Todas as funções estratégicas são implementadas através de sete Divisões que têm por missão i) liderar o Secretariado da OMS no seu apoio aos Estados-Membros em questões de saúde, ii) aplicar a política centrada nos países, iii) criar parcerias e mobilizar os recursos financeiros adicionais, iv) garantir que os países implementem as resoluções dos órgãos directivos da OMS, v) melhorar a qualidade do planeamento e monitorização no Escritório Regional e nas Representações nos países, vi) promover a investigação e a ética na área da saúde vii) e reforçar a capacidade dos países para gerar e usar informação sanitária de qualidade.

7. No primeiro ano do biénio, fizeram-se esforços para implementar a política de descentralização da OMS e as *Orientações Estratégicas para a Acção da OMS na Região Africana 2005-2009*, do Escritório Regional. As secções que se seguem descrevem as principais realizações na área da prestação de produtos e serviços planeados pelas diferentes áreas de actividade.

Directora-Geral, Director Regional e funções autónomas (DGO)

8. De forma a melhor apoiar os países, foram criados três escritórios para as Equipas de Apoio Interpaíses, em Harare, Libreville e Ouagadougou. Cada Equipa de Apoio Interpaíses (IST) abrange um grupo específico de países (Figura 1). Esta implementação constituiu uma das mais profundas alterações nas tarefas do Secretariado da Região Africana da OMS, nos últimos anos. Para que as equipas sejam devidamente orientadas, foram elaboradas directivas e todas as equipas foram instaladas.

Figura 1: Distribuição dos países por Equipas de Apoio Interpaíses



9. Foram levadas a cabo missões de advocacia de alto nível, as quais contribuíram para colocar os problemas prioritários de saúde no topo das agendas, tanto dos chefes de estado como dos directores executivos das principais agências de financiamento, nomeadamente Banco Mundial e Banco Africano de Desenvolvimento. A OMS e os seus parceiros conjugaram os seus esforços na cimeira de Abuja, Nigéria, em Junho de 2006. O resultado foi o renovado empenho dos chefes de estado para acelerar o acesso universal aos cuidados, tratamento e prevenção do paludismo, VIH/SIDA e tuberculose. Foi conseguido apoio adicional do Banco Mundial e do Banco Africano de Desenvolvimento para se atingirem as Metas de Desenvolvimento do Milénio.

10. A participação em parcerias de alto nível demonstrou o grande interesse e disponibilidade da OMS nas parcerias, para resolver os problemas mais prementes, como o paludismo, conforme foi debatido na reunião da Iniciativa Presidencial contra o Paludismo, em Washington DC. A ameaça de uma pandemia da gripe das aves despoletou um alerta permanente em toda a Região. O Director Regional convocou várias reuniões e conseguiram-se compromissos de alto nível, como a Declaração de Libreville sobre a Gripe das Aves. As mais altas autoridades e os líderes nacionais deram prioridade urgente e promoveram a erradicação da poliomielite na Nigéria, que foi também um dos países na Região que sofreu surtos da gripe das aves.

11. As reformas das Nações Unidas foram analisadas em conformidade com a viabilidade e o impacto das actividades da OMS na Região Africana. Foram dados contributos para as perspectivas da OMS sobre as reformas da ONU, em coordenação com a Sede Mundial.

12. O encerramento do Escritório Regional temporário em Harare e a subsequente transferência do pessoal e das actividades para Brazzaville constituiu uma das importantes tarefas do ano. Em nome da OMS, o Director Regional manifestou o seu apreço ao Presidente, ao governo e ao povo do Zimbabwe, pela sua hospitalidade e apoio durante o período em que o Escritório Regional funcionou naquele país. A transferência do pessoal de Harare para Brazzaville foi efectuada com tranquilidade, embora haja sérias preocupações devido à logística, à falta de espaço para escritórios e alojamento para o pessoal.

Presença da OMS nos países (SCC)

13. O Director Regional deu orientações para o processo de redefinição do perfil das Representações da OMS nos países, para apoiar especificamente os países na conclusão dos seus problemas. As 46 representações nos países trataram o tema e 33 delas apresentaram os seus relatórios finais. O apoio regional para a implementação do programa será prestado sobretudo a partir do nível sub-regional, o que constitui uma diferença em relação ao modo como o processo decorria anteriormente.

14. Para garantir que, a nível de país, a Organização seja representada pelos melhores candidatos, as vagas de Representantes da OMS são largamente divulgadas e os interessados candidatam-se através de um processo de provas escritas e entrevistas orais, antes de serem nomeados. Assim, em 2006, foram entrevistados oito novos Representantes da OMS. Para além disso, está agora em curso a admissão formal e a formação de capacidades para novos representantes, tendo 16 representantes beneficiado desta inovação durante este ano.

15. Foi dada especial atenção a certas condições e problemas de saúde específicos em alguns países da Região. A este respeito, o Escritório Regional respondeu à sugestão do Ministro da Saúde das Seychelles, promovendo uma reunião para tratar dos problemas de saúde específicos de países insulares em desenvolvimento. A reunião teve grande êxito, dela resultando a Declaração das Seychelles. Na sequência da implementação da Declaração das Seychelles, dois dos países insulares começaram a acelerar a vigilância e o controlo das doenças não-transmissíveis.

16. O Director Regional visitou 11 países durante o período abrangido pelo relatório. Estas visitas permitiram ao Director Regional apreciar melhor os problemas de saúde pública dos países, assim como compreender a relação complexa entre o nível de desenvolvimento global do país, em comparação com o nível de desenvolvimento sanitário. O Director Regional pôde constatar o modo como os principais determinantes da saúde variam de país para país. Em todas as ocasiões, o Director Regional aproveitou as visitas aos países para promover a advocacia ao mais alto nível governamental e junto dos parceiros, para um maior investimento na saúde.

17. Durante as visitas às representações nos países, o Director Regional salientou os complexos problemas relacionados com as capacidades das representações nos países, especialmente os referentes às orientações estratégicas dos sectores sanitários nos países. O Director Regional também aproveitou essas visitas para consolidar o bom relacionamento entre a OMS e outros membros das equipas nacionais da ONU, dando especial relevância à vantagem comparativa da OMS na área da saúde pública. Relativamente aos parceiros bilaterais, as visitas foram usadas para promover a harmonização, o alinhamento e a cooperação, em sintonia com as prioridades dos países. Os parceiros foram instados a investir mais na saúde, que constitui o fundamento do desenvolvimento.

Relações Externas (REC)

18. A redução do orçamento ordinário tornou necessária a procura de novas parcerias e fontes de financiamento. Tanto as representações nos países como as Divisões do Escritório Regional salientaram as suas actividades de mobilização de recursos, e várias áreas técnicas do Escritório Regional formaram 30 membros do pessoal em mobilização de recursos e em capacidades de negociação. O Escritório Regional assinou 27 acordos de financiamento com os seguintes parceiros: Banco Africano de Desenvolvimento (BAD); Agência Britânica para o Desenvolvimento Internacional (DFID); Banco Mundial; Gabinete para a Coordenação dos Assuntos Humanitários (OCHA); Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID); Programa do Golfo Árabe para as Agências de Desenvolvimento das Nações Unidas; e governos da Bélgica, França, Grande Ducado do Luxemburgo e Portugal. Foram mobilizados recursos adicionais para alguns projectos da gripe das aves nos países de alto risco, de fontes como os Centros de Prevenção e Controlo das Doenças, USAID, BAD e o projecto da febre amarela da Aliança Global para as Vacinas e a Vacinação.

19. O Escritório Regional reforçou a saúde da criança e do adolescente, através de parcerias com a União Africana, a UNICEF, Banco Mundial, DFID, USAID, a Fundação Bill e Melinda Gates e a Fundação Ford. O Escritório também criou ou reforçou parcerias com os Centros de Prevenção e Controlo das Doenças (projecto do Quênia) e os seguintes centros de colaboração:

Instituto Nacional das Doenças Transmissíveis (NICD) (África do Sul), Instituto Pasteur de Dakar (Senegal), Instituto Pasteur de Madagascar, Centro Internacional de Investigação Médica de Franceville (Gabão), Gabinete Internacional dos Recursos Animais, Comissão do Oceano Índico (Maurícias) e Cooperação Francesa.

20. As áreas técnicas forneceram apoio às Comunidades Sanitárias da África Oriental, Central e Austral, para desenvolver um plano estratégico e documentos sobre a política do paludismo durante a gravidez. A análise mundial da declaração conjunta OMS/UNICEF/FNUAP sobre a mutilação genital feminina (MGF) forneceu a ocasião à OMS para reiterar o seu empenho na eliminação da MGF. O Escritório Regional ajudou a *Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ) a elaborar o seu plano de acção para responder à MGF junto das mulheres imigrantes e refugiadas. A Matriz da Análise do Género proporcionou a seis comunidades económicas regionais melhor planeamento, programação, advocacia e competência para a formação de capacidades. Em colaboração com a União Africana, os países e os parceiros harmonizaram a estratégia regional africana para a nutrição com o conceito de nutrição da Nova Parceria para o Desenvolvimento da África (NEPAD).

21. O pessoal do Escritório Regional também organizou ou assistiu a várias reuniões das parcerias, nomeadamente a reunião regional sobre a pandemia da gripe das aves; a acção de formação regional sobre o reforço da capacidade de produção local de medicamentos essenciais, incluindo anti-retrovirais; a reunião consultiva continental sobre o reforço da estratégia para o acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados do VIH/SIDA em África; a reunião das Nações Unidas sobre a situação em África da gripe das aves; a reunião consultiva OMS-BAD; o seminário das comunidades económicas regionais sobre financiamento da saúde; e a conferência regional sobre a saúde nos países do Corno de África.

22. Cinco agências (OMS, UNICEF, FNUAP, Banco Mundial, BAD) tomaram iniciativas para criar uma parceria e fornecer apoio técnico conjunto a países na Região. Isto constituiu o seguimento dos debates do Fórum de Alto Nível sobre angariação e prestação de mais apoio técnico para a harmonização e o alinhamento, conforme proposto na Declaração de Paris.

23. Em 2006, o Escritório Regional reforçou as suas relações com os meios de comunicação social regionais e internacionais, garantindo a visibilidade e a publicidade das actividades, reuniões, conferências, seminários e eventos organizados pela OMS. A Unidade de Informação garantiu o acesso público continuado à informação, através da distribuição de *kits* de informação e de materiais de imprensa, incluindo 58 comunicados de imprensa, 30 programas radiofónicos, 18 vídeos e o jornal *The African Health Monitor*.

24. O tema do Dia Mundial da Saúde de 2006 foi “Trabalhar em conjunto para a saúde”. Alguns Estados-Membros comemoraram o dia com muito sucesso, tendo lançado o *Relatório da Saúde no Mundo 2006*, que teve lugar em Lusaka, na Zâmbia.

25. A criação e consolidação de novos *links* do *website* da AFRO reforçou as publicações electrónicas. Estes *links* proporcionaram o acesso público às principais actividades, reuniões, eventos, mensagens do Director Regional e textos completos de publicações, como *Actividades da OMS na Região Africana 2004-2005* e o *Relatório da Saúde na Região Africana 2006*.

Órgãos Directivos (GBS)

26. A relação com órgãos directivos foi profundamente realçada. Em especial, a interacção regular com o Escritório Regional facilitou e reforçou os contributos dos Estados-Membros da Região Africana no Conselho Executivo.

27. Em 2006, os Estados-Membros que participaram em reuniões dos órgãos directivos depararam-se com um novo desafio. Pela primeira vez, tiveram que lidar com a morte de um Director-Geral em funções, o Dr. Jong-Wook Lee, e tiveram que definir o procedimento para a sua sucessão. A Assembleia Mundial da Saúde acabou por eleger a Dr^a. Margaret Chan como Directora-Geral, numa sessão especial realizada em Novembro de 2006. Um delegado da Região Africana presidiu à Assembleia Mundial da Saúde, durante estas bem sucedidas deliberações.

28. O quadro de implementação do reforço da preparação e resposta à pandemia da gripe das aves, incluindo a aplicação do Regulamento Sanitário Internacional (2005), e uma estratégia e plano de acção mundiais para promover a inovação em saúde pública foram questões que beneficiaram de grande atenção ao longo do ano. O Comité Regional levantou questões acerca da pobreza e saúde, sobrevivência das crianças, abordagem dos Cuidados Primários de Saúde, retenção continuada de *stocks* do vírus da varíola e investigação em saúde. A discussão destes temas, entre outros, revelou a crescente inter-relação entre as tarefas dos diversos órgãos directivos. Tanto a agenda como o programa de trabalho revelaram melhorias significativas na área da gestão do tempo.

Planeamento, Coordenação dos Recursos e Supervisão (BMR)

29. O Orçamento-Programa 2006-2007 deu maior relevo ao planeamento, coordenação e supervisão, de forma a melhorar a consecução dos resultados esperados. Contudo, tiveram que ser enfrentados alguns desafios para os atingir. Estes incluem, entre outros, a melhoria da qualidade técnica de planos operacionais, a criação de uma ligação mais estreita entre as realizações e os gastos orçamentais de programas técnicos, bem como o desenvolvimento de capacidades para um planeamento e uma orçamentação conjuntas.

30. A Região participou activamente em todas as etapas da preparação do Décimo-primeiro Programa Geral de Trabalho para 2006–2015, do Plano Estratégico a Médio Prazo para 2008–2013 e da reformulação do quadro da gestão baseado em resultados, da OMS. O Escritório Regional envolveu-se na redefinição do Sistema Mundial de Gestão, particularmente nos requisitos, definição, análise preliminar e testagem de aplicações-alvo, bem como na concepção de um futuro modelo processual. A Região Africana foi escolhida com a Sede Mundial para implementar a primeira fase do sistema, que tem por objectivo melhorar a supervisão e a responsabilidade da gestão na monitorização de programas técnicos. Uma implementação de sucesso irá melhorar a eficiência administrativa, consolidar a implementação da gestão baseada nos resultados, apoiar a descentralização em curso e a delegação de poderes, bem como a quebra de barreiras geográficas.

31. A partir de elementos essenciais do quadro de gestão baseado nos resultados, realizaram-se duas reuniões para coordenadores de planeamento das representações da OMS nos países, para reforço das suas capacidades em planeamento operacional, monitorização e avaliação do desempenho. Esta actividade beneficiou a totalidade dos 46 países da Região Africana.

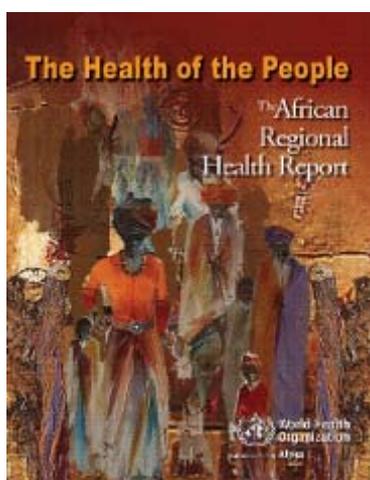
Política de Informação, Bases Factuais e Investigação em Saúde (IER)

32. A interligação entre a investigação, a definição das políticas e a tomada de decisões continuou frágil em 2006. Foi necessária uma profunda atenção para acelerar a implementação dos sistemas de gestão da informação sanitária, de forma a promover a geração e a utilização de dados nas decisões políticas. A OMS respondeu através da prestação de orientação estratégica e do apoio adequado aos países para melhorar os conhecimentos e a base de dados factuais a utilizar na tomada de decisões, através da síntese e da publicação da informação existente; da facilitação da geração de conhecimentos em áreas que carecem de especial atenção; e da criação nos países de mecanismos que traduzam a investigação em política e acção. O Escritório Regional procurou também a participação activa dos centros de colaboração da OMS, no reforço dos sistemas nacionais de investigação sanitária.

33. Com a ajuda da Sede, o Escritório Regional elaborou e divulgou o *Relatório da Saúde na Região Africana: a Saúde do Povo* (Figura 2), junto dos Estados-Membros e dos parceiros. O relatório apresenta uma panorâmica da situação da saúde pública nos 46 Estados-Membros. A área de actividade também elaborou um folheto sobre os indicadores essenciais, “Análise da Situação Sanitária: indicadores básicos 2006”. Este fornece dados estatísticos globais sobre a situação actual da saúde pública e dos sistemas de saúde a nível de país. Foram iniciados trabalhos de preparação de um inquérito regional sobre investigação sanitária e empresas do conhecimento.

34. A Comissão Consultiva Africana para a Investigação e Desenvolvimento da Saúde reuniu-se em Setembro, na sua Vigésima-terceira sessão. Oito países criaram a Rede das Políticas de Base Factual, numa acção de formação para investigadores e decisores políticos da área da saúde, em Março. Como parte da preparação da Conferência Mundial de 2008 sobre Investigação em Saúde, esta área de actividade produziu um documento que descreve a agenda da investigação em saúde para a Região Africana e que, posteriormente, foi submetido à aprovação da Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano da OMS, em Agosto.

Figura 2: O Relatório da Saúde na Região Africana foi lançado a nível mundial em Novembro de 2006



Gestão dos Conhecimentos e Tecnologias da Informação (KMI)

35. Para mobilizar apoios para a gestão dos conhecimentos nos Estados-Membros, a área de actividade apresentou um documento sobre a estratégia regional, “Gestão dos Conhecimentos na Região Africana da OMS: Orientações Estratégicas” e sua resolução, à aprovação da Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional. O Escritório Regional também criou parcerias com a União Africana, a Nova Parceria para o Desenvolvimento da África, a União Europeia, o Banco Africano de Desenvolvimento e a Agência Britânica para o Desenvolvimento Internacional (Reino Unido), para criar projectos que facilitem o uso da ciber saúde para reforço dos sistemas de saúde.

36. Em finais do ano, a Biblioteca do Escritório Regional continha 2 200 registos na sua base de dados (<http://afrolib.afro.who.int>). O centro multimédia, que tem 19 estações de trabalho, fornece um importante acesso à Internet, especialmente para utilizadores externos. O Index Medicus Africano esteve activo, com materiais sobre saúde em África e informação biomédica, incluindo os publicados por investigadores médicos africanos, sendo acessível pela Internet, através do *website* <http://indexmedicus.afro.who.int>. A biblioteca disponibilizou *online* cerca de 85 periódicos médicos africanos e teses de medicina.

37. A biblioteca publicou um boletim informativo mensal intitulado *Infodigest*. Continuaram em circulação a Biblioteca Azul e a Biblioteca da SIDA, em apoio aos distritos sanitários na Região Africana. A biblioteca contribuiu para a implementação da Biblioteca Mundial da Saúde, apoiando os países a criarem os seus próprios portais de informação sanitária.

38. A biblioteca prosseguiu a sua cooperação com a Associação para a Informação e Bibliotecas de Saúde em África e contribuiu com 35 000 dólares para o seu último congresso. A biblioteca também apoiou programas de formação nos Estados-Membros, inclusive a formação de proximidade sobre o uso da Iniciativa de Acesso à Investigação através da Saúde na Internet. Os bibliotecários do Escritório Regional dinamizaram acções de formação no Senegal, para utilizadores da Côte d’Ivoire, Gâmbia e Senegal, e no Mali, para utilizadores do Burkina Faso, Guiné e Mali. O Escritório Regional implementou esta actividade em colaboração com a unidade da ciber saúde da sede e o Centro de Formação e Proximidade para a Informação em África (África do Sul).

39. Para promover o multi-linguismo no trabalho da Organização, a unidade de publicações disponibilizou interpretação linguística para as reuniões, bem como a edição, a tradução e a impressão de documentos para as diversas unidades técnicas. Essa unidade também imprimiu e distribuiu documentos para reuniões dos órgãos directivos, nas três línguas oficiais da Região.

DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

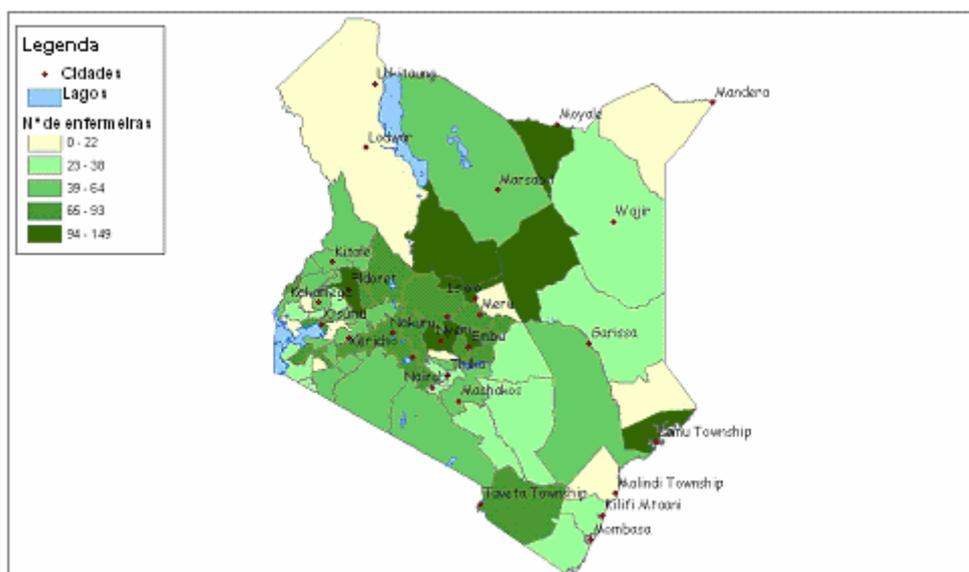
40. A Divisão de Desenvolvimento dos Sistemas e de Serviços de Saúde tratou das questões relacionadas com o desenvolvimento dos sistemas de saúde. Cinco das áreas de actividade forneceram apoio aos Estados-Membros para: elaboração de políticas e planos estratégicos; reforço dos recursos humanos para a saúde; recolha e análise de dados para uma tomada de decisões de base factual; e promoção da qualidade dos cuidados, através da definição de normas, padrões e orientações.

