

# **Actividades da OMS na Região Africana**

## **2004**

**Relatório Anual do Director Regional**



**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE**  
**Escritório Regional Africano**  
**Brazzaville**



AFR/RC55/2  
ORIGINAL: INGLÊS

# **Actividades da OMS na Região Africana**

## **2004**

### **Relatório Anual do Director Regional**

À Quinquagésima-quinta sessão  
do Comité Regional Africano,  
Maputo, Moçambique  
22–26 de Agosto de 2005

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
Escritório Regional Africano  
Brazzaville • 2005

Fonte do Catálogo  
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 9 034 002 9 (Classificação NLM : WA 541)

©  
**Escritório Regional Africano da OMS**  
**(2005)**

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 na África do Sul

*O Director Regional tem a honra de apresentar  
ao Comité Regional o Relatório das Actividades  
da Organização Mundial de Saúde na Região  
Africana, relativas ao ano de 2004.*

*Dr. Luis Gomes Sambo  
Director Regional*

## ÍNDICE

|   | Página            |
|---|-------------------|
| <b>SIGLAS</b> .....   | vi                |
|   | <b>Parágrafos</b> |
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 1–7               |
| <b>PARTE I: ORÇAMENTO-PROGRAMA ARA 2004–2005 : EXECUÇÃO<br/>NO ANO DE 2004</b> .....                              | 8–208             |
| <b>REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS</b> .....   | 8–201             |
| Gestão e desenvolvimento do programa geral .....  | 8–37              |
| Desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde .....  | 38–61             |
| Prevenção e controlo das doenças transmissíveis .....   | 62–97             |
| Prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis .....   | 98–129            |
| Saúde reprodutiva e da família .....  | 130–163           |
| Ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável .....   | 164–188           |
| Administração e finanças .....  | 189–201           |
| <b>FACTORES QUE INFLUENCIARAM A EXECUÇÃO DO<br/>    ORÇAMENTO-PROGRAMA EM 2004</b> .....                          | 202–208           |
| Factores facilitadores .....  | 202–205           |
| Factores de constrangimento .....   | 206–208           |
| <b>PARTE II: RELATÓRIO DOS PROGRESSOS REALIZADOS NA<br/>IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DO COMITÉ REGIONAL</b> ..... | 209–284           |
| Eliminação da lepra na Região Africana .....  | 209–213           |
| Programa regional da tuberculose .....  | 214–218           |
| Estratégia regional para acções humanitárias e de emergência .....  | 219–224           |
| Vigilância epidemiológica integrada das doenças: Estratégia regional para as<br>doenças transmissíveis .....      | 225–229           |
| Estratégia regional de vacinação para o período 2003–2005 .....   | 230–233           |
| Saúde e ambiente: Estratégia para a Região Africana .....   | 234–238           |
| Pobreza e saúde: Estratégia para a Região Africana .....  | 239–243           |
| Desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde: Acelerar a implementação<br>da estratégia regional .....       | 244–251           |
| Macroeconomia e saúde: Perspectivas futuras na Região Africana .....  | 252–257           |
| Segurança dos alimentos e saúde: Análise da situação e perspectivas .....   | 258–264           |
| Intensificar as intervenções contra o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo na<br>Região Africana da OMS .....        | 265–269           |
| Implementação da Iniciativa 3 by 5 na Região Africana .....   | 270–275           |
| Implementação da estratégia regional contra o paludismo na Região Africana .....                                  | 276–280           |
| Erradicação da poliomielite .....   | 281–284           |
| <b>CONCLUSÃO</b> .....  | 285–295           |

## ANEXOS

### Página

|   |    |
|---|----|
| 1. Execução do Orçamento-Programada OMS para 2004–2005 (Escritório Regional):<br>Orçamento Ordinário..... | 56 |
| 2. Execução do Orçamento-Programada OMS para 2004–2005 (Países):<br>Orçamento Ordinário.....              | 57 |
| 3. Execução do Orçamento-Programada OMS para 2004–2005: Outras Fontes .....                               | 58 |

## LISTA DAS ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| 1. Levantamento dos serviços existentes no Uganda em 2004.....                                    | 8  |
| 2. Estados-Membros com políticas nacionais oficiais para os medicamentos .....                    | 9  |
| 3. Acesso a tratamentos padrão da asma e diabetes em países seleccionados, 2004.....              | 10 |
| 4. Controlo de qualidade de medicamentos anti-tuberculose em países seleccionados, 2004 .....     | 10 |
| 5. Doação de sangue em Bobo Dioulasso, Burkina Faso .....   | 12 |
| 6. Prevalência do HIV nos doadores de sangue em Bobo Dioulasso 2000-2004.....                     | 12 |
| 7. Ocorrência sazonal da meningite cerebrospinal .....  | 13 |
| 8. Casos de dracunculose notificados por país, 2003-2004.....                                     | 15 |
| 9. Prevalência do HIV entre os adultos, Região Africana da OMS, 2003.....                         | 16 |
| 10. Número de pessoas que receberam tratamento anti-retroviral na Região Africana<br>da OMS ..... | 17 |
| 11. Programas nacionais de controlo da tuberculose: Fontes de financiamento dos orçamentos.....   | 18 |
| 12. Taxas de detecção de casos de Tuberculose por Região da OMS, 1994–2003 .....                  | 18 |
| 13. Distribuição dos casos de poliovírus selvático na Região Africana, 2003-2004.....             | 19 |
| 14. Cobertura vacinal por DPT3 notificada, em países seleccionados .....                          | 20 |
| 15. Adopção, pelos países, de TCA específicas .....   | 21 |
| 16. Custo total da doença do paludismo, Gana, 2002.....   | 22 |
| 17. A AIDI na Região Africana: nível de implementação .....                                       | 28 |
| 18. Impacto da AIDI na redução da mortalidade, Tanzânia, 2003 .....                               | 28 |
| 19. Situação da Lepra na Região Africana, no início de 2004 .....                                 | 43 |
| 20. Cobertura da DOTS na Região Africana, em 2003 .....   | 44 |

## LISTA DOS QUADROS

|  |    |
|--|----|
| 1. Prevalência e casos detectados de lepra na Região Africana, 1994-2003 ..... | 43 |
|--|----|

## SIGLAS

|          |  |
|----------|--|
| ADE      | Academia para o Desenvolvimento Educativo  |
| AFRO     | Escritório Regional Africano   |
| AGFUND   | Programa do Golfo Árabe das Organizações das Nações Unidas para o Desenvolvimento                |
| AIDI     | Atenção Integrada às Doenças da Infância   |
| AMEL     | Aliança Mundial para Eliminação da Lepra   |
| AMVV     | Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação  |
| APAC     | Aliança de Países, Adolescentes e Comunidades  |
| AQ       | Amodiaquina  |
| ART      | Terapia antiretroviral   |
| AS       | Artemisinina   |
| CSV      | Campanhas suplementares de vacinação   |
| AWARE-RH | Ação na Região da África Ocidental do Projecto de Saúde Reprodutiva e Sobrevivência das Crianças |
| BASIC    | Associação Britânica para os Cuidados Imediatos  |
| BSR      | Biblioteca da saúde reprodutiva  |
| CCAIDS   | Comissão Consultiva Africana para a Investigação e Desenvolvimento em Saúde                      |
| CCD      | Centros de Controlo e Prevenção das Doenças  |
| CDAA     | Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral  |
| CE       | Comissão Europeia  |
| CMS      | Comissão de Macroeconomia e Saúde  |
| CQLAT    | Convenção-Quadro de Luta Anti-Tabágica   |
| CRAC     | Comissão Regional Africana de Certificação   |
| CRAPS    | Centro Regional de Água Potável e Saneamento   |
| DFID     | Gabinete para o Desenvolvimento Internacional (Reino Unido)                                      |
| DNT      | Doença não-transmissível   |
| DOTS     | Tratamento de curta duração sob observação directa   |
| DPT      | Difteria, tosse convulsa, tétano   |
| ECP      | Estratégia de Cooperação com os Países   |
| EIP      | Equipa inter-países  |
| FAO      | Organização para a Alimentação e Agricultura   |
| FL       | Filariase linfática  |
| FMI      | Fundo Monetário Internacional  |
| FMLSTP   | Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo                                     |
| FNUAP    | Fundo das Nações Unidas para o Apoio às Populações   |
| FRP      | Iniciativa Fazer Recuar o Paludismo  |
| GACRIA   | Gabinete de Apoio da Coordenação Regional Inter-Agências   |
| GPN      | Rede privada global  |
| GTZ      | <i>Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit</i> (Cooperação alemã)                             |
| HIV      | Vírus da imunodeficiência humana   |
| HQ       | Sede Mundial   |
| HRH      | Recursos humanos para a saúde  |
| IDS      | Vigilância e Reposta Integrada às Doenças  |
| IST      | Infecção sexualmente transmissível   |
| JNV      | Jornada nacional de vacinação  |
| LM       | Lumefantrina   |
| MAP      | Programa Multisectorial da SIDA  |
| MDM      | Metas de Desenvolvimento do Milénio  |
| MGF      | Mutilação genital feminina   |
| MIP      | Paludismo na gravidez  |
| NPDA     | Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano  |
| OIM      | Organização Internacional para a Migração  |
| ONG      | Organização não-Governamental  |



|         |  |
|---------|--|
| ONUD    | Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento                           |
| ONUSIDA | Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/SIDA                            |
| PAV     | Programa Alargado de Vacinação   |
| PEP     | Programa de Parcerias Estratégias  |
| PF      | Planeamento familiar   |
| PMMAT   | Provisão Mundial de Medicamentos Anti-Tuberculose                              |
| PMSO    | Padrões mínimos de segurança operacional                                       |
| PPEDec  | Parceria dos Países Europeus e Países em Desenvolvimento para Ensaios Clínicos |
| PTVH    | Prevenção da transmissão vertical do HIV                                       |
| PVHS    | Pessoas que vivem com HIV/SIDA   |
| RTI     | Rede tratada com insecticida   |
| RTILD   | Rede com tratamento de insecticida de longa duração                            |
| SIDA    | Síndrome da imuno-deficiência adquirida  |
| SP      | Sulfadoxina-pirimetamina   |
| SR      | Saúde reprodutiva  |
| SWAp    | Abordagem de âmbito sectorial  |
| TB      | Tuberculose  |
| TCA     | Terapia de combinação com base na Artemisinina                                 |
| TIP     | Tratamento intermitente preventivo   |
| TIPg    | Tratamento intermitente preventivo para as mulheres grávidas                   |
| UA      | União Africana   |
| UNICEF  | Fundo das Nações Unidas para as Crianças                                       |
| USAID   | Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Industrial                   |
| WHA     | Assembleia Mundial da Saúde  |
| WHO     | Organização Mundial de Saúde   |



## INTRODUÇÃO

1. Este relatório anual do Director Regional descreve os progressos nas actividades da OMS na Região Africana, no primeiro ano do Orçamento-Programa para o biénio 2004–2005, o qual se integra no Décimo Programa-Geral de Trabalho (2002–2005).
2. O período abrangido por este relatório marca uma transição na liderança do Escritório Regional. Durante o mesmo, termina o mandato do Dr. Ebrahim Malick Samba como Director Regional e inicia-se outro capítulo nas actividades da OMS na Região Africana, com a eleição do Dr. Luis Gomes Sambo, como novo Director Regional.
3. Como foi referido pelos Representantes da OMS, registaram-se numerosos sucessos. Mencionam-se os seguintes: melhoria do desempenho, reforço da capacidade dos recursos humanos, melhoria da qualificação dos funcionários, melhoria da qualidade do apoio técnico prestado aos países e nas intervenções, bem como um financiamento de Outras Fontes em rápido crescimento.
4. Persistem, no entanto, muitos desafios importantes, nomeadamente: sistemas de saúde enfraquecidos e fragmentados; recursos inadequados para acelerar a implementação das intervenções com relação custo-eficácia comprovadamente boa; acesso limitado das populações pobres às tecnologias e serviços de saúde existentes; gestão inadequada dos recursos humanos para a saúde, que agrava a fuga de competências; pouca energia na aplicação das políticas referentes aos determinantes da saúde; informação limitada para a tomada de decisões; recorrência de calamidades e situações de emergência, naturais ou provocadas pelo homem, e pobreza extrema.
5. Para enfrentar estes desafios, o Orçamento-Programa para 2004–2005 identificou como prioritárias certas áreas de actividade; algumas são prioridades novas, outras já constavam do Orçamento-Programa para 2002–2003. A Protecção do Meio Ambiente Humano é uma nova prioridade, enquanto que Tornar a Gravidez mais Segura, saúde das crianças, sistemas de saúde e medicamentos essenciais se mantêm como prioridades desde o orçamento anterior.
6. Este relatório apresenta uma análise dos progressos alcançados na resposta às prioridades regionais e dos países, através de todas as áreas de actividade, que foram agrupadas segundo as divisões pertinentes. Reflecte os sucessos do Escritório Regional e também das 46 Representações nos países, no apoio ao desenvolvimento da saúde da Região Africana.
7. O relatório está dividido em duas grandes partes. A Parte I descreve os sucessos significativos, bem como os principais factores facilitadores e de constrangimento. A Parte II descreve os progressos alcançados na implementação das resoluções aprovadas por várias sessões do Comité Regional. Três anexos resumem os níveis de execução do Orçamento Ordinário e dos fundos de Outras Fontes.

## **PARTE I: ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2004–2005: EXECUÇÃO NO ANO DE 2004**

### **REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS**

#### **GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA GERAL**

8. No âmbito da Gestão e Desenvolvimento do Programa Geral, as intervenções nas oito áreas de actividade privilegiaram o reforço das capacidades de transparência e responsabilização, o apoio às equipas-país, a mobilização de recursos de Outras Fontes, a recolha de informação de base factual, a participação na tomada de decisões a nível institucional, o recurso a uma gestão com base nos resultados, o reforço dos saberes e a disseminação de informação fiável e oportuna.

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

9. A despeito de alguns progressos na área da saúde, o estado de saúde das populações no mundo, e especialmente em África, reclama mais esforços coordenados, com a participação de todos os níveis da Organização Mundial de Saúde. Os países estiveram bem no centro da política e da intervenção da OMS, sobretudo os que se encontram em situação difícil. Sendo uma agência técnica, a OMS tem a função especial de advogar, junto dos parceiros, em favor de investimentos maiores e mais sustentados na saúde; ela é também uma conselheira de alto nível junto dos Estados Membros, para as áreas política e técnica.

10. A OMS empenhou-se em muitas actividades de advocacia de alto nível. Assumiu também iniciativas para sustentar e expandir as parcerias mundiais e regionais para a saúde. Graças a isso, a saúde e outras vertentes do desenvolvimento humano têm constado das agendas de várias assembleias internacionais. A OMS providenciou políticas, resoluções e directivas aos países, para melhorar a capacidade da Organização na resposta às necessidades de cada um. Além disso, deu apoio técnico e financeiro a todos os Estados-Membros, atendendo de modo especial aos países em situação difícil.

11. Entre as principais realizações, referem-se:

- a) melhor colaboração entre a OMS e os vários parceiros para o desenvolvimento da saúde, graças a advocacia de alto nível e à participação em diversas assembleias internacionais e regionais, sobre temas relacionados com a saúde;
- b) contacto mais estreito com os países, por meio de visitas de advocacia a Chefes de Estado e de Governo e decisores políticos da Região Africana;
- c) melhores relações de trabalho com a Sede, graças a consultas intensificadas e à coordenação dos esforços orientados para os países, a par da participação mais significativa da Sede nas sessões do Comité Regional e nas reuniões do Programa Regional;
- d) maior capacidade, por parte dos países, para enfrentarem situações especiais, como terremotos, explosões de depósitos de armas, inundações, epidemias, seca e populações deslocadas;
- e) desembolso de verbas de funcionamento, do Fundo do Director Regional para o Desenvolvimento, concedidas a grupos muito carenciados, incluindo os órfãos da SIDA, meninos da rua e mulheres em situações particularmente difíceis<sup>1</sup>, no total de 206.600 dólares americanos;

---

<sup>1</sup> Nos seguintes países: Angola, Camarões, República do Congo, Gâmbia, Quénia, Libéria, Madagáscar e Senegal.

- f) contributos à implementação de programas prioritários essenciais, como a prevenção e tratamento do HIV/SIDA, paludismo, tuberculose, doenças da infância e saúde materna, em diversos países.

### **Presença da OMS nos países (SCC)**

12. A generalização da Política Centrada nos Países a toda a Organização veio colocar as necessidades sanitárias dos países no centro das atenções. Entretanto, nas suas Estratégias de Cooperação com os Países, os Estados-Membros solicitaram à OMS que assumisse um papel maior de liderança técnica na facilitação de parcerias a nível de país e no apoio aos países, para reforço dos respectivos sistemas de saúde.

13. A resposta da OMS tem por base as necessidades articuladas na Estratégia de Cooperação com os Países. Esta sublinha a promoção do programa e o apoio técnico, assim como o reforço das competências da equipa-país, para uma resposta eficaz às solicitações nacionais.

14. Entre as principais realizações nesta área de actividade mencionam-se:

- a) finalização da articulação da CCS em mais 6 países, elevando para 45 o total dos documentos estratégicos;
- b) análise em profundidade dos documentos da estratégia de cooperação com os países, apresentando os resultados à Reunião do Programa Regional (RPM 33), para dar orientações programáticas e indicar temas preferenciais ao Escritório Regional e às Representações nos países;
- c) organização, em Nairobi, de um seminário prático para 45 quadros superiores de países, do Escritório Regional e da Sede, para implementação de uma nova forma de trabalhar usando uma abordagem transversal entre os níveis e os programas da OMS, e propor um quadro de referência com cinco componentes, para reforçar o apoio da OMS com base nos resultados, visando uma resposta mais eficaz a nível de país;
- d) reforço sistemático, em toda a Região, do apoio da OMS aos países para obter melhores produtos na saúde, começando pelo Quênia, Malawi e Tanzânia, recorrendo ao quadro de referência das cinco componentes, o qual tem em conta a Estratégia de Cooperação com os Países; integração do desenvolvimento dos sistemas de saúde; revisão do perfil das equipas-país; reforço das capacidades de gestão administrativa, financeira e dos saberes; e elaboração de um plano e orçamento “únicos por país”;
- e) convocação de duas Reuniões do Programa Regional para os Representantes da OMS, conselheiros técnicos da Região Africana e participantes vindos da Sede;
- f) participação, em Copenhaga e no Cairo, em duas reuniões inter-regionais da Rede de Unidades de Apoio aos Países e numa reunião inter-regional em Washington DC, para directores de planeamento, das quais resultou um modelo mundial para as CCS; reforço da articulação entre a CCS, o processo de planificação e a alocação de recursos; reforço do apoio da OMS aos sistemas nacionais de saúde; e introdução de melhoramentos no quadro estrutural da gestão com base nos resultados e no 11º Programa-Geral de Trabalho.

### **Mobilização de Recursos e Cooperação Externa e Parcerias (REC)**

15. Considerando a escassez dos recursos em muitos países da Região e a rápida deterioração do nível de saúde das populações, conferiu-se especial importância à mobilização de recursos de Outras Fontes. Foram apoiadas actividades intensivas de informação e comunicação, para uma maior consciencialização face aos problemas da saúde e para promover na Região quer a actividade, quer a visibilidade da Organização.

16. A confiança na OMS, por parte dos parceiros, foi reforçada graças à maior capacidade de gestão dos projectos, a nível regional e de país. São, por isso, cada vez mais as instituições de financiamento que optam pela OMS, como agência implementadora dos seus projectos de saúde nos países.

17. Em 2004, foram assinados 19 acordos de cooperação com diversos parceiros e instituições de financiamento, para a implementação de projectos em Estados-Membros.<sup>2</sup> Acordos celebrados com o Banco Mundial, Banco de Desenvolvimento Africano, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, Fundação Ford, Agência Internacional da Energia Atómica, Organização Africana de Propriedade Intelectual e várias ONG ultrapassaram os 15 milhões de dólares americanos. Estes resultados foram facilitados por um melhor conhecimento mútuo dos processos de financiamento e de implementação, por parte dos parceiros, e pelos progressos na colaboração e troca de informações entre as divisões do Escritório Regional, a Sede e os países.

18. Estão ainda em curso esforços para aperfeiçoar a implementação de projectos e as capacidades de monitorização e de mobilização de recursos, graças a seminários de formação sobre competências negociais, para todos os funcionários.

19. Entre as actividades concretizadas na área da informação pública e comunicação, contam-se a produção e disseminação de material audiovisual para difusão nos *media* electrónicos, a nível nacional e regional; a preparação de comunicados de imprensa e artigos temáticos, a organização de reuniões de esclarecimento e conferências para jornalistas; e publicações periódicas, como o “Observatório da Saúde em África”.

#### **Dados factuais para uma Política da Saúde (GPE)**

20. Os principais problemas que afectam esta área são a pouca cultura de obter e utilizar dados na tomada de decisões; o reduzido investimento na produção e disseminação de dados para a saúde, tanto a nível regional como de país; as limitadas capacidades dos ministérios da saúde para recolher dados; a escassez de informação fiável, actualizada e utilizável nos sistemas de registos vitais; e a relação custo-eficácia e custo-eficiência das intervenções (e das unidades de saúde) destinadas às populações pobres.

21. Na sua resposta, a OMS forneceu orientações estratégicas e apoio adequado aos países, para reforçar as suas capacidades de recolha de dados na Região Africana. Foi criada uma Comissão Consultiva Africana para a Economia da Saúde, que teve a sua primeira reunião em Novembro. Foi elaborado um plano de acção para reforçar os sistemas de informação sanitária a nível regional e de país, incluindo a criação de uma base regional de dados integrados. Foi concebida e testada uma nova versão da base de dados de indicadores para a saúde, a qual está em processo de implementação. Em íntima colaboração com a Unidade de Informação e Tecnologias da Comunicação e a Comissão do *Website* do AFRO, iniciaram-se publicações na página da Internet, incluindo a integração de páginas de países no *site* da Sede.

22. Foi esboçado o Plano Estratégico para a Economia da Saúde na Região Africana da OMS para 2006–2015 e preparada uma edição revista do panfleto inicial sobre indicadores de base. Produziram-se documentos técnicos sobre: a situação das comissões nacionais de investigação em bioética na Região Africana; o aumento da produtividade, progressos técnicos e alterações na eficácia dos hospitais públicos angolanos; documentação das melhores práticas em saúde; e determinantes da apropriação do seguro de saúde pelas mulheres sul-africanas.

#### **Órgão Directivos (GBS)**

23. Os Órgãos Directivos da OMS são estruturas administrativas e políticas, que têm o encargo de conceber as políticas da saúde e garantir a sua implementação. Em África, de modo especial, as

---

<sup>2</sup> Botswana, Chade, Gâmbia, Quénia, Libéria, Madagáscar, Mauritània, Tanzânia, Togo e Suazilândia.

políticas da saúde visam assegurar o desenvolvimento sustentável dos Estados-Membros. Cabe aos Órgãos Directivos a responsabilidade de garantir que a OMS honre o seu compromisso de aconselhar os países e de lhes dar o apoio técnico que possibilite a implementação das suas políticas de saúde. A consecução destes objectivos ainda é um desafio, que a OMS terá de vencer.

24. Em 2004, privilegiou-se de modo especial a disseminação de informações entre os países, as Representações, o Escritório Regional e a Sede. Esta nova orientação fez com que os Estados-Membros participassem efectivamente nas várias reuniões dos Órgãos Directivos da OMS. A Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional, em Brazzaville, assistiu à eleição do Dr. Luis Gomes Sambo, ex-Director da Gestão do Programa, para o posto de Director Regional.

25. Delegações africanas participaram no 113º Conselho Executivo e na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, onde deram valiosos contributos. O empenhamento das delegações africanas foi um factor decisivo para que as realidades da saúde na Região Africana fossem contempladas nas orientações e recomendações dos Órgãos Directivos.

### **Planeamento, Monitorização e Avaliação do Programa (BMR)**

26. Em sintonia com a implementação da reforma administrativa na OMS, o Escritório Regional incidiu na adopção de uma gestão com base nos resultados, apoiada por processos consistentes e uniformes de planeamento, orçamentação, monitorização e notificação. Estes aspectos continuarão a ser importantes questões para a gestão dos programas na Região. Integrar a estratégia de Cooperação com os Países nos processos de gestão da OMS, a nível de país, será uma tarefa nova e difícil.

27. As abordagens ao planeamento, monitorização e avaliação dos programas estão em permanente mutação, para se adaptarem aos desafios emergentes no sector da saúde, à escassez de recursos e ao esforço no sentido de melhorar a prestação de serviços nos Estados-Membros. Os dois últimos biénios testemunharam progressos, em termos de consistência e uniformidade dos processos de planeamento e monitorização, mas falta ainda avançar quanto ao controlo de qualidade, avaliação do desempenho e instrumentos de monitorização. Outro desafio consiste em estimular os funcionários da OMS a aderirem aos processos de gestão dos programas e aos correspondentes instrumentos e tecnologias.

28. Na fase de planeamento, a interacção envolve a Sede, o nível regional e os países; este processo tem vindo a ser institucionalizado na Região Africana, para orientar o apoio da OMS às Representações nos países. Foram introduzidas, e são largamente utilizadas na Região, os meios para medir o desempenho (como produtos conseguidos ou serviços prestados) e os indicadores de desempenho, assim como as tradicionais avaliações financeiras. Com a aplicação do Sistema de Gestão das Actividades, o Escritório Regional e 11 Representações em países<sup>3</sup> dispõem de um sistema de informação para o planeamento de programas e monitorização de desempenhos. Os funcionários da OMS e os seus homólogos nos ministérios da saúde tiveram reuniões de esclarecimento sobre planeamento com base nos resultados e monitorização do desempenho.

### **Política e Promoção da Investigação (RPC)**

29. Em 2004, a investigação incidiu sobretudo no apoio aos países, para identificarem e realizarem investigação em intervenções orientadas para a obtenção da saúde e a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDM). Teve lugar em Brazzaville, Congo, de 14 a 16 de Abril, uma reunião regional de consulta de investigadores e decisores, para finalizarem o projecto do Relatório Mundial dos Saberes para uma Melhor Saúde. Os participantes recomendaram aos governos que assumissem o processo, liderando-o e formulando políticas e estratégias nacionais para o sector da saúde, capazes de estimular um ambiente favorável à investigação relacionada com as MDM. Os governos deverão também dar provas de empenhamento activo, traduzindo as conclusões dos investigadores em políticas e estratégias orientadas para as MDM.

---

<sup>3</sup> Burundi, Côte d'Ivoire, Eritreia, Guiné, Quénia, Madagáscar, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger e Ruanda.

30. O Escritório Regional deu apoio técnico e financeiro à Argélia e a Cabo Verde, para formularem políticas de investigação em saúde. Cinco países<sup>4</sup> participaram na análise dos seus sistemas de investigação em saúde para os reforçarem, usando instrumentos criados pela OMS.

31. A Comissão Consultiva Africana para a Investigação e Desenvolvimento em Saúde (CCAIDS) reuniu de 27 a 29 de Outubro e elaborou um documento exprimindo a posição da África, para apresentar na Cimeira Ministerial sobre Investigação em Saúde, na Cidade do México, entre 16 e 20 de Novembro. Esta Cimeira pretendeu estimular a comunidade internacional a investir mais recursos na investigação em saúde. A CCAIDS deu também o seu apoio à formulação da posição africana relativa à Convenção Internacional contra a Clonagem de Seres Humanos para Fins Reprodutivos.

32. A Parceria dos Países Europeus e Países em Desenvolvimento para os Ensaio Clínicos teve a sua primeira reunião em Setembro, para passar em revista as fases iniciais de projectos, alguns dos quais contemplam o reforço das capacidades dos investigadores africanos. As doenças alvo são HIV/SIDA, paludismo e tuberculose; muitos projectos relacionam-se com o uso de novos medicamentos e vacinas contra essas doenças assassinas, em resposta à Cimeira de Abuja, de 2000.

### **Gestão e Disseminação da Informação Sanitária (IMD)**

33. Uma informação fiável e em tempo oportuno é vital para a preparação, produção e distribuição de todos os bens e serviços. No sector da saúde, a informação enriquece e orienta os profissionais, decisores, investigadores e o público em geral. É um veículo essencial para a promoção da saúde e a prevenção e controlo das doenças. Infelizmente, não é fácil ter acesso a informação boa, fiável e actualizada, mesmo quando ela existe. Entre os obstáculos ao seu acesso incluem-se as más condições de comunicação, bem como o custo e a natureza da informação a ser transmitida. A área de actividade da Gestão e Disseminação da Informação Sanitária é responsável pela edição, tradução, impressão, disseminação e conservação de toda a documentação produzida no Escritório Regional. Continua a caber à OMS a responsabilidade de produzir informação sanitária e biomédica actualizada e de base factual, para os pôr à disposição dos Estados-Membros, parceiros, funcionários e público em geral.

