

**ACTIVIDADES DA OMS
NA REGIÃO AFRICANA
2008-2009**

**RELATÓRIO BIENAL DO
DIRECTOR REGIONAL**



ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA 2008-2009

RELATÓRIO BIENAL DO DIRECTOR REGIONAL

À SEXAGÉSIMA SESSÃO
DO COMITÉ REGIONAL AFRICANO,
MALABO, REPÚBLICA DA GUINÉ EQUATORIAL,
30 DE AGOSTO-3 DE SETEMBRO DE 2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO
BRAZZAVILLE • 2010

Dados do Catálogo de Publicações da Biblioteca AFRO

Actividades da OMS na Região Africana 2008-2009: Relatório Bienal do Director Regional

1. Planeamento Regional da Saúde
2. Administração da Saúde Pública
3. Realizações
4. Organização Mundial da Saúde
5. África

ISBN: 978 929 023 1639 (Classificação NLM: WA 541 HA1)

© Escritório Regional Africano da OMS, 2010

As publicações da Organização Mundial da Saúde gozam 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 no Serviço de Biblioteca e Literatura Científica de Saúde 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 da 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 a tracejado 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 da 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 da 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 excludente. Em caso algumis por prejuízos que decorram da sua utilização.

Impresso na República do Congo

*O Director Regional tem a honra de apresentar
ao Comité Regional o relatório das actividades
da Organização Mundial da Saúde na Região
Africana durante o período de 1 de Janeiro
de 2008 a 31 de Dezembro de 2009.*

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luís Gomes Sambo'.

*Dr. Luís Gomes Sambo
Director Regional*

ÍNDICE

	PÁGINA
ACRÓNIMOS E SIGLAS	VI
RESUMO	IX
	PARÁGRAFOS
1. INTRODUÇÃO	1-6
2. CONTEXTO	7-22
3. ORÇAMENTO-PROGRAMA 2008-2009	23-32
4. REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS POR OBJECTIVO ESTRATÉGICO	33-218
4.1 OE1: DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	33-50
4.2 OE2: VIH/SIDA, TUBERCULOSE E PALUDISMO	51-70
4.3 OE3: DOENÇAS CRÓNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, PERTURBAÇÕES MENTAIS, VIOLÊNCIA E TRAUMATISMOS	71-82
4.4 OE4: SAÚDE MATERNO-INFANTIL, DO ADOLESCENTE E DA TERCEIRA IDADE	83-102
4.5 OE5: SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, CATÁSTROFES, CRISES E CONFLITOS	103-108
4.6 OE6: FACTORES DE RISCO PARA OS PROBLEMAS DE SAÚDE	109-121
4.7 OE7: DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS DA SAÚDE	122-128
4.8 OE8: AMBIENTE MAIS SAUDÁVEL	129-136
4.9 OE9: NUTRIÇÃO, SEGURANÇA E SUFICIÊNCIA ALIMENTAR	137-150
4.10 OE10: SERVIÇOS DE SAÚDE	151-173
4.11 OE11: TECNOLOGIAS E PRODUTOS MÉDICOS	174-189

4.12	OE12: LIDERANÇA, GOVERNAÇÃO E PARCERIAS	190–203
4.13	OE13: EFICIÊNCIA E EFICÁCIA DA OMS	204–217
5.	DESAFIOS, OBSTÁCULOS E LIÇÕES APRENDIDAS	218–236
5.1.	DESAFIOS E OBSTÁCULOS	218–231
5.2	LIÇÕES APRENDIDAS	232–236
6.	CONCLUSÃO	237–242

ANEXOS

	PÁGINA	
1.	PLANO ESTRATÉGICO A MÉDIO PRAZO DA OMS 2008–2013: DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS	69
2.	AFECTAÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA APROVADO, POR OBJECTIVO ESTRATÉGICO, FONTE DE FINANCIAMENTO E DISTRIBUIÇÃO ENTRE AS REPRESENTAÇÕES DA OMS NOS PAÍSES E O ESCRITÓRIO REGIONAL (EM MILHARES DE DÓLARES AMERICANOS)	71