Políticas do Sistema de Saúde e Prestação de Serviços (HSP)

41. Nove países criaram ou efectuaram uma revisão das suas políticas nacionais de saúde e planos estratégicos, com o apoio da OMS. O Quênia, o Malawi, o Uganda e a Zâmbia analisaram a estrutura de gestão do seu sector sanitário. A República Democrática do Congo empreendeu uma reforma do sector sanitário para reforçar os sistemas distritais de saúde. Numa reunião organizada pela OMS, dez países procederam à revisão dos papéis dos hospitais nos sistemas nacionais de saúde, partilharam as boas práticas e fizeram recomendações para reforço dos hospitais. Esses dez países associaram-se a uma rede para continuarem a partilhar as suas experiências.

42. Esta área de actividade melhorou a formação de capacidades no âmbito da geração e utilização de informação sanitária relevante. A parceria da Rede de Metrologia da Saúde implementou actividades em 20 países, para reforçarem os seus sistemas nacionais de informação sanitária. O Escritório Regional formou mais de 60 pessoas em utilização da Rede de Metrologia da Saúde e em instrumentos de avaliação da informação sanitária. O Quênia (ver Figura 3), o Ruanda, a Tanzânia, o Uganda e a Zâmbia completaram o mapeamento da disponibilidade dos serviços de saúde, tendo outros nove países iniciado este processo.

Figura 3: Número de enfermeiros por 100 000 habitantes nos distritos sanitários do Quênia, 2004



43. Esta área de actividade apresentou um documento intitulado “Revitalizar os serviços de saúde, através da abordagem dos Cuidados Primários de Saúde na Região Africana”, na Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional, o qual foi aprovado juntamente com uma resolução. A avaliação do projecto, financiado pela Noruega, de reforço dos sistemas distritais de saúde em oito países¹ resultou na elaboração de vários relatórios. Os representantes dos países participaram numa reunião interpaíses para trocarem experiências que envolveram tanto os países incluídos no projecto como outros.

¹ Eritreia, Etiópia, Tanzânia, Malawi, Moçambique, Uganda, Zâmbia e Zimbábue.

Financiamento da Saúde e Protecção Social (HFS)

44. A capacidade dos países para garantirem um financiamento sustentado da saúde continuou a ser reforçada ao longo do ano 2006. A Nigéria elaborou uma política abrangente de financiamento da saúde. Houve também seis países² que levaram a cabo actividades relacionadas com as contas nacionais da saúde. Realizou-se no Maputo uma acção de formação interpaíses, para formar 15 nacionais de cinco países³ na área da análise dos custos e da viabilidade dos mecanismos de financiamento da saúde. Em Bamako e em Brazzaville realizaram-se acções de formação destinadas a 30 nacionais para efectuarem e institucionalizarem as contas nacionais da saúde.

45. Esta área de actividade elaborou quatro documentos técnicos: “Financiamento da saúde: uma estratégia regional para a Região Africana” aprovado na Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano da OMS; “Uma panorâmica dos padrões de financiamento da saúde e perspectivas de futuro na Região Africana da OMS”; “Eficácia técnica das clínicas de saúde nas Seychelles”; e “O preço da fuga dos quadros da saúde no Quénia”. O Escritório Regional elaborou uma estratégia de financiamento da saúde, em estreita colaboração com os parceiros do Banco Mundial, as comunidades económicas regionais, a Comissão Consultiva Africana para a Economia da Saúde, a OIT e a UNICEF.

Medicamentos Essenciais (EDM)

46. Continuou em 2006 a implementação de planos estratégicos regionais para a disponibilização de medicamentos essenciais a preço acessível, de boa qualidade e de uso seguro e adequado. Onze países⁴ desenvolveram as suas políticas nacionais de medicina tradicional, quadros legais para a prática da medicina tradicional, códigos de ética e planos estratégicos. Cinco outros países (República Centrafricana, República do Congo, Eritreia, Quénia e Ruanda) fizeram a revisão das suas listas nacionais de medicamentos essenciais e das orientações para os tratamentos-padrão, a fim de promoverem o uso racional de medicamentos.

47. Esta área de actividade procedeu à revisão do manual de formação em gestão de medicamentos, a nível de centro de saúde, para integrar um capítulo sobre gestão de anti-retrovirais e VIH/SIDA, e criar um programa de *software* (Manadrugs) como complemento do manual. O pessoal preparou o documento “Autoridades reguladoras farmacêuticas: situação actual e perspectivas,” para apresentar à Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional.

48. Para harmonizar normas, políticas e a implementação de planos de trabalho referentes aos medicamentos nacionais, esta área de actividade forneceu apoio técnico e financeiro às comunidades económicas regionais: Comunidade da África Oriental; Comunidade Económica e Monetária da África Central; Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral; e União Económica e Monetária da África Ocidental.

² Botsuana, Malawi, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Tanzânia e Zimbabue.

³ Burkina Faso, Gana, Moçambique, Nigéria e Tanzânia.

⁴ Camarões, República do Congo, República Democrática do Congo, Gâmbia, Gana, Quénia, Malawi, Ruanda, Tanzânia, Zâmbia e Zimbabue.

Segurança do Sangue e Tecnologias Clínicas (BCT)

49. O Escritório Regional desenvolveu esforços para o funcionamento dos serviços de laboratório clínico, imagiologia de diagnóstico e segurança dos doentes. A unidade técnica iniciou um programa regional de avaliação externa para controlo da qualidade dos laboratórios clínicos (hematologia e patologia química). O Escritório Regional reactivou os Centros de Excelência para a Formação Contínua em Imagiologia de Diagnóstico, nos Camarões e no Quênia, num esforço para melhorar a qualidade dos serviços de radiologia de diagnóstico, e criou uma rede regional de apoio à segurança dos doentes. O Quênia e a África do Sul efectuaram estudos sobre os efeitos adversos que ocorrem durante os cuidados de saúde em meio hospitalar, tanto no sector público como no privado.

50. O uso clínico adequado do sangue é essencial para proteger os limitados *stocks* disponíveis e para garantir a qualidade dos serviços e a segurança dos doentes. Angola, República Democrática do Congo, Etiópia, Libéria e Serra Leoa realizaram análises da situação sobre a segurança do sangue, para gerar dados para a avaliação e o planeamento. Sete países formularam ou reviram as suas políticas nacionais do sangue. A Gâmbia, a Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe desenvolveram planos estratégicos de implementação. A Etiópia e a Namíbia elaboraram orientações nacionais sobre o uso clínico adequado do sangue, tendo formado 227 médicos, enfermeiros e técnicos de laboratório.

51. O Escritório Regional organizou duas acções de formação regionais para angariadores de dadores de sangue, no Gana e em Moçambique, em colaboração com a iniciativa Sangue Seguro para a África. Onze países formaram técnicos especializados em gestão da qualidade. Nove países formaram técnicos de laboratório na cadeia de frio do sangue. O Escritório Regional prestou auxílio à elaboração de materiais, normas e orientações técnicas sobre os requisitos mínimos para os serviços nacionais de transfusão de sangue, bem como de indicadores para monitorizar os serviços nacionais de transfusão.

Recursos Humanos para a Saúde (HRH)

52. Em 2006, aumentou não só o apreço pelo papel dos recursos humanos em funções na área do desenvolvimento sanitário mas também a visibilidade da crise de recursos humanos na Região Africana, à medida que eram disponibilizados dados factuais mais objectivos. *O Relatório da Saúde no Mundo de 2006: trabalhar em conjunto pela saúde* dedicou o seu conteúdo aos recursos humanos para a saúde, o que contribuiu grandemente para sensibilizar as entidades interessadas e os parceiros. A Zâmbia lançou o Dia Mundial da Saúde 2006, em 7 de Abril, com diversas informações sobre esta política, e a República Democrática do Congo comemorou o dia com uma sessão fotográfica e histórias de heróis desconhecidos na área da saúde.

53. Para responder à crise dos recursos humanos para a saúde, o Escritório Regional ofereceu 158 bolsas de estudo a 22 países, em 2006, tendo concluído o relatório sobre a situação dos Recursos Humanos para a Saúde. Esta área de actividade criou o *website* Observatório Africano dos Profissionais de Saúde e promoveu uma reunião regional consultiva para elaborar uma estratégia regional de reforço dos serviços de enfermagem e de obstetrícia. O Escritório Regional criou a Plataforma Africana dos Profissionais de Saúde, que inclui várias partes

interessadas a nível regional e organizações da sociedade civil, e deu apoio às reuniões da Comissão Directiva, administração, mobilização de recursos e difusão de documentos e relatórios.

54. A Aliança Mundial dos Profissionais de Saúde atribuiu 300 000 dólares a cada um dos cinco países (Angola, Benim, Camarões, Uganda e Zâmbia) para acelerarem as actividades na área dos recursos humanos para a saúde e apresentou exemplos de abordagens inovadoras de alguns países que poderão ser seguidas por outros. Doze países realizaram análises exaustivas da sua situação e reviram, criaram e implementaram as suas políticas e planos. A unidade técnica auxiliou a Nigéria e o Uganda na revisão dos seus documentos da política. O Escritório Regional deu apoio a escolas médicas e de enfermagem/obstetrícia em nove países, para avaliar e elaborar programas de formação. Esta área de actividade desenvolveu competências nucleares para parteiras qualificadas, de forma a melhorar a segurança dos partos e os cuidados aos recém-nascidos e às crianças.

PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

55. Actualmente, a Região Africana carece de capacidades para opções eficazes de diagnóstico, prevenção ou tratamento, para combater muitas das doenças infecciosas que tem de enfrentar. Apesar dos recursos e esforços continuados desenvolvidos para a prevenção, as doenças infecciosas, sobretudo o VIH/SIDA, o paludismo e a tuberculose, persistem e constituem a parte mais significativa do peso das doenças na Região. Em 2006, as doenças transmissíveis continuaram a atrasar o desenvolvimento social e económico, afectando desproporcionalmente as populações pobres e marginalizadas, e continuam a representar o principal entrave à consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio. O Escritório Regional reforçou as parcerias para acelerar a luta contra o VIH/SIDA, tuberculose e paludismo, em conjunto com a União Africana, a ONUSIDA, a UNICEF, o FNUAP e o Banco Mundial, entre outros.

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

56. O VIH e a SIDA continuam a constituir um importante desafio de saúde pública na Região Africana. Em 2006, foram estimados em 2,8 milhões os adultos e crianças que foram infectados com o VIH, representando mais do que todas as outras Regiões do mundo, em conjunto. Embora tenha melhorado o acesso à prevenção, tratamento, cuidados e intervenções de apoio, isso foi muito pouco face à procura. Os principais factores que contribuíram para o acesso limitado foram os recursos humanos inadequados e a fragilidade dos sistemas de saúde. O Escritório Regional forneceu orientações normativas e apoio técnico aos países para: a criação e a adaptação das suas políticas e instrumentos; o reforço de capacidades; a mobilização de recursos técnicos e financeiros para acelerarem a prevenção do VIH; o aumento da prestação de cuidados abrangentes; e a disponibilização de anti-retrovirais.

57. Na sua Quinquagésima-sexta sessão, o Comité Regional aprovou o documento, “Prevenção do VIH na Região Africana: uma estratégia de renovação e aceleração”, bem como a respectiva resolução. Esta área de actividade desenvolveu, ao longo do ano, uma intensa campanha de advocacia a nível regional, para acelerar a prevenção do VIH, tendo essa campanha sido oficialmente lançada pela União Africana, em Adis Abeba, em 11 de Abril de

2006, e, simultaneamente, em Joanesburgo, Cartum e Ouagadougou. Entre Abril e Dezembro, 45 países lançaram oficialmente a campanha e começaram a criar planos de aceleração e de mobilização dos recursos necessários à sua implementação. Foi promovida mais advocacia durante a consulta continental de Brazzaville, sobre o acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados do VIH/SIDA, e durante a cimeira especial de Abuja sobre SIDA, tuberculose e paludismo. A OMS, a ONUSIDA e outros parceiros realizaram reuniões conjuntas sobre a prevenção do VIH e o acesso universal. Todas estas actividades fizeram parte do Ano para a Aceleração da Prevenção do VIH na Região Africana e promoveram a implementação multi-agências da estratégia.

58. Com o apoio da OMS, 43 países elaboraram planos de acção para reforço, a nível nacional, da qualidade dos serviços laboratoriais, e cinco países criaram protocolos nacionais de garantia de qualidade para os serviços de testes do VIH/SIDA. Foi ainda dada prioridade à monitorização da resistência do VIH aos medicamentos, tendo três países elaborado protocolos para iniciarem a vigilância dessa resistência.

59. Esta área de actividade elaborou orientações regionais para os testes e aconselhamento sobre o VIH, bem como manuais de formação. Com o apoio do Escritório Regional, 14 países elaboraram orientações nacionais para os testes e aconselhamento sobre o VIH; 16 países formaram técnicos de aconselhamento; e cinco países reforçaram os planos de prevenção da transmissão vertical (PMTCT), incluindo um melhor acesso à terapêutica anti-retroviral para as mulheres grávidas infectadas pelo VIH. Treze países formaram 34 agentes de saúde sobre integração da PMTCT nos serviços de saúde materna, neonatal e infantil.

60. A OMS também apoiou os países na elaboração de políticas e instrumentos, no reforço de capacidades, bem como na mobilização de recursos técnicos e financeiros. O Escritório Regional apoiou 23 países na criação de serviços integrados e abrangentes, destinados a reforçar as intervenções, incluindo o aprovisionamento em anti-retrovirais. Onze dos Estados-Membros elaboraram planos específicos para promover o acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados. Prosseguiu em 23 países o processo de adaptação e a formação na área da Atenção Integrada às Doenças dos Adolescentes e Adultos (AIDAA).

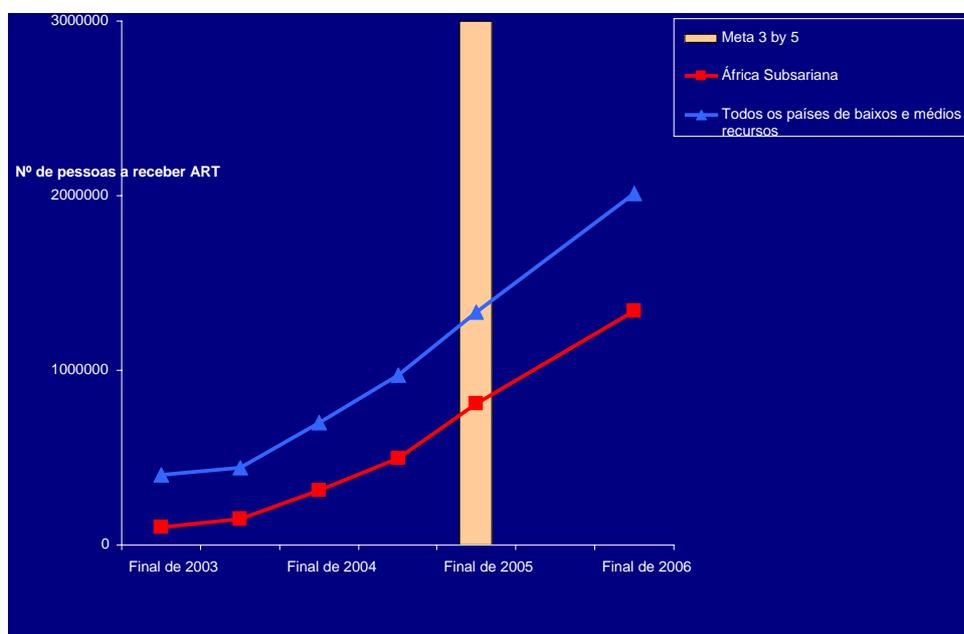
61. O Escritório Regional apoiou 12 países na implementação da vigilância da segunda geração e no reforço dos seus sistemas de monitorização e de avaliação, para que o sector da saúde possa dar resposta ao VIH/SIDA. Os participantes dos países foram capacitados na monitorização da terapêutica anti-retroviral (ART) e 13 países elaboraram propostas para mobilizar mais recursos financeiros durante a sexta ronda do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo. Os laboratórios sub-regionais e nacionais procederam ao controlo de qualidade de anti-retrovirais e de preservativos.

62. Todos estes esforços produziram resultados positivos. Por exemplo, até Dezembro, cerca de 28% (24% – 33%) de pessoas necessitadas (mais de 1 300 000 doentes) receberam a ART, em comparação com 17% no final de 2005 (ver Figura 4). Oito países⁵ obtiveram melhorias significativas com este reforço. No entanto, não foi ainda possível dar resposta às carências de toda a Região, devido à inadequação dos recursos humanos e à fragilidade dos sistemas de

⁵ Botsuana, Quênia, Malawi, Namíbia, Ruanda, África do Sul, Uganda e Zâmbia.

saúde, o que resultou no acesso limitado à ART e à disponibilidade de outros produtos necessários.

Figura 4: Cobertura da terapêutica anti-retroviral na África Subariana



Fonte: OMS, ONUSIDA e UNICEF, para um acesso universal: reforço das intervenções prioritárias de VIH/SIDA no sector da saúde. Relatório dos progressos, Genebra, Abril 2007

63. Apesar da Região Africana ter a taxa mais elevada de VIH em todo o mundo, em 2006 a epidemia revelou sinais de inversão ou de estabilização em muitos países da África Oriental e Ocidental, enquanto que, na África Austral, o Zimbabwe apresentou um declínio nas suas taxas nacionais de prevalência do VIH. Trata-se de uma clara indicação de que os actuais instrumentos para combater a pandemia estão a funcionar, e de que a iniciativa do acesso universal representa uma nova dinâmica e uma janela de esperança que se abre para consolidar e reverter as tendências.

Tuberculose (TUB)

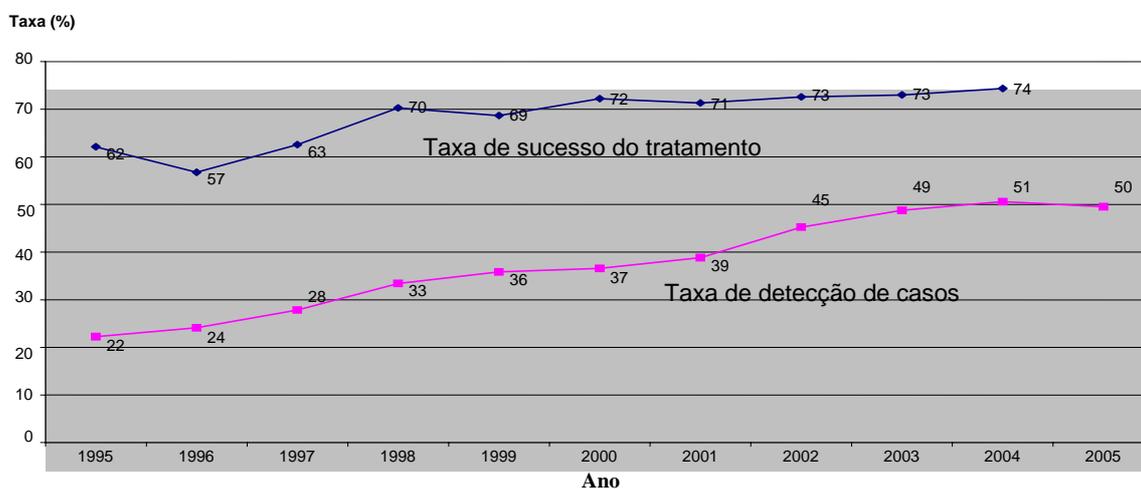
64. A Região Africana continuou a apresentar as mais elevadas taxas de tuberculose *per capita* em 2006. A situação piorou devido à má gestão do programa, ao fraco acesso aos serviços de controlo, e à limitação dos recursos humanos e financeiros para acelerar as intervenções de controlo. As taxas de êxito do tratamento aumentaram marginalmente, subindo de 72% em 2000, para 74% em 2004, e a taxa de detecção de casos manteve-se nos 50% entre 2003 e 2005 (Figura 5). Os evitáveis resultados adversos ao tratamento, especialmente as taxas de abandono e de alta por transferência, ultrapassaram 15% em muitos países, em 2006. O número de mortes pela co-infecção TB/VIH foi elevado. A unidade técnica notificou, pela primeira vez na Região, em 2006, a existência de estirpes de TB resistentes aos fármacos anti-bacilares de segunda linha.

65. Esta área de actividade delineou duas novas estratégias regionais para o controlo e advocacia da TB, bem como para a comunicação e a mobilização social. Com o apoio do Escritório Regional, 21 países, incluindo os 13 que declararam a TB uma emergência nacional,

elaboraram planos para reforçar as intervenções de combate à TB. Os dois países que anteriormente não tinham implementado a DOTS adoptaram e implementaram agora esta estratégia. A unidade técnica prestou apoio a um novo conjunto de 12 países, para implementarem intervenções combinadas de TB/VIH, começando pelo aconselhamento e testagem voluntária. Uma vez confirmado o diagnóstico da TB, iniciar-se-á a ligação com as intervenções na área do VIH; 33 países implementaram esta intervenção combinada. O Departamento da Saúde da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral elaborou um plano alargado a toda a Comunidade para o tratamento da TB resistente aos fármacos antibacilares.

66. Dezasseis países foram apoiados na elaboração de propostas ao Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo (GFATM) e 34 países prepararam candidaturas a subsídios do Serviço Mundial de Medicamentos da TB. Saliente-se que estas aplicações nem sempre alcançaram os resultados desejados. Embora muitos países tenham conseguido montantes significativos de financiamento adicional para o controlo da TB, provenientes do GFATM e de iniciativas de outros doadores, esse financiamento, particularmente para o controlo da TB, continuou a revelar-se insuficiente em relação à amplitude do problema. Embora a OMS esperasse que os Estados-Membros atacassem a doença com entusiasmo, apenas menos de metade respondeu ao apelo para declarar a TB uma emergência, conforme fora acordado durante a Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional, em 2005. Esta falta de empenho por parte dos países prejudicou os esforços de obtenção de apoio externo.