34. No período em análise, todos os documentos para a Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional foram editados, traduzidos, publicados e enviados aos Estados-Membros nas três línguas de trabalho da Região.

35. A Unidade de Gestão e Disseminação da Informação Sanitária foi reequipada, para melhorar a produção da informação no Escritório Regional. Ao mesmo tempo, foram publicados, ou estão em vias de publicação, manuais, folhetos, directrizes e módulos, para apoio à implementação de programas. O Escritório Regional continuou a colaborar com o Fórum dos Editores Africanos de Medicina no estímulo à investigação, na melhoria da qualidade das publicações africanas sobre a saúde e na tentativa de dar mais visibilidade à informação sanitária.

36. A Biblioteca do Escritório Regional abriu outra vez, depois de renovada. A sua base de dados contém agora mais de 1200 entradas bibliográficas (algumas com texto completo); prossegue a publicação do boletim *Info Digest*. Para promover as Bibliotecas da Mala Azul, os seus funcionários deram formação a mais de 60 encarregados de 4 países.

37. Está já operacional um centro multimédia para dar formação a funcionários e investigadores sobre o uso da Internet. O Escritório Regional participou no Nono Congresso da Associação das Bibliotecas Africanas para a Informação Sanitária no Malawi, de 24 a 29 de Outubro.

---

<sup>4</sup> Camarões, Gana, Quénia, Senegal e Tanzânia.



## **DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

38. Nos países da Região Africana, os sistemas de saúde continuaram a deteriorar-se devido ao inadequado financiamento, à crise dos recursos humanos e ao acesso insuficiente a medicamentos essenciais e tecnologias da saúde, incluindo o acesso a sangue seguro. Esta situação contribuiu grandemente para os fracos indicadores que prevalecem na área da saúde, um desafio para a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio.

39. A Divisão do Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde, que se perfila para resolver a situação actual, é responsável por três áreas de actividade: Organização dos Serviços de Saúde; Medicamentos Essenciais: Acesso, Qualidade e Uso; e Segurança do Sangue e Tecnologias Clínicas.

### **Organização dos Serviços de Saúde (OSD)**

40. Reagindo à insuficiência dos recursos humanos, financeiros e materiais, os países estão a proceder a reformas no sector da saúde, para reduzirem as iniquidades, promoverem uma cobertura universal e avançarem na consecução das MDM. Para tal, solicitam orientação política na implementação dessas reformas. A resposta da OMS tem-se concretizado na criação de bases de dados sobre sistemas de saúde, em maior reforço das capacidades e na formulação e apoio às iniciativas orientadas para aquele fim.

41. No período em análise, desenvolveu-se grande actividade no reforço das capacidades dos funcionários da OMS e dos funcionários fulcrais dos países, para que assumam com eficácia a sua acção no desenvolvimento dos sistemas de saúde. Nesse campo, realizou-se um encontro de directores de serviços médicos e outros funcionários de alto nível, para analisarem a operacionalidade dos sistemas de saúde a nível local. Os participantes nessa reunião reconfirmaram a abordagem baseada nos sistemas de saúde distritais, aprovada pelo Comité Regional em 1987, e apelaram a todos os países para que tornassem os seus sistemas operacionais, com base nesse conceito. Numa postura de apoio, o Escritório Regional elaborou e distribuiu ao países orientações para a formulação das respectivas políticas e planos, bem como para tornarem os sistemas distritais de saúde operacionais. Cinco países<sup>5</sup> elaboraram ou reformularam as suas políticas ou planos estratégicos nacionais de saúde.

42. Os países demonstram um vivo interesse em criar mecanismos alternativos de financiamento, como os seguros de saúde. No Gana, Quênia e Zâmbia estão em curso actividades para a criação de um sistema nacional de seguro social de saúde. No Quênia, o esquema de seguro nacional de saúde foi aprovado pelo Parlamento e a sua implementação prossegue. Outros cinco países<sup>6</sup> empreenderam actividades relacionadas com a contabilidade da saúde: uma análise da situação no Botswana e Seychelles, um seminário de orientação para funcionários do governo do Chade, um seminário de formação para funcionários técnicos da Faculdade de Economia da Universidade da Zâmbia e um curso de formação no Gana (com participantes da Gâmbia, Gana, Nigéria e Serra Leoa).

43. Num esforço para reforçar os sistemas nacionais de informação sanitária na Região Africana, a Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional aprovou o documento “Intervenções prioritárias para reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária” (AFR/RC54/12 Rev.1). Sob a sua orientação, o Escritório Regional apoiou 10 países<sup>7</sup> no reforço da informação, avaliando os seus sistemas, produzindo documentos de políticas e planos, ou revendo os seus instrumentos de recolha de informação sanitária. O instrumento de mapeamento da disponibilidade dos serviços de saúde foi introduzido no Quênia, Ruanda, Tanzânia e Uganda, para monitorizar a implementação e intensificação de programas da saúde. Esse instrumento incide na disponibilidade em profissionais, equipamentos e infra-estruturas fundamentais para a saúde. No Uganda, foi usado para indicar a

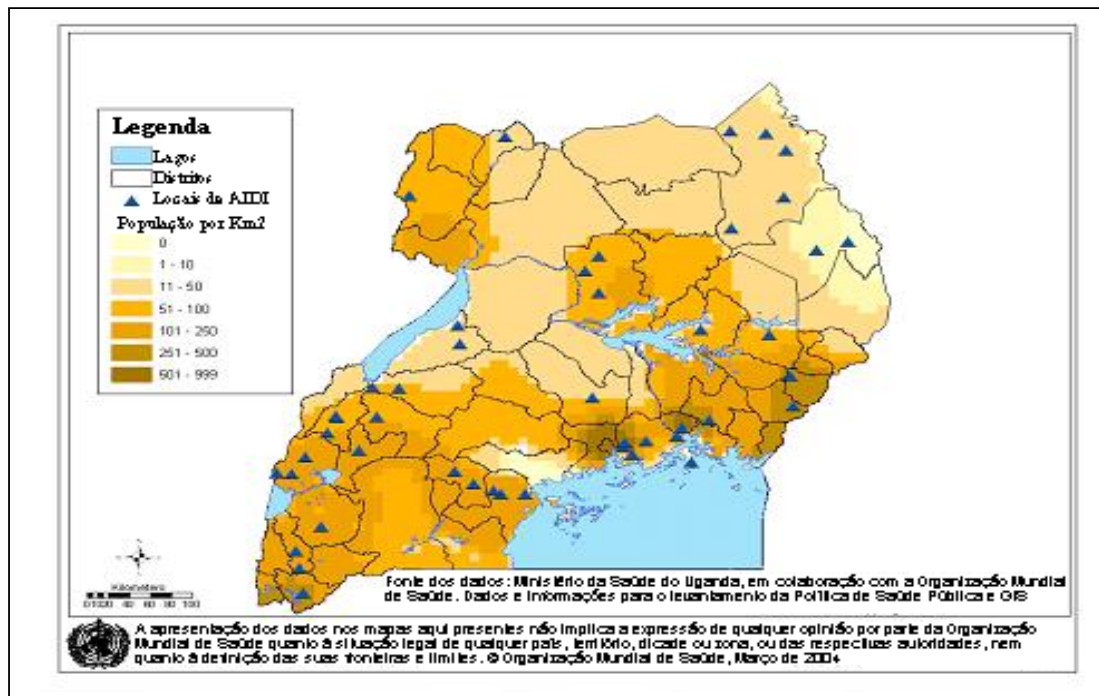
<sup>5</sup> Burundi, República Centrafricana, Gabão, Mauritânia e Tanzânia.

<sup>6</sup> Botswana, Chade, Seychelles, Suazilândia e Zâmbia.

<sup>7</sup> Burkina Faso, Cabo Verde, Chade, Comores, República do Congo, Namíbia, Nigéria, Seychelles, África do Sul e Tanzânia (Zanzibar).

localização dos serviços de prevenção da transmissão vertical do HIV (Figura 1), revelando-se de grande utilidade para as autoridades nacionais. Estão em curso medidas para usar este mesmo tipo de levantamento em outros 5 países.<sup>8</sup>

**Figura 1: Levantamento dos serviços existentes no Uganda em 2004**



Fonte: Organização Mundial de Saúde, Março de 2004

44. Um inquérito recente<sup>9</sup> revelou que 42% dos 31 países inquiridos tinham elaborado planos para os recursos humanos da saúde, e que 55% não o tinham feito; 45% referiram ter um documento de política e estratégia. Em resposta, o Escritório Regional apoiou 19 países<sup>10</sup> numa análise em profundidade da situação, com vista à formulação e implementação das suas políticas e planos.

45. Para garantir a disponibilidade em profissionais competentes, com as necessárias capacidades, a Divisão avaliou os programas de formação inicial de enfermeiros e parteiras em 4 países: Etiópia, Gana, Ruanda e Tanzânia. Os resultados revelaram que os currículos escolares estavam em conformidade com as necessidades específicas dos países. Foram também avaliados programas de formação de 3 meses, realizados entre 1998 e 2001, para vários quadros de países seleccionados (Camarões, Mali, Namíbia e Uganda) e no Escritório Regional. Os resultados acusaram uma grande adesão de profissionais da saúde (6.574 participantes), programas de formação pertinentes, materiais de boa qualidade, mas má coordenação das actividades de formação. Observou-se também que essas actividades eram demasiado dispendiosas e que o seguimento dos formandos era insuficiente a nível de país. No futuro, há que coordenar melhor todos esses programas de formação.

46. O Burkina Faso terminou um estudo sobre o impacto do HIV/AIDS nos recursos humanos para a saúde, incidindo nas percepções individuais sobre vulnerabilidade e risco de infecção no local de trabalho. Os resultados revelaram que os profissionais da saúde estão conscientes dos riscos devidos a medidas insuficientes de protecção no seio das unidades, e ao limitado apoio institucional.

<sup>8</sup> Botswana, Burkina Faso, Moçambique, Nigéria e Tanzânia.

<sup>9</sup> OMS, *Relatório sobre o nível dos recursos humanos para a saúde na Região Africana da OMS*, Brazzaville, OMS, Escritório Regional Africano, 2004.

<sup>10</sup> Argélia, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, Comores, Etiópia, Guiné, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Níger, Ruanda, Suazilândia, Tanzânia e Uganda.

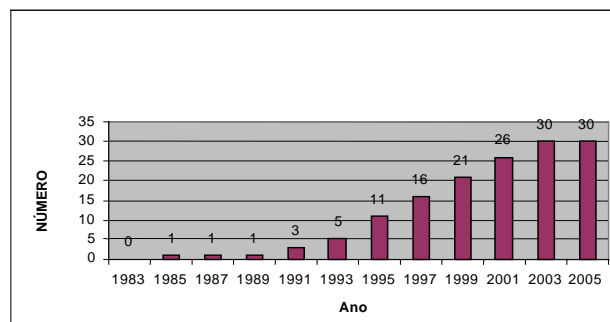
47. Colaborando activamente com outros parceiros, o Escritório Regional elaborou um documento de estratégia sobre a crise de recursos humanos em África, para o segundo fórum de alto nível sobre as MDM relacionadas com a saúde, o qual foi determinante para o desenvolvimento dos recursos humanos da saúde. Nele foi decidido: elaborar um plano para analisar os constrangimentos fiscais à afectação dos profissionais de saúde a nível de país; criar mecanismos para acelerar a resposta e harmonizar a agenda a nível de país; e continuar a colaborar com os países e todos os parceiros, com vista à sua implementação.

### **Medicamentos essenciais: Acesso, Qualidade e Uso (EDM)**

48. Na Região Africana, há desigualdades generalizadas no aprovisionamento de medicamentos, há formas inadequadas de os financiar e cerca de metade da população não tem acesso aos medicamentos essenciais. As principais preocupações desta área de actividade foram: ajudar os países na concepção, implementação e monitorização de políticas nacionais de medicamentos; melhorar o acesso aos medicamentos, sobretudo para os programas de saúde prioritários; garantir a segurança, qualidade e eficácia dos medicamentos; e melhorar o seu uso racional.

49. Para melhorar o acesso aos medicamentos, o Escritório Regional apoiou os países na formulação e implementação de políticas nacionais de medicamentos. As Comores e a República do Congo finalizaram as suas políticas nacionais de medicamentos e o Senegal, Serra Leoa e Tanzânia formularam ou actualizaram as suas políticas no decurso deste ano. Desde 1983, um número considerável de países elaboraram políticas nacionais de medicamentos (Figura 2).

**Figura 2: Estados-Membros com políticas nacionais oficiais para os medicamentos, Região Africana da OMS**

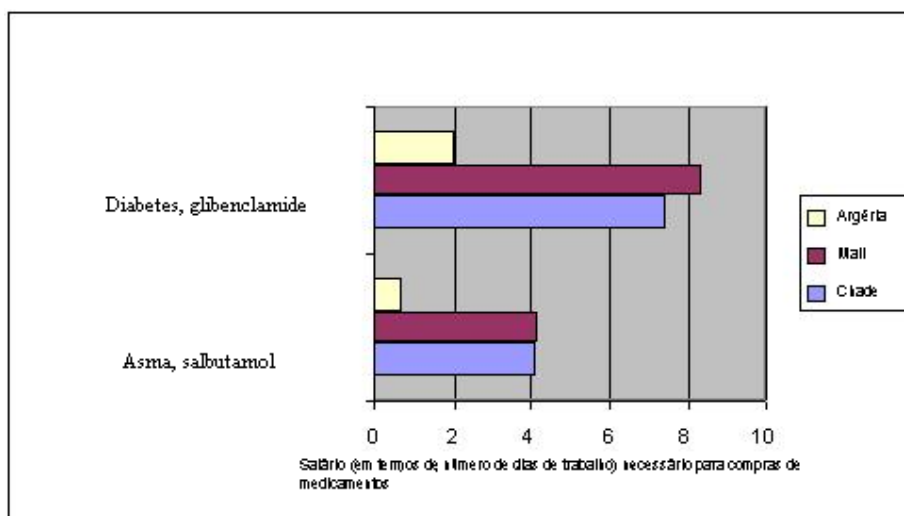


Fonte: OMS/AFRO/EDM

50. A Divisão organizou seminários de formação sobre inquéritos aos preços dos medicamentos e deu formação às autoridades nacionais de 11 países<sup>11</sup> para a execução desses inquéritos. Deles, concluiu-se que os trabalhadores do escalão inferior da função pública teriam de trabalhar 4,2 dias no Mali, 4,1 dias no Chade e 0,7 dias na Argélia, para pagarem uma série normal de tratamentos anti-asma; os mesmos trabalhadores teriam de trabalhar 8,3 dias no Mali, 7,4 dias no Chade e 2 dias na Argélia para pagarem um tratamento padrão da diabetes durante um mês no sector privado. Os inquéritos aos preços dos medicamentos desvendaram informações úteis, que ajudarão os países a identificar possíveis acções para melhorar o acesso aos medicamentos essenciais (Figura 3).

<sup>11</sup> Argélia, Chade, Etiópia, Gana, Quênia, Mali, Nigéria, África do Sul, Tanzânia, Uganda e Zimbábwe.

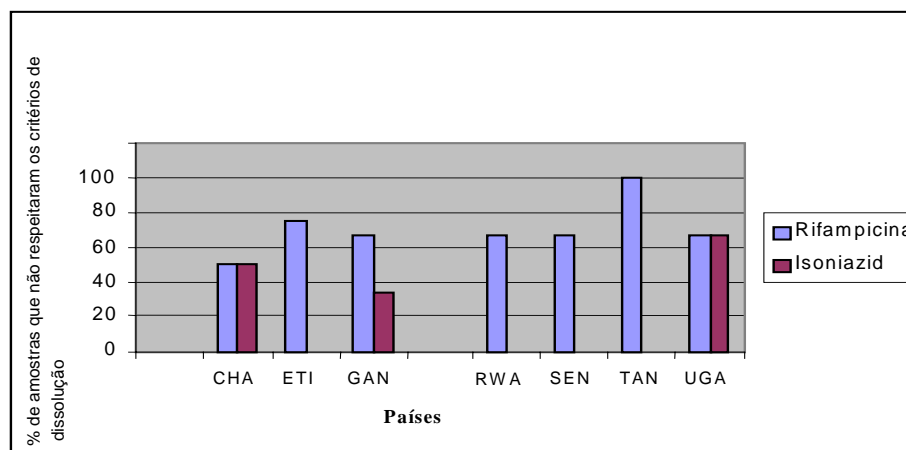
**Figura 3: Acesso a tratamentos padrão da asma e diabetes em países seleccionados, 2004**



Fonte: OMS/AFRO/EDM

51. Cinco países<sup>12</sup> foram apoiados no reforço dos sistemas de registo de medicamentos. Peritos da OMS avaliaram e reestruturaram, em Potchefstroom (África do Sul) e em Argel (Argélia), centros colaboradores para a garantia da qualidade dos medicamentos. A Eritreia criou um centro de monitorização de reacções adversas aos medicamentos; alguns conselheiros avaliaram e apoiaram as autoridades regulamentadoras dos medicamentos no Gana, Nigéria e Tanzânia. Dez funcionários nacionais de 5 países<sup>13</sup> receberam formação em controlo de qualidade de medicamentos e em direcção de laboratórios analíticos. Responsáveis de 9 países<sup>14</sup> recolheram e analisaram amostras para controlar a qualidade de medicamentos anti-tuberculose, como a rifampicina, isoniazida e suas combinações. Os resultados revelaram deficiências nos ingredientes activos e nos perfis de dissolução (Figura 4).

**Figura 4: Controlo de qualidade de medicamentos anti-tuberculose em países seleccionados, 2004**



Fonte: OMS/AFRO/EDM

<sup>12</sup> Cabo Verde, Guiné, Mali, Níger e Senegal.

<sup>13</sup> Camarões, Mali, Níger, Nigéria e Uganda.

<sup>14</sup> Camarões, Chade, Etiópia, Gana, Nigéria, Ruanda, Senegal, Tanzânia e Uganda.

52. Peritos regionais finalizaram o livro *Medicina Tradicional Africana: Percurso até ao Presente*. O segundo Dia da Medicina Tradicional Africana foi celebrado a 31 de Agosto, sob o tema “Fazer avançar a agenda da saúde africana com a medicina tradicional”. O Escritório Regional apoiou a República do Congo, República Democrática do Congo, Malawi e Nigéria, na formulação de políticas nacionais; o Malawi e Nigéria, na preparação de quadros jurídicos para a prática da medicina tradicional; e o Malawi na elaboração de códigos de ética e prática.

53. Em colaboração com a Comissão da União Africana, a Divisão avaliou, no Burkina Faso, República Democrática do Congo, Gana, Madagáscar e Nigéria, a situação da produção local de medicamentos tradicionais, para identificar áreas que pudesse apoiar. A Comissão Regional da Peritos em Medicina Tradicional da OMS reuniu em Brazzaville, de 16 a 19 de Novembro, e organizou uma exposição simultânea de medicamentos tradicionais. As autoridades nacionais regulamentadoras dos medicamentos de Madagáscar e da Nigéria autorizaram a comercialização de produtos da medicina tradicional, para a diabetes e a anemia falciforme.



Medicamentos tradicionais vendidos em novas embalagens

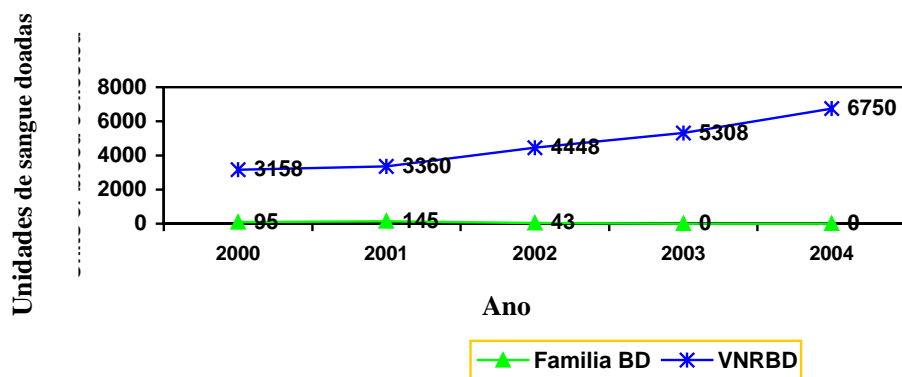
### **Segurança do Sangue e Tecnologias Clínicas (BCT)**

54. À medida que os países aceleram as intervenções de luta contra as principais doenças, aumenta a necessidade de tecnologias essenciais. Por isso, é necessário formular e implementar políticas as tecnologias e segurança do sangue, melhorar a capacidade de prestação de cuidados de qualidade, elaborar e disseminar directrizes assim como conceber e implementar modelos de procedimentos operacionais e medidas correctivas.

55. A área de actividade Segurança do Sangue e Tecnologias Clínicas apoiou o Lesoto, Madagáscar, Ruanda e Tanzânia (Zanzibar) na finalização das suas políticas nacionais de sangue. A unidade procedeu também a uma análise pormenorizada da situação nos serviços de transfusão de sangue da Etiópia e da Namíbia e apoiou a República Democrática do Congo na concepção de um plano estratégico para o desenvolvimento dos serviços de transfusão de sangue.

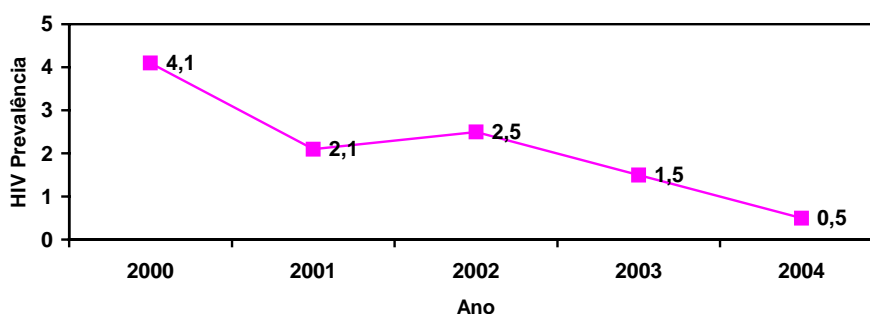
56. A unidade organizou dois seminários nacionais de formação para recrutadores de dadores, no Burkina Faso. Na sequência dessa formação, o sistema de recrutamento de dadores melhorou e, presentemente, todos os dadores de Bobo Dioulasso são voluntários (Figura 5). Esta melhoria resultou também na redução da prevalência de HIV entre os dadores de sangue (Figura 6).

**Figura 5: Doação de sangue em Bobo Dioulasso, Burkina Faso**



Fonte: Centro de Transfusão de Sangue, Bobo Dioulasso, Burkina Faso, 2004

**Figura 6: Prevalência do HIV nos dadores de sangue de Bobo Dioulasso, 2000–2004**



Fonte: Centro de Transfusão de Sangue, Bobo Dioulasso, Burkina Faso, 2004

57. Em Bobo Dioulasso, Burkina Faso, 50 médicos participaram num seminário nacional sobre o uso clínico do sangue. Durante o seminário, foram finalizadas as directrizes nacionais sobre o uso clínico do sangue e tomada a decisão de transfundir apenas a componente necessária para cada paciente. Desde então, os serviços de transfusão de sangue de Bobo Dioulasso têm preparado componentes do sangue.

58. O Centro Nacional de Serviços de Transfusão de Abidjan lançou o esquema regional de avaliação externa da qualidade para serologia de grupos sanguíneos; participam neste processo 15 países e 90% dos resultados recebidos foram satisfatórios. Estão a ser adoptadas medidas correctivas, para melhorar a qualidade dos serviços de transfusão de sangue com menos bom desempenho.

59. Na Etiópia e na Namíbia, foram reunidos 416.939 dólares americanos para apoio aos programas nacionais de sangue. Analisada a situação e avaliadas as necessidades, foi dada prioridade ao reforço de capacidades, organização e gestão, recolha de dados e gestão da informação, doações voluntárias de sangue e sustentabilidade dos serviços de transfusão de sangue.

60. Para melhorar o desempenho dos serviços de laboratório, o Escritório Regional apoiou a concepção e implementação do Pacote Essencial de Tecnologias de Laboratório em dois hospitais distritais da República do Congo. A Guiné, Mali e Niger fizeram avaliações rápidas dos programas nacionais de garantia de qualidade e esboçaram planos para implementar medidas correctivas. Nos

Camarões, o centro de radiologia para a educação contínua de radiografistas e radiologistas da África Ocidental e Central deu formação em radiologia a um núcleo de 16 formadores.

61. Inquéritos realizados em Kinshasa e em algumas províncias da República Democrática do Congo suscitaram grande preocupação quanto ao alto risco de radiação nos serviços de imagiologia de diagnóstico e na sua proximidade. O Escritório Regional apoiou a formação de técnicos, a inspecção e reparação ou manutenção dos equipamento de Raios-X em uso e o fornecimento de dosímetros individuais.

## **PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS**

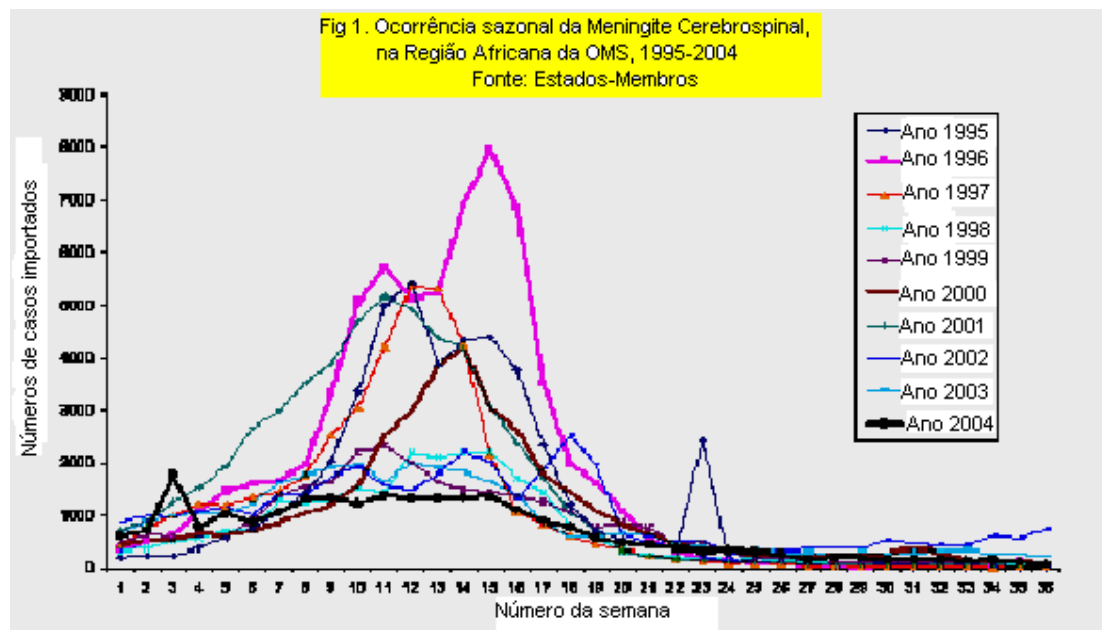
### **Vigilância das Doenças Transmissíveis (CSR)**

62. Os sistemas nacionais de vigilância das doenças ainda são fracos, e vários factores contribuem para a reemergência de doenças com potencial epidémico, anteriormente controladas. Os profissionais qualificados, os suprimentos essenciais e a logística são muitas vezes insuficientes. Por isso, as medidas de controlo existentes têm um efeito limitado no curso da epidemias. As ameaças à segurança da saúde internacional tornaram necessária uma revisão das Normas Internacionais da Saúde a nível mundial, com a participação dos Estados-Membros.

63. A Estratégia Integrada de Vigilância das Doenças, aprovada pelo Comité Regional Africano, proporciona uma base de orientação para o reforço dos sistemas nacionais de vigilância e resposta às doenças. O apoio concedido aos Estados-Membros visa o reforço das capacidades dos profissionais da saúde, das capacidades dos laboratórios e do tratamento de dados, da notificação das doenças, da resposta às epidemias e monitorização da implementação da Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (VRID).