LISTA DAS FIGURAS

	PÁGINA	
1.	FARDO TOTAL DE DOENÇAS (DALY POR 1000 HABITANTES), 2004	3
2.	TAXA DE MORTALIDADE EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS (AMBOS OS SEXOS) POR 1000 NADOS-VIVOS	4
3.	ORÇAMENTO APROVADO (EM MILHARES DE DÓLARES AMERICANOS) E TAXA DE EXECUÇÃO POR OBJECTIVO ESTRATÉGICO ATÉ 31 DE DEZEMBRO DE 2009	10
4.	DISTRIBUIÇÃO DE CASOS NOTIFICADOS DE GRIPE PANDÉMICA A (H1N1) CONFIRMADOS EM LABORATÓRIO NA REGIÃO AFRICANA, DEZEMBRO DE 2009	12
5.	DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM NA REGIÃO AFRICANA DA OMS, EM 2008 E 2009	15
6.	PERCENTAGEM DE MULHERES GRÁVIDAS INFECTADAS PELO VIH QUE TÊM ACESSO A ARV PARA FINS DE PTVV NA REGIÃO AFRICANA, DEZEMBRO DE 2008	18

7.	NÚMERO DE DOENTES COM VIH A RECEBER TERAPÊUTICA ANTIRRETROVIRAL (ART) E COBERTURA DA ART NA ÁFRICA SUBSARIANA, 2004–2008	19
8.	SITUAÇÃO DA DOTS NA REGIÃO AFRICANA DA OMS	21
9.	TENDÊNCIAS DA EXISTÊNCIA DE ITN NOS AGREGADOS FAMILIARES E USO DE ITN ENTRE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS EM PAÍSES SELECIONADOS, DURANTE O PERÍODO 2005–2008	23
10.	PAÍSES A IMPLEMENTAR A ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRADA DAS DOENÇAS DA INFÂNCIA NA REGIÃO AFRICANA DA OMS, JUNHO DE 2009	29
11.	ESTADO DA ELABORAÇÃO DO ROTEIRO NA REGIÃO AFRICANA, DEZEMBRO DE 2009	30
12.	TENDÊNCIAS DA PERCENTAGEM DE MULHERES INFECTADAS PELO VIH QUE RECEBERAM ARV PARA A PTVV, DE 2005 A 2008	32
13.	ESTADO DA IMPLEMENTAÇÃO DOS INQUÉRITOS STEPS, NOVEMBRO DE 2009	37
14.	ESTADO DA RATIFICAÇÃO DA FCTC NA REGIÃO AFRICANA	38

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACP	Grupo de Estados de África, das Caraíbas e do Pacífico
ACT	Terapêutica de Associação à Base de Artemisinina
AFRO	Escritório Regional Africano da OMS
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)
AU	União Africana
ASSIST	Tesde de Rastreio do Envolvimento com Álcool, Tabaco e Substâncias Psicoactivas
CARMMA	Campanha para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna em África
CILSS	Comité Permanente Inter-Estados de luta contra a Seca no Sael
CDV	Doença Cardiovascular
DALY	Anos de Vida Ajustados à Incapacidade
EC	Comissão Europeia
ECOWAS	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO)
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura
FCTC	Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica
GAVI	Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação
GSM	Sistema Mundial de Gestão
HELP	Emergências de Saúde em Grandes Populações
HHA	Harmonização para a Saúde em África
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)
IARC	Agência Internacional de Investigação do Cancro
IHP+	Parceria Internacional de Saúde e iniciativas conexas
IHR	Regulamento Sanitário Internacional (2005) (RSI)
ILO	Organização Internacional do Trabalho
IOM	Organização Internacional para as Migrações
IRSP	Instituto Regional de Saúde Pública
IST	Equipa de Apoio Interpaíses (EAI)
ITOCA	Centro de Formação em Tecnologias da Informação e Comunicação para África
IYCF	Alimentação dos Lactentes e Crianças Pequenas
MDR-TB	TB Multirresistente aos Medicamentos (TB-MR)
MNCH	Saúde Materna, Neonatal e Infantil
MNTE	Eliminação do Tétano Materno e Neonatal
MOSS	Normas Operacionais Mínimas de Segurança