Figura 5: Tendências da detecção de casos de TB e taxas de êxito do tratamento, Região Africana, 1995–2005



Fonte: Dados de vigilância dos programas anuais nacionais de controlo da TB, 1995–2005

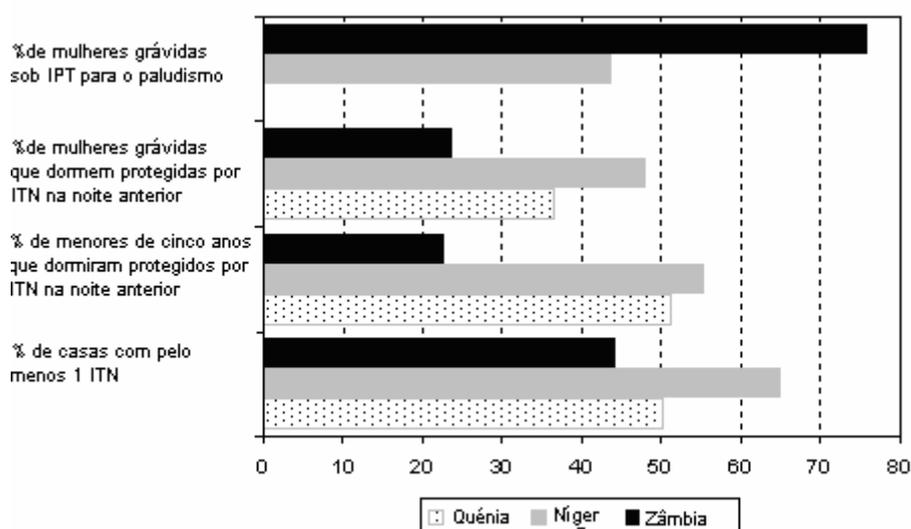
Paludismo (MAL)

67. Durante 2006, a OMS prestou apoio técnico para: reforçar os pacotes abrangentes de luta contra o paludismo; melhorar a prestação de serviços integrados, através do tratamento integrado das doenças da infância, dos cuidados pré-natais e do programa alargado de vacinação; reforçar a vigilância das doenças, a eficácia dos medicamentos e a monitorização da resistência aos insecticidas; e reforçar a monitorização, avaliação e o planeamento de base factual.

68. A distribuição de mosquiteiros impregnados com insecticida aumentou significativamente (Figura 6). Onze países, incluindo os Camarões, a Guiné Equatorial, o Gabão e a Serra Leoa, distribuíram mais de nove milhões de redes impregnadas com insecticida. As clínicas de cuidados pré-natais e a integração nas campanhas de vacinação revelaram-se canais populares de distribuição. Em resposta às solicitações de Estados-Membros, a OMS elaborou uma declaração sobre o uso do DDT para pulverização residual interior, que foi adoptada pelos Estados-Membros; Angola, o Burundi, o Gana, a Tanzânia e o Uganda iniciaram operações de pulverização. Durante 2005 e 2006, 20 países pulverizaram mais de cinco milhões de estruturas físicas, tendo assim protegido mais de vinte milhões de pessoas. A média da cobertura operacional foi de 84%, oscilando entre 65%, no Botsuana, e 98%, em Madagáscar.

69. Em termos de desenvolvimento de políticas e de estratégias, a Região criou a Comissão Consultiva Africana de Peritos em Paludismo como uma plataforma para o diálogo, consultas científicas e orientações para implementação das recomendações. O Mali, o Níger e o Senegal iniciaram a colaboração para a previsão das epidemias, entre os programas nacionais de combate ao paludismo e as agências de meteorologia. A República do Congo, a Guiné Equatorial, a Mauritânia e o Zimbabwe aprovaram políticas de terapia de combinação medicamentosa à base de artemisinina (ACT); 38 países adoptaram a ACT; e 22 países começaram a implementação dessas políticas. O Benim, Quênia, Senegal e Uganda criaram sistemas de controlo da qualidade dos medicamentos e de vigilância farmacológica para a ACT.

Figura 6: Famílias com ITN, cobertura dos ITN e uso do IPT para o paludismo, em países seleccionados, 2006



Fontes: Quênia 2006: Inquérito Pós-Campanha de Distribuição de ITN; Níger 2006: Inquérito Pós-Campanha de Distribuição de ITN; Zâmbia 2006

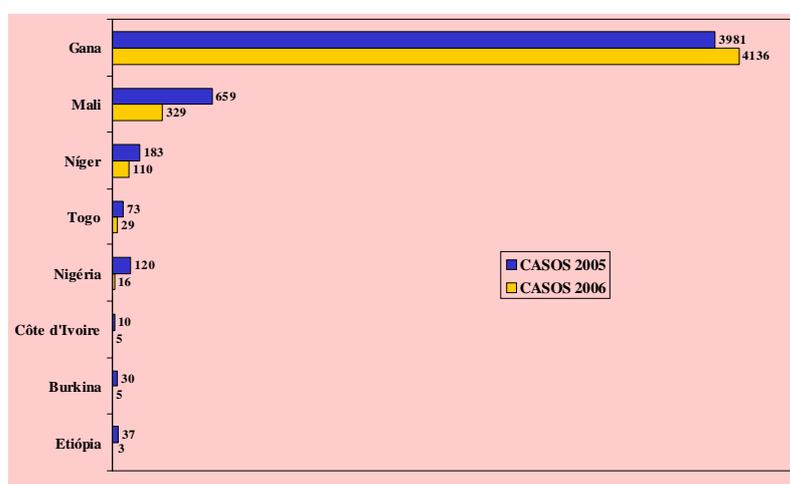
Prevenção e controlo das doenças transmissíveis (CPC)

70. Em 2006, a lepra, a dracunculose, a filariase linfática, a oncocercose, a tripanossomíase, a úlcera de Buruli, a esquistossomíase, a helmintíase intestinal e a leishmaníase continuaram a afectar as populações mais pobres de todas. A maioria destas doenças provoca estigmas sociais negativos e o seu controlo raramente é contemplado pela afectação de recursos. Estas doenças são designadas por *doenças tropicais negligenciadas*.

71. Em 2006, a OMS tentou, através de apoio técnico e de contributos financeiros, ajudar os países afectados a combaterem estes problemas, criando estratégias e planos de acção para o seu controlo, monitorização e avaliação dos programas e promoção da advocacia aos níveis nacional, regional e mundial.

72. Muito especificamente, o Escritório Regional ajudou mais quatro países a organizarem programas de luta contra a úlcera de Buruli; 14 países estão actualmente a implementar actividades de controlo. A incidência anual da dracunculose na Região diminuiu de 5105 casos notificados em 2005, para 4635 casos em 2006. O Gana apresentou o maior número de casos, 4136 casos em 2006 (Figura 7). Uma equipa de avaliação externa confirmou a interrupção da transmissão local da dracunculose, no Benim e na Mauritânia. Os Camarões, a República Centrafricana, o Chade, a Guiné, a Libéria e a Serra Leoa apresentaram relatórios nacionais para certificação da erradicação da dracunculose.

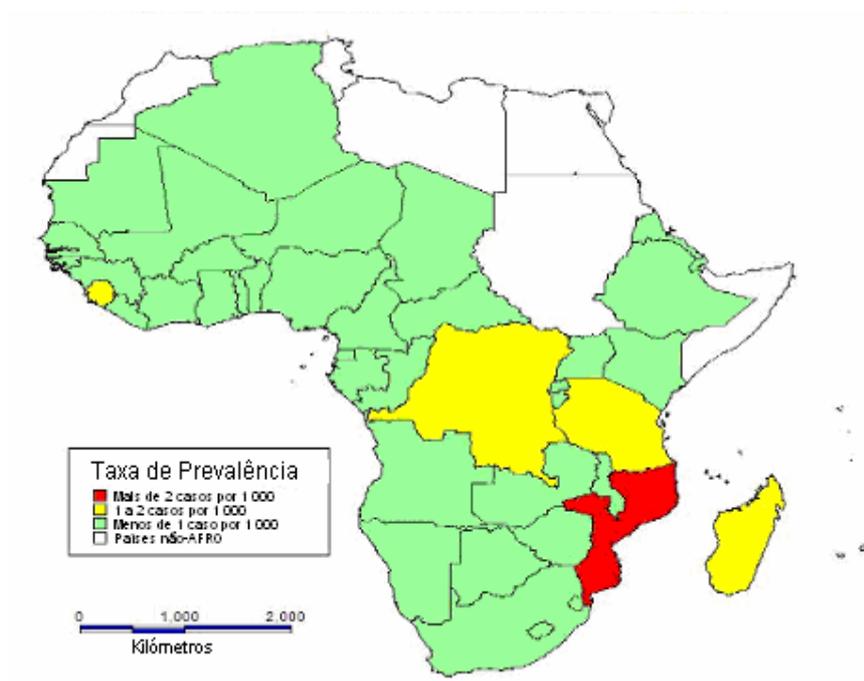
Figura 7: Casos notificados de dracunculose, países seleccionados, 2005 e 2006



Fonte: O Uganda notificou 9 casos em 2005 e 2 casos em 2006, todos importados do Sudão, em 2005

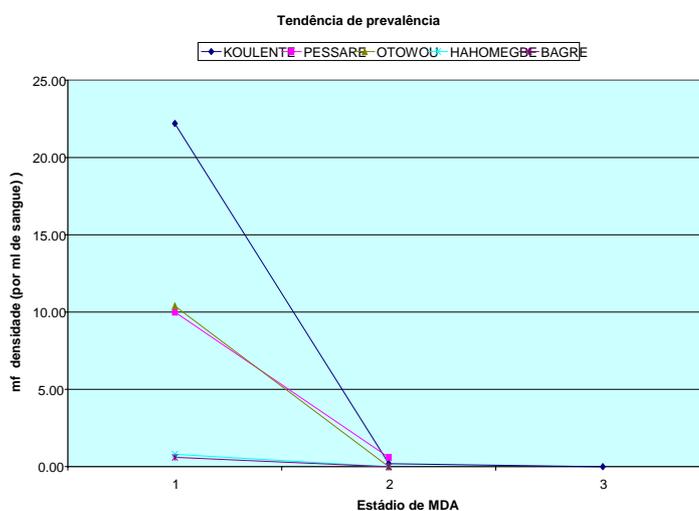
73. Mais de um milhão de casos de lepra foram detectados e curados na Região, durante os últimos 10 anos. Com a ajuda da Fundação Novartis para o Desenvolvimento Sustentado, a OMS abasteceu os países com medicamentos contra a lepra. Com o apoio adicional da Fundação Sasakawa, 42 países alcançaram a meta da eliminação da lepra. A prevalência regional da lepra atingiu os 43 382 casos, e a taxa foi de 0,63 por 10 000 casos (Figura 8).

Figura 8: Consecução da eliminação da lepra na Região Africana, 2006



74. Na Região Africana, existe documentação adequada sobre a situação da tripanossomíase humana em África. Os dados revelam uma tendência de descida na incidência anual da doença ao longo dos últimos anos. Com o apoio do Escritório Regional, 16 de 21 países endémicos implementaram actividades de controlo em áreas prioritárias. Estes países atingiram 100% de desempenho no tratamento de casos detectados. Do mesmo modo, 11 dos 39 países endémicos levaram a cabo uma administração maciça anual de medicamentos para a eliminação da filaríase linfática. Quatro países conseguiram uma cobertura total da população de risco, tendo 30 milhões de pessoas recebido tratamento no ano em análise. O Togo interrompeu a transmissão da filaríase linfática (ou seja, reduziu a microfilarémia para 0%) (Figura 9).

Figura 9: Interrupção da filaríase linfática no Togo, 2006



75. Seis dos 40 países com esquistossomiase endémica prosseguiram os programas nacionais de tratamento para a esquistossomiase e helmintas transmitidos pelo solo; quatro destes programas atingiram a escala nacional. Quatro países criaram planos integrados de acção para o controlo das doenças tropicais negligenciadas; 16 países com helmintas endémicos transmitidos pelo solo implementaram programas de desparasitação com base nas escolas. Alguns destes países integraram a desparasitação com suplementos de vitamina A, campanhas de vacinação e outras intervenções de saúde infantil.

76. A oncocercose ou cegueira dos rios é uma doença que advém da pobreza e que afecta comunidades vulneráveis em áreas remotas. A cegueira dos rios tem um impacto negativo na produção agrícola e no crescimento económico da África Subsariana.

77. Em 2006, o Programa Africano de Combate à Oncocercose (PACO) deu formação a 31 000 profissionais de saúde e a 350 000 distribuidores direccionados para as comunidades (CDD) com vista à implementação da estratégia de tratamento com *ivermectina* direccionado para as comunidades (CDTI) (ver Figura 10). Em parceria com o pessoal dos sistemas de saúde, os CDD trataram mais de 45 milhões de pessoas em 15 países.

78. No mesmo ano, as operações do APOC evitaram 850 000 DALY. Para o total de 97 projectos de distribuição de *ivermectina*, registaram-se taxas médias de cobertura geográfica e terapêutica de 90% e 69%, respectivamente. Os projectos realizados em países com condições sociais estáveis obtiveram uma cobertura terapêutica entre os 78% e os 85%. Conseguiu-se manter a eliminação do vector anteriormente alcançada em dois focos, em Itwara, no Uganda, e em Bioko, na Guiné Equatorial.

79. A estratégia CDTI foi também utilizada para fornecer múltiplas intervenções de saúde, a par do tratamento com *ivermectina*, em comunidades situadas em zonas remotas. Um total de 16 milhões de pessoas em 61 projectos de CDTI em funcionamento em cinco países, beneficiou de intervenções suplementares, nomeadamente; antipalúdicos, fármacos contra a filariase linfática e a esquistossomiase; suplementação de vitamina A; e ITN.

80. Numa reunião de parceiros que decorreu em Setembro em Yaoundé, nos Camarões, os ministros da saúde africanos reiteraram o seu compromisso para com a aceleração da eliminação da cegueira dos rios enquanto problema socioeconómico e de saúde pública em todos os países, e exortaram os países endémicos a assumirem compromissos orçamentários anuais em prol das actividades de controlo da oncocercose. A Declaração de Yaoundé apoiava os esforços do PACO a transferirem a responsabilidade do controlo da oncocercose para os países interessados.

81. Em Dezembro de 2006, os países e os parceiros de desenvolvimento acordaram em prolongar as operações do PACO de 2010 para 2015. O PACO foi mandatado para assumir um papel mais abrangente na luta contra as doenças tropicais negligenciadas, alargar a sua estratégia de controlo do paludismo e ajudar os países a alcançarem as MDM. Em 2007, no final do biénio, será disponibilizado um relatório mais completo sobre as actividades do PACO.

Figura 10: Um distribuidor comunitário de ivermectina mede uma criança com uma vara doseadora para determinar a dosagem correcta a administrar



Investigação em Doenças Transmissíveis (CRD)

82. As actividades de investigação destinaram-se a manter e a aumentar as capacidades nacionais no domínio da investigação, através da formação e implementação de projectos de investigação. O Escritório Regional explorou igualmente novas formas de colaboração e de trabalho com o Programa Especial da OMS para a Investigação e Formação em Doenças Tropicais (TDR).

83. O Escritório Regional finalizou uma estratégia sobre investigação em doenças transmissíveis; essa estratégia contribuiu para a elaboração do documento, “Investigação em Saúde: uma agenda para a acção na Região Africana da OMS”, o qual foi adoptado pela Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano da OMS. O Escritório actualizou as bases de dados sobre instituições de investigação e investigadores na Região, tendo-as partilhado com as partes interessadas.

84. Esta área de actividade convocou duas reuniões de alto nível sobre investigação em saúde, para identificar os principais problemas e uma perspectiva africana sobre o mesmo tema; os resultados foram uma nova visão e uma estratégia decenal para a TDR. Essa estratégia servirá de base para uma agenda africana na Conferência Mundial sobre Investigação em Saúde, a realizar em Bamako, no Mali, em 2008. Como resultado do interesse e participação activa do Escritório Regional nos grupos de trabalho e nas reuniões da TDR, instituições e indivíduos de

18 países receberam 33 bolsas para investigação e formação. Continuou a manter-se um debate vivo sobre a criação de um esquema de pequenas bolsas da AFRO-TDR, destinadas aos países que recebam verbas do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo. O Escritório Regional encetou esforços para aumentar os recursos humanos na investigação, de forma a melhor ajudar os países no reforço das suas capacidades e competências no domínio da investigação.

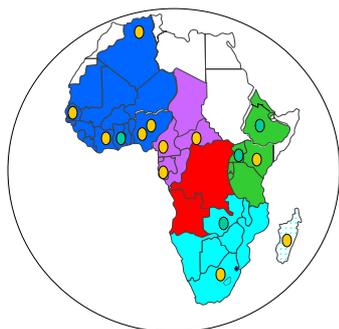
Vigilância e Resposta às Epidemias (CSR)

85. O Escritório Regional continuou a enfrentar os desafios colocados pela vigilância e resposta às epidemias referidos no plano de trabalho bienal. Entre estes contam-se: o reforço e a manutenção dos sistemas de vigilância das doenças, para uma rápida informação epidemiológica; a criação de sistemas de resposta para uma imediata contenção das emergências de saúde pública de preocupação nacional e internacional; e o reforço das capacidades laboratoriais, para confirmação dos agentes causadores de surtos epidémicos, incluindo a monitorização da resistência aos agentes antimicrobianos.

86. O aparecimento da gripe das aves em galináceos no Burkina Faso, Camarões, Côte d'Ivoire, Níger e Nigéria constituiu um grande desafio para a Região em 2006. A área de actividade do Escritório Regional dedicou-se activamente à prestação de apoio técnico para a avaliação dos riscos, elaboração de planos nacionais de preparação e resposta e actualização das competências do pessoal de saúde. Além disso, o pessoal técnico redigiu e divulgou o Plano Regional de Preparação e Resposta às Pandemias. A unidade realizou reuniões a nível regional e sub-regional, promoveu acções de formação de formadores de 42 países e efectuou missões conjuntas com outras agências da ONU.

87. O êxito da implementação da Vigilância e Resposta Integradas às Doenças nos países contribuiu significativamente para: a detecção precoce e o rápido controlo das epidemias; a geração de informação de base factual para monitorizar as tendências das doenças; e avaliação das intervenções. Os laboratórios de saúde pública de referência apoiaram activamente a confirmação de agentes causadores de todos os principais surtos verificados em 2006. A garantia de qualidade externa dos laboratórios nacionais de referência (Figura 10) prosseguiu em colaboração com o Instituto Nacional das Doenças Transmissíveis da África do Sul; 72 laboratórios de 46 países participaram neste esquema. A implementação do *Regulamento Sanitário Internacional* (2005) constituiu uma prioridade.

Figura 11: Rede de laboratórios da gripe na Região Africana



88. O Escritório Regional continuou a fornecer apoio técnico aos países com maiores surtos de cólera. Em 2006, 31 países⁶ reportaram um número cumulativo de 172 813 casos e 4 680 óbitos, com uma taxa global de mortalidade de 2,7% (Figura 11). Angola registou os números mais elevados de casos e óbitos (67 257 casos e 2 722 óbitos), seguido pela República Democrática do Congo (12 049 casos e 269 óbitos) e a Etiópia (42 953 casos e 455 óbitos), sendo responsável por uma percentagem significativa (71%) do fardo da cólera. Quatro países (Burkina Faso, Quênia, Níger e Uganda) reportaram meningite meningocócica e cinco países (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guiné, Mali e Togo) notificaram a ocorrência de febre amarela. Outros surtos registados foram a peste na República Democrática do Congo; a febre do Rift Valley no Quênia; e *chikungunya* (uma de muitas febres virais) nas Comores, Madagáscar, Maurícias e Seychelles. A área de actividade Alerta e Resposta às Epidemias (CSR) colaborou com a Preparação e Resposta a Situações de Emergência (EHA) e Saúde e Ambiente (PHE), para prestar um apoio coordenado aos países afectados.

Figura 12: Incidência da cólera, Região Africana da OMS, 2006



89. O Centro de Vigilância Multidoenças, em Ouagadougou, concentrou-se na vigilância da meningite e da oncocercose, em 2006, prestando apoio técnico na vigilância e resposta à meningite em seis países.⁷ O Centro formou pessoal de saúde, realizou uma análise retrospectiva dos dados dos últimos 20 anos sobre a meningite fornecidos pelo Burkina Faso, Mali e Níger e elaborou um plano estratégico decenal (2008 – 2016). O laboratório de biologia analisou mais de 400 000 amostras de mosca preta provenientes de vários países da Região, para determinar o potencial de infecção dos parasitas da oncocercose na mosca. As taxas de infecção constituíram a base para a investigação epidemiológica.

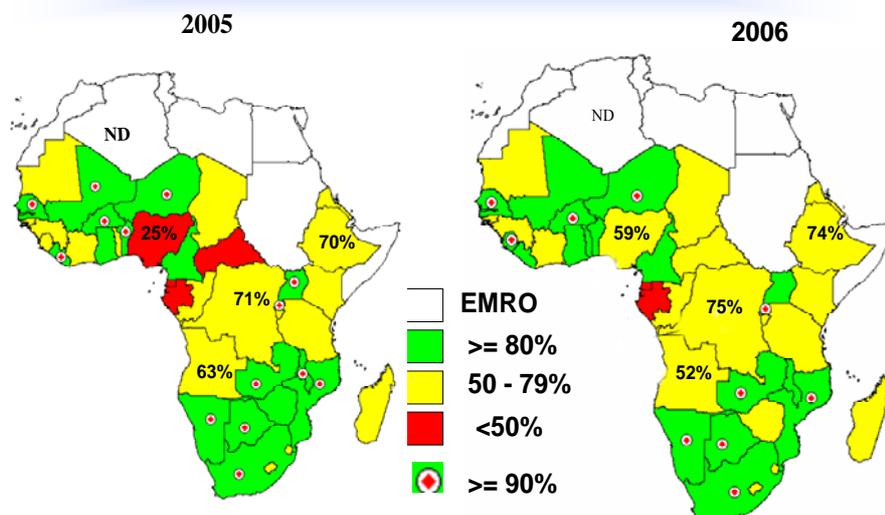
Desenvolvimento de Vacinas e Vacinação (IVD)

90. A cobertura da vacinação de rotina para a DPT3 melhorou significativamente de 73% em 2005 para 82% em 2006 (Figura 13). Todos os países, excepto Angola, Guiné Equatorial e Gabão, conseguiram uma taxa de cobertura da DPT3 superior a 50% a nível nacional, em comparação com 2005, ano em que quatro países ficaram abaixo desta marca. A Nigéria fez as maiores conquistas, subindo de 25%, em 2005, para 77% em 2006. Estas realizações podem ser atribuídas ao êxito da introdução e intensificação da Iniciativa Chegar a Todos os Distritos.