64. No final do ano, havia 26 países que apresentavam mensalmente relatórios da vigilância das doenças e os Estados-Membros recebiam retro-informação periódica (ver Figura 7, sobre os dados da vigilância da meningite).

**Figura 7: Ocorrência sazonal da meningite cerebrospinal, Região Africana da OMS, 1995–2004**



65. Outros dez países elaboraram material de formação em VRID para funcionários do nível distrital; em 12 países, a formação de funcionários responsáveis pela VRID abrangeu, pelo menos, 60% dos distritos. A VRID foi incluída em dois cursos regionais sobre epidemiologia aplicada, para funcionários superiores da saúde do Quênia e do Mali. O Escritório Regional reforçou as capacidades regionais para a resposta às epidemias, formando 56 peritos em resposta rápida às epidemias. Em 10 países onde a peste é endêmica, deu formação sobre o diagnóstico dessa doença a peritos de laboratórios; treinou também 12 quadros superiores de microbiologia, de 6 países, em gestão de laboratórios. Mais de 80% dos surtos notificados tiveram confirmação laboratorial.

66. A Divisão prestou apoio técnico em tempo oportuno a países confrontados com epidemias de cólera, meningite, febre amarela, hepatite E e envenenamento por aflatoxina. O Escritório Regional apoiou a acreditação de 10 laboratórios bacteriológicos de referência para a saúde pública, 8 sub-regionais e 2 regionais, para alargar o programa regional de certificação externa de qualidade a todos os laboratórios bacteriológicos nacionais de referência, e para instalar um laboratório bacteriológico no Centro de Vigilância Multi-Doenças, de Ouagadougou. No âmbito de uma acção mundial, delegados de 32 países participaram na revisão das Normas Sanitárias Internacionais.

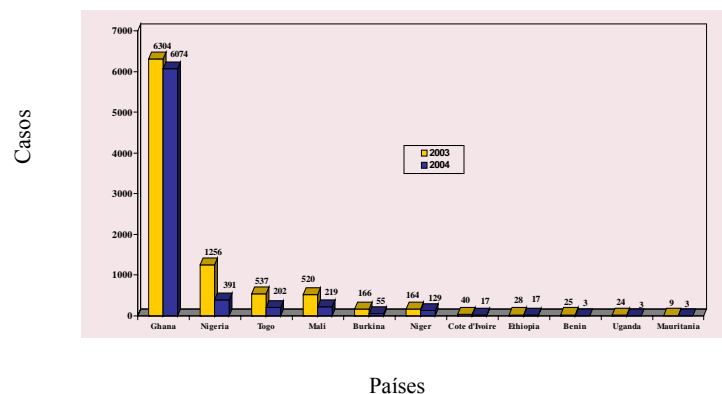
### Prevenção, Erradicação e Controlo das Doenças Transmissíveis (CPC)

67. As doenças abrangidas pela área de actividade da Prevenção, Erradicação e Controlo das Doenças Transmissíveis são conhecidas por afectarem sobretudo os segmentos mais pobres e negligenciados da população. São doenças que mantêm um perfil baixo nos Estados-Membros mais afectados.

68. A fase final da erradicação da dracunculose depara-se com fadiga dos doadores. Além disso, a dramática redução na incidência desta doença tem um impacto negativo no empenhamento financeiro dos governos e na participação das comunidades dos países onde ela é endêmica. Ao longo dos anos, ficou demonstrado que é difícil manter, nos tratamentos de massa, taxas de cobertura compatíveis com as metas da eliminação. A principal resposta da OMS tem consistido em dar apoio técnico aos países afectados, para (1) reforçar a capacidade nacional, (2) formular estratégias e planos de acção adequados para combater a doença, (3) monitorizar e avaliar as intervenções de luta e (4) proceder a actividades de advocacia.

69. Durante o ano, foram notificados 7.113 casos de dracunculose, comparados com 9.179 em 2003 (ver Figura 8), o que representa uma redução de 22,5%. Onze países foram certificados como livres da transmissão da dracunculose. A taxa de prevalência da lepra baixou para 0,8 casos por 10.000 habitantes; três países atingiram a meta da eliminação, subindo o total para 39 dos 46 Estados-Membros.

**Figura 8: Casos de dracunculose notificados por país, 2003–2004**





70. Alguns países procederam à avaliação do fardo que representa a doença da filaríase linfática. O Malawi completou o respectivo levantamento, tendo Cabo Verde e a Guiné-Bissau iniciado esse exercício. Os 9 países<sup>15</sup> que lançaram campanhas de administração em massa de medicamentos contra a FL realizaram o tratamento anual com sucesso. O Mali está a preparar a primeira campanha de administração de medicamentos em massa.

71. O Burkina Faso, Camarões, Mali e Moçambique lançaram programas nacionais de desparasitação e o Lesoto, Níger e Zâmbia recolheram dados de base, no âmbito dos preparativos para o tratamento. Ao reforçar o programa de controlo da esquistossomíase e dos helmintos transmitidos pelo solo, o Uganda associou novamente a desparasitação às campanhas de vacinação anti-sarampo.

72. A Divisão apoiou 20 países<sup>16</sup> na análise da situação ou no reforço da detecção de casos e tratamento da tripanossomíase humana africana, em áreas prioritárias. Até Outubro, esses países tinham notificado 13.000 novos casos em 1,5 milhões de pessoas examinadas.

73. A OMS apoiou a distribuição gratuita de redes tratadas com insecticida (RTI) a grupos vulneráveis, o re-tratamento em massa de redes e a associação dos programas de distribuição das RTI às actividades de vacinação. O Gana distribuiu RTI durante as Jornadas Nacionais de Vacinação em 10 distritos e o Togo distribuiu cerca de 750.000, no decorrer de uma campanha de âmbito nacional contra o sarampo, em Dezembro.

#### **Vírus da Imunodeficiência humana/Síndrome da Imunodeficiência adquirida (HIV)**

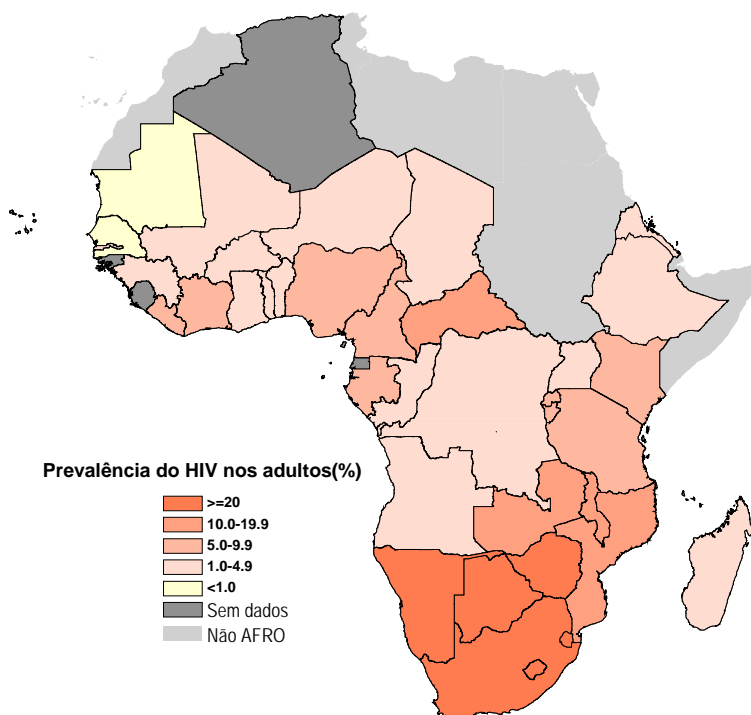
74. O fardo do HIV/SIDA é ainda elevado na Região Africana, apesar de indicações iniciais de uma estabilização na África Central e Ocidental, e uma redução em países da África Oriental. A África Austral continua a ser a mais afectada (Figura 9). No ano findo, a prioridade foi aumentar o acesso à terapia anti-retroviral, em harmonia com a Iniciativa 3 by 5, que pretende tratar 3 milhões de pessoas dos países em desenvolvimento até finais de 2005, e como contribuinte para a consecução das MDM. A cobertura das intervenções em HIV/SIDA continua a ser demasiado baixa.

---

<sup>15</sup> Benim, Burkina Faso, Comores, Gana, Quénia, Nigéria, Tanzânia, Togo e Uganda.

<sup>16</sup> Angola, Benim, Burkina Faso, Camarões, República Centrafricana, Chade, República do Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Gabão, Guiné, Quénia, Malawi, Moçambique, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.

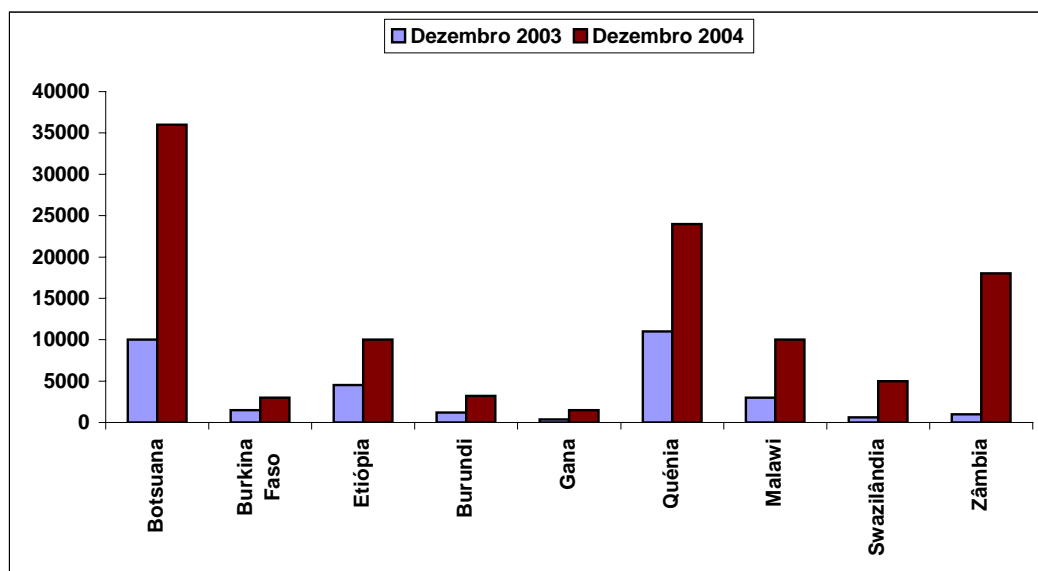
**Figura 9: Prevalência do HIV entre os adultos, Região Africana da OMS, fins de 2003**



Fonte: ONUSIDA/OMS, Relatório sobre a Epidemia Mundial da SIDA, 2004

75. Vários países receberam orientações normativas e apoio técnico, para intervenções do sector da saúde na área da prevenção, tratamento e cuidados do HIV/SIDA, mobilizando competências técnicas e reforçando as capacidades nacionais, em parceria com outros intervenientes-chave. Graças à advocacia em favor da Iniciativa 3 by 5, 30 países intensificaram a terapia anti-retroviral e adoptaram uma abordagem de saúde pública para a prestação dos serviços; 22 formularam e iniciaram, ou aceleraram desde então, a implementação de planos nacionais de tratamento. A OMS apoiou 14 países na apresentação de candidaturas (que integravam o tratamento) a financiamentos pelo Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo (FMLSTP), e ajudou outros a melhorar a utilização de subsídios anteriormente concedidos. O Escritório Regional apoiou 23 países na adaptação e formação em Atenção Integrada às Doenças dos Adolescentes e Adultos, uma abordagem simplificada e descentralizada ao acesso a terapia anti-retroviral (TAR). Núcleos sub-regionais de estudo sobre a expansão da TAR na África Central e Ocidental deram formação e apoio técnico aos países e melhoraram a capacidade técnica regional para o tratamento e cuidados às pessoas que vivem com HIV/SIDA (PVHS). Mais de 30 dos 46 Estados-Membros organizaram formação em TAR, de que resultou um alargamento da sua cobertura (Figura 10). Cerca de 325.000 PVHS da Região Africana tinham acesso ao tratamento em fins de 2004, comparando com 100.000 em fins de 2003.

**Figura 10: Número de pessoas que receberam tratamento anti-retroviral na Região Africana da OMS: países seleccionados, 2003–2004**



Fonte: OMS/AFRO

76. Com apoio da OMS, 26 países formularam planos para laboratórios de HIV, agora financiados pelo FMLSTP e pelo Programa Multisectorial da SIDA (do Banco Mundial); 8 países procederam a inquéritos para monitorizar a resistência aos medicamentos anti-retrovirais. O Programa Regional de Garantia de Qualidade apoiou 42 países na manutenção da qualidade nos testes ao HIV. Presentemente, 16 países usam o pacote essencial de intervenções do sistema de saúde em HIV/SIDA a nível distrital, sobretudo serviços de aconselhamento e testes voluntários e de prevenção da transmissão vertical; 20 países estão a adoptar a nova política da OMS/ONUSIDA para o aconselhamento e testes ao HIV e expandirão os testes iniciados pelos prestadores de serviços, para apoiar o acesso ao tratamento.

77. O Escritório Regional reforçou os sistemas nacionais de vigilância do HIV/SIDA em 10 países, graças à formação de formadores e à formação a nível nacional. A OMS, o Banco Mundial e o FMLSTP organizaram seminários de formação em 36 países, para reforçar a capacidade de formular planos de gestão de aprovisionamento e suprimentos. Deles, resultou que 13 países prepararam planos para medicamentos e diagnósticos do HIV/SIDA.

### **Tuberculose (TUB)**

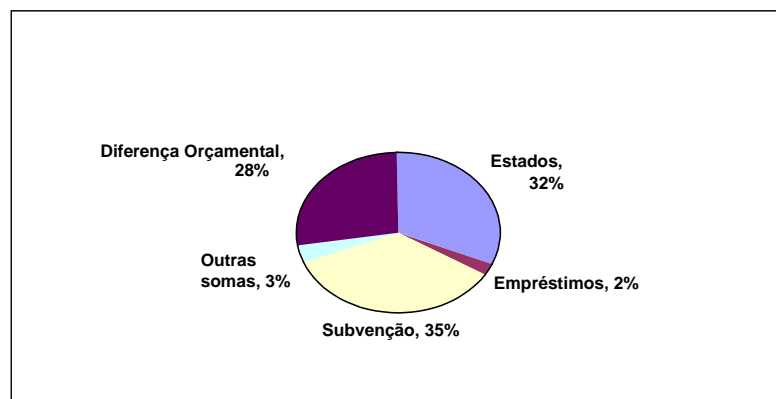
78. As questões mais relevantes deste ano estão directamente relacionadas com a consecução das metas da Assembleia Mundial da Saúde e MDM para o combate à tuberculose, e com a Resolução AFR/RC44/R6 do Comité Regional, sobre o controlo desta doença. As maiores preocupações centram-se no mau acesso geográfico aos serviços de tratamento de curta duração sob observação directa (DOTS); nas reduzidas taxas de detecção de casos e de sucesso no tratamento; na dupla epidemia de TB e HIV; e nos limitados recursos humanos e financeiros.

79. O apoio técnico e financeiro para o desenvolvimento e expansão do programa dominaram a resposta da OMS. Entre as intervenções específicas, mencionam-se o apoio técnico aos países para acelerarem as iniciativas de expansão da DOTS, terem acesso aos medicamentos da Provisão Mundial de Medicamentos para Tuberculose, candidaturas ao financiamento pelo Fundo Mundial, reforçarem os recursos humanos e monitorizarem o desempenho do programa. Entre outros, mencionam-se ainda a advocacia em favor de um empenhamento político, recursos sustentados e criação de parcerias,

incluindo a colaboração com organismos regionais, como a Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano. O Escritório Regional apoiou tecnicamente 6 países na formulação de propostas ao FMLSTP e colaborou com 4 países, para acelerarem a implementação de actividades.

80. Um total acumulado de 42 (91,3%) dos Estados-Membros implementam presentemente a estratégia DOTS, que esteve estacionária nos dois últimos anos. Contudo, todos os países acessíveis estão agora a expandir a implementação da estratégia, e 29 países atingiram uma cobertura de mais de 90% da respectiva população. Vários países implementaram iniciativas de expansão da DOTS: 22 para cuidados comunitários da TB, 15 para actividades de colaboração TB/HIV e 8 para parcerias público/privado. Para o reforço da capacidade a nível de país, 17 profissionais nacionais encarregados da TB, foram colocados em 13 países. Segundo a avaliação feita em 32 países, 32% dos orçamentos dos programas de controlo da TB para 2003 foram financiados pelo Estado (Figura 11).

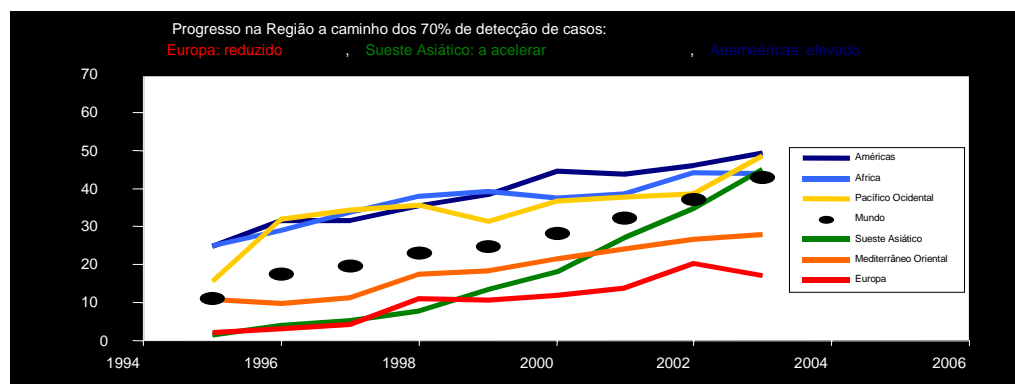
**Figura 11: Programas nacionais de controlo da tuberculose: Fontes de financiamento dos orçamentos**



Fonte: Dados dos países sobre a TB, 2003

81. A detecção dos casos de TB infecciosa subiu de 44%, em 2002, para 50% em 2003 (os relatórios de detecção de casos em 2004 foram terminados pelos países após Dezembro de 2004). Embora ainda abaixo dos 70%, que é a meta da Assembleia Mundial da Saúde, a detecção compara-se favoravelmente com outras regiões da OMS (Figura 12) e com a média mundial, de cerca de 47%.

**Figura 12: Taxas de detecção de casos de Tuberculose por Região da OMS, 1994–2003**

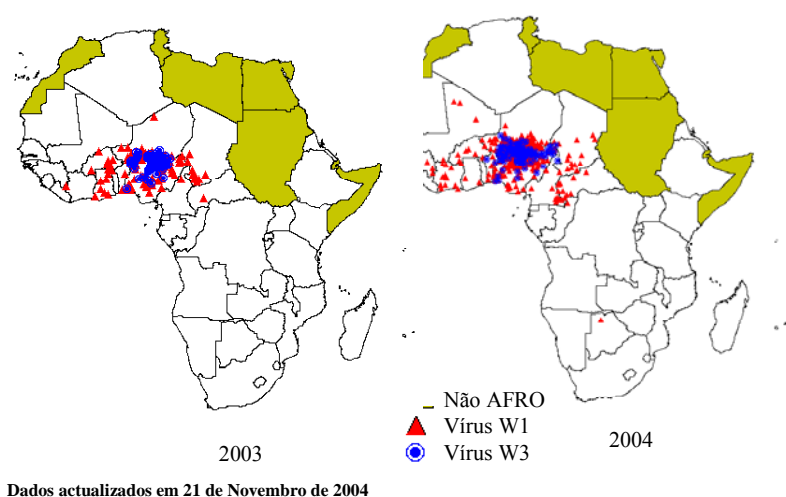


Fonte: OMS/HQ/TME

## Vacinação e Desenvolvimento de Vacinas (IVD)

82. As doenças evitáveis pela vacinação continuam a ser grandes causas de morbidade e mortalidade na Região Africana, apesar da redução em 50% da mortalidade devida ao sarampo, entre 1999 e 2003. A Região teve cerca de 36% dos casos de tétano neonatal e 60% dos casos de sarampo notificados no mundo. O Níger e a Nigéria continuaram a ser os únicos focos de polio-endemia na Região. Durante o ano, a intensa transmissão do poliovírus selvático nestes focos atingiu 13 países anteriormente livres da polio<sup>17</sup> (Figura 13). Embora a cobertura vacinal da DPT3 tivesse atingido 63%, cerca de 10 milhões de lactentes não foram vacinados, 70% dos quais em Angola, República Democrática do Congo, Etiópia e Nigéria (Figura 14). Os custos elevados e a falta de dados sobre o fardo das doenças continuaram a limitar a adopção de novas vacinas.

**Figura 13: Distribuição dos casos de poliovírus selvático na Região Africana, 2003–2004**



Fonte: OMS/AFRO

83. Para enfrentar os problemas críticos da endemicidade da polio, do mau acesso à vacinação de rotina e da elevada mortalidade devida ao sarampo e ao tétano neonatal, a OMS reforçou as parcerias nacionais, regionais e internacionais e mobilizou recursos para apoio às intervenções preconizadas na Resolução AFR/RC54/R8. Estes esforços contribuíram para a 4ª Meta de Desenvolvimento do Milénio sobre a mortalidade infantil, cuja finalidade consiste em reduzir em dois terços a taxa de mortalidade das crianças com idade inferior a 5 anos, entre 1990 e 2015. Além disso, a OMS apoiou os países no uso optimizado dos recursos disponíveis e da infra-estrutura da erradicação da poliomielite, para acelerar a vacinação de rotina.

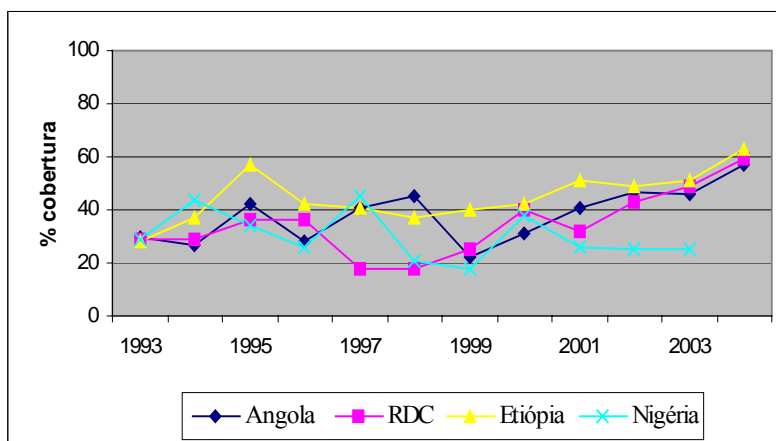
84. Obtiveram-se grandes sucessos durante este ano. Cinco países livres da polio e 11 países com casos importados realizaram campanhas suplementares de vacinação (CSV) de âmbito nacional contra a poliomielite. Na África Central e Ocidental, 24 países realizaram CSV sincronizadas, vacinando mais de 80 milhões de crianças. A Nigéria ultrapassou a controvérsia da segurança da vacina oral da polio e, em Agosto, todos os seus estados participaram nas CSV. Até Setembro, 35 países tinham atingido o nível de certificação de vigilância da paralisia flácida aguda. Pelo menos 20 países implementaram a estratégia Chegar a Todos os Distritos, para melhorar o acesso a serviços de

<sup>17</sup> Benim, Botswana, Burkina Faso, Camarões, República Centrafricana, Chade, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Guiné, Mali, Sudão e Togo.

vacinação com qualidade. Angola, República Democrática do Congo e Etiópia aumentaram a cobertura da DPT3, de 10% em 2003, para 12%.

85. Para contrariar a elevada carência de profissionais qualificados nos países, a OMS treinou 87 docentes de institutos de formação. A Organização apoiou países na implementação de várias estratégias de controlo: 11 países realizaram campanhas suplementares de vacinação contra o sarampo e 7 organizaram CSV com o toxóide do tétano, usando a abordagem de alto risco. Mais um país foi certificado para a eliminação do tétano neonatal (ou seja, menos de um caso por distrito), aumentando para 15 o número dos países certificados na Região Africana.

**Figura 14: Cobertura vacinal por DPT3 notificada, em países seleccionados**



Fonte: OMS/AFRO

### **Paludismo (MAL)**

86. A disponibilidade de intervenções com boa relação custo-eficácia para a prevenção e controlo do paludismo cria o desafio de intensificar a cobertura nos países endémicos, para abranger todas as populações em risco e desfavorecidas. A resistência aos antipalúdicos, cada vez maior e mais disseminada; o elevado custo dos novos antipalúdicos; o custo inabordável das redes impregnadas de insecticida e das redes com tratamento de insecticida de longa duração (RTI/RTLTD); e as deficientes políticas para melhorar o acesso das populações vulneráveis e desfavorecidas, são obstáculos que se colocam às grandes intervenções.

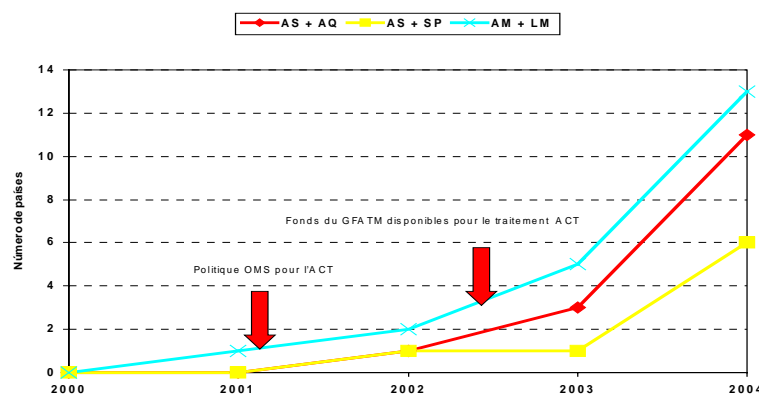
87. Para vencer estes desafios, a OMS está a promover estratégias com boa relação custo-eficácia. Entre elas contam-se: melhor tratamento dos casos, graças à terapia combinada à base de artemisinina; uso de RTI ou RTLTD; maior cobertura com o tratamento preventivo intermitente durante a gravidez (TPIg); actividades de base comunitária bem orientadas; e investigação operacional. Foram concebidos e implementados nos países mecanismos para aumentar a possibilidade de os sistemas de saúde levarem as intervenções até aos lares. Está a ser promovida uma combinação de prevenção, acesso ao tratamento, TPIg e detecção e resposta às epidemias. Foram lançadas campanhas de advocacia a nível mundial e de mobilização nacional, para sustentar o engajamento para o controlo do paludismo.

88. O Escritório Regional pôs à disposição estratégias, directrizes e apoio aos países<sup>18</sup> para o tratamento do paludismo no domicílio e intervenções com base na comunidade. Para levar o controlo do paludismo até aos lares, a Divisão elaborou um documento contendo a posição da Organização sobre o tratamento do paludismo no domicílio e a terapia de combinação com base na artemisinina.

89. Com o apoio da OMS, 6 países<sup>19</sup> reforçaram os seus sistemas de medicina tradicional para o tratamento do paludismo e formaram 500 praticantes de medicina tradicional em tratamento e prevenção do paludismo, à base de sulfadoxina-pirimetamina e RTI. A OMS e a Agência Canadana para o Desenvolvimento Internacional apoiaram países na avaliação de fitomedicamentos antipalúdicos. Resultados preliminares da tisana de *Artemisia annua* indicam taxas de cura acima dos 80%. O Escritório Regional colaborou com vários países em projectos de cultivo da *Artemisia annua*.

90. O Escritório Regional elaborou algoritmos para o tratamento de casos e apoiou 5 países<sup>20</sup> na actualização das normas de tratamento e dos manuais de formação, decorrentes das mudanças na política de medicamentos. Treze países<sup>21</sup> adoptaram TCA no tratamento do paludismo sem complicações e outros quatro (Burundi, África do Sul, Tanzânia [Zanzibar] e Zâmbia) implementaram uma mudança nesse sentido (Figura 15).

**Figura 15: Adopção, pelos países, de TCA específicas**



Fonte: OMS/AFRO

91. Em colaboração com o Escritório Regional do Mediterrâneo Oriental, o Escritório Regional Africano criou a Rede do Corno de África para Monitorizar o Tratamento Antipalúdico. A unidade publicou o *Quadro estratégico para a prevenção e controlo do paludismo durante a gravidez na Região Africana*, apoiou 12 países<sup>22</sup> na adopção de TPIg, reviu os currículos dos cursos nacionais e internacionais à luz das necessidades emergentes, celebrou o Dia Africano do Paludismo com um evento de âmbito regional no Senegal, e elaborou o primeiro relatório dos progressos na implementação do plano de acção da Declaração de Abuja.