MORSS	Normas Operacionais Residenciais Mínicas de Segurança
MTSP	Plano Estratégico a Médio Prazo
NEPAD	Nova Parceria para o Desenvolvimento de África
NGO	Organização Não Governamental
NHA	Contas Nacionais de Saúde
NHIS	Sistemas Nacionais de Informação Sanitária
NHP	Política Nacional de Saúde
NHSP	Plano Estratégico Nacional de Saúde
NSA	Aplicações Estratégicas Nacionais
NTDs	Doenças Tropicais Negligenciadas
OCHA	Gabinete de Coordenação dos Assuntos Humanitários
PAHO	Organização Pan-americana da Saúde
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PHC	Cuidados de Saúde Primários (CSP)
PMTCT	Prevenção da Transmissão Vertical do VIH (PTVV)
PRSP	Documentos da Estratégia de Redução da Pobreza
RDT	Equipas dos Directores Regionais da ONU
REACH	Esforços Renovados para Acabar com a Fome e a Má Nutrição Infantil
REC	Comunidades Económicas Regionais
RED	Chegar a Todos os Distritos
SADC	Comunidade de Desenvolvimento da África Austral
SAICM	Abordagem Estratégica à Gestão Internacional dos Químicos
SO	Objectivo Estratégico (OE)
STEPS	Abordagem por Etapas da Vigilância dos Factores de Risco
STI	Infecções Sexualmente Transmitidas (IST)
TB	Tuberculose
TBCAP	Programa Nacional de Acção para o Controlo da TB
UN	Nações Unidas
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA (ONUSIDA)
UNCT	Equipas-País das Nações Unidas
UNDAF	Quadro de Ajuda ao Desenvolvimento das Nações Unidas
UNEP	Programa das Nações Unidas para o Ambiente (PNUA)
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para as Populações (FNUAP)
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNISDR	Estratégia Internacional das Nações Unidas para a Redução do Risco de Catástrofes

UNITAR	Instituto das Nações Unidas para a Formação e a Investigação
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VIA	Métodos de Inspeção Visual utilizando Ácido Acético
VIL	Métodos de Inspeção Visual utilizando Lugol
WAHO	Organização de Saúde da África Ocidental
WCC	Centro Colaborador da OMS
WCO	Representação da OMS
WHO	Organização Mundial da Saúde
XDR-TB	TB Ultrarresistente (TB-UR)

RESUMO

1. O biénio de 2008-2009 foi o segundo biénio de implementação da agenda global de saúde da OMS, como preconiza o Décimo primeiro Programa Geral de Trabalho 2006–2015. Foi o primeiro biénio de implementação do Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS (MTSP), que define as orientações estratégicas da Organização para o período 2008–2013. O último ano do biénio marcou o fim do primeiro mandato do Dr. Luis Gomes Sambo como Director Regional da OMS para África, e no qual se assistiu igualmente à sua reeleição para um segundo mandato, durante a quinquagésima nona sessão do Comité Regional, realizado em Kigali, no Ruanda, de 31 de Agosto a 4 de Setembro de 2009.

2. O biénio em análise contou ainda com a comemoração do 60.º aniversário da criação da OMS e do 30.º aniversário da Declaração de Alma Ata sobre Cuidados de Saúde Primários. O *Relatório da Saúde no Mundo 2008* e a Resolução WHA62.12 da Assembleia Mundial da Saúde sobre Cuidados de Saúde Primários, incluindo o Reforço dos Sistemas de Saúde, reafirmou os valores e os princípios da Declaração de Alma Ata como sendo centrais para o desenvolvimento sanitário. As reuniões consultivas mundiais, declarações e relatórios da OMS sobre os principais problemas de saúde, tais como os determinantes sociais da saúde; saúde pública, inovação e propriedade intelectual; investigação para a saúde; e promoção da saúde, criaram oportunidades para mobilizar esforços e recursos para abordar alguns dos principais desafios de saúde na Região.

3. Ao nível regional, a Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: Alcançar uma Melhor Saúde para África no Novo Milénio, a Declaração de Argel sobre Investigação para a Saúde na Região Africana: Reduzir a lacuna do conhecimento para melhorar a saúde de África, e a Declaração de Libreville sobre Saúde e Ambiente, todas aprovadas em 2008, sublinham a necessidade de se reforçar os sistemas de saúde e agir sobre os factores ambientais para alcançar melhores resultados na saúde.