⁶ Angola, Benim, Burundi, Camarões, Chade, República do Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Etiópia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Libéria, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábue.

⁷ Burkina Faso, República Centrafricana, Chade, Níger, Nigéria e Togo.

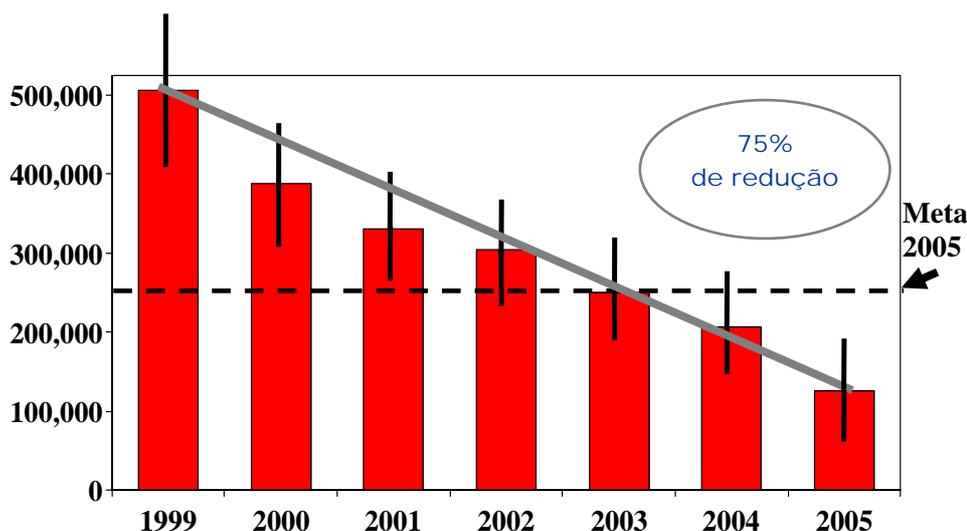
Figura 13: Cobertura Notificada da DPT3 na Região Africana da OMS, 2005 e 2006



Fonte: OMS, Programa Alargado de Vacinação, relatório mensal, Brazzaville, Escritório Regional Africano, 2006

91. Foram notificados, em 11 países, pequenos surtos de sarampo, devidos sobretudo a uma fraca cobertura da imunização de rotina. Nos outros países, os resultados da vacinação contra o sarampo foram muito positivos. Um total de 35 países instituíram a vigilância do sarampo com base nos casos ocorridos e 54% dos distritos investigaram, pelo menos, um caso suspeito de sarampo. Uma segunda oportunidade de vacinação contra o sarampo, com actividades suplementares de vacinação, beneficiou mais de 75,7 milhões de crianças em 20 países. Isso correspondeu a uma redução de 75% dos óbitos por sarampo estimados na Região, ultrapassando a meta de 2005 (Figura 14). As actividades suplementares de vacinação serviram de complemento a outras intervenções para a sobrevivência das crianças.

Figura 14: Estimativa da redução da mortalidade pelo sarampo na Região Africana, por níveis etários, 1999–2005

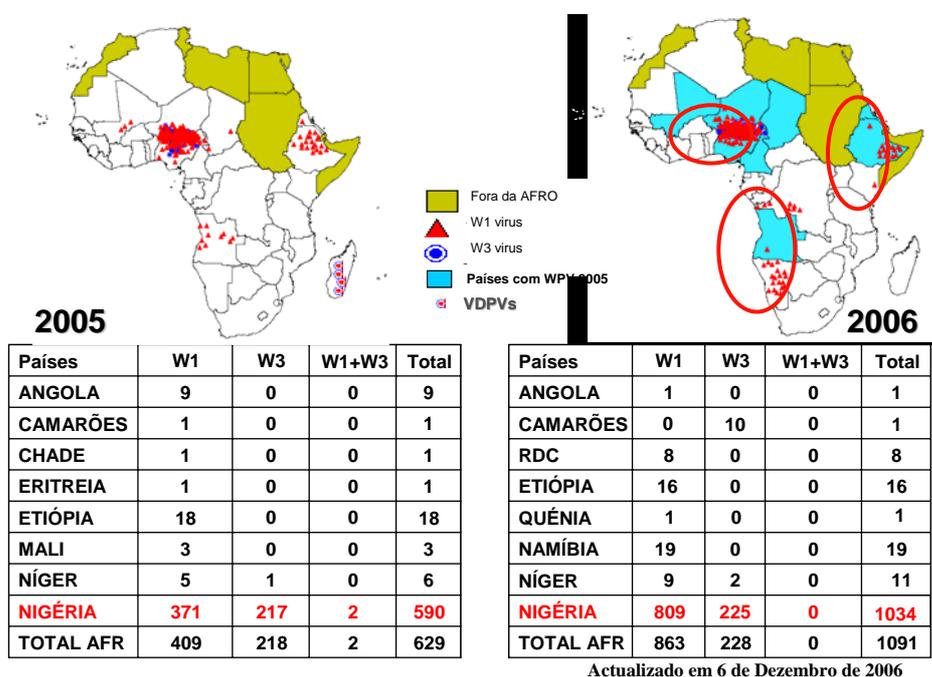


92. Vinte e seis países receberam apoio para a criação de planos institucionais de desenvolvimento para as autoridades reguladoras nacionais. A área de actividade elaborou dois modelos de currículo sobre o Programa Alargado de Vacinação, destinados às escolas médicas e de enfermagem, adoptou um plano de acção regional para a formação inicial, realizou cursos de nível médio sobre tratamento das doenças, dos quais dois interpaíses e dez a nível nacional.

93. Em 2006, foi notificado um total de 1091 casos de poliomielite, em comparação com 629, em 2005. A maioria dos casos ficou geograficamente confinada ao norte da Nigéria, com este país a manter-se como único país polio-endémico. Contudo, em países anteriormente livres de poliomielite, como Angola, Camarões, República Democrática do Congo, Etiópia, Quênia, Namíbia e Níger registaram-se importações do poliovírus selvagem (Figura 14).

94. Realizaram-se actividades suplementares de vacinação contra a poliomielite em 15 países, beneficiando mais de 73 milhões de crianças. A Nigéria implementou Jornadas Alargadas de Vacinação, vacinando mais 25% de crianças nos estados de alto risco de Kaduna, Kano, Katsina e Zamfara. Em toda a Região, 41 países atingiram os indicadores de vigilância da paralisia flácida aguda constantes das normas de certificação. A Comissão de Certificação da Região Africana aceitou a documentação comprovativa da erradicação da poliomielite do Burundi, Maurícias, Seychelles, África do Sul e Uganda.

Figura 15: Comparação dos casos de poliovírus selvagem, Região Africana, 2005 e 2006



PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

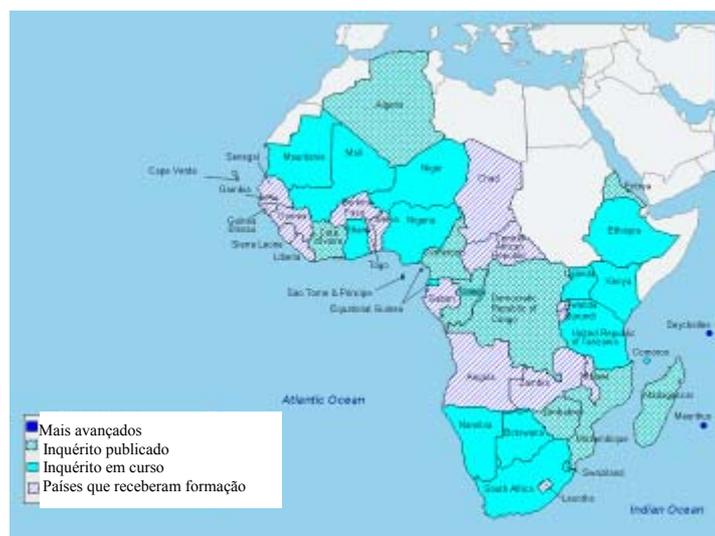
95. As doenças não-transmissíveis e os traumatismos representam um problema crescente de saúde pública na Região Africana, colocando grandes dificuldades sociais e económicas aos países. As doenças não-transmissíveis, como os AVC, doenças cardiovasculares, diabetes e cancro são cada vez mais comuns na Região. Os problemas de saúde mental também têm

aumentado, em parte como resultado das situações de conflito e pós-conflito. O tabaco é responsável pela morte de um em cada dez adultos em todo o mundo, a maioria dos quais vive nos países em desenvolvimento mais pobres, onde o aumento do uso do tabaco se fica a dever a técnicas de *marketing* agressivas por parte da indústria.

Gestão e vigilância das doenças não-transmissíveis (NCD)

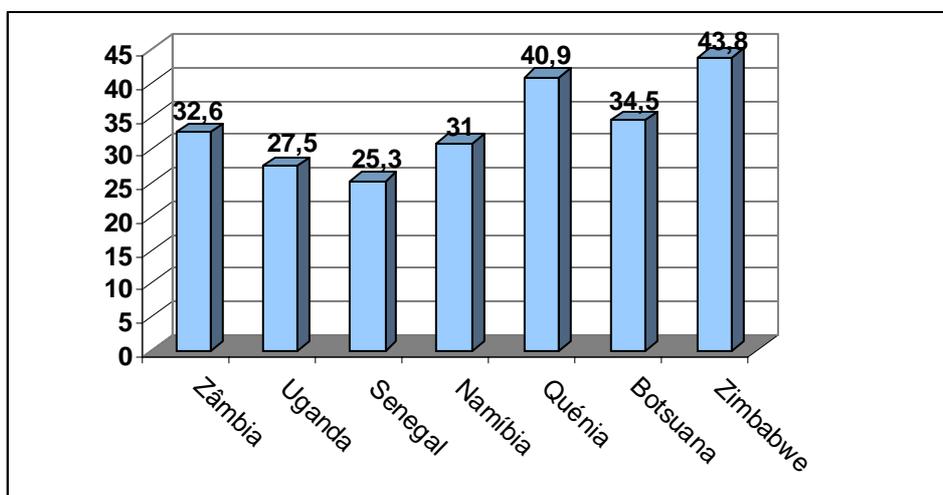
96. A Região Africana da OMS foi a primeira a completar a metodologia de formação STEPS (abordagem à vigilância por etapas), apresentada pela OMS, para a vigilância das doenças não-transmissíveis. Em 2006, 11 países completaram os seus inquéritos STEPS, 15 aplicaram o inquérito e os restantes 20 países receberam formação sobre o modo de realizar o inquérito (Figura 16). Os dados fornecidos pelos 11 países indicam uma elevada prevalência dos factores de risco de doenças não-transmissíveis na Região. As taxas de hipertensão foram de 33,1% em Moçambique, 32,5% na República do Congo, 29,1% na Argélia e 27,6% no Zimbabwe. O Zimbabwe também reportou 10% de prevalência de glicémia elevada. A cegueira evitável situa-se, actualmente, entre 0,4% e 4%.

Figura 16: Progressos no uso dos inquéritos STEPS na Região Africana, Dezembro 2006



97. Outros métodos STEPS, como o Inquérito Mundial à Saúde dos Estudantes com base nas escolas, revelaram que estes factores de risco ocorrem nas idades mais baixas porque os estudantes passam três ou mais horas por dia em actividades sedentárias, tais como ver televisão, jogar no computador ou conversar com amigos (Figura 16). A consequência destes níveis de prevalência é uma elevada taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares, diabetes, AVC e cancro.

Figura 17: Percentagem de estudantes de 13 – 15 anos que passam três ou mais horas por dia em actividades sedentárias, em alguns países da Região Africana da OMS, 2006



Fonte: Inquérito Mundial à Saúde dos Estudantes com base nas escolas, 2006

98. O Escritório Regional facilitou um quadro para a elaboração de programas nacionais para o tratamento da drepanocitose. Esse quadro, pedido pelos Estados-Membros na Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional, foi revisto no terceiro congresso científico sobre a drepanocitose, que se realizou em Dacar, no Senegal. A OMS organizou uma reunião especial para cinco pequenos países insulares (Cabo Verde, Comores, Maurícias, São Tomé e Príncipe e Seychelles), que analisaram a situação das doenças não-transmissíveis nos seus países. Países como a Côte d'Ivoire, a Eritreia, Madagáscar e Moçambique receberam apoio para a criação de programas de controlo integrados.

99. Os Camarões e a República Democrática do Congo começaram a actualizar os seus programas de luta contra a diabetes. Angola, Cabo Verde, República do Congo, Guiné-Bissau e Mauritânia criaram programas nacionais para a cegueira evitável e 39 países elaboraram planos nacionais de prevenção da cegueira, tendo participado em acções de formação sobre a Visão 2020. Alguns países, como a Etiópia, o Quênia, o Ruanda, a Tanzânia e o Uganda, desenvolveram as suas capacidades de planeamento a nível distrital para a Visão 2020.

100. Um manual intitulado *Elaborando políticas de saúde oral* foi publicado e divulgado na Região Africana. O Lesoto, o Ruanda e o Uganda finalizaram as suas políticas nacionais de saúde oral. Trinta e três países foram apoiados na criação de pontos focais nacionais para a saúde oral, a nível dos seus Ministérios da Saúde. Como consequência da integração da saúde oral na vigilância das doenças não-transmissíveis, a área de actividade criou uma lista de indicadores essenciais de saúde oral. No total, 23 países⁸ reportaram casos de noma. O Escritório Regional reforçou a parceria do noma com os Ventos de Esperança, que ajudou seis países a implementarem os seus programas nacionais do noma.

⁸ Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, República Centrafricana, Chade, Comores, República do Congo, República Democrática do Congo, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Mali, Moçambique, Níger, Ruanda, Senegal, África do Sul, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábue.

Saúde mental e abuso de substâncias psicoactivas (MNH)

101. Os progressos feitos na prevenção e tratamento das doenças transmissíveis e não-transmissíveis ficaram comprometidos com as consequências das guerras civis e conflitos políticos, guerras e catástrofes, que obrigaram à deslocação das populações. Neste contexto, aumentou, no ano em análise, o peso atribuído aos distúrbios mentais e neurológicos, bem como aos problemas psicossociais, associados ao uso prejudicial do álcool e de drogas ilegais, especialmente entre os jovens, que representam cerca de 45% da população africana.

102. Na sequência da Resolução da Assembleia Mundial da Saúde WHA58.26, sobre problemas de saúde pública causados pelo uso prejudicial do álcool, o Escritório Regional formou 28 profissionais de 16 países sobre o modo de identificar e implementar as estratégias apropriadas. Essa formação concentrou-se na detecção, gestão, tratamento e prevenção das consequências para a sociedade e para a saúde, associadas ao álcool e a outras substâncias psicoactivas.

103. Em 2006, esta área de actividade realizou um exercício de mapeamento de capacidades na Região Africana. Todos os 46 países recolheram informação relativa aos recursos humanos na área da enfermagem para a saúde mental. O inquérito apontou para necessidades de formação, criação de capacidades, ambiente e condições de trabalho. Havia também problemas relacionados com a realização de intervenções apropriadas de saúde mental, a diferentes níveis dos sistemas nacionais de cuidados de saúde, especialmente ao nível dos cuidados primários.

104. Doze peritos de 10 países da Região analisaram e seleccionaram áreas prioritárias e níveis de intervenção, com vista à integração da saúde mental nos serviços de cuidados primários de saúde. Foi dada prioridade aos estados associados à epilepsia, psicoses, depressões e abuso de substâncias psicoactivas. Com a ajuda do Escritório Regional, o Gana e as Maurícias formaram peritos em elaboração e análise, a nível nacional, da legislação sobre saúde mental. A Gâmbia desenvolveu uma política de saúde mental e um plano de acção quinquenal. O Benim, República Centrafricana e República do Congo envolveram-se em processos participativos semelhantes, para elaborarem políticas de saúde mental. A tónica foi colocada na garantia de protecção aos direitos básicos dos cidadãos, particularmente dos que vivem em condições difíceis. Cabo Verde, Gabão e Namíbia produziram materiais audiovisuais para promover a sensibilização.

Tabaco (TOB)

105. O Escritório Regional criou uma base de dados contendo as taxas de prevalência do uso de tabaco para 90% dos países da Região Africana. No ano em análise, o uso do tabaco foi ainda relativamente elevado na Argélia (12.8%), República do Congo (14.4%), Madagáscar (20%), Moçambique (18.7%), e Zimbabwe (12.1%). Inquéritos Mundiais sobre Tabagismo entre os jovens, efectuados nos países, indicam que o tabagismo se inicia, normalmente, mais cedo entre os rapazes adolescentes com distúrbios da atenção. As razões para as elevadas taxas de tabagismo entre as pessoas com desvios mentais e comportamentais não foram muito esclarecedoras. A exposição ao fumo secundário continua a ser um problema nos países africanos, em que as medidas de proibição de fumar nos locais públicos têm pouco impacto. As crianças representam uma larga percentagem da população que sofre como fumadora passiva.

106. A Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabágica foi ratificada por 30 países. A primeira Conferência das Partes foi realizada com sucesso, em Fevereiro de 2006, em Genebra, com a participação de 16 países africanos de baixo rendimento. O Escritório Regional elaborou orientações sobre a implementação, à atenção das Partes contratantes. Alguns países elaboraram e iniciaram a aplicação de legislação antitabágica. Dez novos países receberam apoio para formarem pessoal de saúde na área da preparação e aplicação de Inquéritos Mundiais sobre Tabagismo entre os Jovens, tendo participantes de 18 países frequentado acções de formação sobre o modo de proceder ao tratamento dos dados.

Promoção da saúde (HPR)

107. Em 2006, o Escritório Regional procedeu à formação de capacidades como resposta à importância atribuída aos vários determinantes subjacentes da saúde. Esta formação de capacidades permitiu que as equipas nacionais implementassem, de modo abrangente, políticas, acções e intervenções inovadoras para a promoção da saúde, assim como a recolha e divulgação da informação. Com o apoio do Escritório Regional, alguns países formaram especialistas para procederem à revisão das políticas nacionais de promoção da saúde, e a Eritreia, Guiné-Bissau, Malawi, Moçambique, Senegal e Suazilândia iniciaram o alargamento das suas políticas. Outros países criaram novas políticas para facilitar o reforço e o alargamento da colaboração intersectorial e para promover a saúde e evitar as doenças. O Instituto Regional de Saúde Pública do Benim e o Instituto Iringa de Cuidados Primários de Saúde da Tanzânia iniciaram o estabelecimento de novos cursos de promoção da saúde. Estes cursos baseiam-se na competência: os que completarem os cursos estarão habilitados a facilitar a implementação de acções integradas, em resposta às doenças prevalentes e emergentes.

108. Após um seminário interpaíses organizado pelo Escritório Regional, 14 países da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral iniciaram um processo a longo prazo de reforço das suas infra-estruturas de promoção da saúde, políticas e financiamento. A África do Sul implementou projectos interactivos de base comunitária de prevenção das doenças não-transmissíveis, em duas províncias. Os projectos usaram recursos tanto locais como nacionais.

109. Moçambique, a Namíbia e o Zimbabwe foram apoiados na implementação de intervenções abrangentes, destinadas a capacitar os jovens para enfrentarem o VIH/SIDA, o abuso de substâncias psicoactivas, a inactividade física, os maus regimes alimentares e outros problemas de saúde. A OMS trabalhou com a *Education International* com a finalidade de habilitar 14 países⁹ a mobilizarem os professores para tomarem medidas de prevenção da infecção pelo VIH e também para apoiarem os seus colegas infectados com o VIH e a SIDA. A implementação de intervenções de saúde em escolas-modelo continuou no Benim e na Zâmbia; a Argélia, Maurícias, Namíbia, Seychelles e África do Sul continuaram a implementar a iniciativa escolar de promoção da saúde.

110. Camarões, Gana, Maurícias, Seychelles e África do Sul iniciaram ou prosseguiram actividades relacionadas com estilos de vida, como meio de enfrentar as doenças não-transmissíveis. As principais áreas a tratar foram a actividade física e uma alimentação adequada. O interesse especial pela promoção da saúde por parte dos pontos focais nacionais,

⁹ Botsuana, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guiné, Lesoto, Mali, Maurítânia, Namíbia, Níger, África do Sul, Suazilândia, Togo, Zâmbia e Zimbabwe.

peritos regionais e gestores de programas da OMS facilitaram o desenvolvimento e o uso da promoção da saúde na Região, enquanto que os principais entraves foram a falta de pessoal altamente qualificado e a fragilidade das infra-estruturas nacionais.

Violência, traumatismos e incapacidades (INJ)

111. Em muitos países, o afogamento é uma das causas mais comuns de óbito, mas isso raras vezes foi reconhecido, pois a maioria das vítimas morriam antes de chegarem ao hospital. Outras importantes causas de traumatismos em 2006 foram as quedas e as queimaduras. As incapacidades, incluindo a cegueira, são problemas muito graves. Os acidentes rodoviários causaram o número mais elevado de mortes não naturais e continuam a ser uma das cinco principais causas de morte e de incapacidades, nas pessoas entre os 5 e os 44 anos.

112. Em Outubro de 2005, a Assembleia-Geral das Nações Unidas aprovou uma resolução sobre segurança rodoviária (A/60/5), que reconhecia a necessidade de sensibilizar permanentemente as pessoas para o problema. Nela se convidava as comissões económicas regionais da ONU e da OMS a organizarem conjuntamente a primeira Semana Mundial das Nações Unidas para a Segurança Rodoviária. Em 2006, o Escritório Regional Africano da OMS estabeleceu parcerias com a Comissão Económica Africana e outras ONG internacionais, para prepararem a Conferência Africana de Alto Nível para a Segurança Rodoviária, em 2007.