<sup>18</sup> Camarões, República do Congo, Eritreia, Etiópia, Gabão, Guiné, Níger, Nigéria, Togo e Zâmbia.

<sup>19</sup> Benim, Gana, Quênia, Moçambique, Uganda e Zâmbia.

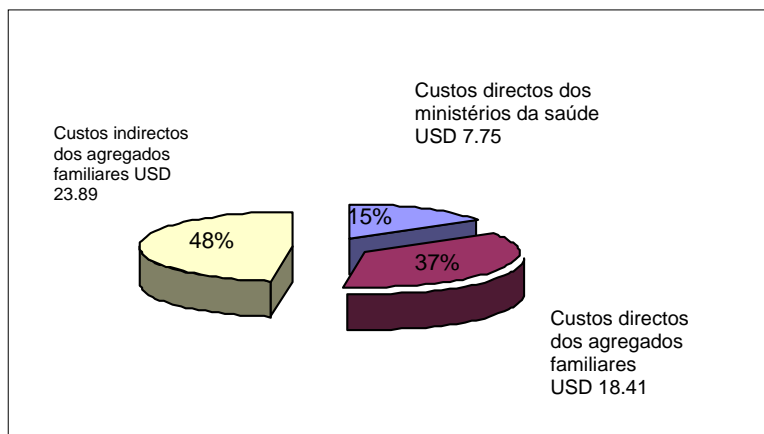
<sup>20</sup> Benim, Burundi, Etiópia, Gana, São Tomé e Príncipe.

<sup>21</sup> Benim, Camarões, Comores, Eritreia, Etiópia, Gana, Quênia, Libéria, Madagáscar, Namíbia, Serra Leoa, Tanzânia e Uganda.

<sup>22</sup> Camarões, Guiné Equatorial, Gabão, Guiné, Guiné-Bissau, Madagáscar, Moçambique, Nigéria, Ruanda, S. Tomé e Príncipe, Senegal e Togo.

92. Na área das finanças, 14 países<sup>23</sup> elaboraram propostas de candidatura ao FMLSTP. Até ao presente, o Fundo já alocou 327.850.815 dólares americanos a 35 propostas. Em parceria com a iniciativa Fazer Recuar o Paludismo, a unidade criou um instrumento para custear as intervenções em paludismo e instruiu os funcionários dos países sobre o modo de o utilizar. O Escritório Regional completou um estudo sobre as consequências económicas do paludismo (Figura 16), cujas conclusões vieram reforçar os argumentos para a advocacia.

**Figura 16: Custo total da doença do paludismo, Gana, 2002**



Fonte: OMS/AFRO

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

93. A área de actividade da Investigação e Desenvolvimento de Produtos para as Doenças Transmissíveis incidiu no reforço das capacidades dos países para o planeamento, implementação e avaliação de projectos de investigação operacional, de modo que os resultados obtidos possam ser aplicados na concepção de políticas e práticas. Além disso, mantiveram-se como prioritários os esforços de validar instrumentos novos ou já existentes, bem como as tecnologias e estratégias para a prevenção e controlo das doenças transmissíveis.

94. Em colaboração com o Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais, foram financiados 18 projectos de investigação operacional em nove países. Quatro países prepararam protocolos de estudo do paludismo durante a gravidez em zonas de baixa transmissão, cuja implementação está a ser apoiada. Foi elaborado um plano de investigação operacional prioritária para a implementação da Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (IDSR), que inclui uma análise dos custos e da relação custo-eficácia da IDSR e dos factores de risco da alta mortalidade devida à meningite meningocócica no Sahel.

95. Há dois novos parceiros activamente empenhados no apoio à capacidade de investigação e à sua concretização, nos países da Região Africana. Trata-se da Parceria dos Países Europeus e Países em Vias de Desenvolvimento para Ensaios Clínicos (EDCTP) e do Programa para o Golfo Árabe das Organizações das Nações Unidas para o Desenvolvimento (AGFUND). Através de um centro de coordenação instalado na Cidade do Cabo, África do Sul, a EDCTP está a apoiar ensaios clínicos sobre paludismo, tuberculose e HIV em vários países. O AGFUND apoiará a monitorização da resistência aos medicamentos antipalúdicos na Mauritânia.

<sup>23</sup> República do Congo, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Quênia, Libéria, Madagascar, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa e Zâmbia.



96. A monitorização *in vivo* da eficácia terapêutica dos medicamentos antipalúdicos prossegue e, abrange hoje 41 dos 42 países da Região com paludismo endémico e totaliza 188 locais sentinela. Os seus dados estão na base das alterações na política de tratamento do paludismo em 13 países. O banco regional de dados sobre a eficácia terapêutica dos medicamentos antipalúdicos tem sido actualizado, servindo de base para o relatório mundial da resistência aos medicamentos, que se encontra em compilação e que será publicado pela Sede.

97. O plano operacional de integração das intervenções em doenças transmissíveis a nível nacional e distrital, elaborado em 2003, está a ser testado em quatro países. A integração pode revelar-se um instrumento valioso para intensificar a cobertura de intervenções com boa relação custo-eficácia.

## **PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS**

98. As doenças não-transmissíveis (DNT) estão em crescimento na Região, perfilando-se hoje como uma importante preocupação de saúde pública. A prevenção e controlo das DNT engloba também os traumatismos, desordens mentais e abuso de substâncias psicoactivas, incluindo o tabaco e o consumo excessivo de álcool.

99. A particularidade epidemiológica da Região Africana é o duplo fardo de doenças: uma grande incidência de doenças infecciosas, associada ao crescente problema das doenças crónicas não-transmissíveis. A malnutrição é ainda o mais importante factor de risco de doença. Contudo, a obesidade aumenta e é já uma importante causa de doenças crónicas, sobretudo nas zonas urbanas. A violência e os traumatismos estão entre as dez principais causas de morte e incapacidade em África. As desordens mentais e o abuso de substâncias psicoactivas são grandes problemas em toda a Região.

100. Esta situação resulta numa enorme solicitação dos já sobrecarregados serviços de saúde. As doenças não-transmissíveis não têm a prioridade que merecem e os escassos fundos a elas afectados destinam-se mais ao tratamento que à prevenção das doenças existentes.

101. No ano de 2004, ocorreram alguns eventos assinaláveis na abordagem às DNT. Na sequência da adopção da Convenção-Quadro de Luta Anti-Tabágica, em 2003, a Estratégia Mundial sobre Dieta, Actividade Física e Saúde foi aprovada por unanimidade, pela Assembleia Mundial da Saúde. Trinta e oito países aprovaram uma declaração sobre a saúde oral em África.

### **Vigilância, Prevenção e Tratamento das Doenças não-transmissíveis (NCD)**

102. A área de actividade da Vigilância, Prevenção e Tratamento das Doenças não-transmissíveis engloba os dois programas de doenças crónicas (CDP) e saúde oral (ORH).

103. No respeitante ao Programa das Doenças Crónicas, as doenças não-transmissíveis mais importantes na Região Africana são: doenças cardiovasculares, diabetes, cancro, doença pulmonar obstrutiva crónica e anemia falciforme. Se, por um lado, a anemia falciforme é genética, as outras doenças não-transmissíveis partilham factores de risco comuns, relacionados com estilos de vida pouco saudáveis derivados de dietas erradas, uso de tabaco, inactividade física e consumo excessivo de álcool. O controlo destes riscos reduzirá o fardo das doenças não-transmissíveis. Infelizmente, os medicamentos com boa relação custo-eficácia que podiam evitar complicações não estão, em geral, disponíveis em muitos serviços de cuidados de saúde da Região.

104. A OMS deu apoio técnico aos países para o reforço das capacidades na utilização da abordagem STEPS para a vigilância dos factores de risco das doenças não-transmissíveis; os registos do cancro; a detenção e tratamento precoce do cancro cervical; a definição de programas nacionais para as doenças não-transmissíveis; o controlo da diabetes; e a prevenção e tratamento da anemia falciforme. Um total de 50 participantes de 19 países receberam formação na abordagem STEPS da OMS. Seis países<sup>24</sup>

<sup>24</sup> Botswana, República do Congo, República Democrática do Congo, Eritreia, Maurícias e Namíbia.

foram apoiados em inquéritos aos factores de risco. Teve início em Moçambique a primeira experiência de integração dos sistemas de vigilância das doenças transmissíveis e não-transmissíveis. Em Dakar, um seminário deu formação a 32 participantes de 13 países<sup>25</sup> para elaboração de programas de controlo da diabetes. Desenvolveu-se, no Gana e Zimbabwe, forte advocacia por ocasião do Dia Mundial do Coração e do Dia da Diabetes. Oito países<sup>26</sup> procederam a exames de detecção e tratamento precoce do cancro cervical. Foram criadas, nas 3 línguas oficiais, páginas *extranet* (*e-community*) para a Rede das Actividades Africanas em doenças não-transmissíveis.

105. No Programa de Saúde Oral, os principais problemas abordados foram a análise epidemiológica das doenças orais e a formulação de planos nacionais de saúde oral. O noma mereceu destaque especial. A OMS apoiou vários países na elaboração ou reforço dos seus programas nacionais de saúde oral. O Escritório Regional apoiou os países afectados na implementação de programas do noma.

106. Foram apoiados mais 5 países.<sup>27</sup> A Declaração Africana sobre Saúde Oral foi adoptada pelos 38 países que participaram numa conferência regional em Nairobi, organizada em conjunto com a *Federação Dental Mundial*. Tomaram-se medidas para a criação de uma rede de formação em saúde oral e de unidades de tratamento nos países da África Ocidental. Criaram-se instrumentos para avaliar as carências dos países. Foi reforçado o Centro Regional de Iniciativas de Formação e Investigação em Saúde Oral, um centro colaborador da OMS na Nigéria, e foram apoiados alguns projectos pertinentes de investigação. O Benim, Burkina Faso, Mali e Níger iniciaram a implementação de programas do noma; cinco países receberam apoio para dar continuidade aos programas.<sup>28</sup>

### **Saúde Mental e Abuso de Substâncias Psicoactivas (MNH)**

107. As desordens mentais e neurológicas e o abuso de substâncias psicoactivas têm implicações negativas na saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Uma boa saúde mental é um bem, que dá ao indivíduo a possibilidade de ser produtivo no trabalho, enfrentando o *stress* da vida sem recorrer ao álcool ou a substâncias psicoactivas, e dando o seu contributo à comunidade.

108. Estima-se que a percentagem do fardo mundial da doença devido às desordens mentais e neurológicas e ao abuso de substâncias aumenta de 12,3%, em 2000, para 15%, até 2020. Não se inclui aqui o significativo fardo de 1,3% devido aos suicídios, tentados ou concretizados. Só por si, o consumo de álcool contribui com 3% a 4% para o fardo mundial das doenças. O aumento na incidência das desordens mentais e neurológicas e no abuso de substâncias psicoactivas será especialmente agudo nos países em desenvolvimento, principalmente devido ao aumento projectado do número de indivíduos que entrarão na idade de risco para a manifestação destas desordens.

109. Um inquérito da OMS, o Projecto de Atlas dos Recursos para a Saúde Mental, revelou que só metade dos 46 países da Região têm políticas de saúde mental e abuso de substâncias psicoactivas. Em 40% dos países recolhem-se dados de saúde mental. O financiamento disponível para os cuidados das doenças mentais é muito limitado: 84% dos países gastam, com a saúde mental, menos de 1% do seu orçamento total para a saúde.

110. A *Estratégia Regional de Saúde Mental para 2000–2010* foi aprovada na Quadragésima-nona sessão do Comité Regional. Tem estado na base da elaboração dos programas nacionais nos Estados-Membros e tem estimulado a participação dos parceiros e outros intervenientes.

---

<sup>25</sup> Argélia, Benim, Burkina Faso, Camarões, República do Congo, República Democrática do Congo, Côte d'Ivoire, Gabão, Guiné, Mali, Mauritânia, Senegal e Togo.

<sup>26</sup> Angola, Cabo Verde, República do Congo, República Democrática do Congo, Guiné, Mali, Mauritânia e Tanzânia.

<sup>27</sup> Benim, Burkina Faso, Moçambique, Ruanda e Uganda.

<sup>28</sup> República Democrática do Congo, Lesoto, Moçambique, Uganda e Zâmbia.

111. Em 2004, o Escritório Regional deu apoio técnico e financeiro a 6 países<sup>29</sup> para elaborarem estratégias adequadas à protecção dos direitos do homem, no contexto da saúde mental e do abuso de substâncias psicoactivas. O Gana e o Malawi usaram instrumentos da OMS para reverem a respectiva legislação sobre saúde mental. Foi publicado um relatório intitulado *Epilepsia na Região Africana da OMS: Preencher o fosso*. O Senegal e a Zâmbia receberam apoio financeiro para lançar e consolidar projectos de epilepsia a nível de distrito.

112. Durante a segunda fase do Projecto Atlas, 16 países<sup>30</sup> da Região forneceram dados sobre os recursos para as desordens neurológicas e 13 países<sup>31</sup> divulgaram dados sobre os recursos para a saúde mental das crianças e adolescentes. Todos os 46 Estados-Membros divulgaram dados sobre os recursos nacionais para a saúde mental.

### **Tabaco (TOB)**

113. O primeiro tratado da OMS de âmbito mundial, a Convenção-Quadro para a Luta Anti-Tabágica (CQLAT), foi adoptado em Maio de 2003. A adopção desta Convenção marca o início de uma nova fase na criação de um sistema jurídico internacional eficaz para contrariar o uso crescente do tabaco no mundo. Na Região Africana da OMS, 39 dos 46 Estados-Membros assinaram o tratado; cinco países<sup>32</sup> ratificaram-no e são membros da Convenção, desde Novembro de 2004. O tratado torna-se legislação internacional, vinculativa para os primeiros 40 membros, em 27 de Fevereiro de 2005. Um importante desafio consiste em consciencializar os Estados-Membros que a ele ainda não aderiram e dar-lhes apoio político para tal. Esta fase exigirá uma colaboração íntima com os Estados-Membros para reforçar as capacidades nacionais.

114. A OMS apoiou alguns países no reforço das capacidades nacionais de advocacia em favor da ratificação e implementação da CQLAT. Foi também concedido apoio técnico ao reforço de capacidades dos coordenadores da investigação em métodos de inquéritos sobre o tabaco. Na África Oriental e Ocidental, 25 países<sup>33</sup> participaram em seminários práticos sub-regionais sobre a CQLAT, para consciencialização e reforço das capacidades. Organizações não-governamentais de 8 países participaram num seminário de formação para o exercício da advocacia.<sup>34</sup> Algumas ONG foram apoiadas no lançamento de actividades de advocacia em apoio à CQLAT, a nível de país. Dez países<sup>35</sup> participaram nos seminários de gestão dos dados do Inquérito Mundial sobre Juventude e Tabaco.

### **Promoção da Saúde (HPR)**

115. A urbanização, bem como as mutações demográficas, ambientais e outras, estimuladas pela globalização e por situações de emergência nos países, exigem abordagens inovadoras dos grandes factores determinantes da saúde. A promoção da saúde é um meio com boa relação custo-eficácia para apoiar a saúde e melhorar a qualidade de vida. Entre as principais estratégias de promoção da saúde, contam-se o uso de abordagens integradas, a maior atenção aos grupos pobres e marginalizados e a advocacia junto dos decisores, para assegurar o apoio político e os recursos para a saúde.

116. O *Relatório da Saúde no Mundo em 2002* documentou o impacto na saúde de alguns grandes factores de risco, que podem ser reduzidos graças à promoção da saúde: dieta e nutrição deficientes, uso de tabaco, consumo de álcool, inactividade física, má higiene, falta de segurança e práticas

<sup>29</sup> Argélia, Benim, Cabo Verde, Namíbia, Nigéria e Zimbabwe.

<sup>30</sup> Argélia, Benim, Burkina Faso, República Centrafricana, Gâmbia, Gana, Quênia, Madagáscar, Malawi, Mali, Níger, Nigéria, Senegal, África do Sul, Togo e Zâmbia.

<sup>31</sup> Benim, Burkina Faso, República do Congo, Eritreia, Etiópia, Gabão, Guiné, Quênia, Madagáscar, Níger, Senegal, Zâmbia e Zimbabwe.

<sup>32</sup> Gana, Quênia, Madagáscar, Maurícias e Seychelles.

<sup>33</sup> Benim, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Comores, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Quênia, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Nigéria, Níger, Ruanda, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, Tanzânia, Togo e Uganda.

<sup>34</sup> Gana, Quênia, Malawi, Maurícias, África do Sul, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.

<sup>35</sup> Benim, Côte d'Ivoire, Etiópia, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Seychelles, Tanzânia, Togo e Zimbabwe.

sexuais inseguras. Estes riscos são influenciados pelo género, a cultura, a educação e o nível dos rendimentos. Assim, a promoção da saúde exige uma colaboração entre múltiplos sectores, com a OMS a assumir um papel de liderança; isso facilitará o reconhecimento da saúde como um investimento para o desenvolvimento.

117. Em muitos Estados-Membros, a promoção da saúde recebe hoje em dia um apoio financeiro e político inadequado, por comparação com os serviços de saúde curativos. O seu financiamento exige recursos sustentáveis.

118. Em 2004, o Escritório Regional apoiou vários países no reforço das capacidades, das políticas nacionais e da recolha de dados para a promoção da saúde; na promoção de actividades intersectoriais e no reconhecimento dos factores determinantes da saúde; e no estímulo à participação comunitária e à celebração de parcerias para gerar ambientes favoráveis à saúde.

119. Realizaram-se, em Ouagadougou e Kampala, dois seminários de formação sobre a implementação da promoção da saúde; o primeiro deu formação a equipas de seis países<sup>36</sup> e o segundo formou equipas de oito países.<sup>37</sup> Os participantes vieram dos ministérios da saúde e da educação, das equipas-país da OMS e da sociedade civil. A Nigéria elaborou um currículo para iniciar educadores para a saúde na promoção da saúde. A África do Sul implementou, em duas províncias, intervenções de promoção da saúde na área das doenças não-transmissíveis. A colaboração com a Divisão da Saúde Reprodutiva resultou, em Moçambique, Namíbia e Zimbabwe, em projectos integrados de saúde reprodutiva dos adolescentes e na criação de um pacote promocional para o reposicionamento do planeamento familiar. Uma componente de promoção da saúde foi integrada no programa moçambicano de prevenção e controlo a longo prazo da cólera. No Benim, um projecto escolar recorreu a um modelo integrado de promoção da saúde para abordar diversos problemas de saúde.

120. O Escritório Regional participou na implementação de projectos de saúde escolar, levados a cabo pela Educação Internacional em 15 países,<sup>38</sup> com financiamento da OMS e dos Centros de Controlo e Prevenção das Doenças. Delegados africanos participaram na 17ª Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde, em Melbourne, Austrália, e responsáveis da promoção da saúde fizeram um curso multidisciplinar sobre prevenção de doenças crónicas, no Gana. Ambas estas actividades foram apoiadas pela União Internacional de Promoção e Educação para a Saúde.

## **Nutrição (NUT)**

121. A fome e a malnutrição encontram-se entre os problemas mais devastadores que os países em desenvolvimento enfrentam, sobretudo em África. Na zona subsariana, cerca de 200 milhões de pessoas sofrem de subnutrição. A insegurança alimentar ameaça cerca de 800 milhões de indivíduos, 25% dos quais vivem em África. São pessoas expostas às graves consequências da malnutrição calórico-proteica e deficiência em micro-nutrientes, como ferro, vitamina A, iodo e zinco.

122. O Escritório Regional deu a vários países apoio técnico, inspirado nas recomendações da Conferência Internacional sobre Nutrição (1992), na Estratégia Mundial da Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas, nas *directrizes da OMS sobre a alimentação de lactentes e crianças pequenas* e nas *directrizes da OMS sobre o controlo da deficiência em micro-nutrientes*. O Escritório Regional forneceu também materiais e instrumentos de formação, bem como apoio financeiro, a nível regional e de país, para a formação de pessoal e implementação de actividades e de intervenções prioritárias.

123. Foi organizado um seminário interpaíses sobre a implementação da Estratégia Mundial de Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas, que acolheu 20 participantes de 4 países da África

<sup>36</sup> Burkina Faso, Camarões, Gabão, Guiné-Bissau, Mauritânia e Togo.

<sup>37</sup> Etiópia, Libéria, Malawi, Namíbia, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia e Uganda.

<sup>38</sup> Botswana, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guiné, Lesoto, Malawi, Mali, Namíbia, Ruanda, Senegal, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe.

Ocidental, os quais iniciaram a formulação de estratégias nacionais para a alimentação de lactentes e crianças pequenas. Durante a Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional, foi organizada uma Mesa-Redonda sobre a situação nutricional em África.

124. Realizaram-se dois seminários regionais de formação sobre a formulação e implementação de políticas e planos acção nacionais para os alimentos e a nutrição, nos quais participaram 39 decisores de 13 países. Dois países testaram módulos integrados de formação de profissionais da saúde em aconselhamento sobre o aleitamento materno, alimentação complementar, e alimentação de lactentes e crianças pequenas e HIV/SIDA. Com a colaboração da Sede, foram traduzidos para Francês módulos de formação de profissionais da saúde no tratamento da malnutrição grave.

125. Sete países receberam apoio para implementar várias actividades. Um deles melhorou o nível alimentar da sua população, de acordo com um plano de acção. Três conceberam e implementaram programas de prevenção da transmissão vertical do HIV. Outros três formaram profissionais da saúde na implementação de programas integrados para a deficiência em micro-nutrientes.

### **Traumatismos e incapacidades (INJ)**

126. Violência, traumatismos e incapacidades continuam a ser grandes desafios para a saúde pública, na Região Africana. Além de numerosos conflitos armados, existe também o pesado fardo da violência inter-pessoal, sobretudo entre homens jovens. A violência com base nos géneros e o abuso de crianças continuam a ser graves desafios. Traumatismos não intencionais, especialmente os acidentes rodoviários, afogamentos e queimaduras, continuaram a ter um peso preponderante.

127. As incapacidades físicas, mentais e sensoriais continuam a ser grandes problemas na Região. Calcula-se em 9 milhões o número de cegos na África Subsariana, havendo 27 milhões de pessoas com deficiências visuais, o que representa o maior fardo de cegueira do mundo, a nível de regiões.

128. Em Abril, a OMS e o Banco Mundial publicaram o *Relatório mundial sobre a prevenção de traumatismos por acidentes rodoviários*, que foi formalmente lançado em 5 países<sup>39</sup> da Região Africana. Em certos países, algumas das recomendações do relatório já estão a ser consideradas a nível de políticas e programas. Prossegue o apoio às políticas e programas nacionais consistentes com as recomendações deste relatório.

129. O apoio da OMS à vigilância dos traumatismos e da violência prossegue na Etiópia e em Moçambique. Na Etiópia, há uma colaboração inovadora com a Polícia de Trânsito, no que diz respeito aos traumatismos resultantes de acidentes rodoviários. Na Libéria e no Togo, foram apoiados projectos de reabilitação. Realizou-se, em Brazzaville, um seminário interpaíses sobre Normas Regulamentadoras da Igualdade de Oportunidades para as Pessoas Incapacitadas. Em Junho, um perito em cuidados oftálmicos de base comunitária fez uma proposta para acelerar a Visão 2020, na perspectiva de ajudar a Região a alcançar as metas propostas. Foi elaborado um plano de acção, ao qual se seguirão actividades a nível de país, à medida que os recursos estejam disponíveis.

### **SAÚDE FAMILIAR E REPRODUTIVA**

130. A Divisão da Saúde Familiar e Reprodutiva abrange quatro importantes áreas de actividade: Saúde das Crianças e Adolescentes, Investigação e Elaboração de Programas de Saúde Reprodutiva, Tornar a Gravidez mais Segura e Saúde e Desenvolvimento da Mulher; cada uma delas implementa os seus programas específicos. A Divisão esforça-se por alcançar as MDM relacionadas com a saúde das mães, recém-nascidos e crianças. Incide especialmente na luta contra o trio mortífero do HIV/SIDA, tuberculose e paludismo; no tratamento das causas comuns da mortalidade infantil; na eliminação da violência associada aos géneros e das práticas tradicionais nocivas; e na melhoria do acesso a serviços de saúde de boa qualidade, por parte das mulheres e homens de todas as idades.

---

<sup>39</sup> Quénia, Nigéria, Namíbia, África do Sul e Tanzânia

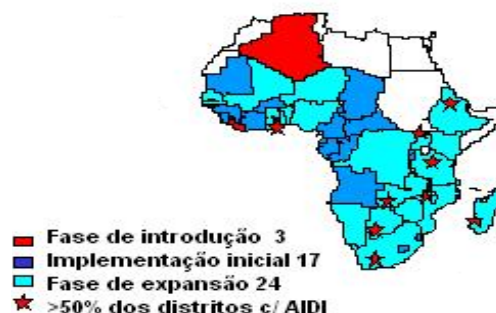
## Saúde das Crianças e Adolescentes

131. A área de actividade da Saúde das Crianças e Adolescentes abrange o Programa da Saúde das Crianças e Recém-Nascidos e o Programa da Saúde e Desenvolvimento dos Adolescentes. No ano de 2004, esta Divisão recorreu a estratégias de base factual para reduzir os riscos para a saúde, assim como a morbilidade e mortalidade que afectam recém-nascidos, crianças e adolescentes. Apesar da falta de fundos para as actividades da saúde dos recém-nascidos e adolescentes, registaram-se resultados importantes.

132. Intervenções eficazes de Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), com nível elevado de cobertura das populações, podem reduzir em 2/3 os 12.000 óbitos de crianças com menos de 5 anos que ocorrem diariamente na Região Africana. Assim, 44 dos 46 países da Região Africana da OMS estavam a implementar a AIDI no fim do ano (Figura 17). Isso foi possível graças a um aumento dos pontos de prestação de serviços de saúde, maior competência dos profissionais e melhores práticas familiares e comunitárias.

133. Com apoio da OMS, 7 países<sup>40</sup> elaboraram planos estratégicos nacionais de AIDI, 3 países (Camarões, República do Congo e Ruanda) adaptaram e finalizaram directrizes de formação em AIDI e 5 países<sup>41</sup> reviram as suas práticas de nutrição de lactentes, em relação ao HIV. Oito países<sup>42</sup> formaram formadores em aconselhamento sobre a nutrição de lactentes e HIV.

**Figura 17: Nível de implementação da AIDI na Região Africana, Dezembro de 2002**



Fonte: AIDI/AFRO

134. Sete países<sup>43</sup> implementaram actividades para melhorar a qualidade dos cuidados no nível de referência e 4 países (Quênia, Nigéria, Tanzânia e Zimbábue) criaram instrumentos de supervisão integrada. Foi finalizado um pacote de instruções sobre a componente comunitária do planeamento da AIDI, tendo sido formados 48 consultores, os quais deram apoio a 10 países<sup>44</sup> na elaboração de planos de nível nacional e distrital.

**Figura 18 : Impacto da AIDI na redução da mortalidade, Tanzânia, 2003**

| Distritos             | Impacto da AIDI sobre a redução da mortalidade nas crianças de menores de 5 anos (1000 recém-nascidos) |        |
|-----------------------|--|--------|
|                       | ANTES  | DEPOIS |
| Distritos AIDI        | 128  | 115    |
| Distritos de Controle | 127  | 133    |

Fonte: AIDI/AFRO

135. Um dos factores que facilitaram a redução da mortalidade infantil foi o empenhamento dos Estados-Membros em acelerarem a implementação da AIDI. Na Tanzânia, por exemplo, um estudo de avaliação da AIDI revelou uma redução de 13% na mortalidade infantil nos distritos onde a estratégia foi implementada, em comparação com os distritos sem AIDI (Fig 18). A visão partilhada por governos e parceiros, traduzida na implementação de uma estratégia comum para a sobrevivência das crianças, como a AIDI, é fundamental para reduzir a mortalidade infantil. No entanto, a insuficiência dos recursos em todos os níveis e a debilidade dos sistemas de saúde têm colocado obstáculos ao reforço da implementação da AIDI.

<sup>40</sup> Botswana, Burkina Faso, Etiópia, Gâmbia, Lesoto, Swazilândia, Zâmbia.

<sup>41</sup> Eritreia, Quênia, Moçambique, Namíbia e Nigéria.

<sup>42</sup> Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Guiné, Malawi, Mali, Moçambique e Níger.