4. A OMS trabalhou arduamente com os governos dos Estados-Membros da Região Africana para reforçar as suas prioridades nos problemas de saúde e o seu compromisso para com o financiamento do sector da saúde. A liderança da OMS no sector da saúde foi reforçado ao nível dos países, e a sua governação sofreu melhorias, com a consolidação da política de descentralização e o estabelecimento e expansão das parcerias estratégicas para a saúde, na esteira dos princípios em que assenta a Declaração de Paris.

5. Durante o biénio, o estado de saúde das populações na Região Africana continuou a ser motivo de preocupação. A maioria dos países da Região Africana não fez progressos suficientes no sentido da consecução das metas dos ODM, e a Região continuou a suportar um fardo elevado de doenças transmissíveis e não transmissíveis. Alguns Estados-Membros sofreram surtos de doenças como a febre hemorrágica do Ébola e a febre do Vale do Rift, e ainda o ressurgimento da cólera, da meningite meningocócica e da febre amarela. A implementação de estratégias de controlo do sarampo na Região Africana permitiu uma redução de 92% nos óbitos estimados por sarampo até ao final de 2008. No entanto, alguns países enfrentaram obstáculos para manter o desempenho dos serviços de vacinação.

6. A rápida transmissão entre seres humanos do Vírus da Gripe Pandémica A (H1N1) recebeu toda a atenção que merecia. Na quarta sessão da Conferência de Ministros da Saúde da União Africana, realizada em Maio de 2009, e na Reunião Extraordinária de Ministros da Saúde da Comunidade Económica dos Estados da África Central, em Maio de 2009, os Estados-Membros reiteraram o seu compromisso na mobilização dos recursos necessários para atenuar o potencial impacto da pandemia de gripe em África. A Conferência Regional sobre Gripe Pandémica A (H1N1) 2009, que teve lugar em Joanesburgo, em Agosto de 2009, contribuiu para avaliar a situação na Região e fornecer orientação técnica para reforçar a capacidade dos Estados-Membros em responder à pandemia.

7. O VIH/SIDA, a tuberculose e o paludismo continuaram a ser alguns dos maiores problemas de saúde pública no decurso do biénio. Em conformidade com a Resolução AFR/RC55/R6 do Comité Regional, sobre a Intensificação dos esforços de prevenção do VIH na Região Africana, a prevenção da doença continuou a ser uma prioridade. As doenças crónicas não transmissíveis continuaram a ser um problema crescente de saúde pública. O Apelo de Nairobi à Acção, de 2009, para colmatar a lacuna na implementação da promoção da saúde e o Apelo das Maurícias à Acção, do mesmo ano, para o controlo da diabetes, doenças cardiovasculares e outras doenças não transmissíveis ofereceram oportunidades para abordar o fardo crescente das doenças não transmissíveis na Região.

8. A Região Africana continuou a ter o nível mais elevado de mortalidade manterna, neonatal e em crianças com menos de cinco anos, estimado em 900 óbitos por 100 000 nados-vivos, 45 óbitos por 1000 nados vivos e 145 óbitos por 1000 nados-vivos, respectivamente. O lançamento por parte da Comissão da União Africana da Campanha para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna (CARMMA), a aprovação pelo Comité

Regional da Resolução AFR/RC58/R1, sobre Saúde das Mulheres na Região Africana da OMS: Apelo à acção, e a criação da Comissão de Saúde da Mulher na Região Africana, pelo Director Regional, foram algumas das medidas tomadas para enfrentar a preocupante situação da saúde materna.

9. A fragilidade dos sistemas nacionais de saúde na Região continuou a ser motivo de preocupação durante o biénio. Os Estados-Membros continuaram a enfrentar desafios relacionados com financiamento e recursos humanos inadequados, e acesso limitado a produtos e tecnologias essenciais de qualidade, incluindo medicamentos essenciais, serviços clínicos de laboratório e serviços de diagnóstico imagiológico. A falta de profissionais de saúde continuou a ser problemática na Região, com a maioria dos países a enfrentar grandes dificuldades em matéria de recursos humanos para a saúde (RHS). Para além disso, as Declarações de Ouagadougou, Argel e Libreville, o Relatório Final de 2008 da Comissão da OMS sobre os Determinantes Sociais da Saúde, apresentaram ideias para procurar resolver algumas das desigualdes existentes na saúde.