113. Continuam a ser significativas as incapacidades decorrentes de conflitos armados, violência interpessoal, suicídio e violência contra as crianças. A advocacia sustentada por parte do Escritório Regional fez com que muitos países da Região dessem prioridade nas suas agendas às lesões e à violência. Em Abril, a África do Sul promoveu a Oitava Conferência Mundial de Prevenção da Violência e das Incapacidades, à qual assistiram participantes de 11 países.

114. Os trabalhos iniciaram-se com o *relatório africano sobre violência e saúde*, a ser lançado em 2007. O relatório indicará o caminho a seguir pelos países, comunidades e sociedade civil para promover a advocacia e para implementar intervenções de prevenção da violência. A Etiópia criou uma política de prevenção das incapacidades e da violência, utilizando um processo consultivo abrangente e multisectorial. O Gana elaborou e lançou uma política de incapacidades e de reabilitação.

SAÚDE FAMILIAR E REPRODUTIVA

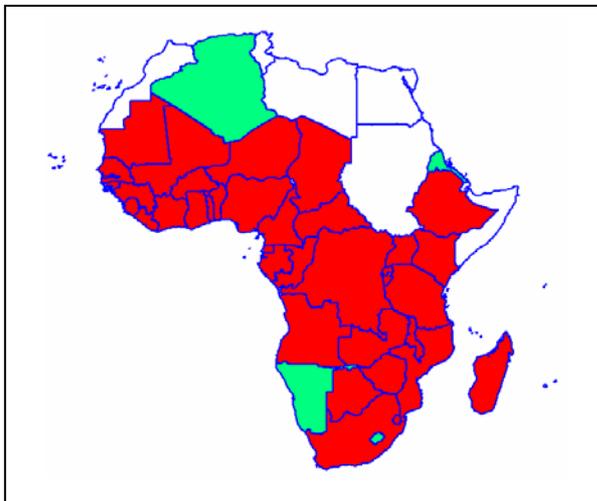
115. Dentro das suas cinco áreas de actividade, em 2006, a Divisão da Saúde Familiar e Reprodutiva prestou apoio aos Estados-Membros para a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio 3, 4, 5 e 6. Este apoio determinou uma melhoria sustentada da saúde materna, neonatal, das crianças e dos adolescentes, da prevenção e tratamento da violência sexual e da prevenção da transmissão vertical da infecção pelo VIH. Para além disso, os programas de nutrição e de saúde das mulheres capacitaram os países a controlar a má nutrição e as devastadoras doenças emergentes, no seio dos grupos mais vulneráveis.

Saúde das crianças e dos adolescentes (CAH)

116. Estima-se que, na Região Africana, morram 4,6 milhões de crianças menores de cinco anos por doenças evitáveis e tratáveis. A maioria dos países apresenta uma taxa de mortalidade,

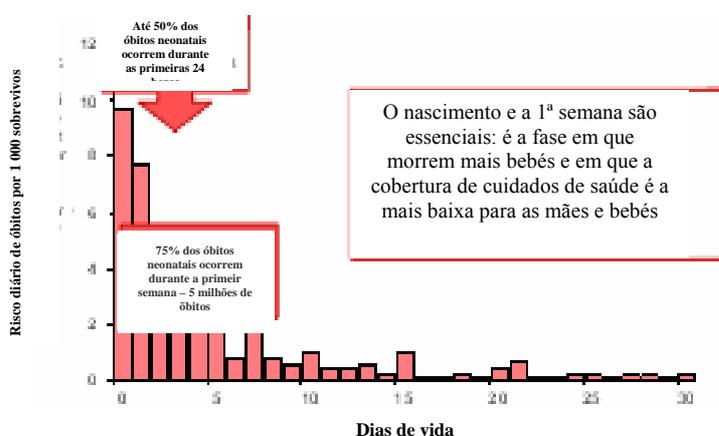
nas crianças menores de cinco anos, superior a 90 por 1 000 nados-vivos (ver Figura 17). Preocupados com esta situação, os ministros da saúde adoptaram a Estratégia da Sobrevivência Infantil e a respectiva resolução, elaborada em conjunto pela OMS, UNICEF e Banco Mundial, na Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional, em 2006. Subsequentemente, o Escritório Regional apoiou alguns países na elaboração de estratégias nacionais de sobrevivência da criança e outras de promoção da saúde neonatal.

Figura 18: Os 37 países africanos com a maior taxa de mortalidade infantil



117. Dado que a mortalidade neonatal é mais alta durante as primeiras 24 horas de vida (Figura 19), países como a Eritreia, a Gâmbia, o Malawi e Moçambique adaptaram directivas no âmbito da Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), para cuidados adequados e atempados aos recém-nascidos. Cabo Verde e a Côte d'Ivoire realizaram os seus primeiros cursos nacionais de formação em AIDI. A Libéria, o Ruanda e a Serra Leoa analisaram e adaptaram as orientações da AIDI. A República Centrafricana, o Gabão e a Guiné introduziram formação inicial em AIDI. A República Democrática do Congo e a África do Sul realizaram avaliações da AIDI.

Figura 19: Óbitos de Recém-Nascidos em África



Fonte: Lawn J.E. Fruben K.: Daily risk of death in Africa during first month of life based on analysis of 19 DHS datasets (2000 to 2004) with 5,476 neonatal deaths

118. A Tanzânia e a Zâmbia efectuaram avaliações dos cuidados neonatais e a investigação operacional na Zâmbia fez a apreciação das competências dos agentes de cuidados primários de saúde para o tratamento das crianças doentes. A investigação da Zâmbia analisou a eficácia da formação em cursos de AIDI, com a duração de 11 e 6 dias. O resultado foi uma decisão política no sentido de se adoptarem cursos de AIDI de 6 dias, para formar agentes de cuidados primários de saúde.

119. O Gana, o Mali e o Senegal avaliaram a qualidade dos cuidados em estabelecimentos de saúde de referência. A Nigéria deu formação em triagem das emergências, avaliação e tratamento, e divulgou ainda normas sobre os cuidados a prestar às crianças doentes em instituições de referência.

120. Com o apoio do Escritório Regional, a Etiópia, a Nigéria, o Uganda e a Zâmbia realizaram acções de formação para o tratamento pediátrico do VIH/SIDA, usando a abordagem da AIDI; 16 outros países receberam cursos de actualização sobre o tratamento das diarreias, assim como sobre prevenção, tratamento e cuidados pediátricos do VIH/SIDA. O Gabão, a Guiné-Bissau e a Mauritânia criaram planos nacionais de Comunidade-AIDI. Madagáscar e o Níger elaboraram materiais de formação para o tratamento, de base comunitária, de casos de doenças da infância. O Gana, Madagáscar, Uganda e Zâmbia promoveram Semanas de Saúde Infantil, o que proporcionou a prestação de pacotes integrados de intervenções sobre saúde e nutrição.

121. Ao longo do ano, 38 países implementaram sistematicamente programas de saúde e de desenvolvimento dos adolescentes. O Burkina Faso, o Malawi e a Suazilândia iniciaram serviços de saúde amigos dos adolescentes, e o Lesoto, o Senegal e a Tanzânia alargaram a cobertura dos seus serviços. Moçambique, a Namíbia e o Zimbabwe reforçaram a abordagem da Aliança dos Pais, Adolescentes e Comunidades. Esta área de actividade elaborou e divulgou as lições aprendidas.

Saúde reprodutiva (RHR)

122. Para responder aos problemas e aos desafios, a área de actividade da saúde reprodutiva prestou apoio técnico aos países, para reforço das suas capacidades de planeamento, implementação e avaliação dos serviços de saúde reprodutiva; promoveu a utilização de práticas de base factual para a implementação dos serviços; promoveu a investigação e a informação gerada pela investigação, para melhorar os programas de saúde sexual e reprodutiva e a prestação de serviços.

123. Com o apoio do Escritório Regional, o Burkina Faso, o Gana e o Senegal avaliaram os centros de investigação em saúde reprodutiva, para aperfeiçoar a investigação e a formação de capacidades e para desenvolver planos de colaboração. Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe formaram 25 gestores de programas da OMS e do Ministério da Saúde, na área da saúde materna, dos recém-nascidos e das crianças. A Eritreia, o Quênia, Moçambique, a Tanzânia e o Zimbabwe deram formação a 16 gestores de programas e de informação sobre o uso de instrumentos de monitorização e de supervisão integrada. No contexto da monitorização, a Iniciativa Visão 2010 das Primeiras Damas da África Ocidental, a primeira reunião da *taskforce* da saúde materna, dos recém-nascidos e das crianças, em Outubro,

chegou a um consenso sobre a lista regional dos indicadores da saúde materna e dos recém-nascidos.

124. Seis países¹⁰ implementaram projectos de demonstração da viabilidade e aceitação da integração do rastreio do cancro do útero nos serviços de saúde reprodutiva. Onze países¹¹ divulgaram orientações e material de formação sobre saúde materna, planeamento familiar e infecções sexualmente transmissíveis. Onze países promoveram o uso dos resultados da investigação operacional, para melhorar a qualidade dos cuidados; um exemplo disto foi um estudo sobre o uso do partograma na Guiné.

125. A unidade técnica desenvolveu um quadro regional para integração do planeamento familiar, da prevenção da transmissão vertical do VIH, do paludismo durante a gravidez e da nutrição, nos serviços da saúde materno-infantil. O Escritório Regional prestou apoio à formulação da estratégia de saúde reprodutiva da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral. A análise do instrumento de advocacia do planeamento familiar teve início em 2006 e terminará em 2007.

Tornar a gravidez mais segura (MPS)

126. Em 2006, a mortalidade materna na Região Africana continuou elevada. Para além da falta de parteiras qualificadas, a infecção pelo VIH e o paludismo nas mulheres grávidas contribuíram significativamente para a mortalidade materna e para a frágil saúde dos recém-nascidos. A iniciativa Tornar a Gravidez mais Segura colaborou com outras áreas de actividade para desenvolver um projecto de quadro a ser integrado nos serviços de saúde materna, dos recém-nascidos e das crianças.

127. O Escritório Regional ajudou 25% dos países da Região Africana a elaborar Roteiros Nacionais para acelerarem a redução da mortalidade materna e neonatal. O Burkina Faso, o Mali, a Mauritânia, o Senegal e o Togo formaram 16 facilitadores na utilização do instrumento REDUCE/ALIVE, que resultou na adopção de políticas nacionais para a prestação de serviços gratuitos às mulheres grávidas. Nove países da África Ocidental reforçaram as capacidades de 30 jornalistas na realização de reportagens sobre saúde materna e neonatal. A Eritreia, o Quênia, Moçambique, a Tanzânia e o Zimbabwe deram formação a 14 directores de programas sobre o uso das ferramentas informáticas da OMS na monitorização e supervisão das actividades de saúde materna, neonatal e infantil.

128. Vários países fizeram formação na área das intervenções de VIH, para prevenir a transmissão vertical do VIH, bem como em cuidados, tratamento e apoio pediátrico ao VIH. Os Camarões, a República Centrafricana, a Guiné Equatorial, a Eritreia e a Gâmbia reviram as suas políticas e programas de Paludismo durante a Gravidez. O Escritório Regional prestou apoio técnico às Comunidades Sanitárias da África Oriental, Central e Austral para elaborarem documentos políticos e planos estratégicos sobre o Paludismo durante a gravidez.

¹⁰ Madagáscar, Malawi, Nigéria, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.

¹¹ Benim, Camarões, Guiné, Quênia, Madagáscar, Nigéria, Tanzânia, Ruanda, África do Sul, Zâmbia e Zimbabwe.

Género, mulheres e saúde (WMH)

129. Em 2006, muitas mulheres africanas ainda não beneficiavam de uma cobertura universal nem de acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva abrangentes e de qualidade. Um estudo da OMS sobre a saúde das mulheres e a violência revelou uma elevada prevalência da violência sexual e baseada no género. Mais de três milhões de raparigas em África são vítimas, todos os anos, da mutilação genital feminina (MGF). O Escritório Regional continuou a implementação da Estratégia da Saúde da Mulher, criada em 2003. Ao longo do ano, a tónica foi colocada na resposta a três questões essenciais: sensibilização para as necessidades de saúde das mulheres, violência sexual e baseada no género e mutilação genital feminina.

130. Com o apoio do Escritório Regional, o Quénia, a Nigéria, a Tanzânia e o Uganda trocaram experiências e formaram profissionais de saúde na análise e integração da dimensão do género. Os mesmos países usaram o *kit* de género e saúde, as orientações para a integração da dimensão do género e a matriz de análise do género, para rever os seus planos de trabalho sobre VIH e SIDA, paludismo e morbilidade e mortalidade maternas. A OMS defendeu o uso da matriz de análise do género, para obter uma desagregação dos dados relativos ao sexo; como resultado, as comunidades regionais económicas usaram a análise do género para um melhor planeamento e programação.

131. A União Africana, a União Parlamentar Africana e a Associação Internacional das Mulheres Médicas utilizaram peritos da OMS para analisar e criar os seus programas sobre MGF e violência sexual e baseada no género. Em colaboração com o Escritório Regional e a FORWARD, o Quénia acolheu o Burkina Faso, a Mauritânia, a Nigéria e a África do Sul, para procederem a uma análise da dimensão legal, do abuso de crianças e das questões de protecção contra a MGF; Vinte e cinco países participaram numa sessão de telemedicina sobre MGF. As jornadas nacionais de medicina no Mali e no Senegal reforçaram o empenho para erradicar a MGF. O Escritório Regional auxiliou a GTZ a elaborar o seu plano de acção relativo à MGF entre as mulheres migrantes e refugiadas.

Nutrição (NUT)

132. Na Região Africana, tanto a inadequada alimentação dos bebés e das crianças pequenas como as deficiências nutricionais constituem um importante factor subjacente da mortalidade e de morbilidade. Mais de 50% da mortalidade e da morbilidade das mulheres grávidas e das crianças menores de cinco anos é resultante da má nutrição. Além disso, a obesidade, a diabetes, certos cancros e doenças cardiovasculares relacionadas com os regimes alimentares representam cerca de 28% da morbilidade e 35% da mortalidade.

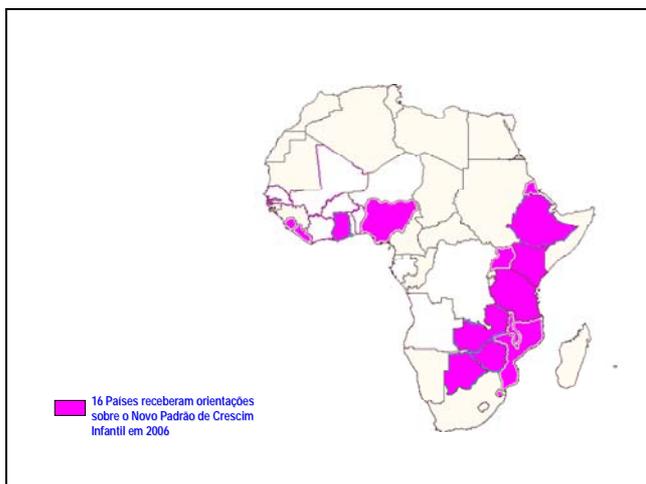
133. O Escritório Regional delineou um plano de acção para implementar a estratégia da nutrição e 23 países empenharam-se bastante na luta contra a má nutrição em África, usando uma abordagem multisectorial. O Benim, o Mali, o Níger, o Togo e a Zâmbia criaram estratégias nacionais para alimentar os bebés e as crianças pequenas. O Escritório Regional também elaborou quadros para integrar a nutrição nos serviços de saúde materna, do recém-nascido e da criança, bem como para incluir as pessoas que vivem com o VIH/SIDA nas propostas para o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo. A OMS

reforçou as parcerias com organizações e principais partes interessadas, para integrar a nutrição e mobilizar os recursos necessários para as actividades a nível nacional e regional.

134. Oito países receberam apoio para rever as suas políticas de subnutrição materna e infantil. O Botsuana, a Eritreia, a Guiné, o Quênia e o Malawi finalizaram as suas políticas e planos de alimentação e nutrição; Onze países criaram planos de implementação da Iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés, no contexto do VIH/SIDA. A fim de integrar a nutrição nos seus Roteiros Nacionais de redução da mortalidade materna e neonatal, 22 países elaboraram planos de acção para promover a optimização do crescimento e desenvolvimento do feto. A Nigéria concluiu um manual de formação sobre o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno; a Gâmbia e a Zâmbia integraram o código na sua legislação nacional.

135. O Botsuana, Madagáscar, o Níger e a Tanzânia realizaram formação na área da criação de orientações nacionais para o tratamento, em meio hospitalar, da má nutrição grave. Oito países¹² usaram o Curso de Aconselhamento sobre a Nutrição Integrada de Bebés e Crianças Pequenas para formar formadores. Esta área de actividade deu orientações a 16 países sobre os novos padrões de crescimento infantil da OMS (Figura 19) e a revitalização do sistema de vigilância nutricional, para monitorizar a situação nutricional na Região.

Figura 20: Países orientados pelos novos padrões de crescimento infantil da OMS, Região Africana, 2006



AMBIENTES SAUDÁVEIS E DESENVOLVIMENTO SUSTENTADO

136. Em 2006, o Escritório Regional enfrentou alguns dos desafios que se colocam aos ambientes saudáveis e ao desenvolvimento sustentado, através dos contributos das quatro áreas de actividade da Divisão de Ambientes Saudáveis e Desenvolvimento Sustentado: Elaboração de Políticas para a Saúde no Desenvolvimento; Saúde e Ambiente; Preparação e Resposta a Situações de Emergência; e Segurança Alimentar.

¹² Camarões, Côte d'Ivoire, Gana, Nigéria, Serra Leoa, Tanzânia, Zâmbia e Zimbábwe.

Elaboração de políticas para o desenvolvimento da saúde (HSD)

137. A pobreza, os conflitos e os riscos associados à contaminação da água e dos alimentos, o mau saneamento básico e as inadequadas condições ambientais continuam a constituir os determinantes essenciais da saúde em África, em 2006. A data limite para as Metas de Desenvolvimento do Milénio já terminou há cerca de oito anos atrás. O empenhamento nos progressos na via das MDM funcionou, em muitos países, como factor de arranque para a sua consecução. As *Orientações Estratégicas para a Acção da OMS na Região Africana 2005-2009* redefiniram as prioridades da Região, para responder aos determinantes essenciais da saúde.

138. O apoio financeiro, através do programa da parceria UE-OMS, ajudou seis países da Região a avançar para as MDM. O Escritório Regional encomendou um relatório para analisar as realizações dos países na via das MDM, tendo os dados iniciais sugerido que poucos países na Região Africana estavam a prosseguir as MDM. A escassez da informação disponível exigia que se procedesse a uma análise mais profunda. O desafio para a OMS foi o de apoiar os países a monitorizar e avaliar os seus progressos. A OMS continuou a elaborar quadros e orientações para ajudar os países a criarem e a implementarem políticas e estratégias destinadas a reduzir as desigualdades e a aumentar os investimentos na saúde em prol dos mais pobres.

139. O Escritório Regional preparou um projecto de quadro sobre os determinantes sociais da saúde, tendo realizado uma reunião de facilitadores da sociedade civil africana, para elaborar um plano de trabalho de envolvimento da sociedade civil na Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CSDH) da OMS. O Secretariado da CSDH apoiou, em muitos países, estudos sobre o acesso equitativo aos serviços de cuidados de saúde.

140. O Quénia acolheu a quinta reunião da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em Nairobi, e concordou em criar uma comissão nacional sobre os determinantes sociais da saúde. Para promover as questões relacionadas com o comércio, a pobreza e a saúde no desenvolvimento sustentável, o pessoal técnico preparou um documento para ser apreciado pelos Estados-Membros, durante a Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional. Posteriormente, os Estados-Membros aprovaram uma resolução para comprometer os países na promoção da equidade, em questões de desenvolvimento da saúde.

Saúde e ambiente (PHE)

141. Em 2006, entre 60% a 70% das doenças infecciosas e parasitárias na Região Africana foram atribuídas a factores ambientais. Estes factores estão associados, sobretudo, à expansão desordenada dos aglomerados urbanos e às construções de má qualidade. No seio das famílias e das comunidades, o abastecimento inadequado de água potável e o deficiente saneamento básico, bem como os comportamentos pouco higiénicos contribuíram significativamente para uma saúde deficiente. Muitas destas doenças podem ser evitadas, se houver recursos adequados e vontade política para mudar a situação. Houve ainda indícios mais evidentes de que as alterações climáticas contribuíram bastante para o aumento das taxas de transmissão de doenças.

142. Ao longo do ano, as Comores, o Gabão, a Guiné, o Quénia e o Ruanda iniciaram preparativos para a elaboração de políticas nacionais de saúde ambiental; a Gâmbia e a Suazilândia concentraram-se no desenvolvimento da saúde ocupacional. Um total de 18 países elaborou planos de acção específicos para tratamento dos lixos. Cinco países reforçaram

actividades de controlo da qualidade da água potável. A Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e o Zimbabwe melhoraram o saneamento com a construção de poços e latrinas. Os Camarões, o Quénia, o Mali e Moçambique documentaram a situação das instalações escolares, da segurança alimentar e das condições de higiene. Com o apoio técnico do Escritório Regional, a Côte d'Ivoire fez a gestão de uma crise no tratamento dos resíduos perigosos.

143. O Quénia iniciou um projecto para reduzir a vulnerabilidade da saúde resultante das variações e alterações climáticas. Os Camarões e a República do Congo prepararam perfis entomológicos do paludismo, tendo a República Democrática do Congo, a Etiópia e a Nigéria iniciado esses perfis. Com o apoio do Escritório Regional, Angola, Camarões, Quénia, Mali e Moçambique avaliaram as carências nas escolas, na área da segurança alimentar e da saúde ambiental.