<sup>43</sup> Benim, Eritreia, Guiné, Quênia, Malawi, Níger e Tanzânia.

<sup>44</sup> Botswana, Burkina Faso, Burundi, Gana, Guiné, Quênia, Lesoto, Madágarcar, Nigéria e Ruanda.

136. O sucesso na organização e no partenariado no quadro da Parceria para Recém-Nascidos Saudáveis e das reuniões na Etiópia para esse fim, resultaram numa maior atenção à saúde materna e dos recém-nascidos, na Região. Também a Parceria Maternidade Segura e Saúde dos Recém-Nascidos e a Parceria para a Sobrevivência das Crianças deram o seu apoio.

137. A cultura de silêncio e estigmatização que vem rodeando a epidemia do abuso sexual de crianças transformou essa situação numa emergência silenciosa, com graves repercussões na saúde pública. Na Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional, os ministros da saúde aprovaram um Plano de Acção e a correspondente Resolução AFR/RC54/R6, para quebrar o silêncio, despertar as atenções e exortar os governos a tomarem medidas concretas na luta contra o abuso sexual de crianças, em harmonia com a Convenção dos Direitos da Criança.



Crianças não são remédios para o HIV/SIDA

Fonte: OMS/AFRO

138. Ao longo do ano, o Escritório Regional continuou a expandir serviços de saúde amigos dos adolescentes. Em cerca de 19 países,<sup>45</sup> desenvolveram-se actividades sobre os jovens e o HIV/SIDA, saúde sexual e reprodutiva, luta contra o abuso de substâncias psicoactivas e saúde mental, no âmbito de uma vasta abordagem estratégica integrada, a Aliança de Pais, Adolescentes e Comunidades (APADOC). A Fundação Ford financiou actividades da APADOC em Moçambique, na Namíbia e no Zimbabwe. A Eritreia recebeu apoio técnico do Escritório Regional e do FNUAP, por meio de uma missão conjunta de apoio ao governo, para formular uma política nacional de saúde dos adolescentes.

139. O Grupo de Trabalho Interagências sobre o HIV e os Jovens (incluindo o FNUAP, UNICEF, Banco Mundial e outras agências bilaterais) lançou a Coligação da Sociedade Civil para a Saúde e Desenvolvimento dos Jovens. Fundos da Holanda foram destinados a apoiar actividades de HIV e Jovens, em 4 países prioritários (Camarões, Malawi, Nigéria e Tanzânia). Num esforço para contribuir para a consecução das MDM, o Programa de Saúde Reprodutiva dos Adolescentes reforçou as parcerias para o HIV/SIDA e os jovens, com outras agências do sistema das Nações Unidas, agências bilaterais (como os projectos financiados pela USAID) e outros programas pertinentes do Escritório Regional.

### **Investigação e Elaboração de Programas em Saúde Reprodutiva (RHR)**

140. Esta área de actividade compreende a Investigação em Saúde Reprodutiva (RHR), a Formação em Saúde Reprodutiva (RHT) e a Prevenção Vertical do HIV. Registaram-se progressos significativos durante o período em análise.

141. Foram identificados dois centros para avaliação no quadro da designação enquanto centros colaboradores da OMS: o Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Escolar de Korlebu, no Gana, e o Centro de Estudos e Investigação em População e Desenvolvimento, no Mali. Estão em preparação perfis institucionais e planos de actividade quadrienais. Funcionários nacionais de 7 países,<sup>46</sup> incluindo os pontos focais da saúde reprodutiva dos Escritórios da OMS, receberam formação sobre como fazer investigação operacional. O produto foi a elaboração de protocolos de investigação em redução da mortalidade materna e melhoria dos serviços de planeamento familiar. A OMS está a apoiar estes países na procura de fundos para a respectiva implementação.

<sup>45</sup> Botswana, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Gâmbia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.

<sup>46</sup> Benim, Burkina Faso, Chade, Mali, Mauritânia, Níger e Senegal.

142. Realizou-se, em Julho, o segundo encontro regional de directores de programas de saúde reprodutiva. Directores e conselheiros nacionais de 19 países de língua oficial inglesa,<sup>47</sup> 20 de língua oficial francesa,<sup>48</sup> e 5 de língua oficial portuguesa parceiros<sup>49</sup> e funcionários da OMS passaram em revista as actividades realizadas no biénio 2002-2003. Foram partilhadas as melhores práticas dos programas de saúde reprodutiva, sendo sublinhadas recomendações de maior empenhamento em todos os níveis. Os participantes das quatro áreas de actividade da Divisão e os parceiros contribuíram para o sucesso dessa reunião.

143. A terceira Reunião do Grupo Regional de Trabalho da Saúde Reprodutiva decorreu em Harare, em Outubro. Foi dedicada à implementação eficaz do Roteiro para acelerar a consecução das MDM relacionadas com a saúde materna e dos recém-nascidos em África. Foram analisados problemas essenciais da saúde reprodutiva e elaborados documentos específicos para orientar os programas na Região. Entre eles, mencionam-se um guia para implementar o Roteiro a nível de país; uma declaração de consenso sobre o papel das parteiras tradicionais; um documento sobre a posição africana na Convenção Internacional contra a Clonagem de Seres Humanos para Fins Reprodutivos; e a proposta de criação de um fundo especial para a saúde materna e dos recém-nascidos.

144. Em colaboração com a Divisão de Sistemas de Saúde e Desenvolvimento dos Serviços, oito países<sup>50</sup> foram apoiados na elaboração de uma proposta de projecto para reforçar os sistemas de saúde, com vista a uma melhor execução dos programas prioritários. Estes projectos deverão ser financiados pela Agência Norueguesa para o Desenvolvimento Internacional. Da participação no Grupo de Trabalho para a criação do Sistema Regional de Informação Sanitária, resultou a definição de indicadores para a base de dados regional.

145. Na Reunião do Programa Regional 32, todos os Representantes da OMS foram sensibilizados para a abordagem factual dos cuidados de saúde reprodutiva e para o modo de usar a Biblioteca de Saúde Reprodutiva da OMS (RHL). Dirigentes e conselheiros nacionais do programa de 44 países foram sensibilizados para o *kit* de formação com base factual e formados no uso da RHL. No Quénia, Nigéria e Zâmbia, ocorreram mais seminários específicos de formação; estes países possuem hoje uma massa crítica de formadores, para o uso das duas abordagens. Com mais de 2.000 subscritores da RHL, espera-se que a abordagem de base factual resulte, sempre que possível, na alteração das políticas, para melhorar a qualidade dos serviços prestados.

146. A preocupação com a reduzida taxa de prevalência do uso de contraceptivos levou à elaboração de um quadro de acção de 10 anos, para reposicionar, o planeamento familiar na Região Africana aprovado pela Resolução AFR/RC54/R2 do Comité Regional. Pretende-se dar orientações sobre o modo de revitalizar a componente do planeamento familiar nos programas de saúde reprodutiva, para uma melhor saúde materna e dos recém-nascidos. Para apoiar os países no reforço dos seus programas de planeamento familiar (PF), foram elaborados: um instrumento de advocacia para reposicionar o PF; directrizes sobre a gestão da logística dos contraceptivos; e directrizes de base factual para o PF e as infeções sexualmente transmissíveis (IST).

147. A Iniciativa de Implementação das Melhores Práticas foi lançada na Região Africana em Junho, com a participação de 12 países.<sup>51</sup> Incidiu-se principalmente na partilha de experiências, no levantamento das perspectivas futuras e na implementação com base em dados científicos, sobretudo para o planeamento familiar. Para melhorar a qualidade dos serviços de PF e IST, foi lançado na

<sup>47</sup> Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Quénia, Lesoto, Libéria, Malawi, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Seychelles, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Uganda, Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe.

<sup>48</sup> Angola, Benim, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, Comores, República do Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Gabão, Guiné, Guiné-Bissau, Madagáscar, Mali, Mauritania, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal e Togo.

<sup>49</sup> Advance Africa, AWARE-RH, BASIC, ONUSIDA, AED/SARA, FNUAP.

<sup>50</sup> Argélia, Angola, República Democrática do Congo, Etiópia, Quénia, Níger, Nigéria e Uganda.

<sup>51</sup> Benim, Camarões, Etiópia, Quénia, Moçambique, Nigéria, Ruanda, África do Sul, Tanzânia, Uganda, Zâmbia, Zimbabwe.



Tanzânia, em Setembro, o Programa da Parceria Estratégica OMS/FNUAP para a África<sup>52</sup>. No seu lançamento, foram divulgadas directrizes de base factual, para adaptação nos países.

148. No contexto da Iniciativa 3 by 5, a prevenção da transmissão vertical do HIV (PMTCT) é a porta de acesso para que as mulheres grávidas HIV-positivas e as suas famílias disponham de cuidados, terapia anti-retroviral e serviços de apoio psicossocial. Onze países<sup>53</sup> beneficiaram de actividades de PMTCT, incluindo o acesso a terapia anti-retroviral. Em 19 países<sup>54</sup> com um elevado fardo de HIV, foram disseminados instrumentos para orientar a prestação de serviços de apoio psicossocial às mulheres grávidas e às suas famílias. Um seminário para reforçar as competências em apoio psicossocial foi realizado para profissionais da saúde e trabalhadores comunitários de 13 países.<sup>55</sup> A Etiópia integrou a PMTCT nos seus serviços de saúde reprodutiva e a Zâmbia finalizou o seu quadro estratégico para a incluir na saúde materna, dos recém-nascidos e das crianças.

149. Várias parcerias foram reforçadas. Com o contributo da Divisão, os Fundos do Banco Mundial para o Programa de Tratamento Acelerado, destinados a intensificar a prevenção da PMTCT, aumentaram o acesso à terapia anti-retroviral no Burkina Faso, Gana e Moçambique. O Fundo Inovador Holandês contribuiu para a elaboração de um quadro estratégico de integração da PMTCT nos serviços de saúde materna e dos recém-nascidos, usando distritos de Moçambique e do Uganda como modelos. A Iniciativa de Apoio da *Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ) deu apoio institucional à criação, no Escritório Regional, do posto para um médico responsável pelo programa de PMTCT. Para obter o máximo impacto, a PMTCT deverá ser integrada nos serviços de cuidados de saúde materna e dos recém-nascidos, a nível dos cuidados primários de saúde.

### **Tornar a Gravidez mais Segura (MPS)**

150. Em Fevereiro, membros do Grupo de Trabalho Regional da Saúde Reprodutiva, parceiros e representantes dos Estados-Membros elaboraram em Harare o Roteiro para acelerar a consecução das MDM relacionadas com a saúde materna e dos recém-nascidos. Um dos objectivos específicos do Roteiro consiste em aumentar os cuidados qualificados durante a gravidez, o parto e o pós-parto, em todos os níveis. O Roteiro foi apresentado à União Africana (UA), tendo posteriormente estado na origem do Roteiro da UA para a redução da morbilidade e mortalidade materna e dos recém-nascidos em África. O Roteiro foi discutido na Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional, que aprovou a Resolução AFR/RC54/R9 sobre a redução acelerada da morbilidade e mortalidade materna e dos recém-nascidos. Para ajudar os países na sua implementação a nível nacional, foi concebido um Quadro para a Implementação do Roteiro; 16 países<sup>56</sup> já iniciaram o processo.

151. Para promover a prestação integrada dos serviços de saúde materna e dos recém-nascidos, foram enviadas a todos os países as séries do manual Tratamento Integrado da Gravidez e do Parto, sobre o Tratamento de Complicações da Gravidez e do Parto; foram distribuídas às instituições de formação de médicos, parteiras e enfermeiros, como documentos de prática e de referência. Estes manuais são usados a nível de país para a formação contínua em serviço, em saúde materna e dos recém-nascidos. Realizou-se, em Fevereiro, um seminário sobre cuidados obstétricos de urgência, durante a conferência anual do Colégio de Cirurgiões da África Ocidental, em Banjul, Gâmbia.

152. A participação e envolvimento da comunidade são factores essenciais para a saúde materna e dos recém-nascidos. Durante a segunda reunião para directores do programa regional, em Julho,

---

<sup>52</sup> Os países da SPP são: Benim, Camarões, Moçambique, Nigéria, Ruanda, África do Sul, Tanzânia (incluindo Zanzibar), Zâmbia e Zimbábue.

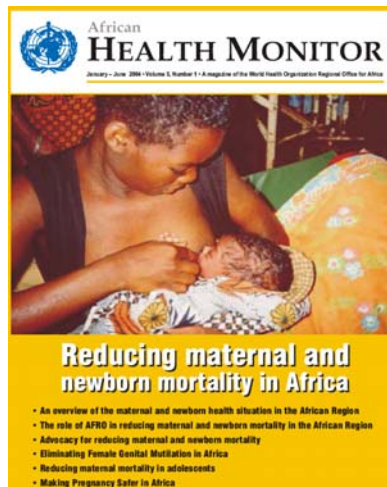
<sup>53</sup> Angola, Camarões, Quênia, Lesoto, Mali, Moçambique, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbábue.

<sup>54</sup> Angola, Botswana, Camarões, Eritreia, Etiópia, Gana, Quênia, Lesoto, Malawi, Namíbia, Nigéria, Ruanda, Serra Leoa, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábue.

<sup>55</sup> Burkina Faso, Etiópia, Quênia, Malawi, Mali, Namíbia, Nigéria, Ruanda, Senegal, África do Sul, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.

<sup>56</sup> Angola, Burkina Faso, Burundi, Camarões, República Centrafricana, Chade, Comores, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gâmbia, Gana, Libéria, Madagascar, Senegal, Seychelles e Zâmbia.

dirigentes nacionais de 44 países e os seus parceiros tomaram contacto com o documento do Escritório Regional, *Saúde Materna e dos Recém-Nascidos: Quadro para a promoção e implementação de intervenções de base comunitária*. Este documento contém uma abordagem abrangente ao parto e à preparação para situações de emergência, bem como modos de actuar com os indivíduos, famílias e comunidades. Foram elaborados planos de acção nacionais para aumentar a participação e envolvimento da comunidade.



153. Com vista a uma maior consciencialização, a Etiópia, Gana, Mali e Uganda actuaram, em parceria com a AED, USAID e Banco Mundial, na elaboração de um instrumento de advocacia da REDUCE/ALIVE. O primeiro número do *Observatório da Saúde Africana* do ano foi dedicado ao tema “Reduzir a mortalidade materna e dos recém-nascidos em África”. Os principais artigos, assim como quatro relatórios de países (do Burundi, Gana, Mauritânia e Serra Leoa) versaram sobre a saúde materna e dos recém-nascidos.

154. Realizou-se, em Setembro, uma reunião para analisar as competências e padrões dos cuidados prestados por parteiras, que reuniu profissionais da saúde de 12 países<sup>57</sup> envolvidos na educação e formação de parteiras em práticas de obstetria. Os seus principais resultados foram o consenso sobre as competências mínimas para os cuidados prestados por parteiras na Região, um quadro para a normalização desses cuidados e a elaboração de planos nacionais de acção para os reforçar.

155. O Escritório Regional apoiou a República do Congo na organização de uma reunião nacional de consenso sobre a colaboração entre o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e o Programa Nacional de Luta contra o Paludismo, para prevenção e tratamento do paludismo durante a gravidez (PDG). Este seminário lançou oficialmente a nova política do paludismo, com o tratamento preventivo intermitente (TPI) e redes tratadas com insecticida (RTI). Moçambique adaptou a sua política nacional de saúde reprodutiva para incluir o PDG, tendo elaborado protocolos e directivas para a saúde materna e dos recém-nascidos que incluíam o TPI e as RTI. A República Centrafricana e o Mali integraram o PDG nos serviços dos seus programas de saúde reprodutiva.

## Saúde e Desenvolvimento da Mulher (WMH)

<sup>57</sup> Etiópia, Eritreia, Gana, Gâmbia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Nigéria, África do Sul, Tanzânia, Uganda e Zimbábue.

156. Durante 2004, a área de actividade da Saúde e Desenvolvimento da Mulher empreendeu várias actividades para promover perspectivas relacionadas com os géneros nas actividades da OMS. Prosseguiu a advocacia em favor da prevenção e tratamento de todas as formas de violência sexual ou com base nos géneros, incluindo a mutilação genital feminina e outras práticas tradicionais nocivas.

157. O Escritório Regional, em colaboração com o Departamento dos Géneros, Mulheres e Saúde, do Agrupamento de Saúde Familiar e Comunitária, da Sede, distribuiu aos países instrumentos para acelerar o reforço das capacidades, da advocacia e da integração da problemática dos géneros no sector da saúde. Está a ser elaborado um *kit* de fácil leitura sobre géneros e saúde. O Roteiro da saúde materna e dos recém-nascidos está a ser revisto, para integrar perspectivas relacionadas com os géneros.

158. O Escritório Regional preparou também um novo instrumento, *Usar os direitos do homem para a saúde materna e dos recém-nascidos: Um instrumento de reforço da legislação, das políticas e dos padrões dos cuidados*. Este documento pretende ajudar os países na revisão da situação jurídica e política e das normas da saúde materna e dos recém-nascidos, à luz dos direitos do homem. Moçambique está presentemente a testá-lo no terreno; a equipa nacional procedeu à revisão sistemática da aplicação dos direitos do homem às políticas e programas de saúde materna e dos recém-nascidos, e também em consonância com os deveres do governo.

159. Recorrendo a fundos finlandeses, a OMS implementou um projecto de não-violência na República Democrática do Congo e Libéria. Este projecto apoia vítimas de violência sexual e com base nos géneros, em países africanos afectados pela guerra e a braços com crises humanitárias. O objectivo consistia em melhorar a prestação de serviços de saúde com boa qualidade às mulheres e crianças vítimas de violência. As Divisões da Saúde Familiar e Reprodutiva, e de Ambientes Saudáveis e Desenvolvimento Sustentável, e os Representantes da OMS na Libéria e na República Democrática do Congo, realizaram missões para recolha de factos no dois países, entre Março e Maio. O objectivo era apoiar as autoridades nacionais na análise da informação existente e na elaboração de planos nacionais de acção, para a prevenção e o tratamento.

160. Na Libéria, o levantamento das actividades em curso e das organizações no terreno identificou cerca de 66 instituições nacionais e internacionais, muitas de carácter confessional, empenhadas no combate à violência sexual e com base nos géneros, que actuavam no país. Na República Democrática do Congo, a missão de recolha de factos do Escritório Regional detectou um elevado grau de consciencialização e preocupação face a essa violência e às suas vítimas. As instituições oferecem prevenção, cuidados e serviços psicossociais, apresentando vários níveis de empenhamento, recursos e capacidades quanto à qualidade da resposta. Em ambos os países, a OMS actuou como agência técnica normativa para a prevenção e o tratamento.



**Cartaz num campo de pessoas internamente deslocadas**

Fonte: OMS/AFRO

161. O Escritório Regional e o Representante da OMS junto da União Africana participaram na segunda sessão ordinária da Comissão do Trabalho e Assuntos Sociais da União Africana, em Cotonou, Benim. Foi dado aconselhamento técnico sobre os três documentos que sublinhavam a importância da saúde das mulheres e das crianças: o plano de acção para o tráfico de seres humanos, em especial mulheres e crianças; o quadro estratégico para a política das migrações em África; e o plano de acção sobre a família em África, contributo para o 10º aniversário do Ano Internacional da Família.

162. Na Etiópia, Guiné, Níger e Nigéria, bem como no Escritório Regional, o dia 6 de Fevereiro foi celebrado como o Dia Internacional da Tolerância Zero para a Mutilação Genital Feminina (MGF). Os resultados da avaliação dos cinco anos de implementação, do Plano Regional de Acção para Acelerar a Eliminação da MGF em 15 países<sup>58</sup>, revelou que os países sob observação tinham reforçado a legislação e as políticas relacionadas com a MGF. A sociedade civil e os parceiros para o desenvolvimento têm participado activamente na advocacia e na reforma jurídica para esse fim.

163. Na Guiné, um grupo nacional multidisciplinar de colaboração para a MGF foi criado, elaborou-se um plano de acção para eliminar a prática de MGF por profissionais da saúde e organizou-se um seminário de consciencialização, para decisores e directores de programas. Procedeu-se à investigação sobre as sequelas obstétricas da MGF em 6 países,<sup>59</sup> abrangendo 28.393 mulheres, 74% das quais eram vítimas de MGF. O estudo destacou os resultados negativos para o foro obstétrico e perinatal, que se somam aos efeitos lesivos da MGF, imediatos e a longo prazo, já conhecidos. Iniciativas para o abandono da MGF, usando as melhores práticas foram adoptadas por 7 países<sup>60</sup> da Região. Concluiu-se que, sendo a MGF uma prática sócio-cultural, o seu abandono deve ser tratado mais como um problema comunitário do que como carência individual, para se alcançarem resultados eficazes e duradouros.

<sup>58</sup> Burkina Faso, Camarões, Chade, R.D.Congo, Eritreia, Etiópia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Mali, Níger, Nigéria, Senegal e Tanzânia.

<sup>59</sup> Burkina Faso, Gana, Quênia, Nigéria, Senegal e Sudão.

<sup>60</sup> Burkina Faso, Etiópia, Gana, Quênia, Mali, Senegal e Uganda.

## AMBIENTES SAUDÁVEIS E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

164. A pobreza e as más condições ambientais são as principais ameaças ao desenvolvimento sanitário da Região Africana. As pessoas têm pouco acesso a água potável e a saneamento adequado. As doenças transmissíveis associadas a más condições ambientais matam uma em cada cinco crianças antes dos cinco anos de idade.<sup>61</sup> A pobreza é também uma das principais causas de insegurança alimentar e do consumo de alimentos impróprios. Isolados ou em conjunto, e aliados às situações de emergência, naturais ou provocadas pelo homem, estes factores colocam os maiores desafios à consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio, na Região Africana. Em 2004, o Escritório Regional Africano da OMS respondeu a estes desafios através da actividade desenvolvida pela Divisão de Ambientes Saudáveis e Desenvolvimento Sustentável.

165. A Divisão engloba quatro áreas de actividade: Desenvolvimento Sustentável, Protecção do Ambiente Humano, Situações de Emergência e Acção Humanitária, e Segurança dos Alimentos. A Divisão continua a: reforçar a análise e as ligações entre a pobreza e a saúde precária, de modo a: garantir que a problemática da pobreza seja contemplada nas agendas nacionais e regionais para o desenvolvimento, incluindo a promoção de uma abordagem de longo prazo, estratégica e sustentável, para o desenvolvimento; incorporar vertentes eficazes de saúde ambiental na gestão do meio ambiente humano e no desenvolvimento de outras políticas e acções nacionais; combater a elevada morbilidade e mortalidade atribuíveis à pouca segurança e à falta de higiene dos alimentos; e a reforçar a capacidade nacional para a preparação e resposta a situações de emergência, incluindo a concessão de apoio técnico e financeiro em situações de crise.

### Desenvolvimento sustentável (HSD)

166. A pobreza continua a afectar o nível de saúde das populações da Região Africana, gerando condições sócio-económicas que deixam as pessoas vulneráveis perante os incómodos de saúde e a doença, e limitam o seu acesso aos serviços de saúde. A área de actividade do Desenvolvimento Sustentável (HSD) abrange três programas—Pobreza e Saúde Precária, Desenvolvimento Sanitário a Longo Prazo, e Macroeconomia e Saúde—os quais apoiam os países a enfrentarem estes problemas, reforçando-lhes as capacidades, prestando apoio técnico especializado e exercendo advocacia.

167. Os países receberam reforço de capacidades e apoio técnico especializado para conceptualizar a associação entre a pobreza e a saúde precária, e para propor e apoiar intervenções prioritárias pertinentes, que promovam a saúde no desenvolvimento. Vários documentos contribuíram para isso. Os documentos *Pobreza e saúde: Estratégia para a Região Africana e Perspectivas futuras da saúde: Cenários baseados nas directrizes para o desenvolvimento sanitário* foram distribuídos aos Estados-Membros e a outros parceiros para o desenvolvimento. Foi elaborado um documento sobre as Metas de Desenvolvimento do Milénio, para discussão pelos ministros da saúde na Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional. Numa iniciativa conjunta com outras divisões do Escritório Regional, foi elaborado e distribuído um guia para a elaboração de políticas e planos nacionais.

168. O Quénia recebeu apoio técnico para preparar a candidatura ao Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, e para a proposta de sistema nacional de seguro social de saúde. A Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde procedeu a acções preparatórias dessa actividade.

169. Foram orientados para os países diversos esforços de promoção e apoio, com base na iniciativa de macroeconomia e saúde (CMH). O relatório da CMH foi distribuído, tendo sido criada uma página no *site* da AFRO. Foi dado apoio técnico específico a 9 países,<sup>62</sup> para: criação de grupos de trabalho da CMH; apoio a planos e estratégias de investimento em saúde a longo prazo, necessários para acelerar a implementação de intervenções de boa relação custo-eficácia; e envolvimento de outros

<sup>61</sup> OMS, *Water and sanitation sector assessment 2000*, Brazzaville, Organização Mundial de Saúde, Escritório Regional Africano, 2000 (AFR/WSH/00.3).

<sup>62</sup> Etiópia, Gana, Quénia, Malawi, Moçambique, Ruanda, Senegal, Suazilândia e Uganda.

intervenientes no desenvolvimento da saúde orientada para os pobres, através dos documentos da estratégia de redução da pobreza, planos dos ministérios da saúde e esforços nacionais para a consecução das MDM, incluindo o contributo para estudos sobre a expansão acelerada dos cuidados primários de saúde e do pacote mínimo de cuidados essenciais de saúde.

170. No âmbito da estratégia da OMS centrada nos países, o Escritório Regional reforçou as representações no Quénia, Malawi e Tanzânia, para as questões relacionadas com a saúde num desenvolvimento sustentável. Os funcionários nacionais dos programas da OMS que lidam com os sistemas de saúde receberam orientações sobre as metas de desenvolvimento do milénio, os documentos da estratégia de redução da pobreza, os quadros de despesas a médio prazo, as abordagens de âmbito sectorial e os aspectos macroeconómicos da saúde e desenvolvimento. Foi revitalizada a Comissão Consultiva Africana para a Pobreza e Saúde. O Escritório Regional ampliou a capacidade das representações nos países, para apoio a programas prioritários de HIV/SIDA, desenvolvimento dos sistemas de saúde, economia da saúde e pobreza e saúde precária.

171. A área de actividade de Desenvolvimento Sustentável promoveu relações de trabalho com instituições que colaboraram no reforço das capacidades para a saúde e desenvolvimento em África, nomeadamente na avaliação de programas de formação e de investigação.

### **Protecção do Ambiente Humano (PHE)**

172. A área de actividade da Protecção do Ambiente Humano abrange quatro programas: Promoção da Saúde e do Ambiente, Avaliação dos Riscos Ambientais, Saúde Ocupacional, Política de Saúde Ambiental e Informação e Gestão do Ambiente. Dado que 35%–40% do fardo total das doenças decorrem de condições ambientais não saudáveis, estes programas desenvolveram várias actividades.

173. O Programa de Promoção da Saúde e do Ambiente deu aconselhamento sobre a criação de ambientes favoráveis, como cidades, aldeias, escolas, mercados e locais de trabalho saudáveis. Na República do Congo e na Namíbia, foram promovidas actividades centradas na saúde ambiental das crianças. Este Programa também apoiou vários países na preparação e apresentação à Sede de propostas para a concessão de verbas de arranque.

174. O Programa de Avaliação dos Riscos Ambientais passou em revista e finalizou as directrizes para avaliação do impacto da saúde ambiental, preparando-as para publicação. Este programa colaborou com o Programa de Informação e Gestão do Ambiente, finalizando uma brochura sobre o levantamento de riscos ambientais. Um seminário com 30 participantes de países africanos promoveu a criação de novos centros anti-veneno, para o reforço da segurança química na Região. Um outro seminário e uma reunião de consulta promoveram a consciencialização para a poluição atmosférica nas cidades africanas.

175. O Escritório Regional avaliou os seguintes novos centros colaboradores da OMS: Instituto Nacional de Saúde Ocupacional, de Joanesburgo, África do Sul; Centro de Economia e Riscos da Saúde Ambiental, da Universidade de Pretória, África do Sul; Laboratório de Investigação e Análise da Informação Atmosférica, da Universidade de Ife, Nigéria; Centro de Saúde Ocupacional e do Ambiente, Universidade do Natal, Durban, África do Sul. O Escritório Regional e os seus centros colaboradores organizaram um curso para profissionais da saúde sobre saúde do meio ambiente, com a duração de uma semana, no Conselho de Investigação Médica, África do Sul.