10. No que respeita às prioridades regionais, o trabalho da OMS foi realizado no âmbito do quadro dos 13 Objectivos Estratégicos da OMS. As principais realizações são apresentadas em baixo, por Objectivo Estratégico.

11. OE1 Prevenir e controlar as doenças transmissíveis: Foram detectados vários surtos para os quais foi providenciada uma resposta eficaz. Estes incluíram a Gripe Pandémica A (H1N1) 2009, o que produziu melhorias significativas na capacidade de resposta do Secretariado da OMS e dos Estados-Membros. Foram efectuados progressos na vacinação de rotina, controlo do sarampo, eliminação do tétano materno e neonatal, e ainda no controlo das doenças tropicais negligenciadas e da febre amarela. A mortalidade devido ao sarampo diminuiu mais de 90%. A lepra foi eliminada ao nível nacional em todos os Estados-Membros.

12. OE2 Combater o VIH/SIDA, tuberculose e paludismo: Foram preparados instrumentos normativos para apoiar os países na intensificação das intervenções de luta contra o VIH/SIDA e de controlo do paludismo, assim como na aplicação da estratégia Travar a TB. O acesso à prevenção, cuidados e tratamento do VIH/SIDA melhorou e pelo menos cinco países alcançaram o meta do Acesso Universal à prevenção da transmissão vertical. Os países foram apoiados no acesso aos medicamentos para a Tuberculose, por intermédio da Aliança Mundial para os Medicamentos. O Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo foi o principal mecanismo externo a assegurar financiamento aos países.

13. OE3 Prevenir e reduzir as doenças, as incapacidades e a morte prematura devido a afecções crónicas não transmissíveis: O *Apelo das Maurícias à Acção* para o controlo da diabetes, das doenças cardiovasculares e de outras doenças não transmissíveis aumentou o empenho por parte dos Estados-Membros na luta contra as doenças não transmissíveis, incluindo os factores de risco associados. No biénio, assistiu-se ainda ao reforço da capacidade dos pontos focais dos ministérios da saúde e das Representações da OMS, na prevenção e controlo das DNT, incluindo as complicações de saúde oral; drepanocitose; violência, traumatismos e incapacidades; saúde mental e problemas relacionados com o abuso de substâncias psicoactivas. Foi também organizado o primeiro Dia Mundial sem Noma. Até ao final do biénio, a prevenção e controlo das doenças não transmissíveis havia sido introduzida ao nível dos cuidados primários, e 35 Estados-Membros assinaram a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

14. OE4 Reduzir a morbilidade e a mortalidade e melhorar a saúde durante as fases essenciais da vida: A OMS apoiou os países na adopção e implementação de diversas intervenções-chave de saúde materno-infantil. Quarenta e três países estavam a implementar Roteiros nacionais para a saúde materno-infantil. A União Africana e a OMS lançaram a campanha para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna. A cobertura dos serviços de prevenção da transmissão vertical do VIH (PTVV) aumentou para 45%. A pedido do Comité Regional, foi lançada a Comissão de Saúde da Mulher na Região Africana, para gerar evidências e melhorar a advocacia e a acção política. Todos os países encontravam-se a implementar programas de saúde reprodutiva, baseados na estratégia de saúde reprodutiva da OMS.

15. OE5 Reforçar a resposta às emergências, desastres, crises e conflitos: A capacidade da OMS em ajudar os países a prepararem-se e a responderem às emergências foi reforçada, com melhorias significativas na rapidez e qualidade da resposta. Foram mobilizados de forma oportuna recursos para a coordenação dos aspectos da saúde em situações de emergência.

16. OE6 Promover a saúde e o desenvolvimento, e prevenir ou reduzir os factores de risco para a saúde: O *Apelo de Nairobi à Acção para Colmatar a Lacuna na Implementação da Promoção da Saúde* deu um novo impulso à prevenção das doenças. Equipas multisectoriais em diversos países receberam formação na concepção de intervenções integradas de promoção da saúde. A maioria dos Estados-Membros realizou inquéritos com base na Abordagem por Etapas à Vigilância dos Factores de Risco. Um total de

quarenta países da Região tinha ratificado a Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica até ao final do biénio. Todos os Estados-Membros contribuíram para a preparação e conclusão da segunda ronda do Relatório Mundial sobre a Luta Antitabágica. Foram realizados inquéritos sobre o álcool e a saúde em todos os Estados-Membros.