Preparação e resposta a situações de emergência (EHA)

144. Em 2006, as emergências relacionadas com a saúde devidas a conflitos civis, ausência de colheitas, secas e inundações continuaram a assolar a Região Africana. A governação deficiente afectou as actividades agrícolas e a suficiência alimentar, em alguns países da África Austral, e as secas e inundações continuaram a ocorrer no Corno de África. O Escritório Regional iniciou um inquérito sobre a Acção Sanitária em Situações de Crise, que servirá de base para apoiar os países na sua capacidade de preparação e resposta. No entanto, as capacidades existentes para enfrentar estas questões continuam excessivamente limitadas.

145. A Região contratou mais três nutricionistas, para participarem nas três Equipas de Apoio Interpaíses e recrutou seis outros pontos focais, elevando o pessoal desta área de actividade para 21 em 2006. Para elaborar e implementar mais planos de acção, a Região também recrutou pessoal nacional. O Escritório Regional forneceu apoio técnico, material e financeiro a 23 países, para as suas actividades de preparação e resposta às emergências. Moçambique e São Tomé e Príncipe foram apoiados para participarem, no Brasil, numa formação sobre preparação e resposta às emergências, destinada a gestores de nível superior. Alguns cidadãos do Benim, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Senegal e Togo participaram num curso semelhante promovido pelo Instituto de Saúde Pública (Benim).

146. Tanto o Escritório Regional Africano como o Escritório Regional do Mediterrâneo Oriental da OMS abriram, no Corno de África, um centro de colaboração em Nairobi, no Quénia, para dar resposta às catástrofes naturais crónicas e às situações de crise, nessa parte do continente. Os esforços de Preparação e Resposta a Situações de Emergência (Escritório Regional), a Acção Sanitária em Situações de Crise (Sede) nesta Região e a implementação bem sucedida dos projectos financiados pela OCHA no Corno de África ajudaram a garantir subsídios do Fundo Rotativo Central para as Emergências a 11 países africanos, tendo alguns deles recebido mais de dois subsídios.

Segurança alimentar (FOS)

147. Em 2006, a contaminação dos alimentos e da água continuaram a provocar até cinco episódios de diarreia por criança e por ano, resultando numa mortalidade total de cerca de 700 000, para todos os grupos etários em África. Ocorreram na Região vários surtos relacionados com os alimentos, e a taxa de mortalidade da aflatoxicose aguda aumentou 40%. Outros

problemas de segurança alimentar estavam associados às novas e emergentes ameaças de contaminantes químicos, nomeadamente pesticidas, contaminação nuclear e toxinas microbianas. O financiamento para a qualidade da segurança alimentar continua insuficiente. A maioria dos sistemas nacionais de controlo alimentar mantêm-se espalhados por diversas agências sectoriais com responsabilidades mal definidas, legislação alimentar inadequada, más infra-estruturas laboratoriais e fracas actividades de vigilância.

148. A partir das orientações da Resolução AFR/RC53/R5 sobre segurança alimentar, as actividades do Escritório Regional para o ano em análise incidiram: no reforço das capacidades para a vigilância das doenças de origem alimentar; na melhoria da participação dos países na Comissão do Codex Alimentarius; na elaboração de políticas e estratégias de segurança alimentar; na formação de pessoal na área das implicações das micotoxinas perigosas nos alimentos; e na educação para a segurança alimentar.

149. O Escritório Regional completou orientações para a vigilância das doenças de origem alimentar e monitorização dos alimentos, bem como directivas para as políticas e legislação sobre segurança alimentar. O Quênia fez a revisão da sua política de segurança alimentar e a Argélia lançou um plano de acção nacional para a segurança alimentar. O Escritório Regional deu apoio durante os surtos de aflatoxicose no Quênia, diarreia infantil no Botsuana e diarreia aquosa aguda na Etiópia. O Senegal criou um sistema de vigilância das doenças de origem alimentar.

150. Os nacionais dos Camarões e do Gana participaram na Acção de Formação *Fathe Total Diet*, em Outubro, aperfeiçoando competências para monitorizar os químicos presentes nos alimentos. Os nacionais do Botsuana, Lesoto, Namíbia, África do Sul, Zâmbia e Zimbabwe participaram numa acção de formação conjunta OMS/FAO sobre o reforço da segurança dos alimentos do pequeno comércio alimentar menos desenvolvido. O Escritório Regional fez um teste-piloto ao documento de orientações da FAO/OMS, sobre aplicação da análise dos riscos e dos pontos críticos de controlo do pequeno comércio alimentar menos desenvolvido, tendo preparado propostas solicitando fundos à Organização Mundial do Comércio, para projectos no Benim e na Tanzânia.

151. O Escritório Regional reportou actividades de formação de capacidades na Vigésima-nona sessão da Comissão do Codex Alimentarius e da Comissão Coordenadora Africana do Codex. O Fundo Fiduciário do Codex ajudou 22 países africanos a participarem em várias reuniões do Codex. A República do Congo e o Lesoto reinauguraram as suas comissões nacionais do Codex. A República do Congo e a República Democrática do Congo participaram no curso sobre o Codex promovido pela OMS/FAO. Os participantes dos Camarões, Chade, República do Congo, Guiné, Lesoto e Mali iniciaram projectos educativos sobre segurança alimentar, usando as cinco chaves da OMS para uma alimentação mais segura.

Figura 21: Produtos fora de prazo apreendidos durante uma campanha de segurança alimentar no Lesoto



ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

152. A implementação bem sucedida dos programas técnicos da OMS com os países depende parcialmente da prestação eficaz de serviços de apoio por parte da Divisão de Administração e Finanças. Em 2006, a atenção da Divisão à prestação de serviços foi dominada pela formação das Equipas de Apoio Interpaíses (IST) em três países (Burkina Faso, Gabão e Zimbábwe); pela recontração e nomeação de pessoal para o Escritório Regional em Brazzaville; e pelo encerramento do Escritório Sub-regional de Harare. Para apoiar e continuar a implementação do processo de reestruturação, a Divisão colocou maior empenho nos serviços das seguintes áreas de actividade: Infra-estruturas e Logística; Gestão dos Recursos Humanos da OMS; Gestão Orçamental e Financeira.

Infra-estruturas e logística (IIS)

153. Em 2006, o Escritório Regional implementou a decisão dos Estados-Membros em fazer regressar todos os sectores e o pessoal à localização original em Brazzaville. No entanto, o espaço dos gabinetes dentro do complexo do Escritório Regional era ainda muito limitado, em comparação com as necessidades. A instalação de todo o pessoal internacional nas estruturas físicas do complexo não era já viável. Consequentemente, o pessoal recontratado para Brazzaville foi encorajado a alugar alojamentos privados fora do complexo da OMS. No Gabão, o governo doou um edifício para a Equipa de Apoio Interpaíses, o qual teve que ser rápida e adequadamente mobilado e equipado, de acordo com os requisitos necessários.

154. Os concursos para materiais e serviços, através de procedimentos aprovados de concurso, melhoraram significativamente, tanto a nível nacional como regional. Isso deveu-se, parcialmente, à instalação de uma base de dados actualizada de fornecedores e de um sistema de registo de dados estatísticos.

155. Para segurança no terreno, a área de actividade instalou a base de dados do Sistema Integrado de Serviços, para harmonizar as operações. O sistema foi disponibilizado pela AFRO Intranet e é acessível aos membros do pessoal, através da função de auto-serviço, tendo sido alargado às 46 representações da OMS nos países, em toda a Região Africana. A aquisição de equipamento fotográfico permitiu facilitar a identificação do pessoal por parte de agências de segurança relevantes.

Gestão dos recursos humanos da OMS (HRS)

156. Em finais de 2006, o número de trabalhadores da OMS na Região Africana era de 2 547 funcionários, sendo 436 os adstritos ao Escritório Regional. O Escritório Regional recrutou oito novos representantes da OMS nos países, através de exames e de entrevistas. O Escritório Regional trabalhou em estreita colaboração com as divisões técnicas e as representações nos países e na Sede, para concluir o desenvolvimento e a estratégia de formação do pessoal regional. Elaborou ainda um plano para descentralizar algumas funções dos recursos humanos para as Equipas de Apoio Interpaíses. No contexto das reformas contratuais, esta área de actividade criou mais de 500 postos de trabalho, convertendo contratos temporários em contratos a termo fixo. Onze novos representantes da OMS nos países frequentaram cursos na área da formação de capacidades. O Programa Mundial de Gestão e Liderança promoveu acções de formação regionais para gestores superiores. Esta área de actividade apoiou o exercício de

redefinição dos perfis, tanto no Escritório Regional como nas representações nos países, e ajudou no encerramento do Escritório Sub-regional de Harare. Continua a ser um importante obstáculo o número limitado de pessoal profissional para executar as árduas tarefas necessárias e para responder à crescente solicitação dos serviços de recursos humanos.

Gestão orçamental e financeira (FNS)

157. Para o biénio 2006-2007, foi aprovado pelo orçamento ordinário um total de 203,6 milhões de dólares, o que representa 21,4% das necessidades reais do orçamento. Prevê-se que o montante de 746,8 milhões de dólares seja proveniente de outras fontes e não do orçamento ordinário. Em Dezembro de 2006, o montante total do orçamento aprovado foi de 360,4 milhões de dólares, os quais representavam 37,9% do total estimado para o biénio. Em reuniões mais recentes, o estado de execução do orçamento foi exaustivamente debatido e foram afectados mais fundos, de acordo com as necessidades.

158. Ao longo do ano, o funcionamento do orçamento e finanças foi consolidado em Brazzaville. O Escritório Regional também mudou de um sistema de operações bancárias por via electrónica para um sistema via Internet, para as transferências internacionais, para reabastecer a caixa pequena das representações nos países. Este processo reduziu significativamente o período de tempo das transferências para as representações nos países, abreviando desse modo a implementação de operações e de actividades.

159. Uma parte da gestão financeira foi descentralizada, com a cedência de gestores financeiros às Equipas de Apoio Interpaíses. Estão previstas funções adicionais de descentralização, quando o sistema mundial de gestão for implementado na Região.

160. A tendência da delegação de poderes para as representações nos países e IST dará maior relevo ao papel de supervisão do Escritório Regional e aumentará o número de relatórios elaborados de monitorização orçamental. Isto exigirá também mais actividades relativas à revisão e formação do pessoal, a nível das representações nos países. Contudo, o número limitado de pessoal ao nível da gestão média restringe bastante a supervisão directa de actividades e dificulta os esforços para melhorar o controlo interno, a harmonização e a monitorização. Assim, este processo tem de melhorar significativamente, antes de se poder criar uma monitorização eficaz e uma gestão financeira mais prudente.

FACTORES DE IMPLEMENTAÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA

Factores facilitadores

161. Foram vários os factores que contribuíram para as realizações de 2006. Tem havido um alto grau de cooperação por parte dos países, assim como um alto nível de profissionalismo por parte do pessoal das representações nos países. Em muitos programas, a presença de contrapartes (funcionários nacionais qualificados) em certas representações nos países melhorou a implementação e as actividades de seguimento.

162. A criação da Equipa de Apoio Interpaíses cedo demonstrou a eficácia de um apoio mais próximo dos países. Entre outros, a disponibilidade das equipas de Alerta e Resposta às Epidemias a nível interpaíses e o uso dos membros da Rede Regional de Resposta Rápida

constituíram excelentes exemplos de prestação oportuna de apoio técnico. A rede facilitou a implementação de actividades relativas à melhor detecção dos surtos de doenças e à rápida notificação da OMS.

163. A estreita colaboração de certas áreas de actividade no seio das Divisões produziu resultados positivos. A colaboração inter-programas foi fundamental para as acções eficazes de promoção da saúde. A colaboração com outros colegas da Sede e das representações nos países, ministérios da saúde, outros doadores nacionais proeminentes e intervenientes internacionais também facilitou os progressos. O pessoal regional foi muito pró-activo e cooperante. Foi muito útil o excelente clima de interacção entre a Sede e a Directora-Geral, o Director Regional e a área de actividade Funções Independentes (DGO). Eventualmente, a mais importante lição retirada do ano transacto terá sido as visitas pessoais do Director Regional aos países, as quais se revelaram insubstituíveis.

164. A nível interno do Escritório Regional, as reuniões regulares do Conselho Executivo e da Comissão de Desenvolvimento da Gestão constituíram oportunidades para partilhar informação estratégica e harmonizar pontos de vista sobre as orientações estratégicas. A comunicação positiva entre os dois órgãos foi fundamental para se chegar aos resultados esperados e disponibilizar a maioria dos produtos desejados.

165. A liderança e a responsabilização de um crescente número de países, bem como a colaboração e o planeamento conjunto com outras agências das Nações Unidas, facilitaram muitas realizações. O Escritório Regional funcionou sempre em estreita colaboração com a União Africana, a Comissão Económica Africana e as comunidades económicas regionais e reforçou as relações de trabalho positivas com várias agências das Nações Unidas, o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional, os doadores bilaterais, e os sectores público e não governamental.

166. Algumas áreas de actividade beneficiaram da disponibilização de fundos voluntários para reforço das intervenções. A assistência do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo beneficiou muitos programas nacionais da tuberculose, e a disponibilidade de medicamentos de boa qualidade anti-tuberculose do Serviço Mundial de Medicamentos da TB facilitou significativamente as intervenções de controlo. Quanto à poliomielite, o financiamento das principais partes interessadas para interromper a transmissão do poliovírus selvagem, o apoio da GAVI para a vacinação de rotina e o apoio da parceria do sarampo mobilizaram recursos para implementar actividades de vacinação e a integração de intervenções de sobrevivência da criança nas actividades suplementares de vacinação.

167. Para reforçar a colaboração com as principais partes interessadas, assim como para apoiar os países na mobilização de fundos, o pessoal do Escritório Regional participou em várias reuniões, nomeadamente, como membro da delegação da Sede para a Acção Humanitária nas Crises, na reunião do Departamento da União Europeia para a Ajuda Humanitária (ECHO), em Bruxelas; em duas reuniões do Grupo do Cenário Mundial, em Bogotá e em Genebra; nas reuniões do Cairo e Nairobi, para os países do Corno de África; e na reunião dos Serviços Agregados de Saúde, para a África Ocidental, Grandes Lagos e Corno de África.

168. Com base no êxito da gestão do reabastecimento das caixas pequenas através da Internet, a área de actividade Gestão Orçamental e Financeira explorará activamente a possibilidade de alargar a aplicação, para incluir as necessidades bancárias relativas à folha de pagamentos e aos pagamentos aos fornecedores. O desafio será garantir que o banco pela Internet seja compatível com a plataforma de pagamento do Sistema Mundial de Gestão da OMS.

Factores de Constrangimento

169. Os atrasos no desembolso de fundos e os pedidos tardios de apoio técnico por parte dos países foram algumas das principais dificuldades à implementação de actividades. Para além disso, em certas áreas de actividade os contributos voluntários previstos não eram recebidos, comprometendo, assim, a execução do Orçamento-Programa.

170. As fracas capacidades dos recursos humanos em certas áreas de actividade, em algumas representações nos países e na maioria dos ministérios da saúde continuam a representar os principais entraves. As áreas de actividade têm um papel central durante este período de transição; por isso, as questões decorrentes das limitações orçamentais e dos recursos de capital têm sido consideradas os piores obstáculos a ultrapassar, para se manter a actual dinâmica de prestação de serviços. As insuficientes responsabilidades e coordenação a nível nacional foram reportadas como obstáculos ao reforço das intervenções essenciais de saúde materna e neonatal, a nível regional, interpaíses e nacional.

171. Em certos programas específicos referentes a doenças não-transmissíveis, as principais dificuldades, como a escassez de recursos, a insuficiente sensibilização das pessoas e dos decisores políticos, assim como a limitação de dados, caracterizaram a situação e exigiram uma acção mais intensa. É baixa a prioridade dada às doenças não-transmissíveis a nível de país, porque o aumento dos efeitos negativos dessas doenças sobre a saúde pública não é devidamente reconhecido. Outro obstáculo constante é que prioridades divergentes, como os principais surtos, afastam frequentemente o pessoal da implementação das actividades já previstas. Nas doenças transmissíveis, os factores negativos foram a cobertura sub-ótima da vacinação de rotina, que determina importações do poliovírus selvagem e surtos de sarampo, bem como a incapacidade dos sistemas de saúde para prestarem serviços de vacinação de alta qualidade.

3. PROGRESSOS REALIZADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DO COMITÉ REGIONAL

Melhorar o Acesso aos Cuidados e Tratamento para o VIH/SIDA na Região Africana: A Iniciativa 3 by 5 e para além desta

172. A Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional Africano da OMS aprovou a Resolução (AFR/RC54/R5) que saudava a estratégia da OMS/ONUSIDA para mobilizar recursos a nível mundial e dar apoio aos países em desenvolvimento a providenciarem tratamento anti-retroviral a 3 milhões de pessoas até ao final de Dezembro de 2005.

173. Desde o lançamento da Iniciativa 3 by 5, a cobertura da terapia anti-retroviral (ART) registou um aumento extraordinário — de menos de 1% em Dezembro de 2003 para 17% em Dezembro de 2005, e depois para 28% em Dezembro de 2006. No final de 2005, Botsuana,

Namíbia e Uganda tinham atingido a meta de 50% no nível de cobertura e outros 11 países dispunham de taxas de cobertura na ordem dos 30% a 49%. Até finais de Dezembro de 2006, a cobertura da ART para as crianças era de 13%, a cobertura dos serviços de prevenção da transmissão vertical (PMTCT) era de 11% e a cobertura dos serviços de testes e aconselhamento para o VIH era de 12% para os homens e 10% para as mulheres, respectivamente.

174. O Director Regional convocou uma reunião dos directores regionais das agências das Nações Unidas com vista à elaboração de um plano conjunto para a prevenção e acesso universal ao tratamento do VIH. A OMS, em conjunto com a ONUSIDA, organizou três reuniões sub-regionais subordinadas ao tema do acesso universal, para empreender advocacia destinada a acelerar o acesso universal à prevenção, cuidados, apoio e tratamento do VIH.

175. O Escritório Regional desenvolveu directrizes e manuais de formação de testes e aconselhamento para o VIH e, mais tarde, actualizou estas mesmas directrizes para incluírem a nova abordagem de testes e aconselhamento iniciada pelos prestadores do serviço. Com o apoio adequado, todos os países elaboraram planos para incrementar a ART. O Escritório Regional criou dois núcleos regionais de conhecimento para prestarem apoio técnico à formação de profissionais de saúde na área dos cuidados e tratamento do VIH, através da abordagem de Atenção Integrada às Doenças dos Adolescentes e Adultos.

176. O Secretariado organizou duas acções de formação sobre a formulação de propostas para a 7ª Ronda Negocial do GFATM; 25 países que haviam desenvolvido propostas para as 5ª e 6ª rondas do GFATM receberam apoio técnico no desenvolvimento de propostas para a 7ª Ronda. A Directora-Geral e o Director Regional ajudaram a mobilizar recursos dos CDC, CIDA, DFID, governo angolano, GTZ, Iniciativa Italiana e OFID, para melhorar o acesso à terapia anti-retroviral.

177. Vinte e três países foram apoiados a desenvolver projectos de planos de desenvolvimento institucional para os sistemas de regulamentação das vacinas, de modo a promover a investigação para o desenvolvimento de uma vacina para o VIH. O Escritório Regional criou o Painel Consultivo Regional de Regulamentação para dar apoio aos países na elaboração e reforço das suas capacidades de regulamentação que lhes permita aprovar e monitorizar ensaios clínicos, e avaliar os dados clínicos das vacinas para o VIH.

178. Embora o acesso à prevenção, cuidados e tratamento do VIH tenham aumentado na Região Africana, este não é ainda universal. É necessário continuar a acelerar os esforços de intensificação e agilizar também o aumento dos cuidados e tratamento do VIH pediátrico. A despeito da redução do preço dos medicamentos, é preciso continuar a pleitar pela redução de preços, sobretudo para os regimes de tratamento de segunda linha. É também necessário um reforço adicional dos sistemas de saúde.

Aceleração dos esforços de prevenção do VIH na Região Africana

179. Em Agosto de 2005, o Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC55/R6 em Maputo. Esta resolução proclamava 2006 como o Ano da Aceleração da Prevenção do VIH na Região Africana e exortava os Estados-Membros a intensificarem os esforços de prevenção da doença. Além disso, a resolução solicitava ao Director Regional que: desenvolvesse uma estratégia para acelerar a prevenção do VIH; prestasse apoio técnico aos Estados-Membros na elaboração e

implementação de planos de acção para acelerar a prevenção do VIH; mobilizasse apoio internacional a longo prazo; garantisse a liderança e coordenação efectivas dos esforços de prevenção do VIH em colaboração com a ONUSIDA; monitorizasse os progressos da intensificação dos esforços de prevenção do VIH na Região; e que apresentasse um relatório ao Comité Regional de dois em dois anos.

180. Em Agosto de 2006, aquando da sua Quinquagésima-sexta sessão, em Adis Abeba, o Comité Regional aprovou a estratégia para a prevenção do VIH na Região Africana, juntamente com a Resolução AFR/RC56/R3. Esta estratégia visava intensificar as intervenções de prevenção do VIH no sector da saúde e integrar as acções de prevenção com o tratamento, cuidados e apoio, de modo a que se obtivesse um impacto significativo.

181. Em Abril de 2006, o Escritório Regional lançou oficialmente a campanha para acelerar a prevenção do VIH na Região Africana em Adis Abeba, sob os auspícios da União Africana, com lançamentos-satélite sub-regionais em Joanesburgo, Khartoum e Ouagadougou. Em Dezembro de 2006, graças ao apoio técnico e financeiro da OMS e aos contributos de outras agências das Nações Unidas, todos os países à excepção de um haviam oficialmente lançado campanhas nacionais para acelerar a prevenção do VIH, sob liderança das mais altas instâncias nacionais, incluindo chefes de estado e de governos e primeiras-damas, e com o envolvimento de todos os principais intervenientes ao nível do país.