176. O Programa de Saúde Ocupacional preparou e apresentou um documento, “Saúde Ocupacional e segurança: Análise da situação e perspectivas na Região Africana”, para a Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional. O documento pretendia apoiar o sector da saúde no aliciamento de outros sectores e parceiros, com vista à elaboração de políticas e planos de acção para promover a saúde. Em parceria com a Organização Internacional do Trabalho, foi delineado um perfil consolidado dos países, para que estes pudessem reunir dados com vista à formulação de políticas de saúde ocupacional e dos respectivos planos de implementação. O Quénia, Tanzânia e Uganda testaram os

seus perfis nacionais. Um instrumento sobre as melhores práticas na prevenção de lesões devidas a picadas de agulhas está a ser experimentado na África do Sul e na Tanzânia. As lições colhidas informarão um programa a difundir por toda a Região. No seguimento de um seminário sobre a estratégia da informação, realizado em finais de 2003, distribuíram-se mais materiais da informação pelos países, para a tomada de decisões de base factual, a partir da informação e das tecnologias actuais. A Universidade da Cidade do Cabo e o Instituto Nacional de Saúde Ocupacional foram reconhecidos com centros colaboradores da Região, para a saúde ocupacional.

177. Em 2004, o Programa de Política da Saúde do Ambiente apoiou os países na formulação de políticas de saúde do ambiente, para procederem à implementação da Estratégia Regional da Saúde e Ambiente, aprovada na Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional. Este programa deu apoio técnico à formulação e revisão das políticas nacionais do ambiente de sete países.<sup>63</sup>

178. O Programa de Informação e Gestão do Ambiente continuou a elaborar a base de dados da Divisão, para fornecer informação pertinente e actualizada, e alimentou o *site* da Divisão na Internet, incluindo nele publicações técnicas e documentos de informação. Colaborou também com o Programa de Avaliação dos Riscos Ambientais, na elaboração de uma brochura e de outros materiais.

### **Preparação e Resposta às Situações de Emergência (EHA)**

179. Muitas crises graves provocadas pelo homem e calamidades naturais afectaram a Região Africana, causando sérios problemas sócio-económicos e sanitários, movimentos de populações, aumento do fardo das doenças, milhares de óbitos e enormes prejuízos nos países. Em 2004, um total de 59 países foram afectados por crises, em todo o mundo; 25 eram africanos. Na Região Africana, 512 milhões de pessoas viram-se expostas a diversos riscos, ao HIV/SIDA, paludismo e outras doenças transmissíveis, e a numerosos e graves problemas de saúde, incluindo doenças diarreicas.

180. Durante 2004, o Escritório Regional apoiou os países carenciados e esforçou-se por desenvolver as capacidades nacionais para a preparação, resposta, mitigação e reabilitação face a situações de emergência. Profissionais de saúde da Namíbia e de 6 outros países da África Austral afectados por crises alimentares e de HIV/SIDA, receberam formação em avaliação de vulnerabilidades. No Lesoto, Suazilândia, Zâmbia e Zimbabwe, procedeu-se a avaliações do impacto na saúde. Foi dado apoio técnico ou financeiro a 6 países da África Austral<sup>64</sup> afectados por crises provocadas por guerra e conflitos civis. Este Programa apoiou 6 países com conflitos<sup>65</sup> e 3 países a braços com calamidades naturais, incluindo os ciclones em Madagáscar, e a febre de Lassa e febre amarela na Libéria e Serra Leoa. Cinco países<sup>66</sup> receberam ajuda para combater a ameaça de uma praga de gafanhotos.

181. Os Estados-Membros foram apoiados no reforço das suas capacidades, para poderem ser auto-suficientes em situações de emergência e de natureza humanitária. Na busca de intervenções rápidas e adequadas, o Escritório Regional descentralizou o Programa e criou equipas interpaíses na África Ocidental, Austral, Central e dos Grandes Lagos; criou também o Gabinete Regional de Apoio para Coordenação Interagências, para a crise na África Austral (RIACSO). No Corno de África e na África Ocidental, foram iniciadas actividades de emergência transfronteiriças entre sub-regiões e países, com gabinetes criados no Chade e na Guiné para gerir as consequências de crises em países vizinhos. Foram recrutados 13 novos funcionários, para reforço das equipas interpaíses e do Escritório Regional. Nos próximos três anos, o recrutamento e as actividades serão financiados por um programa trienal do Gabinete de Acção Humanitária da CE e por outros doadores. Os fundos são mobilizados directamente para alguns países, por meio de diversos processos de apelo e advocacia.

---

<sup>63</sup> República Centrafricana, República do Congo, Mali, Moçambique, Namíbia, Ruanda e São Tomé e Príncipe.

<sup>64</sup> Côte d'Ivoire, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Nigéria e Serra Leoa.

<sup>65</sup> Angola, Burundi, República Centrafricana, Chade, República Democrática do Congo e Uganda.

<sup>66</sup> Burkina Faso, Mali, Mauritania, Níger e Senegal.

182. O empenhamento e a colaboração dos governos, representações da OMS nos países, Sede e parceiros, bem como uma mobilização coordenada dos fundos, deram ao Escritório Regional a possibilidade de alcançar os sucessos que se verificam. As representações nos países e os parceiros assumiram um importante papel na gestão das crises, conferindo à acção em situações de crise e de emergência uma prioridade elevada nos seus programas. Muitos países usaram um processo de apelo consolidado na mobilização de fundos. O Escritório Regional deu apoio técnico ou financeiro. Contudo, a insuficiência do Orçamento Ordinário e a falta de recursos humanos, a nível regional e de país, atrasaram certas actividades ou impediram o apoio aos países em devido tempo.

### **Segurança dos Alimentos (FOS)**

183. Verificaram-se, em 2004, vários surtos de doenças transmitidas pelos alimentos, entre as quais a aflatoxicose aguda, devida ao consumo de milho contaminado. Afectou mais de 317 pessoas, com uma taxa de casos fatais calculada em cerca de 39%. O consumo de alimentos contaminados é também associado a, pelo menos, 70% dos 3,3 a 4,1 episódios de diarreia por criança por ano. Cerca de 30.660 crianças africanas morrem anualmente devido ao consumo de alimentos contaminados. Estes dados fazem das doenças transmitidas pelos alimentos um importante problema económico e de saúde pública, numa região onde a escassez de alimentos impede que se dê a necessária atenção aos padrões de segurança alimentar. Apesar dos recursos limitados, o Escritório Regional continuou a apoiar os Estados-Membros na melhoria da segurança dos alimentos, reforçando a capacidade local para a vigilância das doenças transmitidas pelos alimentos, as leis e normas sobre os alimentos, a implementação dos padrões do *Codex Alimentarius*, a participação em processos internacionais de definição de padrões e em actividades para promover a segurança e higiene dos alimentos.

184. A OMS e a FAO elaboraram conjuntamente um guia de formação sobre os procedimentos e actividades da Comissão do *Codex Alimentarius*. Este guia, que foi testado no terreno durante um seminário prático para 24 membros das Comissões Nacionais do *Codex* do Quênia, Tanzânia e Uganda, está a ser finalizado, para uso posterior no reforço de capacidades. O Fundo de Afectação do *Codex* apoiou a participação em diversas reuniões de 23 funcionários nacionais de 19 países. Para reforçar o cumprimento da legislação sobre alimentos, 26 funcionários quenianos frequentaram um curso sobre procedimentos jurídicos. As Seychelles organizaram cursos de formação sobre inspecção dos alimentos e o seu manuseio, em colaboração com a FAO e a Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial. O Níger organizou dois seminários sobre segurança dos alimentos e segurança da carne para consumo.

185. Um terceiro curso de formação sobre vigilância de doenças transmitidas pelos alimentos ocorreu em Yaoundé, Camarões. O Quênia recebeu apoio técnico durante um surto de aflatoxicose, e para criar instrumentos nacionais de vigilância das doenças transmitidas pelos alimentos. As Seychelles redigiram uma proposta de equipamento dos laboratórios nacionais, para detectarem patógenos transmitidos pelos alimentos, toxinas e antibióticos residuais, em carne importada. O Benim e a República do Congo realizaram actividades para reforçar a vigilância e a monitorização microbiológica dos alimentos.



A vigilância das doenças de origem alimentar fornece os dados para a tomada de decisões e a prevenção das epidemias

Fonte : OMS/Rede de vigilância da Salmonelose



186. A área de actividade da Segurança dos Alimentos preparou um guia regional de monitorização microbiológica dos alimentos. O Gabão, Mali e Ruanda elaboraram estratégias e planos de acção nacionais. O Benim implementou programas de segurança dos alimentos nas escolas e o Departamento de Desenvolvimento Internacional (DFID, Reino Unido) concedeu recursos modestos a programas piloto, usando os Cinco Pontos-Chave da OMS para Alimentos mais Seguros. O Gabão realizou um inquérito nacional à segurança dos alimentos e sensibilizou os vendedores ambulantes e de rua para a manipulação segura dos alimentos.

187. Um boletim regional e documentação sobre as actividades dos países no domínio da segurança dos alimentos promoveram a troca de informações e das melhores práticas. O Programa criou também uma base de dados sobre segurança dos alimentos e disseminou informações sobre decisões importantes das Comissões do *Codex*.

188. Os surtos de doenças transmitidas pelos alimentos, no Quênia e em outros países, vieram sublinhar a importância dos alimentos, enquanto veículos para a transmissão de doenças, e evidenciaram falhas existentes nos sistemas da vigilância e dos laboratórios. A colaboração com a FAO, UNIDO e outros parceiros facilitou a implementação de programas orientados para a segurança dos alimentos na Região Africana.

## **ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS**

### **Desenvolvimento dos Recursos Humanos (HRS)**

189. Em 2004, os principais desafios para a área de actividade do Desenvolvimento dos Recursos Humanos relacionaram-se com a prestação de serviços, em devido tempo, aos 2.800 funcionários que trabalham nos 46 países da Região Africana da OMS. As suas actividades incluíram a criação de postos, selecção e recrutamento de pessoal, celebração de contratos, administração de benefícios e direitos, gestão do desempenho, aperfeiçoamento e formação dos recursos humanos, e prestação de serviços médicos, no caso de evacuação por razões médicas.

190. O Escritório Regional pretende implementar sistemas e práticas modernos para os recursos humanos, de modo a responder às necessidades actuais e futuras da OMS na Região Africana. Para tal, recorre a uma postura proactiva e dialogante, incluindo a promoção do bem-estar dos funcionários e a permanente melhoria das suas capacidades e eficácia.

191. Em 2004, a área de actividade do Desenvolvimento dos Recursos Humanos automatizou e informatizou as suas actividades principais, incluindo a criação de modelos para a celebração de contratos temporários. A área da formação mereceu atenção especial, nomeadamente com a formulação de uma estratégia regional para o desenvolvimento e formação dos recursos humanos. Foram definidos indicadores essenciais de desempenho e ampliou-se a delegação de poderes no seio da área de actividade.

192. Entre os principais sucessos em 2004, citam-se a maior capacidade de resposta e o reduzido atraso na reacção às solicitações, bem como a organização de diversas actividades de formação em administração, segurança, disposições contratuais e problemas relacionados com compensações. Entre outros sucessos importantes, referem-se a implementação de um sistema informatizado de gestão do pessoal, a harmonização dos processos de selecção dos colaboradores temporários, o uso de um sistema de recrutamento pela Internet, a finalização e disseminação do Manual do Escritório Regional, e o reforço das ligações com as Divisões técnicas e as representações nos países. Estas foram visitadas, com o intento de promover retiros, analisar os procedimentos e estruturas administrativas, esclarecer os funcionários e dar-lhes formação. Para reforçar as capacidades da OMS a nível de país, três representações procederam a exercícios de redefinição dos perfis. As discussões no Escritório Regional visaram implementar, na OMS, um sistema global de gestão em 2006.

## **Gestão Financeira (FNS)**

193. Esta área de actividade é responsável pela gestão financeira na Região, incluindo a execução do Orçamento-Programa em devido tempo e a prestação de serviços a funcionários e fornecedores. A instalação de um sistema integrado e interactivo de gestão financeira *on line* em toda a Região representa um desafio fundamental. Outro consiste na permanente melhoria da prestação dos serviços financeiros. Em 2004, outro desafio foi a prestação de serviços de contabilidade e finanças em tempo oportuno, nos dois núcleos de Harare e Brazzaville.

194. A Gestão Financeira foi também responsável por garantir a disponibilidade dos fundos afectados à implementação dos programas. Auditorias recentes, em especial a nível de país, continuam a indicar que serão necessários melhoramentos na área da contabilidade e da obediência às normas de procedimento. O objectivo continua a ser o de dar aos directores dos programas o apoio financeiro adequado e na altura própria.

195. Entre os principais sucessos contam-se: apoio aos países nas áreas da gestão orçamental e funções de supervisão; revisão dos procedimentos de delegação de competências; participação activa no projecto do sistema mundial de gestão; preparação de quadros orçamentais a incluir no documento do Orçamento-Programa para 2006–2007; abertura de linhas de crédito que possibilitem implementações; aperfeiçoamento contínuo dos serviços; implementação crescente da monitorização da execução do Orçamento-Programa; aperfeiçoamento do Sistema de Gestão da Contabilidade e Informação, para que inclua o controlo das despesas; abertura aos funcionários do acesso às contas pessoais na *intranet*; apoio a outras regiões e à Sede, no uso do sistema *imprest* do Escritório Regional; e cedência de dois funcionários para solucionar situações de atraso na Sede.

## **Serviços de Infra-Estruturas e Informática (IIS)**

196. A área de actividade dos Serviços de Infra-Estruturas e Informática é responsável pela prestação de serviços de suprimentos eficientes e com boa relação custo-eficácia, disponibilização de infra-estruturas e de sistemas adequados de tecnologias de informação, e de serviços administrativos e logísticos. Esta área de actividade inclui o gabinete e o secretariado do Director de Administração e Finanças. Em 2004, os principais desafios consistiram em: melhorar o processo de aprovisionamento, investindo em tecnologias que resultaram na redução dos custos e do tempo de execução; consolidar e reforçar a infra-estrutura existente de dados e comunicações do Escritório Regional; criar um sistema regional de gestão e armazenamento dos dados para a saúde; gerir eficazmente o Escritório Regional, criando condições de vida e de trabalho favoráveis e maximizando o nível da relação custo-eficácia em todos os serviços administrativos e logísticos.

197. Nos serviços de suprimentos, o objectivo consiste em adoptar um novo sistema global de aprovisionamento, que possibilite o acesso a preços mais competitivos. No campo das tecnologias de informação, o Escritório Regional continuou a preparar *software* adequado e a manter os sistemas existentes, colaborando ao mesmo tempo com a Sede e outros escritórios regionais na criação de programas mundiais. Os Serviços Administrativos incidiram na melhoria das condições de trabalho no Escritório Regional, em Brazzaville e em Harare, bem como na contenção dos custos operacionais, dentro de limites razoáveis. Para os serviços de impressão, está planeado o reforço da unidade em termos de mão de obra e equipamento, o que reduzirá a sua dependência em relação ao exterior, acelerando o processo de produção e reduzindo os custos.

198. Foram processados, no total, 1721 requisições de material, 380 autorizações de compra e 1341 ordens de compra locais, atingindo um total de 21.615.764 dólares americanos. Um retiro para os funcionários permitiu identificar áreas e ouvir sugestões para melhorar o sistema. Registaram-se vários sucessos importantes. A instalação de um sistema de compras *on line* simplificou e acelerou os respectivos procedimentos, com acesso a preços mais vantajosos nos catálogos electrónicos. Verificou-se uma redução significativa no número de queixas das Representações nos países e dos directores de projectos, devido ao seguimento por parte da nova secção de controlo. Dez países

testaram o novo *software* para a gestão de compras locais; foi adquirido um novo *software* para a gestão de inventários, nas Representações e nas direcções de projectos.

199. Na área da informação e comunicações, 15 Representações em países estão agora ligadas à rede global privada da OMS (GPN), o que possibilita comunicações fiáveis e de boa relação custo-eficácia, permitindo uma fácil troca de dados e informações no seio da Região. Estão presentemente em curso esforços idênticos nos restantes 31 países. Foi implementado, no Escritório Regional, um sistema integrado de informação, graças ao qual os funcionários podem actualizar os seus dados pessoais, um mecanismo de enorme importância para fins de segurança. Foi também introduzido um sistema de facturação *on line*, que dá aos funcionários do Escritório Regional a possibilidade de fácil consulta das suas despesas. Além disso, os funcionários dispõem também de acesso *on line* à evolução das transacções financeiras com reflexos nas suas contas. A instalação de fibras ópticas entre os núcleos de Brazzaville e Harare melhorou significativamente a qualidade das comunicações de viva voz entre as Divisões. As listas de endereços de *e-mail* dos dois núcleos do Escritório Regional foram fundidas e passou a haver uma só entrada por pessoa, o que melhora o serviço de correio electrónico.

200. Nos serviços administrativos e logísticos, mantiveram-se em Brazzaville boas condições de vida e de trabalho; conseguiram-se poupanças na ordem dos 250.000 dólares americanos em 2004, graças a renegociações favoráveis de serviços prestados pelo exterior. Em Brazzaville, foram executados 20% dos projectos de imobiliário planeados para 2004/2005. As instalações de Harare foram equipadas com um novo grupo gerador de apoio, nova canalização, um furo e um novo reservatório de água, para fazer face aos frequentes cortes no fornecimento de água e energia eléctrica. Quanto à preparação em questões de segurança, e em conformidade com as normas das Nações Unidas, o Escritório Regional alcançou uma média de 80% de obediência aos padrões mínimos de segurança operacional (MOSS), em Brazzaville e em Harare. Este aspecto é comprovado pelos planos de segurança que foram finalizados; a sala de comunicações via rádio totalmente equipada e operacional, em Brazzaville; serviços eficazes de segurança e chamadas de controlo de segurança via rádio, duas vezes por semana, em Brazzaville e em Harare; e um melhor controlo do acesso às instalações de Harare. A Unidade organizou retiros para os funcionários, que se espera venham a contribuir para uma notável melhoria dos serviços.

201. Foi dada uma participação substancial a diversas iniciativas globais, incluindo um programa piloto para reforçar a presença da OMS nos países, o Programa Mundial de Desenvolvimento e Formação do Pessoal, e as reuniões da Comissão de Auditorias e do Conselho Executivo. Realizou-se com sucesso, em Março, a quinta de uma série de reuniões para dirigentes da área administrativa da Região. O Manual do Escritório Regional foi actualizado e distribuído a todos os funcionários da Região em Novembro, pela *intranet*.

## **FACTORES QUE INFLUENCIAM A EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2004**

### **Factores facilitadores**

202. Procedeu-se à planeada análise intermédia do Orçamento-Programa para 2004-2005. Nela, destacaram-se os principais factores facilitadores e de constrangimento para a implementação das actividades, a nível regional e de país.

203. A vontade política a nível mundial e o empenhamento dos governos, face aos problemas da saúde, facilitaram a execução do Orçamento-Programa durante o primeiro ano. A forte determinação em alcançar as MDM resultou em oportunidades de financiamento para as principais prioridades da Região, graças a várias iniciativas internas e à frutuosa cooperação com os parceiros.

204. A colaboração entre os vários parceiros e a OMS, a nível nacional e mundial, possibilitou a implementação dos programas. As consultas e negociações entre o Escritório Regional, o governo e os parceiros foram bem integradas no processo de execução do Orçamento-Programa, na Região.

205. Entre os factores facilitadores endógenos à OMS, mencionam-se: a excelente colaboração entre a Sede, o Escritório Regional e as representações nos países; o zelo dos funcionários; a administração geral positiva, por parte da direcção do Escritório Regional; e o forte espírito de equipa entre os funcionários da OMS. Uma transição pacífica, a nível da direcção do Escritório Regional, também facilitou a execução do Orçamento-Programa.

### **Factores de constrangimento**

206. Situações complexas de emergência e calamidades naturais na Região Africana afectaram a implementação de numerosas actividades. Também o facto de se actuar a partir de duas localizações geográficas diferentes, embora sendo já uma situação de rotina, ainda representa um importante desafio à execução do Orçamento-Programa.

207. Melhorou a colaboração com os Estados-Membros. Contudo, o atraso nas suas respostas às solicitações do Escritório Regional e das representações têm sido importantes factores de constrangimento a uma implementação adequada das actividades.

208. No Escritório Regional, a limitação dos recursos financeiros permanece como um importante obstáculo, em todos os níveis. Muitas áreas de actividade não têm os recursos humanos necessários, em termos de número e qualificação. Os doadores ainda representam as principais fontes de financiamento para a implementação das actividades.

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

### **Eliminação da lepra na Região Africana**

209. A Resolução AFR/RC44/R5 Rev.1, do Comité Regional, apelava aos Estados-Membros da Região Africana para que eliminassem a lepra até ao ano 2000. Entende-se por eliminação uma taxa de prevalência de 1 caso por 10.000 habitantes.

210. Em 1994, quando esta resolução foi aprovada, registavam-se na Região Africana 113.650 casos de lepra (taxa de prevalência de 2,1 por 10.000 habitantes). Em finais de 2000, o total dos casos notificados era de 64.381, representando uma taxa de prevalência de 1,02 casos por 10.000 habitantes. Assim, a meta da eliminação fora atingida a nível regional. Contudo, a endemia persistia em 10 países. A partir de 2000, foi introduzida a estratégia do “Esforço final”, especialmente para intensificar as actividades nos países onde a doença ainda era endémica. Em 2004, 39 países tinham eliminado a lepra (Figura 19), três estavam no limiar da eliminação e quatro ainda tinham endemia (taxa de prevalência de mais de 2 casos por 10.000 habitantes). O Quadro 1, a seguir, ilustra as tendências da prevalência e os casos detectados entre 1994 e 2003.

**Quadro 1: Prevalência e casos detectados de lepra na Região Africana, 1994-2003**

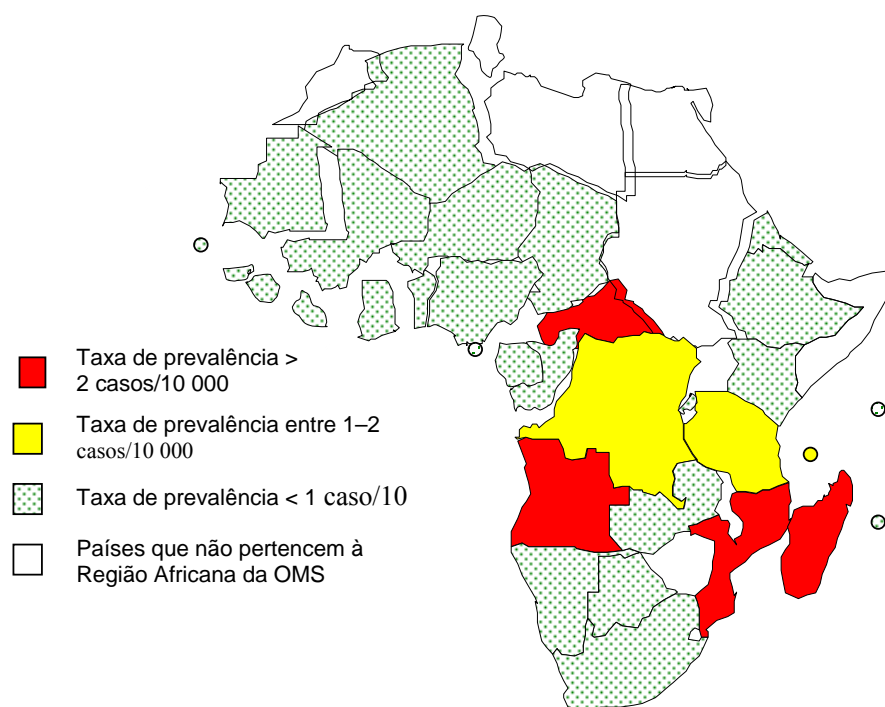
|                         | <b>1994</b> | <b>1995</b> | <b>1996</b> | <b>1997</b> | <b>1998</b> | <b>1999</b> | <b>2000</b> | <b>2001</b> | <b>2002</b> | <b>2003</b> |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Prevalência</b>      | 113 650     | 95 901      | 82 758      | 81 920      | 82 022      | 67 526      | 64 381      | 58 063      | 55 558      | 51 233      |
| <b>Casos detectados</b> | 47 900      | 46 516      | 46 489      | 56 515      | 56 521      | 51 963      | 55 628      | 51 357      | 51 976      | 47 006      |

211. Entre os constrangimentos, referem-se a insegurança e guerra em alguns dos países afectados; a má cobertura dos serviços de saúde; e a relutância, por parte de algumas ONG, em implementar a estratégia “Esforço final”.

212. Entre as oportunidades, mencionam-se a existência de fortes parcerias para a eliminação, através da Aliança Mundial para a Eliminação da Lepra (AMEL); e o empenhamento dos países face à meta da eliminação.

213. A eliminação da lepra a nível regional foi conseguida em 2000, como previsto. É possível consegui-la também a nível de país até 2005, desde que os países mantenham o seu empenhamento e disponham de apoio financeiro, sobretudo através da AMEL. É necessária uma participação crescente das comunidades nas actividades de controlo, para se chegar à meta nos países onde a lepra ainda é endémica.

**Figura 19: Situação da Lepra na Região Africana no início de 2004**



### Programa regional da tuberculose

214. A Resolução AFR/RC44/R6, do Comité Regional, apelava às organizações internacionais, entre outras, para que dessem apoio técnico e financeiro à luta contra a tuberculose na Região. No âmbito da implementação da DOTS, o Escritório Regional e outros parceiros apoiaram 42 dos 46 Estados-Membros na adopção da estratégia (Figura 20). Quase todos os países planearam actividades até 2005 e 22 deles esforçaram-se por intensificar a expansão das iniciativas da DOTS.

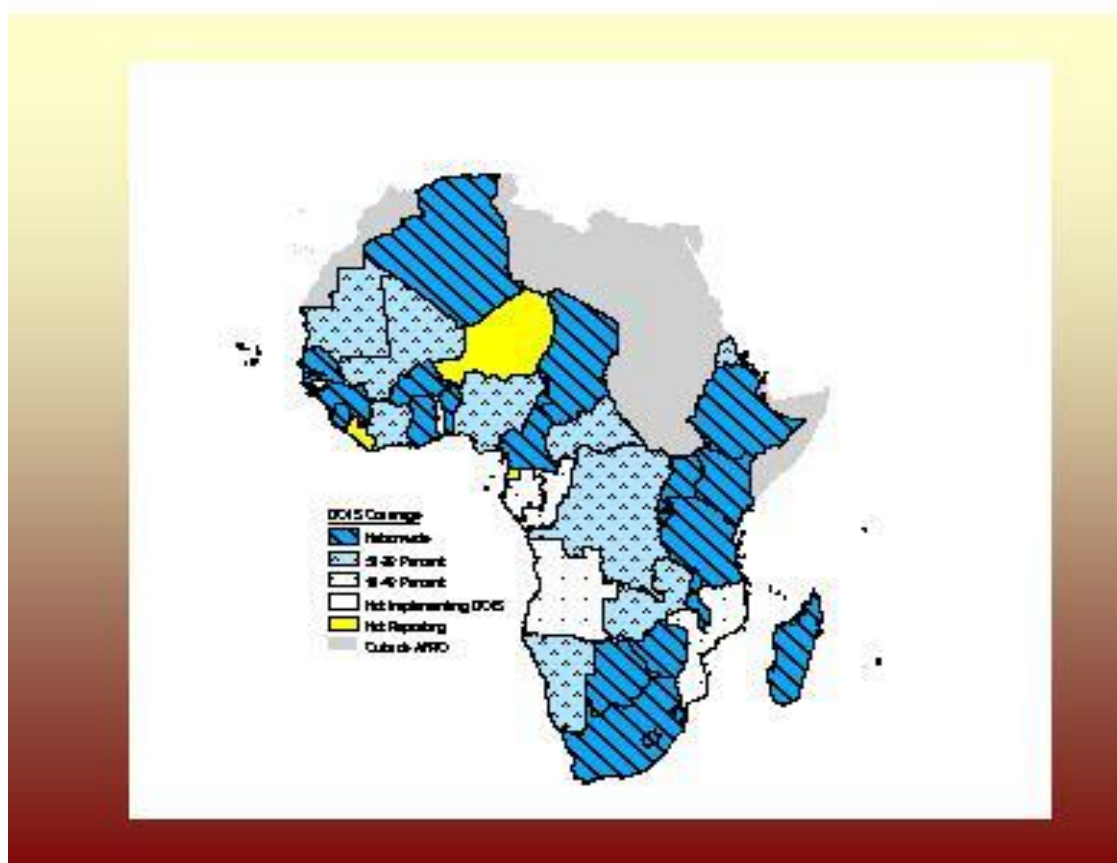
215. Um total de 24 países receberam apoio técnico e financeiro através da Parceria Fazer Parar a Tuberculose, especificamente de parceiros internacionais ou locais para a luta contra a TB. Além disso, 25 dos 33 países que se candidataram receberam subsídios do GDF; 33 países tiveram sucesso na candidatura a fundos do FMLSTP, para apoio às actividades de TB e TB/HIV nas primeiras quatro rondas; o Escritório Regional apoiou 21 países na elaboração de planos de formação em TB e possibilitou, a 21 funcionários nacionais de TB e SIDA, a participação em cursos internacionais sobre TB e TB/HIV; os directores dos programas de TB e os pontos focais da formação de 13 países receberam formação para formadores; foram elaborados e disseminados os quadros estratégicos e as directrizes regionais para a DOTS.