Controlo da tripanossomiase humana africana: Estratégia para a Região Africana

182. A Resolução AF/RC55/R3 do Comité Regional instava os Estados-Membros dos países afectados a formularem políticas, estratégicas e planos nacionais para implementarem programas de controlo da tripanossomiase humana africana (HAT) e de controlo da mosca *tsé-tsé*. O Director Regional foi solicitado a dispensar apoio técnico aos países e a apresentar um relatório à Quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional e, subseqüentemente, de 3 em 3 anos.

183. Como parte da implementação da resolução, 16 países endémicos realizaram actividades de controlo da HAT em áreas prioritárias, com resultados positivos, na medida em que todos os países alcançaram taxas de tratamento de 100% para todos os casos detectados. Angola e Quénia desenvolveram propostas de projectos para angariação de fundos e de planos estratégicos para a eliminação da HAT, e o Escritório Regional elaborou directizes preliminares para o controlo do *T.b. rhodesiense* da HAT. Angola, Benim, República Democrática do Congo, Gabão, Malawi, Nigéria, Tanzânia e Uganda reforçaram as suas capacidades nacionais graças à formação de 80 técnicos de diagnóstico e tratamento, aptos também a efectuarem análise de situação e a desenvolverem planos de acção para incrementar as actividades de controlo.

184. O Escritório Regional colaborou com o TDR, com a Iniciativa Fármacos para as Doenças Negligenciadas e ainda com instituições nacionais de investigação para promover ensaios clínicos de terapia de combinação em Angola, República do Congo, República Democrática do Congo e Uganda, onde a HAT se mostrou refractária aos trepanocidas que estavam a ser utilizados. O Escritório Regional desenvolveu parcerias para a mobilização de recursos com a Agência Japonesa de Cooperação Internacional, na Guiné, com o Instituto Francês de Investigação para o Desenvolvimento, no Burkina Faso, Côte d'Ivoire e Guiné; e ainda com

projectos de Campanhas Panafricanas de Erradicação da Tsé-tsé e da Tripanossomiase, patrocinados pelo BAD, no Burkina Faso, Gana, Quênia, Mali e Uganda.

185. Os grandes obstáculos à execução das actividades de controlo da HAT foram o financiamento insuficiente dos programas, a morosidade na execução das actividades por parte dos países e o acesso difícil a zonas inseguras e com instabilidade sociopolítica. O apoio dos parceiros privados e das agências de cooperação bilateral, bem como o planeamento em conjunto com os países, contam-se entre os principais factores facilitadores, os quais precisam de ser mantidos.

186. As perspectivas para o futuro incluem a intensificação da detecção anual de casos em todos os focos activos e a advocacia em prol da mobilização de recursos, de modo a permitir um aumento substancial da cobertura para as populações em risco.

Roteiro para acelerar a consecução das metas de desenvolvimento do milénio relativas à saúde materna e neonatal em África

187. Através da Resolução AFR/RC54/R9, o Comité Regional solicitou ao Director Regional que dispensasse apoio técnico aos Estados-Membros para o desenvolvimento, implementação, monitorização e avaliação dos roteiros nacionais; desenvolvimento de instrumentos e directrizes relevantes; e para apoiar os países a embarcarem em campanhas agressivas com vista à formação de profissionais de saúde de nível intermédio em cuidados obstétricos.

188. Neste contexto, a OMS e outros parceiros relevantes dispensaram apoio técnico e financeiro a 31 países no desenvolvimento dos seus roteiros nacionais. Além disso, a OMS deu formação a um grupo central de 40 consultores, de modo a aumentar a disponibilidade de assistência técnica, a nível dos países, para o desenvolvimento e implementação dos roteiros nacionais.

189. Para reforçar a prestação de serviços de saúde materna e neonatal, o Escritório Regional desenvolveu um quadro de serviços integrados para esta área da saúde, forneceu orientação técnica aos países para a integração das diferentes intervenções-chave destinadas a melhorar a qualidade dos serviços e divulgou ainda Instrumentos para a Gestão Integrada da Gravidez e Parto. Para além disso, dez países receberam orientações para a supervisão e monitorização integradas dos serviços de saúde materna, neonatal e infantil.

190. Os participantes de uma reunião consultiva regional chegaram a um consenso a respeito do que se deveria convencionar como sendo as competências essenciais mínimas de um(a) assistente de parto qualificado(a). Estas competências estiveram na base da elaboração de um programa curricular adequado para a formação de pessoal de nível intermédio em cuidados obstétricos de emergência.

191. O forte empenho político, o aumento do volume de recursos e um maior interesse por parte dos parceiros nas acções conjuntas, a nível dos países, facultaram o desenvolvimento e a implementação do Roteiro. A falta de pessoal na área de actividade *Tornar a Maternidade Mais Segura* constituiu uma das maiores dificuldades. Recursos técnicos inadequados e as fracas infra-estruturas dificultaram os esforços envidados para o aumento do acesso a uma assistência

de qualidade e da intensificação das intervenções-chave, com vista à redução da morbilidade e mortalidade materna e neonatal.

Prevenção e controlo dos traumatismos na Região Africana: Situação actual e agenda para a acção

192. Aquando da sua Quinquagésima-terceira sessão, o Comité Regional, através da Resolução AFR/RC53/R3, solicitou ao Director Regional que fornecesse aos países directrizes e outros instrumentos para a advocacia e acção; desse apoio aos Estados-Membros a mobilizar os recursos necessários para a prevenção dos traumatismos e da violência, assim como a criação de redes e parcerias; apoiasse a investigação a nível nacional e regional sobre as causas, factores de risco e consequências dos traumatismos e da violência; documentasse e divulgasse exemplos de boas práticas sobre esta matéria; e desse assistência aos Estados-Membros na aquisição de sistemas adequados de informação e na monitorização do seu funcionamento.

193. O Escritório Regional forneceu os seguintes instrumentos aos Estados-Membros: Orientações para a realização de estudos comunitários sobre traumatismos e violência (2004); Guia dos Cuidados Essenciais para os Traumatismos (2004); sistemas de cuidados pré-hospitalares para os traumatismos (2005); e Orientações para o tratamento médico-legal das vítimas de violência sexual (2004). Deu-se início à preparação de um relatório sobre a violência e a saúde em África, cujo lançamento está previsto para finais de 2007. O relatório identifica as principais causas e factores de risco, propõe medidas de prevenção e apresenta as melhores práticas. O Escritório Regional trabalhou em conjunto com os parceiros para organizar eventos, tais como uma reunião consultiva ministerial sobre violência e traumatismos, que decorreu em Durban, na África do Sul, em Abril de 2004, e ainda uma mesa-redonda ministerial sobre segurança rodoviária, realizada em Accra, no Gana, em Fevereiro de 2007.

194. O Escritório Regional prestou apoio técnico e financeiro aos Camarões, Etiópia, Quênia, Moçambique, Nigéria e Uganda, à realização de investigação sobre segurança rodoviária; e aos Camarões, Eritreia, Etiópia, Moçambique e Uganda, para o desenvolvimento e melhoria dos sistemas de dados sobre traumatismos e violência. Além disso, o Escritório Regional realizou seminários para a criação de capacidades no Benim, Burundi, Camarões, República Democrática do Congo e Ruanda, de modo a permitir o reforço da integração dos traumatismos e violência nos esforços de prevenção e controlo das doenças nos países, através de um programa curricular especial. Estão programados outros seminários semelhantes para abranger, eventualmente, todos os países.

195. O Escritório Regional tomou a iniciativa de criar uma rede de pontos focais dos ministérios da saúde, responsáveis pela área da prevenção da violência e dos traumatismos, e em associar esta a outras redes internacionais, num esforço para reforçar a capacidade a nível dos países. Em parceria com a Comissão Económica das Nações Unidas para África, União Africana e Banco Mundial, o Escritório Regional iniciou e reforçou os elos multisectoriais nos países, para fazer face às questões em matéria de segurança rodoviária.

Doenças cardiovasculares na Região Africana: Situação actual e perspectivas

196. Na sua Quinquagésima-quinta sessão, e através da Resolução AFR/RC55/R4, o Comité Regional solicitou ao Director Regional que prestasse apoio técnico ao desenvolvimento de políticas e planos nacionais, aumentasse o apoio à formação dos profissionais de saúde dos Estados-Membros; defendesse a prevenção e o controlo das doenças cardiovasculares, incluindo a monitorização e a avaliação; e que mobilizasse recursos adicionais para a implementação de programas nacionais de controlo das doenças cardiovasculares.

197. Por forma a criar uma base factual para uma tomada de decisões informada, o Escritório Regional deu formação a todos os Estados-Membros em metodologia STEPS (Abordagem por Etapas da Vigilância), tornando a Região Africana na primeira a completar a formação na realização de inquéritos STEPS. Com o devido apoio, 15 países^{13[1]} implementaram esta abordagem.

198. As Comores, São Tomé e Príncipe e Tanzânia organizaram seminários subordinados ao tema das doenças não-transmissíveis. A Eritreia utilizou a informação disponível para preparar uma política para as doenças não-transmissíveis. A Côte d'Ivoire, Eritreia e Madagáscar realizaram actividades de promoção da saúde que incidiram no controlo dos factores de risco das doenças não-transmissíveis.

199. O Escritório Regional realizou intervenções prioritárias com vista à redução do fardo das doenças cardiovasculares. Um seminário interpaíses, realizado em Kampala, e que teve como tema a actividade física e a alimentação enquanto pontos de partida para a prevenção das doenças não-transmissíveis, reuniu 27 participantes do Botsuana, Eritreia, Gana, Quênia, Maurícias, Seychelles, Uganda, e Zimbabwe. O seminário contou também com a presença de pessoal da Sede da OMS, do Escritório Regional e do Uganda, e ainda, com representantes de parceiros, como a Associação Internacional "Right to Play" e a UNICEF. O objectivo geral foi contribuir para a prevenção das doenças não-transmissíveis através da promoção da actividade física e de outras intervenções adequadas, sobretudo a alimentação. Os objectivos específicos consistiram em debater a justificação para o investimento de recursos nos programas alimentares e de actividades físicas, a nível nacional e local; identificar os principais enquadramentos, populações e intervenientes nas actividades físicas e noutras intervenções pertinentes; analisar as abordagens-chave para fazer face às questões relacionadas com a actividade física; e chegar a acordo quanto aos mecanismos de articulação entre os intervenientes.

200. De modo a reduzir as co-morbilidades das doenças cardiovasculares, o Escritório Regional desenvolveu uma plataforma de plano nacional de acção para a prevenção e controlo da drepanocitose, para ser utilizado pelos Estados-Membros, proporcionando desta forma as bases e um guia para a criação de programas e planos nacionais de prevenção e controlo da doença. O seminário sobre sistemas para a gestão da diabetes na Região Africana, que teve lugar em Bamako, reuniu participantes de oito países.^{14[2]}

^{13[1]} Botsuana, Comores, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Gana, Mali, Mauritânia, Moçambique, São Tomé e Príncipe, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Uganda e Zimbabwe.

^{14[2]} Benim, Burkina Faso, República Centrafricana, República do Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Mali e Senegal.

4. PERSPECTIVAS PARA 2007

Gestão global das actividades do Secretariado

201. Em 2007, uma das tarefas mais importantes a realizar pela Região Africana da OMS será a sólida implantação das Equipas de Apoio Interpaíses. As directivas para o exercício de funções destas Equipas será alvo de um reforço complementar, de modo a permitir ao Escritório Regional construir uma força laboral mais robusta ao nível interpaíses e poder, assim, dedicar mais tempo ao trabalho normativo, planeamento, monitorização e avaliação.

202. As representações da OMS nos países sofrerão um reforço adicional para ficarem alinhadas com as orientações estratégicas. Com as Equipas de Apoio Interpaíses instaladas, a avaliação e a monitorização dos objectivos e marcos assinaláveis na área saúde, quer nacionais, quer internacionais, serão intensificadas. O Escritório Regional irá facilitar a partilha das melhores práticas entre os países e continuará a envidar esforços para lhes disponibilizar os melhores técnicos qualificados, ao mesmo tempo que consolida a base de recursos humanos existente, reforçando as suas capacidades através do recurso aos meios de comunicação social de suporte electrónico, entre outros.

203. No que diz respeito aos conhecimentos e bases factuais para a tomada de decisões, a principal orientação para 2007 será cultivar uma maior articulação em termos de gestão dos conhecimentos, investigação e informação sanitária. Irão ainda prosseguir os preparativos para a Conferência Mundial sobre Investigação em Saúde, agendada para 2008, em Bamako, o reforço da EVIPNet e a expansão do impacto dos centros colaboradores da OMS.

204. Uma das actividades-chave em 2007 será a preparação dos planos de trabalho para 2008-2009. Os esforços em curso para a introdução do Sistema Global de Gestão incidirão na concepção técnica e funcional, personalização, preparação para a conversão e testagem do sistema, entre outros.

Sistemas de saúde desenvolvimento de serviços

205. O planeamento conjunto entre a Sede da OMS, Escritório Regional e representações nos países, e a colaboração com os principais financiadores, serão melhoradas. Espera-se que o apoio técnico integrado aos países possa melhorar a eficácia.

206. A OMS continuará a apoiar os países na formulação ou revisão de políticas e planos estratégicos de implementação para fazer face a situações locais estabelecidas. Para tal, será necessária uma análise de situação aprofundada, bem como a identificação e partilha de boas práticas documentadas. A mobilização de recursos será reforçada e serão envidados esforços para melhorar a colaboração entre a Sede, as Divisões do Escritório Regional e os parceiros-chave.

Prevenção e controlo das doenças transmissíveis

207. A intensificação da prevenção do VIH será acelerada, tirando partido das conquistas obtidas com o aumento do acesso aos serviços de prevenção, tratamento, cuidados e apoio para o VIH/SIDA, na prossecução do objectivo de alcançar o acesso universal. Será dada maior ênfase ao apoio da expansão de um grupo central do sector da saúde, dedicado às intervenções de prevenção do VIH, abrangendo as vertentes dos testes e aconselhamento, com particular incidência na abordagem de testes e aconselhamento iniciados pelos prestadores destes serviços. A prevenção da transmissão vertical, prevenção e controlo das infecções sexualmente transmissíveis e a circuncisão masculina são temas aos quais será dada maior atenção; as parcerias para um envolvimento multisectorial mais eficaz serão reforçadas, assim como a terapia anti-retroviral, que será intensificada para garantir o máximo impacto possível. A monitorização efectiva e os sistemas de avaliação serão alvo de um reforço e as parcerias serão fomentadas a todos os níveis.

208. No que respeita ao paludismo, o Escritório Regional irá prestar o apoio adequado aos países para o planeamento estratégico e desenvolvimento de programas; implementação total e correcta da política de terapia de combinação à base de artemisinina; intensificação da gestão de base comunitária e das intervenções-chave de combate ao paludismo, tais como ITN, IRS e IPT durante a gravidez; e ainda, o reforço da preparação, vigilância, monitorização e avaliação das epidemias.

209. Para o controlo da tuberculose, o Escritório Regional irá dispensar o apoio adequado aos Estados-Membros com vista ao aumento das taxas de detecção de casos; para garantir a implementação plena de serviços DOTS de qualidade; formular e implementar a política para o controlo da dupla epidemia TB-VIH; e para evitar e gerir o desenvolvimento de resistência aos fármacos.

210. Em relação às doenças tropicais negligenciadas, as orientações-chave para 2007 consistirão na abordagem integrada à execução das actividades, advocacia para o compromisso de todos os parceiros e o desenvolvimento do plano de mobilização de recursos. A atenção recairá sobre a advocacia e integração das intervenções de controlo. Em termos de investigação, a ênfase consistirá em garantir que os fármacos, tecnologias e intervenções disponíveis continuam a ser viáveis e que são desenvolvidos novos fármacos, tecnologias e intervenções para substituir as que se revelem inadequadas. Será dada prioridade ao reforço da capacidade nacional em documentar a investigação realizada e divulgar os resultados da mesma, de modo a melhorar a sua utilização tanto na prática como na elaboração de políticas.

211. Procurar-se-á ampliar e consolidar as parcerias e intensificar a implementação da estratégia de Vigilância e Resposta Integrada às Doenças, para chegar a todos os distritos em todos os países, por forma a assegurar a sustentabilidade das actividades de alerta às epidemias. A preparação para a aplicação do *Regulamento Sanitário Internacional* (2005), incluindo a avaliação das capacidades, será melhorada para dar apoio aos Estados-Membros. Aliás, os Estados-Membros irão ser apoiados na constituição de reservas mínimas de emergência que permitam uma resposta imediata a qualquer surto de doenças. O apoio à implementação do plano nacional de preparação e resposta à gripe pandémica será intensificado e dinamizado, em colaboração com outras agências da ONU e parceiros.

212. As áreas prioritárias da vacinação e das vacinas incluirão: implementação de medidas para limitar a transmissão do poliovírus selvagem no único país onde a doença ainda é endémica; interrupção da propagação de poliovírus selvagem nos países que importaram a doença; manutenção do nível de certificação da vigilância em todos os Estados-Membros; aceleração da consecução das metas de controlo do sarampo; e reforço dos sistemas de vacinação.

Prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis

213. Em 2007, o Escritório Regional irá trabalhar com os Estados-Membros para que sejam elaborados planos de acção, legislação e políticas nacionais que abranjam todos os grandes programas de controlo das doenças não-transmissíveis, tais como: tabaco, saúde mental, promoção da saúde, nomas, prevenção dos traumatismos e saúde oral. A tónica recairá na criação de capacidades para os países seleccionados, designadamente, trabalhando em conjunto com as principais instituições de formação na Região para dar início a uma formação consolidada em promoção da saúde que tire partido da informação, educação e comunicação existentes, e de cursos de educação sanitária, a começar pelo *Institut Régional de Santé Publique*, no Benim. O Escritório Regional irá desenvolver plataformas para o aumento da participação comunitária em programas prioritários e de preparação e resposta às epidemias, da OMS, com base em abordagens de promoção da saúde.

214. No que toca à vigilância, alguns países serão auxiliados a efectuar inquéritos STEPS, sobre tabaco e saúde dos jovens em idade escolar, de acordo com as necessidades, ao passo que outros receberão apoio para integrarem a saúde oral e os nomas na vigilância do controlo das doenças não-transmissíveis. A área de actividade da saúde mental irá coordenar a recolha de dados, aos níveis nacional e regional, sobre saúde mental e abuso de substâncias psicoactivas.

215. Os países receberão apoio para documentarem as actividades de reabilitação de base comunitária. Manter-se-ão os programas e a advocacia destinados a aumentar o apoio político para a prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis, sobretudo para que se consiga dar continuidade ao ímpeto gerado pela luta antitabágica. Alguns países receberão apoio para que possam melhorar a informação relativa à cegueira e reforçar as suas capacidades de prevenção e cuidados para a mesma.

Saúde familiar e reprodutiva

216. Em 2007, o Escritório Regional irá intensificar os esforços para acelerar a consecução das MDM relativas à saúde materna, neonatal, infantil, reprodutiva, ao género e à saúde das mulheres na Região Africana. Para tal, será dado apoio aos países de modo a permitir-lhes agilizar a implementação de intervenções integradas de saúde materna, neonatal e infantil, através do recurso à Estratégia de Sobrevivência Infantil, aprovada pela Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional, e ao Roteiro para acelerar a redução da mortalidade materno-infantil; contribuir para o reforço dos sistemas de saúde e estruturas comunitárias no sentido da melhoria da acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde materna, neonatal, infantil e dos adolescentes; e ainda, reforçar as parcerias e a advocacia em prol do aumento de recursos para concretizar a cobertura universal e o acesso a serviços de qualidade na área da saúde materna, neonatal, infantil e dos adolescentes.

Ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável

217. O Escritório Regional continuará a prestar apoio técnico aos Estados-Membros com vista à melhoria das suas capacidades para enfrentarem os principais determinantes sociais da saúde, incluindo advocacia para colocar maior ênfase no desenvolvimento sanitário, no âmbito das estratégias de redução da pobreza que sejam mais sensíveis aos direitos humanos e à consecução das MDM. A adequada análise da política e a acção na equidade da saúde dependem da disponibilidade da informação que é decomposta em indicadores relevantes em matéria de exclusão social. O Escritório Regional irá apoiar e reforçar as capacidades nacionais dos países nesta área.

218. Além disso, dado que 24% do fardo global de doenças e que 23% do total de óbitos são atribuíveis a factores ambientais, sendo o paludismo, as diarreias e as infecções do tracto respiratório inferior as suas principais causas, o Escritório Regional prosseguirá o trabalho com os Estados-Membros de modo a aumentar a consciência dos responsáveis políticos para as interligações entre o ambiente e a saúde, com o intuito de influenciar as políticas nacionais na área da saúde e noutros sectores, facilitar a criação de capacidades para os serviços sanitários e ambientais, e apoiar as iniciativas locais em prol de ambientes mais saudáveis.

219. O Escritório Regional irá também apoiar e trabalhar com os Estados-Membros para melhorar a adopção da abordagem com base nos riscos à segurança alimentar e nutrição; desenvolver políticas, normas e padrões para a segurança alimentar e nutrição; reforçar a vigilância da nutrição, das doenças transmitidas pelos alimentos e das infecções zoonóticas; promover a saúde; e promover as parcerias e a colaboração entre as partes interessadas. O Escritório Regional continuará a dar apoio aos países que enfrentam situações de emergência, numa perspectiva de atenuar o impacto sanitário das emergências e de outras crises frequentes na Região.

Administração e finanças

220. Em 2007, os esforços para o desenvolvimento dos recursos centrar-se-ão no apoio e dinamização das funções dos recursos humanos, descentralização das mesmas para o nível das Equipas de Apoio Interpaíses e das representações da OMS nos países, e ainda, na implementação da estratégia e do plano de formação e desenvolvimento do pessoal. Além disso, a Divisão de Administração e Finanças continuará a dar apoio às actividades de redefinição do perfil profissional, à introdução do Sistema Global de Gestão (GSM) e à implementação da reforma do regime contractual. Será igualmente dada maior ênfase ao planeamento de recursos humanos.