216. Entre os factores de constrangimento, mencionam-se o impacto negativo do HIV/SIDA na incidência da TB; a inadequação dos recursos humanos; a reduzida cobertura dos serviços de saúde e dos serviços dos laboratórios da TB; e a pobreza, que continua a afectar negativamente os esforços de luta contra a tuberculose.

217. Por outro lado, o empenhamento internacional no controlo da TB e na consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio correspondem a reais oportunidades para melhorar o controlo da TB. A Parceria Fazer Parar a Tuberculose, o FMLSTP e a NEPAD oferecem oportunidades específicas para reforçar as actividades.

218. A Região apresenta progressos significativos no controlo da tuberculose. As taxas de detecção de casos e de sucesso no tratamento têm aumentado. O mesmo acontece com o empenhamento, a nível mundial e regional. No entanto, o acesso programático e geográfico aos serviços, bem como o impacto epidemiológico no fardo da doença, ainda são reduzidos. Será necessário aplicar a nível mundial as intervenções disponíveis e intensificar a investigação para conceber instrumentos e estratégias mais eficazes, para reduzir o fardo da doença da tuberculose.

**Figura 20: Cobertura da DOTS na Região Africana, em 2003**



#### **Estratégia regional para situações de emergência e acção humanitária**

219. A Resolução AFR/RC47/R1 sublinhava a necessidade de os países incluírem as situações de emergência nas suas prioridades, reforçarem as capacidades de resposta e prevenção, afectarem às situações de emergência recursos financeiros suficientes, criarem fundos nacionais e empreenderem todas as outras acções consideradas necessárias para uma gestão adequada das situações de emergência. A resolução solicitava também ao Director Regional que desse o necessário apoio aos Estados-Membros, para a sua preparação e resposta às crises. Sublinhava a necessidade de orientação técnica e de cooperação interpaíses, reforço da coordenação e consolidação das parcerias. A disseminação da informação é mencionada como factor importante para obter melhores resultados.

220. O Escritório Regional deu apoio a países carenciados e ajudou a reforçar as capacidades de preparação e resposta. Procedeu-se à avaliação de impactos sobre a saúde e à formação em avaliação de vulnerabilidades, para funcionários nacionais da Namíbia e de outros países da África Austral, sobretudo os afectados pelas crises alimentar e de HIV/SIDA (Lesoto, Malawi, Moçambique, Suazilândia, Zâmbia e Zimbabwe). Foi dado apoio técnico ou financeiro a países da África Ocidental

afectados por guerras e conflitos civis (Côte d'Ivoire, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Nigéria, Serra Leoa). O Escritório Regional apoiou também outros países a braços com as consequências de conflitos armados (Angola, Burundi, República Centrafricana, Chade, República Democrática do Congo e Uganda, entre outros). Foi dado apoio a países afectados por calamidades naturais (ciclones, febre de Lassa, febre amarela, pragas de gafanhotos, etc.), em colaboração com a Sede e os parceiros.

221. A Região descentralizou a Unidade de Situações de Emergência e Acção Humanitária e está a criar três equipas interpaíses para a África Ocidental, África Austral e África Central e Oriental. A Região Africana e a Sede prepararam um programa trienal de EHA, financiado pelo Gabinete de Acção Humanitária da Comissão Europeia e outros doadores. Outros fundos foram mobilizados para alguns países, por meio dos processos de apelo. O Escritório Regional iniciou actividades transfronteiriças em situações de emergência: a Iniciativa do Corno de África e os gabinetes de EHA, criados para gerir crises em países vizinhos (na Guiné, para os conflitos na Côte d'Ivoire, Libéria e Serra Leoa; no Chade, para os refugiados de Darfur).

222. Os factores facilitadores foram o interesse e empenhamento crescentes dos Estados-Membros face às situações de emergência na Região; o envolvimento e apoio efectivo dos parceiros; e a descentralização da unidade para as situações de emergências.

223. Entre os factores de constrangimento incluem-se a falta de recursos humanos da Unidade de EHA, sobretudo a nível regional; a insuficiência dos recursos financeiros; a limitada competência para intervenções em situações de emergência e acção humanitária na Região; a falta de unidades de preparação e resposta, na maioria dos países; e a debilidade das existentes.

224. Prosseguirá, na Região, o reforço da capacidade de gestão das situações de emergência, incidindo no seguinte: reforço e descentralização da Unidade de EHA; reforço da advocacia e do apoio técnico aos países, para a preparação e resposta a situações de emergência; reforço das equipas de EHA em todos os níveis; melhoria do sistema de logística e reforço das reservas sub-regionais de material, para apoio aos países em tempo oportuno; e reforço dos mecanismos de mobilização de fundos, em todos os níveis.

### **Vigilância epidemiológica integrada das doenças: Estratégia regional para as doenças transmissíveis**

225. A Resolução AFR/RC48/R2, do Comité Regional, solicitava que a vigilância das doenças transmissíveis prioritárias fosse feita de modo integrado. Além disso, a resolução definia, para todos os países, um horizonte temporal de dez anos para, como o apoio da OMS, avaliarem os seus sistemas de vigilância, implementarem um órgão de coordenação da vigilância em todos os níveis do sistema de saúde, e reforçarem as redes de laboratórios e de comunicações, para que as epidemias pudessem ser detectadas cedo e combatidas eficazmente, partindo da experiência de sistemas comprovados e integrando os instrumentos, funções e actividades fulcrais da vigilância. Finalmente, os países deveriam preparar-se bem para evitar, detectar e dar resposta rápida às epidemias, sendo capazes de gerar uma informação da vigilância de base factual para as intervenções em saúde pública, a concepção, monitorização e avaliação de programas e a advocacia.

226. Até 31 de Agosto de 2004, 43 Estados-Membros tinham avaliado os seus sistemas de vigilância das doenças e de preparação e resposta às epidemias; 39 países tinham formulado planos estratégicos para implementar a vigilância integrada e resposta às doenças; 34 países tinham produzido directrizes técnicas e 23 países tinham iniciado a formação a nível distrital. Prosseguiu o reforço dos laboratórios. Consequentemente, a análise dos indicadores principais da vigilância integrada e resposta às doenças mostrou progressos na detecção de surtos, notificação das doenças prioritárias e análise dos dados. Todos os surtos importantes são agora confirmados por laboratórios.



227. Foram colocadas equipas de apoio técnico nos cinco blocos epidemiológicos. Estas equipas são formadas por epidemiologistas e peritos de laboratório em dois blocos, e somente epidemiologistas nos outros três. O protocolo de cooperação para a prevenção e controlo de epidemias, subscrito em 1996 na África Ocidental, foi revisto em 1998; o protocolo celebrado entre os países dos Grandes Lagos foi revisto em 2003.

228. Os Estados-Membros demonstraram consistência ao aderirem à estratégia regional da vigilância integrada das doenças. Alguns doadores deram apoio substancial à implementação da estratégia. O Escritório Regional apoiou fortemente a integração das funções de vigilância existentes em muitos programas de controlo de doenças transmissíveis. A insuficiência dos recursos financeiros ainda afecta a criação em pleno das equipas de apoio técnico interpaíses, causando um importante constrangimento. Os países conseguiram progressos significativos na implementação da estratégia regional da vigilância integrada das doenças. Os dados da avaliação feita em países seleccionados acusou progressos na notificação das doenças, detecção de surtos e confirmação laboratorial.

229. Os países deverão fazer das actividades de vigilância integrada uma componente fulcral de todas as actividades de prevenção e controlo das doenças.

### **Estratégia regional de vacinação no período de 2003-2005**

230. A Resolução AFR/RC52/R2, do Comité Regional, exortava os Estados-Membros a reforçar a prestação de serviços de vacinação de boa qualidade; acelerar os esforços para alcançar a erradicação da polio, o controlo dos sarampo, a eliminação do tétano neonatal e o controlo da febre amarela; e a introduzir novas vacinas nos programas nacionais de vacinação.

231. No âmbito da implementação desta resolução, foi elaborado um manual operacional para a estratégia de chegar a todos os distritos, a qual pretende melhorar o acesso a serviços de vacinação com boa qualidade, em todos os distritos; 34 países foram apoiados para alcançarem uma cobertura nacional por DPT3 de, pelo menos, 60% até ao fim de 2003; mais de 80 milhões de crianças foram vacinadas durante as JNV realizadas em dois países com endemia e em outros 21 países de alto risco, em 2004; mais de 105 milhões de crianças de 23 países da Região Africana da OMS foram vacinadas durante as campanhas suplementares de vacinação (CSV) contra o sarampo; calcula-se que foram evitados 125.000 óbitos de crianças, graças a essas CSV; a vigilância do sarampo com base nos casos foi implementada em 26 países; 15 países da Região alcançaram a eliminação do tétano neonatal; 23 países introduziram a vacina da hepatite B nos seus programas nacionais do PAV; 17 países introduziram a vacina da febre amarela e 9 países introduziram a vacina da *Haemophilus influenzae* tipo B; 23 países executaram vigilância de sentinela da meningite bacteriana pediátrica.

232. Entre as principais oportunidades, mencionam-se o elevado empenhamento dos governos e o apoio recebido através das parcerias existentes, como a AMVV, Iniciativa de Erradicação da Polio e Parceria para o Sarampo. Entre outros, os principais obstáculos foram a grande carência de pessoal, insuficiência de recursos financeiros e a competição com outras prioridades da saúde.

233. Alcançaram-se progressos notáveis na melhoria do desempenho dos programas nacionais de vacinação, em toda a Região. Para tirar proveito desses progressos, há que prosseguir com a advocacia junto dos governos a favor do financiamento dos serviços de vacinação, com a mobilização de recursos adicionais através das parcerias existente ou novas, e com o reforço das ligações existentes entre as actividades de vacinação e as intervenções integradas em saúde das crianças.

### **Saúde e ambiente: Estratégia para a Região Africana**

234. O Comité Regional, na sua Resolução AFR/RC52/R3, solicitava ao Director Regional que melhorasse a capacidade da OMS para: dar um apoio técnico eficaz aos Estados-Membros, na formulação e implementação de políticas de saúde e ambiente; apoiar o reforço de capacidades dos

países para implementar e monitorizar programas e planos de acção; e que apresentasse, ao Comité Regional de 2005, um relatório actualizado sobre os progressos na implementação da estratégia.

235. No âmbito dos esforços para melhorar a capacidade da OMS, com vista a um apoio técnico eficaz aos Estados-Membros, foram recrutados funcionários técnicos e foram mais activamente contratualizados centros colaboradores para a saúde e ambiente. Assim, foi dado apoio técnico e financeiro a mais de 11 países, para conceberem e finalizarem as suas políticas nacionais. Em segundo lugar, foram elaboradas directrizes e listas de verificação, ampliando o apoio aos Estados-Membros para acelerarem a formulação e análise das políticas e legislações nacionais.

236. Os perfis das políticas nacionais de saúde do ambiente foram actualizados, sendo identificadas as preocupações de ordem ambiental; isso deu aos países a possibilidade de elaborar rapidamente planos de acção. Foram apoiados 11 países na concepção e finalização das suas políticas nacionais. Daí resultou que há, presentemente, 19 países em fases diferentes da elaboração das políticas nacionais e da revisão da legislação sobre o ambiente.

237. Para ajudar os países a progredir na capacidade de implementar e monitorizar programas e planos de acção, o Escritório Regional, em conjunto com os centros colaboradores, organizou cursos de curta duração para melhorar as competências e saberes das equipas nacionais, preparando-as para interessar outros sectores na problemática da saúde e do ambiente. Os dois centros colaboradores—*Centre Regional pour l'Eau Potable et l'Assainissement* (CREPA), no Burkina Faso, e *Medical Research Council*, na África do Sul—foram também apoiados para agir em conjunto na concepção e apresentação de módulos de saúde e ambiente, no biénio 2006–2007. Esta cooperação e o reforço de competências e saberes estão ainda em curso.

238. As competências dos funcionários nacionais foram também reforçadas graças a consultas e visitas do Escritório Regional, nas quais participaram funcionários nacionais. Daí resultou, em particular, a intensificação da abordagem dos locais saudáveis para solucionar problemas ambientais, no espírito da Plataforma de Joanesburgo, para a implementação das decisões da Cimeira Mundial do Desenvolvimento Sustentável. Vários países aderiram à abordagem dos locais saudáveis para solucionar problemas ambientais em escolas, locais de trabalho e mercados. Estes esforços prosseguirão durante o biénio 2006–2007.

### **Pobreza e saúde: Estratégia para a Região Africana**

239. Na sua Resolução AFR/RC52/R4, o Comité Regional exortava o Director Regional a que desse apoio técnico aos Estados-Membros na elaboração de políticas e programas nacionais para a redução da pobreza; aumentasse, através das instituições de formação, o apoio aos profissionais nacionais na área da saúde e desenvolvimento, para reforçar as suas capacidades de análise, monitorização e avaliação das políticas; que desse apoio à mobilização de recursos adicionais para a implementação desta estratégia; e que apresentasse um relatório à Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional, em 2005, sobre os progressos na implementação da estratégia.

240. Foram desenvolvidos esforços para dar apoio técnico aos Estados-Membros na elaboração de políticas e programas nacionais de saúde para a redução da pobreza. Vários países receberam apoio técnico para elaborar e/ou melhorar a componente da saúde nos respectivos documentos da estratégia nacional de redução da pobreza. Outros receberam apoio financeiro para implementarem programas de base comunitária para a pobreza e saúde. Alguns países receberam apoio para proceder a estudos ou análises nas seguintes áreas: acesso aos serviços de saúde por parte das populações pobres; iniciativas de base comunitária para a saúde; financiamento e despesas da saúde pública orientados para as populações pobres, incluindo abordagens de âmbito sectorial (SWAps); problemas de equidade e pagamento dos serviços de saúde por parte dos pobres.

241. A Comissão Consultiva Africana para a Saúde e Pobreza, um órgão de peritos em saúde e pobreza criado para aconselhar o Director Regional, reuniu-se em Brazzaville, em Dezembro de 2004, para estudar e finalizar dois documentos essenciais: (1) directrizes para integrar os problemas da pobreza e saúde nos planos nacionais estratégicos do sector da saúde e nas estratégias de redução da pobreza; e (2) directrizes para conceber sistemas de monitorização e avaliação da pobreza.

242. No âmbito dos esforços para, através de instituições de formação, aumentar os apoios aos profissionais nacionais da área da saúde e desenvolvimento, para reforçar as suas capacidades de análise, monitorização e avaliação das políticas, o Instituto Tropical da Saúde e Desenvolvimento Comunitário, sediado em Kisumu, Quênia, foi identificado como parceiro de actividades na área da pobreza e saúde precária, tendo-lhe sido concedido um subsídio de arranque. Este instituto forma técnicos de saúde e desenvolvimento comunitário de nível médio. O seu plano de estudos foi avaliado. Além disso, foi preparado um módulo de formação sobre pobreza e saúde, usado num seminário sobre dados factuais e informações para a formulação de políticas.

243. As divisões e programas do Escritório Regional desenvolveram esforços continuados para mobilizar os recursos adicionais necessários à implementação da estratégia. Esse exercício foi acelerado, incidindo agora na programação conjunta para alcançar as MDM, como o demonstra, por exemplo, a colaboração recentemente iniciada entre a CE e a OMS.

#### **Desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde: Acelerar a implementação da estratégia regional**

244. Em Outubro de 2002, o Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC52/R5 sobre o desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde: acelerar a implementação da estratégia regional. Esta resolução solicitava ao Director Regional que acelerasse a implementação da estratégia regional dos recursos humanos para a saúde; apoiasse a criação e coordenação de parcerias; e reforçasse a colaboração com os parceiros, incluindo advocacia contínua a favor do desenvolvimento dos recursos humanos da saúde.

245. O Escritório Regional fez advocacia pelo desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde (HRH). Daí resultou uma maior consciencialização para o problema, e a correspondente solicitação para a formulação e revisão de políticas e planos de HRH. Foi dado aconselhamento e apoio técnico a 17 países<sup>67</sup> neste campo. Foi advogado um planeamento abrangente dos HRH, incluindo vários aspectos da sua gestão, em especial a motivação e fixação.

246. Em conjunto com o Escritório Regional para o Mediterrâneo Oriental, e em apoio à União Africana (UA) desenvolveram-se actividades preparatórias para a celebração do Dia Africano dos HRH, incluindo a elaboração de um plano de acção e de um documento de campanha junto da comunicação social para assinalar o Ano Africano dos HRH (2005).

247. O debate, a nível internacional, sobre os HRH em geral, e a sua migração em particular, conduziu à adopção de uma resolução pela Assembleia Mundial da Saúde (WHA 54.19). O segundo fórum de alto nível das MDM em Abuja, Nigéria, em Dezembro de 2004, dedicou uma sessão aos HRH, com incidência especial na África; uma reunião de seguimento em Oslo, Noruega, em Fevereiro de 2005, apelou a que os países actuassem na agenda dos HRH, com apoio regional e mundial. Está em curso um exercício de influência junto do Banco Mundial e do FMI, para a remoção do tecto nos orçamentos para a saúde e do limite ao recrutamento em alguns países, de modo a resolver as carências, facilitando o recrutamento de pessoal de saúde que esteja disponível.

---

<sup>67</sup> Argélia, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, Comores, Etiópia, Guiné, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Níger, Tanzânia e Uganda.

248. Estão em curso actividades conjuntas com o IOM sobre a migração de profissionais da saúde e interacções com a diáspora, incluindo o planeamento conjunto de problemas específicos de interesse comum, como a contribuição para o texto do documento-quadro sobre a Política de Migração da União Africana.

249. O Director-Geral da OMS informou que o Relatório da Saúde no Mundo de 2006 tratará dos recursos humanos para a saúde; eles serão também o tema do Dia Mundial da Saúde em 2006.

250. O empenhamento dos Estados-Membros, assim como a crescente colaboração e apoio da Sede, facilitaram a implementação da estratégia, no entanto, a insuficiência de recursos e capacidades colocaram problemas à implementação.

251. No futuro, a agenda para o desenvolvimento dos HRH será implementada tirando partido da dinâmica adquirida no último biénio, a nível regional e internacional, sobretudo a crescente atenção dos parceiros para os problemas relacionados com a motivação e a fixação. Aspectos relacionados com o aumento de produção, a motivação e fixação, a gestão da migração, informação e dados sobre os HRH, entre outros, serão usados como meios de advocacia em favor dos HRH, a nível regional e de país, em especial para mobilizar os recursos necessários ao desenvolvimento dos HRH.

### **Macroeconomia e saúde: Perspectivas na Região Africana**

252. A Resolução AFR/RC53/R1, do Comité Regional, solicitava ao Director Regional que prosseguisse com a advocacia em favor de maiores investimentos na saúde, como método eficaz para reduzir a pobreza e acelerar o desenvolvimento económico; que apoiasse os países no reforço das condições institucionais já existentes para o planeamento, implementação e monitorização das recomendações da Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMH); que monitorizasse e documentasse as lições decorrentes da implementação das recomendações da CMH nos vários países e facilitasse a partilha dessas lições; que apoiasse as instituições regionais que formam economistas para a saúde e fazem investigação em economia da saúde; e que apresentasse anualmente um relatório ao Comité Regional, sobre os progressos conseguidos na implementação das recomendações da Comissão. Foram distribuídos aos países exemplares do relatório da CMH, para fins de sensibilização e advocacia. Foi criada uma página no *site* da AFRO na Intranet, incidindo na necessidade de mais investimentos na saúde e em outros sectores com ela relacionados. Em colaboração com outros programas, a CMH está a elaborar propostas para a mobilização de recursos.

253. Foi dado apoio técnico sobre macroeconomia e saúde à Etiópia, Gana, Quênia, Malawi, Moçambique, Ruanda, Senegal, Suazilândia e Uganda.

254. A Iniciativa de Macroeconomia e Saúde do Gana mobilizou e captou vários intervenientes para o processo da macroeconomia e saúde, tendo elaborado um documento de estratégia que sublinha os investimentos necessários para acelerar intervenções com boa relação custo-eficácia. Está em preparação um plano de investimento que, uma vez terminado, será um contributo para o documento da estratégia de redução da pobreza e para o plano de actividades do Ministério da Saúde.

255. Na Etiópia, foi dado um contributo a estudos sobre a expansão acelerada dos cuidados primários de saúde e do pacote de serviços mínimos de saúde, os quais influenciarão o plano de acção para este sector. Na Etiópia, além de alguma actividade sobre pobreza e saúde, produziram-se métodos de análise do custo por unidade para os serviços de cuidados primários de saúde, e definiu-se o mandato para a realização de um estudo sobre o custo por unidade na Etiópia.

256. No Ruanda, o Grupo de Trabalho de Macroeconomia e Saúde estabelecerá uma ligação entre as abordagens de âmbito sectorial, por um lado, e a actividade do grupo de trabalho sobre temas como: estratégias financeiras para seguros mútuos de saúde; custo do financiamento de um pacote sólido de serviços de saúde essenciais; necessidades futuras para criar, no Ruanda, uma força de trabalho para a

saúde com mais capacidades; e o impacto macroeconómico das despesas nacionais com a saúde, por outro lado.

257. Haverá reuniões de discussão com outros intervenientes no Malawi, Senegal, Suazilândia, e Uganda, para os sensibilizar e obter consenso quanto à importância da macroeconomia e saúde. Todos os intervenientes concordaram com as recomendações essenciais da CMH quanto à divulgação de dados sobre o país, o reforço dos sistemas de saúde e a intensificação de intervenções com boa relação custo eficácia, para melhorar o nível de saúde das populações pobres. Foram delineados planos de acção no Quénia, Moçambique, Senegal e Uganda.

### **Saúde e segurança dos alimentos: Análise da situação e perspectivas**

258. Na sua Quinquagésima-terceira sessão, o Comité Regional, reunido em Joanesburgo, África do Sul, em Setembro de 2003, aprovou a Resolução AFR/RC53/R5 sobre segurança dos alimentos. A resolução atribui papéis aos Estados-Membros e ao Director Regional. A OMS está a colaborar com os países e parceiros na sua implementação.

259. A educação para a segurança dos alimentos foi reforçada no Benim, graças a um programa sobre a segurança dos alimentos nas escolas. Obtiveram-se recursos modestos da DFID para dar formação piloto sobre higiene alimentar em escolas, usando os Cinco Pontos-Chave da OMS para Alimentos mais Seguros.

260. Para garantir a harmonização da legislação sobre segurança dos alimentos com os padrões e normas internacionais, o sector da saúde aumentou a sua participação nas actividades internacionais de fixação de padrões da Comissão do *Codex Alimentarius*. O Fundo da Afectação do *Codex* apoiou a participação de 23 funcionários nacionais de 19 países<sup>68</sup> nas reuniões do *Codex*. O Escritório Regional participou no seminário conjunto FAO/OMS sobre Sistemas de Controlo dos Alimentos—Abordagens Práticas, da SADC. Vinte e quatro membros das Comissões Nacionais do *Codex* do Quénia, Tanzânia e Uganda participaram num seminário FAO/OMS, para testar no terreno um guia de formação sobre os processos e actuações da Comissão do *Codex Alimentarius*. A OMS também participou no Segundo Fórum Mundial para Regulamentadores da Segurança dos Alimentos em Bangkok, Tailândia, de 12 a 14 de Outubro de 2004, onde estiveram representados 32 países. O Grupo Africano reuniu-se para discutir temas relacionados com a Comissão Africana de Coordenação do *Codex* e a Conferência Regional da Segurança dos Alimentos, da FAO/OMS, planeada para 2005.

261. O Quénia teve apoio para organizar um curso sobre procedimentos jurídicos, para 26 funcionários de saúde pública, para reforço da aplicação da lei sobre segurança dos alimentos. As Seychelles organizaram cursos de formação sobre inspecção e manuseio de alimentos e o Níger organizou dois seminários sobre segurança da carne, em colaboração com a FAO e a UNIDO.

262. O Benim e a Gâmbia foram apoiados na criação de instrumentos de vigilância das doenças transmitidas pelos alimentos. Foi dado apoio ao Quénia durante o surto de aflatoxicose atribuído ao consumo de milho contaminado. A OMS colaborou com o Instituto Pasteur, organizando cursos sobre vigilância das doenças transmitidas pelos alimentos e monitorização microbiológica de alimentos, para directores de epidemiologia e microbiologia de países de língua oficial francesa. Estão planeados cursos idênticos para os países de língua oficial portuguesa e inglesa.

263. Para promover a troca de informações e das melhores práticas, foi criado um boletim regional, recolhendo-se informação nos países para documentar as actividades nacionais de segurança dos alimentos. Foi iniciada uma base de dados sobre temas de segurança dos alimentos, que contém resumos de decisões importantes das Comissões do *Codex*.

---

<sup>68</sup> Benim, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, República do Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Gana, Lesoto, Mali, Mauritania, Níger, Rwanda, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábue.

264. A colaboração com a Sede, FAO e outros parceiros, bem como a criação do Fundo de Afectação do *Codex* facilitaram a implementação da resolução. O maior constrangimento adveio do inadequado financiamento da área de actividade da segurança dos alimentos. Nos próximos anos, será privilegiada a vigilância das doenças transmitidas pelos alimentos, a legislação e regulamentação da segurança dos alimentos, a educação dos consumidores e manipuladores de alimentos e a formulação de uma estratégia regional para a segurança dos alimentos.

### **Intensificar as intervenções contra o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo na Região Africana da OMS**

265. A Resolução AFR/RC53/R6 solicitava ao Director Regional que desse apoio técnico aos países na concepção e implementação de planos estratégicos para intensificar as intervenções contra o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo; apoiasse a investigação operacional sobre abordagens para a intensificação; advogasse em favor de mais recursos e da construção de infra-estruturas; e colaborasse com o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo (FMLSTP), na criação de mecanismos para maior rapidez no desembolso dos fundos para os países; que monitorizasse a intensificação e apresentasse um relatório dos progressos de 2 em 2 anos.

266. Intervenções de base comunitária contra o paludismo encontram-se já documentadas em 20 países. Sete países foram apoiados na implementação de planos de intensificação. Um total de 42 países têm planos da DOTS, para controlar a TB até 2005. Os países encontram-se em diversas fases, quanto à implementação da DOTS com base na comunidade, à colaboração dos sectores público/privado no controlo da TB e às actividades de colaboração em TB/HIV.

267. Muitos países criaram conselhos nacionais multisectoriais para a SIDA e elaboraram planos de HIV/SIDA para o sector da saúde. Em conjunto com outros parceiros, o Escritório Regional apoiou Estados-Membros na intensificação das intervenções de prevenção, controlo e vigilância do HIV. Vinte e dois países elaboraram, e estão a implementar, planos para intensificar o acesso ao tratamento anti-retroviral. Parcerias para a formulação de políticas e prestação de serviços de HIV/SIDA foram expandidas e reforçadas, a nível regional e dos países.

268. Dezoito países obtiveram subsídios do FMLSTP para as três doenças, 34 países para o paludismo e 33 para a tuberculose e TB/HIV. O Escritório Regional organizou uma reunião interpaíses para identificar problemas e soluções, quanto ao acesso aos fundos do FMLSTP.

269. Houve progressos na intensificação da luta contra as três doenças. Apesar das oportunidades de financiamento para a intensificação das operações, as coberturas programática e geográfica ainda são baixas. Recursos inadequados, infra-estruturas deficientes e mau acesso geográfico aos serviços de saúde ainda afectam a intensificação das intervenções. Ainda há problemas de natureza logística no acesso aos subsídios do FMLSTP. Contudo, o FMLSTP, a Parceria Fazer Parar a TB, a Iniciativa 3 by 5, o Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para Alívio da SIDA, o NEPAD e as Declarações de Abuja são oportunidades para intensificar as intervenções.