221. Prioritária será também a finalização dos derradeiros preparativos estruturais para a instalação das Equipas de Apoio Interpaíses, nas três localizações escolhidas. Procurar-se-á conseguir a finalização atempada do projecto de construção em Ouagadougou, de modo a garantir que a instalação da Equipa de Apoio Interpaíses para a África Ocidental decorra sem precalços, e será dado apoio às Equipas localizadas em Harare e Libreville para se criarem condições de trabalho propícias às actividades a desempenhar. As instalações do Escritório Regional utilizadas para a realização de conferências serão reforçadas para poderem passar a dispor do nível e dos meios necessários à realização de um grande número de reuniões em Brazzaville. Será dada maior atenção à implementação dos projectos do Fundo Imobiliário, aprovados para reforçar a infra-estrutura e o equipamento do Escritório Regional.

222. Far-se-ão melhorias ao nível da supervisão, atribuindo maior delegação de poderes às representações nos países e às divisões do Escritório Regional. A este respeito, a monitorização da execução orçamental será melhorada e efectuar-se-ão mais acções de formação e reciclagem do pessoal.

223. Em preparação para a instalação do Sistema Global de Gestão, serão atribuídos mais recursos à limpeza de dados, para facilitar a migração com um maior grau de precisão. Será dada uma atenção activa aos exercícios de formação e aos testes de realização de conferências antes da introdução definitiva do novo sistema.

224. Com base no êxito alcançado no reabastecimento das caixas pequenas no sistema bancário *on-line*, o Escritório Regional irá explorar activamente a possibilidade de expandir a aplicação informática para gerir as necessidades bancárias em termos de pagamento de salários e de forma a que seja compatível com a plataforma GSM. Após recepção do modelo final do GSM e do quadro geral de delegação de autoridade, diversas unidades da Divisão de Administração e Finanças serão sujeitas a uma redefinição suplementar do seu perfil, para adaptação a este novo modelo empresarial.

Anexo 1

Quadro 1: Execução do orçamento 2006, todas as fontes e níveis (dólares americanos)

Série	Áreas de actividade	Orçamento aprovado pela WHA e EB	Ajustamentos/Reprogramação	Montantes para o Plano de Trabalho (3 - 4)	Fundos disponíveis até 31/12/06	Despesas	Taxa de execução	
							Orçamento aprovado (7/3)	Fundos disponíveis (7/6)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
01.1.01	CAH	27,500,000	490,000	27,010,000	15,791,651	6,459,701.32	23%	41%
01.1.02	CPC	59,179,000	187,000	58,992,000	8,729,356	5,305,141.12	9%	61%
01.1.03	EHA	34,988,000	341,000	34,647,000	38,578,207	26,606,247.04	76%	69%
01.1.04	CSR	45,000,000	877,000	44,123,000	28,236,989	10,643,749.54	24%	38%
01.1.05	HIV	135,597,000	-283,000	135,880,000	53,566,422	32,351,805.03	24%	60%
01.1.06	IVD	234,680,000	54,000	234,626,000	221,289,860	143,885,539.00	61%	65%
01.1.07	MPS	14,816,000	588,000	14,228,000	18,460,489	4,607,341.33	31%	25%
01.1.08	MAL	59,000,000	471,000	58,529,000	29,405,630	19,174,675.94	32%	65%
01.1.09	MNH	4,680,000	152,000	4,528,000	2,911,185	754,931.97	16%	26%
01.1.10	RHR	8,193,000	176,000	8,017,000	5,308,217	2,270,594.28	28%	43%
01.1.12	NCD	8,500,000	459,000	8,041,000	8,295,205	2,757,393.79	32%	33%
01.1.12	TUB	30,000,000	143,000	29,857,000	14,716,474	8,253,356.77	28%	56%
02.1.01	BCT	4,118,000	158,000	3,960,000	4,176,643	1,677,257.78	41%	40%
02.1.02	EDM	11,500,000	213,000	11,287,000	11,282,126	3,692,800.09	32%	33%
02.1.03	HFS	5,174,000	46,000	5,128,000	1,676,577	1,043,803.90	20%	62%
02.1.04	IER	13,904,000	52,000	13,852,000	3,189,103	1,345,689.03	10%	42%
02.1.05	HSP	30,826,000	442,000	30,384,000	14,232,820	7,644,375.18	25%	54%
02.1.06	HRH	28,233,000	651,000	27,582,000	13,873,840	6,659,427.75	24%	48%
02.1.07	HSD	6,549,000	303,000	6,246,000	4,865,944	1,515,674.40	23%	31%
03.1.01	CRD	2,585,000	34,000	2,551,000	1,129,769	596,490.44	23%	53%
03.1.02	FOS	4,000,000	-331,000	4,331,000	2,007,079	446,357.77	11%	22%
03.1.03	WMH	3,000,000	78,000	2,922,000	1,746,334	342,996.33	11%	20%
03.1.04	PHE	9,000,000	145,000	8,855,000	6,328,386	2,240,257.81	25%	35%
03.1.05	HPR	6,598,000	309,000	6,289,000	5,646,466	3,096,173.54	47%	55%
03.1.06	NUT	4,500,000	155,000	4,345,000	2,926,837	631,744.78	14%	22%
03.1.07	TOB	5,000,000	187,000	4,813,000	3,939,002	735,103.82	15%	19%
03.1.08	INJ	1,997,000	46,000	1,951,000	1,592,368	785,736.45	39%	49%
04.1.01	FNS	10,058,000	202,000	9,856,000	8,976,000	7,689,241.75	76%	86%
04.1.02	DGO	2,128,000	-145,000	2,273,000	2,672,996	1,627,289.29	76%	61%
04.1.04	GBS	3,142,000	78,000	3,064,000	2,364,000	1,053,693.81	34%	45%
04.1.05	HRS	6,400,000	138,000	6,262,000	7,587,377	5,297,341.72	83%	70%
04.1.06	IIS	24,000,000	604,000	23,396,000	20,453,000	14,833,836.45	62%	73%
04.1.07	KMI	15,000,000	345,000	14,655,000	8,181,266	6,686,516.70	45%	82%
04.1.08	BMR	2,768,000	88,000	2,680,000	2,217,000	1,130,042.69	41%	51%
05.1.01	SCC	76,580,000	3,837,000	72,743,000	66,180,510	34,393,062.35	45%	52%
06.1.01	ERH	-	0	0				
06.1.02	ITF	-	0	0				
06.1.03	REF	4,770,000	0	4,770,000	452,648	40,983.11	1%	9%
06.1.04	SEF		0					
	Total	949,453,000	12,224,000	937,229,000	646,839,331	370,923,266.28	39%	57%

Quadro 1 (continuação)

Anexo 2

Quadro 2: Execução do orçamento 2006, por fontes de financiamento (dólares americanos)

Orçamento ordinário							Fundos de outras fontes				
Série.	Áreas de actividade	Orçamento aprovado pela WHA e EB add.1	Fundos disponíveis	Despesas	Taxa de execução		Orçamento aprovado pela WHA e EB add.1	Fundos disponíveis	Despesas	Taxa de execução	
					Orçamento aprovado	Fundos disponíveis				Orçamento aprovado	Fundos disponíveis
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
01.1.01	CAH	8,168,000	7,678,000.00	2,109,896.83	26%	27%	19,332,000.00	8,113,651.00	4,349,804.49	23%	54%
01.1.02	CPC	3,130,000	2,943,000.00	1,718,946.24	55%	58%	56,049,000.00	5,786,356.00	3,586,194.88	6%	62%
01.1.03	EHA	2,236,000	1,895,000.00	739,289.41	33%	39%	32,752,000.00	36,683,207.00	25,866,957.63	79%	71%
01.1.04	CSR	14,617,000	13,740,000.00	3,624,908.70	25%	26%	30,383,000.00	14,496,989.00	7,018,840.84	23%	48%
01.1.05	HIV	4,662,000	4,811,000.00	2,109,163.00	45%	44%	131,069,000.00	48,755,422.00	30,242,642.03	23%	62%
01.1.06	IVD	902,000	848,000.00	363,091.88	40%	43%	233,778,000.00	220,441,860.00	143,522,447.12	61%	65%
01.1.07	MPS	9,778,000	9,190,000.00	2,243,253.91	23%	24%	5,038,000.00	9,270,489.00	2,364,087.42	47%	26%
01.1.08	MAL	2,020,000	1,549,000.00	1,140,566.70	56%	74%	56,980,000.00	27,856,630.00	18,034,109.24	32%	65%
01.1.09	MNH	2,530,000	2,378,000.00	618,617.51	24%	26%	2,150,000.00	533,185.00	136,314.46	6%	26%
01.1.10	RHR	2,925,000	2,749,000.00	1,168,259.17	40%	42%	5,268,000.00	2,559,217.00	1,102,335.11	21%	43%
01.1.12	NCD	7,641,000	7,182,000.00	2,090,608.86	27%	29%	859,000.00	1,113,205.00	666,784.93	78%	60%
01.1.12	TUB	2,371,000	2,228,000.00	603,322.50	25%	27%	27,629,000.00	12,488,474.00	7,650,034.27	28%	61%
02.1.01	BCT	2,647,000	2,489,000.00	851,695.66	32%	34%	1,471,000.00	1,687,643.00	825,562.12	56%	49%
02.1.02	EDM	3,556,000	3,343,000.00	1,060,275.69	30%	32%	7,944,000.00	7,939,126.00	2,632,524.40	33%	33%
02.1.03	HFS	755,000	709,000.00	601,914.62	80%	85%	4,419,000.00	967,577.00	441,889.28	10%	46%
02.1.04	IER	864,000	812,000.00	328,518.70	38%	40%	13,040,000.00	2,377,103.00	1,017,170.33	8%	43%
02.1.05	HSP	7,358,000	6,916,000.00	4,288,070.63	58%	62%	23,468,000.00	7,316,820.00	3,356,304.55	14%	46%
02.1.06	HRH	11,258,000	10,607,000.00	5,476,373.60	49%	52%	16,975,000.00	3,266,840.00	1,183,054.15	7%	36%
02.1.07	HSD	3,414,000	3,111,000.00	760,592.69	22%	24%	3,135,000.00	1,754,944.00	755,081.71	24%	43%
03.1.01	CRD	553,000	519,000.00	210,295.30	38%	41%	2,032,000.00	610,769.00	386,195.14	19%	63%
03.1.02	FOS	1,595,000	1,926,000.00	415,216.34	26%	22%	2,405,000.00	81,079.00	31,141.43	1%	38%
03.1.03	WMH	1,320,000	1,242,000.00	323,354.46	24%	26%	1,680,000.00	504,334.00	19,641.87	1%	4%
03.1.04	PHE	6,210,000	6,065,000.00	2,046,443.99	33%	34%	2,790,000.00	263,386.00	193,813.82	7%	74%
03.1.05	HPR	5,169,000	4,860,000.00	2,721,197.91	53%	56%	1,429,000.00	786,466.00	374,975.63	26%	48%

Quadro 2 (continuação)

Orçamento ordinário							Fundos de outras fontes				
Série	Áreas de actividade	Orçamento aprovado pela WHA e EB add.1	Fundos disponíveis	Despesas	Taxa de execução		Orçamento aprovado pela WHA e EB add.1	Fundos disponíveis	Despesas	Taxa de execução	
					Orçamento aprovado	Fundos disponíveis				Orçamento aprovado	Fundos disponíveis
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
03.1.06	NUT	2,589,000	2,434,000.00	329,422.39	13%	14%	1,911,000.00	492,837.00	302,322.39	16%	61%
03.1.07	TOB	3,113,000	2,926,000.00	440,420.07	14%	15%	1,887,000.00	1,013,002.00	294,683.75	16%	29%
03.1.08	INJ	751,000	705,000.00	279,542.63	37%	40%	1,246,000.00	887,368.00	506,193.82	41%	57%
04.1.01	FNS	3,372,000	3,170,000.00	1,555,057.75	46%	49%	6,686,000.00	5,806,000.00	6,134,184.00	92%	106%
04.1.02	DGO	1,536,000	1,444,000.00	734,105.12	48%	51%	829,000.00	1,228,996.00	893,184.17	108%	73%
04.1.03	REC	2,257,000	1,694,000.00	653,103.56	29%	39%	2,862,000.00	2,157,555.00	1,993,788.65	70%	92%
04.1.04	GBS	1,287,000	1,209,000.00	421,344.81	33%	35%	1,855,000.00	1,155,000.00	632,349.00	34%	55%
04.1.05	HRS	2,287,000	2,149,000.00	1,107,473.13	48%	52%	4,113,000.00	5,438,377.00	4,189,868.59	102%	77%
04.1.06	IIS	10,029,000	9,425,000.00	4,389,044.45	44%	47%	13,971,000.00	11,028,000.00	10,444,792.00	75%	95%
04.1.07	KMI	5,753,000	5,408,000.00	2,555,413.34	44%	47%	9,247,000.00	2,773,266.00	4,131,103.36	45%	149%
04.1.08	BMR	1,459,000	1,371,000.00	612,783.69	42%	45%	1,309,000.00	846,000.00	517,259.00	40%	61%
05.1.01	SCC	63,515,000	59,678,000.00	32,050,270.00	50%	54%	13,065,000.00	6,502,510.00	2,342,791.57	18%	36%
06.1.01	ERH		0.00				0.00				
06.1.02	ITF		0.00				0.00				
06.1.03	REF		0.00				4,770,000.00	452,648.00	40,983.08	1%	9%
06.1.04	SEF										
	Total	203,627,000	191,403,000.00	82,741,855.24	41%	43%	745,826,000.00	455,436,331.00	288,181,410.23	39%	63%

Anexo 3

Quadro 3: Execução do orçamento 2006, por fontes de financiamento (dólares americanos)

Países							Escritório Regional				
Série	Área de actividade	Orçamento aprovado pela WHA e EB	Fundos disponíveis	Despesas	Taxa de execução		Orçamento aprovado pela WHA e EB	Fundos disponíveis	Despesas	Taxa de execução	
					Orçamento aprovado (5/3)	Fundos disponíveis (5/4)				Orçamento aprovado (10/8)	Fundos disponíveis (10/9)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
01.1.01	CAH	8,388,000	6,881,330.00	1,201,833.92	14%	17%	19,112,000	8,910,321.00	5,257,867.40	28%	59%
01.1.02	CPC	25,646,000	4,233,317.00	2,214,203.32	9%	52%	33,533,000	4,496,039.00	3,090,937.80	9%	69%
01.1.03	EHA	30,132,000	32,863,590.00	23,438,512.03	78%	71%	4,856,000	5,714,617.00	3,167,735.01	65%	55%
01.1.04	CSR	17,881,000	16,663,358.00	4,575,591.58	26%	27%	27,119,000	11,573,631.00	6,068,157.96	22%	52%
01.1.05	HIV	97,325,000	25,577,170.00	18,267,309.08	19%	71%	38,272,000	27,989,252.00	14,084,495.95	37%	50%
01.1.06	IVD	108,104,000	98,906,084.00	62,064,025.54	57%	63%	126,576,000	122,383,776.00	81,821,513.46	65%	67%
01.1.07	MPS	6,476,000	11,274,324.00	2,626,270.95	41%	23%	8,340,000	7,186,165.00	1,981,070.38	24%	28%
01.1.08	MAL	25,468,000	12,678,553.00	8,283,111.58	33%	65%	33,532,000	16,727,077.00	10,891,564.36	32%	65%
01.1.09	MNH	3,050,000	1,299,894.00	233,826.84	8%	18%	1,630,000	1,611,291.00	521,105.13	32%	32%
01.1.10	RHR	4,502,000	2,436,159.00	1,180,883.47	26%	48%	3,691,000	2,872,058.00	1,089,710.81	30%	38%
01.1.12	NCD	4,140,000	3,908,538.00	357,628.08	9%	9%	4,360,000	4,386,667.00	2,399,765.71	55%	55%
01.1.12	TUB	11,984,000	8,783,916.00	5,504,008.61	46%	63%	18,016,000	5,932,558.00	2,749,348.16	15%	46%
02.1.01	BCT	1,661,000	1,334,000.00	283,169.67	17%	21%	2,457,000	2,842,643.00	1,394,088.11	57%	49%
02.1.02	EDM	8,124,000	2,469,339.00	608,800.01	7%	25%	3,376,000	8,812,787.00	3,084,000.08	91%	35%
02.1.03	HFS	2,668,000	342,247.00	554,828.04	21%	162%	2,506,000	1,334,330.00	488,975.86	20%	37%
02.1.04	IER	12,893,000	677,025.00	335,968.02	3%	50%	1,011,000	2,512,078.00	1,009,721.01	100%	40%
02.1.05	HSP	17,164,000	8,891,093.00	5,427,175.51	32%	61%	13,662,000	5,341,727.00	2,217,199.67	16%	42%
02.1.06	HRH	18,110,000	8,751,280.00	4,427,289.82	24%	51%	10,123,000	5,122,560.00	2,232,137.93	22%	44%
02.1.07	HSD	4,138,000	2,871,804.00	709,401.81	17%	25%	2,411,000	1,994,140.00	806,272.59	33%	40%
03.1.01	CRD	208,000	215,000.00	20,141.00	10%	9%	2,377,000	914,769.00	576,349.44	24%	63%
03.1.02	FOS	1,292,000	1,147,000.00	53,943.97	4%	5%	2,708,000	860,079.00	392,413.80	14%	46%
03.1.03	WMH	1,199,000	609,059.00	77,788.65	6%	13%	1,801,000	1,137,275.00	265,207.68	15%	23%
03.1.04	PHE	4,632,000	3,908,437.00	1,031,257.42	22%	26%	4,368,000	2,419,949.00	1,209,000.39	28%	50%
03.1.05	HPR	4,825,000	4,531,001.00	2,583,953.97	54%	57%	1,773,000	1,115,465.00	512,219.57	29%	46%

Quadro 3 (continuação)

Série	Áreas de actividade	Países					Escritório Regional				
		Orçamento aprovado pela WHA e EB	Fundos disponíveis	Despesas	Taxa de execução		Orçamento aprovado pela WHA e EB	Fundos disponíveis	Despesas	Taxa de execução	
					Orçamento aprovado (5/3)	Fundos disponíveis (5/4)				Orçamento aprovado (10/8)	Fundos disponíveis (10/9)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
03.1.06	NUT	1,866,000	1,665,474.00	54,137.44	3%	3%	2,634,000	1,261,363.00	577,607.34	22%	46%
03.1.07	TOB	1,867,000	1,427,787.00	56,150.30	3%	4%	3,133,000	2,511,215.00	678,953.52	22%	27%
03.1.08	INJ	1,331,000	482,811.00	269,379.48	20%	56%	666,000	1,109,557.00	516,356.97	78%	47%
04.1.01	FNS		0.00				10,058,000	8,976,000.00	7,689,241.75	76%	86%
04.1.02	DGO		0.00				2,128,000	2,672,996.00	1,627,289.29	76%	61%
04.1.03	REC	395,000	351,000.00	20,896.57	5%	6%	5,095,000	3,500,555.00	2,625,995.64	52%	75%
04.1.04	GBS		0.00				3,142,000	2,364,000.00	1,053,692.81	34%	45%
04.1.05	HRS		0.00				6,400,000	7,587,377.00	5,297,341.72	83%	70%
04.1.06	IIS		0.00				24,000,000	20,453,000.00	14,833,836.45	62%	73%
04.1.07	KMI	1,007,000	261,000.00	553.36	0%	0%	13,993,000	7,920,266.00	6,685,963.34	48%	84%
04.1.08	BMR	493,000	0.00		0%		2,275,000	2,217,000.00	1,130,042.69	50%	51%
05.1.01	SCC	74,583,000	63,276,890.00	33,405,161.38	45%	53%	1,997,000	2,903,620.00	987,900.97	49%	34%
06.1.01	ERH		0.00					0.00			
06.1.02	ITF		0.00					0.00			
06.1.03	REF		0.00				4,770,000	452,648.00	40,983.08	1%	9%
06.1.04	SEF		0.00					0.00			
	Total	501,552,000	328,718,480.00	179,867,201.42	36%	55%	447,901,000	318,120,851.00	191,056,063.83	43%	60%

Áreas de Actividade

BCT	Segurança do Sangue e Tecnologias Clínicas
BMR	Planeamento, Coordenação dos Recursos e Supervisão
CAH	Saúde das Crianças e dos Adolescentes
CPC	Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis
CRD	Investigação para as Doenças Transmissíveis
CSR	Alerta e Resposta às Epidemias
DGO	Gabinetes do Director-Geral, dos Directores Regionais e Funções Autónomas
EDM	Medicamentos Essenciais
EHA	Preparação e Resposta a Situações de Emergência
FNS	Gestão Orçamental e Financeira
FOS	Segurança Alimentar
GBS	Órgãos Directivos
HFS	Financiamento da Saúde e Protecção Social
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HPR	Promoção da Saúde
HRH	Recursos Humanos para a Saúde
HRS	Gestão dos Recursos Humanos da OMS
HSD	Elaboração de Políticas para o Desenvolvimento da Saúde
HSP	Políticas dos Sistemas de Saúde e Prestação de Serviços
IER	Informação, Bases Factuais e Investigação em Saúde
IIS	Infra-estruturas e Logística
INJ	Violência, Traumatismos e Incapacidades
IVD	Vacinação e Desenvolvimento de Vacinas
KMI	Gestão dos Conhecimentos e Tecnologias de Informação
MAL	Paludismo
MNH	Saúde Mental e Abuso de Substâncias Psicoactivas
MPS	Tornar a Gravidez mais Segura
NCD	Gestão e Vigilância das Doenças Não-Transmissíveis
NUT	Nutrição
PHE	Saúde e Ambiente
REC	Relações Externas
REF	Fundo Imobiliário
RHR	Saúde Reprodutiva
SCC	Presença da OMS nos Países
TOB	Tabaco
TUB	Tuberculose
WMH	Género, Mulheres e Saúde