### **Implementação da Iniciativa 3 by 5 na Região Africana**

270. O Comité Regional, na Resolução AFR/RC54/R5, solicitava ao Director Regional que desse apoio aos países para melhorarem o acesso aos cuidados e tratamento do HIV/SIDA: Iniciativa 3 by 5.

271. Em resultado de intensa advocacia, 30 países decidiram reforçar os serviços de tratamento do HIV/SIDA e solicitaram apoio, ao abrigo da Iniciativa 3 by 5; 24 países foram apoiados na definição das fases-chave para a intensificação da terapia anti-retroviral (TAR), em harmonia com as metas da iniciativa 3 by 5. Foi dado apoio técnico a 19 países para elaborarem planos de implementação da TAR, a 5 países para planearem o reforço dos recursos humanos e das capacidades de formação, a 3 países para reforçarem o aprovisionamento em medicamentos e a gestão de suprimentos e a 8 países para reforçarem a capacidade dos serviços laboratoriais.

272. Foram distribuídos instrumentos, materiais de formação e directrizes sobre tratamento clínico, transmissão vertical do HIV e para testes e aconselhamento; os países foram apoiados na sua adaptação e uso. Mais de 12.000 profissionais da saúde receberam formação em TAR, num total esperado de 70.000. A capacidade técnica da Região para o tratamento do HIV/SIDA foi reforçada. Foram criados Núcleos Sub-Regionais de Competência em TAR, que receberam orientações sobre o uso dos instrumentos da OMS, um para a África Austral no Uganda e outro para a África Central e Ocidental, no Burkina Faso. As portas de acesso à TAR (TB/HIV, testes e aconselhamento, transmissão vertical) foram reforçadas, constituindo a base para a intensificação da TAR.

273. Foram concedidos fundos catalíticos, para apoiar a implementação de actividades estratégicas dos planos nacionais e para reforçar a capacidade técnica das Representações da OMS nos países. Foram criados, na África Oriental e Austral e na África Central e Ocidental, fóruns de parcerias com mecanismos operacionais, abrangendo os parceiros empenhados na intensificação da TAR.

274. O empenhamento dos países, o aumento dos recursos financeiros e o crescente interesse dos parceiros, são outras tantas oportunidades para intensificar as intervenções da iniciativa 3 by 5. Recursos técnicos inadequados, infra-estruturas deficientes e o fraco acesso aos serviços de saúde são problemas que ainda afectam a intensificação das intervenções.

275. Conseguiram-se progressos notáveis na intensificação da TAR. No entanto, a cobertura ainda é reduzida. O reforço dos sistemas de saúde, no contexto da iniciativa 3 by 5, e a melhoria da situação dos recursos humanos serão aspectos importantes, não só para a prossecução da 3 by 5, mas também para dar sustentabilidade aos serviços criados.

### **Implementação da estratégia regional de luta contra o paludismo na Região Africana**

276. Na sua Quinquagésima sessão, o Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC50/R6, que apelava ao Director Regional para que apoiasse os países na elaboração e implementação de planos de acção para a Iniciativa Fazer Recuar o Paludismo (FRP); fizesse advocacia em favor do desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde e mobilizasse recursos do Orçamento Ordinário e de Outras Fontes; facilitasse a colaboração transfronteiriça; e apoiasse os países na monitorização e avaliação da FRP.

277. Todos os 42 países com paludismo endémico vêm sendo apoiados na elaboração e implementação de planos de acção para FRP. Realizaram-se todos os anos cursos internacionais sobre o paludismo e mais de 200 profissionais da saúde já receberam formação. Houve um nítido aumento nos recursos do Orçamento Ordinário e de Outras Fontes. Há hoje várias redes sub-regionais a funcionar, possibilitando aos países a troca de experiências da luta contra o paludismo. Quinze países adoptaram terapias combinadas à base de Artemisinina (TCA) e 23 aprovaram, ou estão a implementar, o uso redes tratadas com insecticida (RTI) para a prevenção do paludismo durante a gravidez.

278. Dez países receberam apoio para criar sistemas de monitorização e avaliação. Foram publicados os “Perfis do Paludismo nos Países” e o “Relatório dos Progressos na Implementação do Plano de Acção da Declaração de Abuja”. Estão a ser promovidas actividades transfronteiriças entre Angola-Namíbia e África do Sul-Zimbabwe, entre outras. As Iniciativas do Lebombo e da Saúde para a Paz foram instituídas na África Austral e na África Oriental, respectivamente.

279. Graças ao FMLSTP, estão agora disponíveis recursos adicionais para aumentar a cobertura com intervenções de boa relação custo-eficácia. No entanto, o custo elevado da TCA e das redes com tratamento de longa duração, assim como a sua produção limitada, representam obstáculos significativos. Um outro obstáculo importante é a inadequação dos recursos humanos para a saúde.

280. Dada a disponibilidade de intervenções de boa relação custo-eficácia e de recursos adicionais, existe hoje uma boa oportunidade para fazer recuar o paludismo. Os países são exortados a adoptar um pacote abrangente de intervenções e a resolver o desafio dos recursos humanos, para conseguirem o máximo impacto.

### **Erradicação da poliomielite**

281. Dado o reaparecimento da transmissão do poliovírus selvático na Região Africana, em 2003-2004, a Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC54/R8, que exortava os Estados-Membros a: manter o empenhamento político então existente, para facilitar uma implementação de boa qualidade das estratégias de erradicação da poliomielite; apoiar as actividades de erradicação da polio nos países onde a doença ainda era endémica; elaborar planos de preparação para situações de polio importada; reforçar a vacinação de rotina e a vigilância da polio; e a mobilizar recursos para as actividades de erradicação da polio.

282. Três rondas de campanhas suplementares de vacinação (CSV) foram realizadas nos países com endemia, (Níger e Nigéria), no último trimestre de 2004. Na África Ocidental e Central, 23 países realizaram CSV no último trimestre de 2004 e mais de 80 milhões de crianças foram então vacinadas. Estas actividades decorreram em sincronia com as CSV nos países onde a poliomielite era endémica. Oito países finalizaram os planos de preparação contra o poliovírus selvático importado, e 35 possuem agora indicadores de vigilância sustentada da polio, conforme aos padrões da certificação. Foram mobilizados mais de 35 milhões de dólares americanos, a nível interno e dos recursos das agências intervenientes, para apoio às CSV realizadas no último trimestre de 2004. Sob a orientação da Comissão Africana de Certificação Regional, 8 países apresentaram documentação para serem certificados como livres da polio e outros 26 apresentaram relatórios anuais dos progressos na erradicação da poliomielite.

283. Elevado empenhamento político, apoio técnico e financeiro da Iniciativa Mundial de Erradicação da Polio e intervenções adicionais, como o suplemento de vitamina A durante as JNV, são oportunidades para a erradicação da poliomielite. Os principais obstáculos são a difusão do poliovírus selvático, facilitada pelas falhas na vacinação das populações, e os rumores à volta da falta de segurança da vacina oral contra a polio.

284. Os progressos conseguidos em finais de 2004, ou seja, o reatamento da vacinação em todas as zonas com endemia na Nigéria, e as JNV sincronizadas nos 23 países prioritários da Região, devem ser continuados por meio de novas JNV sincronizadas, em 2005.

### **CONCLUSÃO**

285. Os principais sucessos alcançados no ano de 2004, que este relatório apresenta, foram analisados durante a reunião da Comissão de Monitorização e Avaliação, no Escritório Regional.

286. Em sintonia com a Política Centrada nos Países, as intervenções privilegiaram o reforço sistemático do apoio da OMS aos países, com vista a melhores produtos da saúde. Conseguiram-se muitas vitórias. No âmbito da Gestão e Desenvolvimento do Programa-Geral, 45 dos 46 países já têm um documento da Estratégia de Cooperação com os Países e, em muitos deles, melhorou a capacidade de gestão do programa, em parte graças a acordos de parcerias.

287. No Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde, foram reforçadas as capacidades nacionais para a formulação de políticas nacionais de saúde, e foram apoiados a implementação de planos de acção para os sistemas de informação sanitária, o desenvolvimento dos recursos humanos, a medicina tradicional e a segurança do sangue.



288. Na Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis, o aumento no apoio aos países resultou em vários sucessos significativos, como: a manutenção do estatuto de livre da polio em 35 países; o apoio técnico aos países em devido tempo, para controlarem epidemias de febre amarela, meningite, cólera e hepatite E; a criação de uma base de dados abrangente para as doenças transmissíveis; a implementação da Iniciativa 3 by 5 em 21 países; a elaboração do primeiro relatório sobre a implementação do plano de acção da Declaração de Abuja; uma maior monitorização da eficácia terapêutica dos medicamentos antipalúdicos, que abrange hoje 41 dos 42 países com endemia e 188 locais sentinela; e a despistagem da tripanossomíase humana africana em 1,5 milhões de pessoas de 20 países.

289. Quanto à Prevenção e Controlo das Doenças Não-Transmissíveis, equipas de vários países receberam formação em prevenção de factores de risco das doenças não-transmissíveis e implementação de componentes abrangentes para a promoção da saúde. Um total de 39 Estados-Membros foram mobilizados para subscreverem a Convenção-Quadro de Luta Anti-Tabágica. Foi também completado um inquérito regional sobre a prevenção de traumatismos e da violência.

290. Na Saúde Reprodutiva e da Família, com o apoio de 14 parceiros e da União Africana, 19 países começaram a implementar o Roteiro para alcançar as Metas de Desenvolvimento do Milénio relacionadas com a saúde materna e dos recém-nascidos; 44 implementaram a AIDI e receberam formação para reforçar as competências no uso de instrumentos e directrizes para a prevenção da transmissão vertical do HIV.

291. Na Divisão de Ambientes Saudáveis e Desenvolvimento Sustentável, foi formulada uma estratégia regional para a saúde ocupacional, que dá orientações aos países para a formulação de políticas e planos de implementação; foi prestada ajuda humanitária a países carenciados; foi dado apoio a países para o reforço das capacidades nacionais de preparação, resposta, mitigação e reabilitação face a situações de emergência. Alguns países foram também apoiados para enfrentarem surtos de doenças transmitidas pelos alimentos.

292. Na Divisão de Administração e Finanças, foi reforçada a monitorização e a execução do orçamento, graças à formação do pessoal, à concepção de novos instrumentos e à melhoria do sistema de comunicações entre os Escritório Regional e os países.

293. Os principais obstáculos que surgiram em 2004 foram a inadequação dos fundos para implementar certas actividades e o facto de os fundos de Outras Fontes serem imprevisíveis, em termos de montante e de calendarização.

294. As principais lições aprendidas nesta primeira metade do biénio são as seguintes: estimativas orçamentais realistas, sobretudo quanto aos fundos de Outras Fontes, resultam em melhor planeamento e melhor implementação dos planos de acção; o diálogo regular entre as representações da OMS nos países e os pontos focais dos ministérios da saúde pode facilitar a implementação das actividades planeadas; há muito a ganhar, sempre que os Representantes da OMS coordenarem os apoios de modo integrado, na resposta às necessidades dos países; deverão ser mais aperfeiçoadas as comunicações no seio da OMS e com os países; o zelo e o espírito inovador dos funcionários estimulam a sua motivação e produtividade; um seguimento proactivo das actividades planeadas é essencial para se prestar aos países o apoio necessário, em tempo oportuno.

295. Os sucessos referidos neste documento foram possíveis graças à louvável colaboração entre as áreas de actividade, as divisões e os vários níveis da OMS (representações nos países, Escritório Regional e Sede). Além disso, o trabalho do Escritório Regional beneficiou grandemente da excelente colaboração com as autoridades nacionais e outros parceiros para o desenvolvimento. Em 2005, desenvolver-se-ão esforços concertados no sentido de implementar, monitorizar e avaliar os restantes aspectos do plano de acção para 2004-2005. Será também finalizado o plano de acção para 2006-2007, a aprovar em finais de 2005.

## ANEXO 1

### Implementação do Orçamento-Programa para 2004-2005 no Escritório Regional: Orçamento Ordinário

| Área de atividade * |     | Alocação inicial  | Ajustamentos/<br>reprogramação | Fundos disponíveis | Execução          | Taxa de execução<br>com base na<br>dotação inicial | Taxa de execução<br>com base na<br>dotação final |
|---------------------|-----|-------------------|--------------------------------|--------------------|-------------------|--|--|
|                     |     | 1                 | 2                              | 3                  | 4                 | 5  | 6  |
| 01.1.01             | CSR | 2 277 000         | 232 000                        | 2 509 000          | 1 336 000         | 59   | 53   |
| 01.2.01             | CPC | 1 132 000         | (34 000)                       | 1 098 000          | 708 000           | 63   | 64   |
| 01.3.01             | CRD | 377 000           | (11 000)                       | 366 000            | 157 000           | 42   | 43   |
| 01.4.01             | MAL | 1 122 000         | (34 000)                       | 1 088 000          | 516 000           | 46   | 47   |
| 01.5.01             | TUB | 973 000           | (29 000)                       | 944 000            | 316 000           | 32   | 33   |
| 02.1.01             | NCD | 2 438 000         | (202 000)                      | 2 236 000          | 1 251 000         | 51   | 56   |
| 02.2.01             | TOB | 696 000           | (58 000)                       | 638 000            | 369 000           | 53   | 58   |
| 02.3.01             | HPR | 687 000           | (51 000)                       | 636 000            | 340 000           | 49   | 53   |
| 02.4.01             | INJ | 273 000           | 361 000                        | 634 000            | 376 000           | 138  | 59   |
| 02.5.01             | MNH | 1 341 000         | (164 000)                      | 1 177 000          | 238 000           | 18   | 20   |
| 03.1.01             | CAH | 1 212 000         | (37 000)                       | 1 175 000          | 539 000           | 44   | 46   |
| 03.2.01             | RHR | 1 653 000         | 284 000                        | 1 937 000          | 1 064 000         | 64   | 55   |
| 03.3.01             | MPS | 2 082 000         | (394 000)                      | 1 688 000          | 866 000           | 42   | 51   |
| 03.4.01             | WMH | 855 000           | (26 000)                       | 829 000            | 344 000           | 40   | 41   |
| 03.5.01             | HIV | 2 994 000         | 49 000                         | 3 043 000          | 1 476 000         | 49   | 49   |
| 04.1.01             | HSD | 1 619 000         | (164 000)                      | 1 455 000          | 697 000           | 43   | 48   |
| 04.2.01             | NUT | 925 000           | (77 000)                       | 848 000            | 416 000           | 45   | 49   |
| 04.3.01             | PHE | 2 237 000         | (108 000)                      | 2 129 000          | 950 000           | 42   | 45   |
| 04.4.01             | FOS | 397 000           | 63 000                         | 460 000            | 180 000           | 45   | 39   |
| 04.5.01             | EHA | 1 216 000         | 45 000                         | 1 261 000          | 799 000           | 66   | 63   |
| 05.1.01             | EDM | 1 597 000         | (48 000)                       | 1 549 000          | 722 000           | 45   | 47   |
| 05.2.01             | IVD | 412 000           | (12 000)                       | 400 000            | 218 000           | 53   | 55   |
| 05.3.01             | BCT | 1 860 000         | (356 000)                      | 1 504 000          | 810 000           | 44   | 54   |
| 06.1.01             | GPE | 1 493 000         | (45 000)                       | 1 448 000          | 661 000           | 44   | 46   |
| 06.2.01             | IMD | 3 649 000         | (111 000)                      | 3 538 000          | 2 244 000         | 61   | 63   |
| 06.3.01             | RPC | 711 000           | (21 000)                       | 690 000            | 431 000           | 61   | 62   |
| 06.4.01             | OSD | 7 454 000         | 78 000                         | 7 532 000          | 3 912 000         | 52   | 52   |
| 07.1.01             | GBS | 1 363 000         | (66 000)                       | 1 297 000          | 1 073 000         | 79   | 83   |
| 07.2.01             | REC | 1 996 000         | 270 000                        | 2 266 000          | 1 178 000         | 59   | 52   |
| 08.1.01             | BMR | 801 000           | (24 000)                       | 777 000            | 452 000           | 56   | 58   |
| 08.2.01             | HRS | 2 423 000         | (73 000)                       | 2 350 000          | 1 250 000         | 52   | 53   |
| 08.3.01             | FNS | 3 572 000         | (108 000)                      | 3 464 000          | 1 646 000         | 46   | 48   |
| 08.4.01             | IIS | 12 778 000        | (382 000)                      | 12 396 000         | 8 003 000         | 63   | 65   |
| 09.1.01             | DGO | 1 701 000         | (51 000)                       | 1 650 000          | 802 000           | 47   | 49   |
| 10.1.01             | SCC | 1 086 000         | (338 000)                      | 748 000            | 400 000           | 37   | 53   |
| 11.1.01             | ERH | 0                 | 0                              | 0                  | 0                 | 0  | 0  |
| 12.1.01             | ITF | 0                 | 0                              | 0                  | 0                 | 0  | 0  |
| 13.1.01             | REF | 0                 | 0                              | 0                  | 0                 | 0  | 0  |
| 14.1.01             | SEF | 0                 | 0                              | 0                  | 0                 | 0  | 0  |
| <b>Totais</b>       |     | <b>69 402 000</b> | <b>(1 642 000)</b>             | <b>67 760 000</b>  | <b>36 740 000</b> | <b>53</b>  | <b>54</b>  |

\* Ver as abreviaturas na página 59.

## Implementação do Orçamento-Programa para 2004-2005 nos Países: Orçamento Ordinário

| Área de actividade * |     | Alocação inicial   | Ajustamentos/<br>reprogramação | Fundos disponíveis | Execução          | Taxa de execução<br>com base na<br>dotação inicial | Taxa de execução<br>com base na<br>dotação final |
|----------------------|-----|--------------------|--------------------------------|--------------------|-------------------|--|--|
|                      |     | 1                  | 2                              | 3                  | 4                 | 5  | 6  |
| 01.1.01              | CSR | 5 324 000          | 567 000                        | 5 891 000          | 3 313 000         | 62   | 56   |
| 01.2.01              | CPC | 3 184 000          | (402 000)                      | 2 782 000          | 1 501 000         | 47   | 54   |
| 01.3.01              | CRD | 208 000            | (168 000)                      | 40 000             | 21 000            | 10   | 53   |
| 01.4.01              | MAL | 2 018 000          | (371 000)                      | 1 647 000          | 841 000           | 42   | 51   |
| 01.5.01              | TUB | 1 538 000          | (353 000)                      | 1 185 000          | 575 000           | 37   | 49   |
| 02.1.01              | NCD | 2 467 000          | (1,040 000)                    | 1 427 000          | 739 000           | 30   | 52   |
| 02.2.01              | TOB | 253 000            | (129 000)                      | 124 000            | 42 000            | 17   | 34   |
| 02.3.01              | HPR | 4 825 000          | (201 000)                      | 4 624 000          | 2 542 000         | 53   | 55   |
| 02.4.01              | INJ | 201 000            | (27 000)                       | 174 000            | 77 000            | 38   | 44   |
| 02.5.01              | MNH | 1 410 000          | (681 000)                      | 729 000            | 385 000           | 27   | 53   |
| 03.1.01              | CAH | 3 028 000          | (1 455 000)                    | 1 573 000          | 877 000           | 29   | 56   |
| 03.2.01              | RHR | 1 446 000          | (150 000)                      | 1 296 000          | 686 000           | 47   | 53   |
| 03.3.01              | MPS | 3 044 000          | (482 000)                      | 2 562 000          | 1 472 000         | 48   | 57   |
| 03.4.01              | WMH | 542 000            | (95 000)                       | 447 000            | 260 000           | 48   | 58   |
| 03.5.01              | HIV | 2 945 000          | (662 000)                      | 2 283 000          | 1 153 000         | 39   | 51   |
| 04.1.01              | HSD | 1 997 000          | (507 000)                      | 1 490 000          | 727 000           | 36   | 49   |
| 04.2.01              | NUT | 1 866 000          | (1 349 000)                    | 517 000            | 238 000           | 13   | 46   |
| 04.3.01              | PHE | 4 341 000          | (1 405 000)                    | 2 936 000          | 1 726 000         | 40   | 59   |
| 04.4.01              | FOS | 1 292 000          | (931 000)                      | 361 000            | 205 000           | 16   | 57   |
| 04.5.01              | EHA | 2 080 000          | (558 000)                      | 1 522 000          | 980 000           | 47   | 64   |
| 05.1.01              | EDM | 2 170 000          | (941 000)                      | 1 229 000          | 612 000           | 28   | 50   |
| 05.2.01              | IVD | 1 544 000          | (824 000)                      | 720 000            | 400 000           | 26   | 56   |
| 05.3.01              | BCT | 1 243 000          | (475 000)                      | 768 000            | 430 000           | 35   | 56   |
| 06.1.01              | GPE | 694 000            | (376 000)                      | 318 000            | 129 000           | 19   | 41   |
| 06.2.01              | IMD | 295 000            | 102 000                        | 397 000            | 229 000           | 78   | 58   |
| 06.3.01              | RPC | 204 000            | (99 000)                       | 105 000            | 32 000            | 16   | 30   |
| 06.4.01              | OSD | 20 581 000         | (2 145 000)                    | 18 436 000         | 11 070 000        | 54   | 60   |
| 07.1.01              | GBS | 0                  | 0                              | 0                  | 0                 | 0  | 0  |
| 07.2.01              | REC | 395 000            | (290 000)                      | 105 000            | 0                 | 0  | 0  |
| 08.1.01              | BMR | 0                  | 0                              | 0                  | 0                 | 0  | 0  |
| 08.2.01              | HRS | 0                  | 0                              | 0                  | 0                 | 0  | 0  |
| 08.3.01              | FNS | 0                  | 0                              | 0                  | 0                 | 0  | 0  |
| 08.4.01              | IIS | 0                  | 0                              | 0                  | 0                 | 0  | 0  |
| 09.1.01              | DGO | 0                  | 0                              | 0                  | 0                 | 0  | 0  |
| 10.1.01              | SCC | 51 198 000         | 8 578 000                      | 59 776 000         | 35 595 000        | 70   | 60   |
| 11.1.01              | ERH | 0                  | 0                              | 0                  | 0                 | 0  | 0  |
| 12.1.01              | ITF | 0                  | 0                              | 0                  | 0                 | 0  | 0  |
| 13.1.01              | REF | 0                  | 0                              | 0                  | 0                 | 0  | 0  |
| 14.1.01              | SEF | 0                  | 0                              | 0                  | 0                 | 0  | 0  |
| <b>Totais</b>        |     | <b>122 333 000</b> | <b>(6 869 000)</b>             | <b>115 464 000</b> | <b>66 857 000</b> | <b>55</b>  | <b>58</b>  |

\*Ver as abreviaturas na página 59.

### ANEXO 3

#### Implementação do Orçamento-Programa para 2004-2005: Outras Fontes

| Área de actividade * |     | Alocação inicial   | Ajustamentos/<br>reprogramação | Fundos disponíveis | Execução           | Taxa de execução<br>com base na<br>dotação inicial | Taxa de execução<br>com base na<br>dotação final |
|----------------------|-----|--------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------|--|--|
|                      |     | 1                  | 2                              | 3                  | 4                  | 5  | 6  |
| 01.1.01              | CSR | 18 000 000         | (7 866 000)                    | 10 134 000         | 6 342 000          | 35   | 63   |
| 01.2.01              | CPC | 42 000 000         | (34 977 000)                   | 7 023 000          | 4 168 000          | 10   | 59   |
| 01.3.01              | CRD | 6 000 000          | (5 930 000)                    | 70 000             | 21 000             | 0  | 30   |
| 01.4.01              | MAL | 40 000 000         | (14 799 000)                   | 25 201 000         | 17 331 000         | 43   | 69   |
| 01.5.01              | TUB | 19 000 000         | (10 746 000)                   | 8 254 000          | 4 622 000          | 24   | 56   |
| 02.1.01              | NCD | 1 000 000          | 385 000                        | 1 385 000          | 649 000            | 65   | 47   |
| 02.2.01              | TOB | 1 500 000          | (891 000)                      | 609 000            | 337 000            | 22   | 55   |
| 02.3.01              | HPR | 1 000 000          | (754 000)                      | 246 000            | 106 000            | 11   | 43   |
| 02.4.01              | INJ | 500 000            | 431 000                        | 931 000            | 450 000            | 90   | 48   |
| 02.5.01              | MNH | 1 500 000          | (1 382 000)                    | 118 000            | 20 000             | 1  | 17   |
| 03.1.01              | CAH | 12 000 000         | (2 910 000)                    | 9 090 000          | 6 639 000          | 55   | 73   |
| 03.2.01              | RHR | 2 000 000          | 856 000                        | 2 856 000          | 1 312 000          | 66   | 46   |
| 03.3.01              | MPS | 7 500 000          | (6 981 000)                    | 519 000            | 386 000            | 5  | 74   |
| 03.4.01              | WMH | 1 000 000          | (844 000)                      | 156 000            | 90 000             | 9  | 58   |
| 03.5.01              | HIV | 115 000 000        | (92 183 000)                   | 22 817 000         | 11 352 000         | 10   | 50   |
| 04.1.01              | HSD | 2 500 000          | (807 000)                      | 1 693 000          | 617 000            | 25   | 36   |
| 04.2.01              | NUT | 0                  | 92 000                         | 92 000             | 11 000             | 0  | 12   |
| 04.3.01              | PHE | 1 000 000          | (151 000)                      | 849 000            | 325 000            | 33   | 38   |
| 04.4.01              | FOS | 1,500,000          | (1 480 000)                    | 20 000             | 2 000              | 0  | 10   |
| 04.5.01              | EHA | 37 000 000         | (22 498 000)                   | 14 502 000         | 8 610 000          | 23   | 59   |
| 05.1.01              | EDM | 8 000 000          | (3 021 000)                    | 4 979 000          | 3 172 000          | 40   | 64   |
| 05.2.01              | IVD | 181 000 000        | (7 935 000)                    | 173 065 000        | 141 423 000        | 78   | 82   |
| 05.3.01              | BCT | 1 000 000          | (557 000)                      | 443 000            | 84 000             | 8  | 19   |
| 06.1.01              | GPE | 10 000 000         | (9 128 000)                    | 872 000            | 396 000            | 4  | 45   |
| 06.2.01              | IMD | 0                  | 643 000                        | 643 000            | 50 000             | 0  | 8  |
| 06.3.01              | RPC | 3 500 000          | (3 348 000)                    | 152 000            | 95 000             | 3  | 63   |
| 06.4.01              | OSD | 11 000 000         | (3 341 000)                    | 7 659 000          | 4 372 000          | 40   | 57   |
| 07.1.01              | GBS | 0                  | 0                              | 0                  | 0                  | 0  | 0  |
| 07.2.01              | REC | 0                  | 2 590 000                      | 2 590 000          | 1 017 000          | 0  | 39   |
| 08.1.01              | BMR | 500 000            | 718 000                        | 1 218 000          | 780 000            | 156  | 64   |
| 08.2.01              | HRS | 3 000 000          | 1 693 000                      | 4 693 000          | 2 177 000          | 73   | 46   |
| 08.3.01              | FNS | 5 000 000          | 248 000                        | 5 248 000          | 3 194 000          | 64   | 61   |
| 08.4.01              | IIS | 5 000 000          | 7 953 000                      | 12 953 000         | 6 965 000          | 139  | 54   |
| 09.1.01              | DGO | 0                  | 0                              | 0                  | 0                  | 0  | 0  |
| 10.1.01              | SCC | 15 000 000         | (8 366 000)                    | 6 634 000          | 3 030 000          | 20   | 46   |
| 11.1.01              | ERH | 0                  | 0                              | 0                  | 0                  | 0  | 0  |
| 12.1.01              | ITF | 0                  | 0                              | 0                  | 0                  | 0  | 0  |
| 13.1.01              | REF | 0                  | 2 225 000                      | 2 225 000          | 226 000            | 0  | 10   |
| 14.1.01              | SEF | 0                  | 0                              | 0                  | 0                  | 0  | 0  |
| <b>Totais</b>        |     | <b>553 000 000</b> | <b>(223 061 000)</b>           | <b>329 939 000</b> | <b>230 371 000</b> | <b>42</b>  | <b>70</b>  |

\* Ver as abreviaturas na página 59.

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