17. OE7 Enfrentar os determinantes socioeconómicos subjacentes à saúde através de políticas e programas que reforcem a equidade na saúde e integrem abordagens favoráveis aos pobres, sensíveis ao género e com base nos direitos humanos: Os Estados-Membros foram sensibilizados para a necessidade de acções intersectoriais para a saúde, através da divulgação de literatura pertinente, incluindo o Relatório da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Foi concedido apoio técnico a pelo menos 22 países, para iniciarem acções concretas para abordar os determinantes sociais da saúde, incluindo a formulação de planos e quadros nacionais, revisão das orientações para as políticas nacionais existentes, revisão dos planos de redução da pobreza, realização de estudos-piloto sobre os determinantes sociais, e formação do pessoal.

18. OE8 Promover um ambiente mais saudável: Realizou-se a Primeira Conferência Interministerial sobre a Saúde e o Ambiente, tendo sido aprovada a Declaração de Libreville sobre a Saúde e o Ambiente em África, em que os governos se comprometeram a implementar 11 medidas prioritárias, incluindo a criação de uma aliança estratégica sobre a saúde e o ambiente, por forma a enfrentar os desafios relativos à saúde e ao ambiente em África. A OMS deu apoio a pelo menos 10 países, a realizarem revisões de avaliação das necessidades dos planos nacionais de acção conjunta sobre saúde e ambiente. Em sintonia com a Resolução WHA61.19 da Assembleia Mundial da Saúde de 2008, o Escritório Regional preparou um quadro de acção para proteger a saúde humana das variabilidades e das alterações climáticas em África.

19. OE9 Reforçar a nutrição, a segurança e a suficiência alimentar: Os países foram sensibilizados para a crise alimentar mundial. A quinquagésima oitava sessão do Comité Regional aprovou medidas para a iodização sustentada do sal, como forma de combater a deficiência de iodo. Foi prestado apoio técnico a 26 países para incluir os problemas da nutrição e da segurança e suficiência alimentar nos instrumentos nacionais para o desenvolvimento; organizar congressos nacionais sobre nutrição; desenvolver capacidades; a elaboração de políticas e estratégias nacionais; adaptação de orientações; formulação de planos estratégicos; implementação de actividades; e para a avaliação dos programas. Foi ainda dispensado apoio aos países para aumentar a sua participação no trabalho da Comissão do Codex Alimentarius.

20. OE10 Melhorar os serviços de saúde aperfeiçoando a governação, o financiamento, os recursos humanos e a gestão informada, através da investigação e evidências fiáveis e acessíveis: Na sequência da aprovação da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde, e da Declaração de Argel sobre Investigação para a Saúde na Região Africana: *Reduzir a lacuna no conhecimento para melhorar a saúde de África*, foram elaborados e divulgados quadros para sua implementação aos Estados-Membros. Deu-se apoio a 27 países, relativamente aos vários aspectos do reforço dos sistemas de saúde, incluindo a elaboração de políticas nacionais e de pacotes essenciais de saúde, financiamento sustentável da saúde, criação de capacidades e serviços distritais e de base comunitária. Sete países receberam apoio na revisão dos seus planos estratégicos nacionais. Assim, até ao final do biénio, 44 países tinham elaborado ou revisto os seus planos estratégicos nacionais de saúde. O desenvolvimento do Observatório da Saúde em África foi iniciado durante o biénio. Nove países foram apoiados para melhorar o seu uso das evidências na formulação de políticas e na tomada de decisões, através da elaboração de notas breves sobre políticas, baseadas numa revisão sistemática das evidências sobre o uso mais abrangente das terapêuticas de associação à base de artimisinina. Foi publicado o Guia para Documentação e Partilha das Melhores Práticas em Programas de Saúde. O Escritório Regional continuou a alargar o acesso à literatura científica e de saúde através da iniciativa Acesso às Informações de Investigação e à Biblioteca da Mala Azul.

21. OE11 Garantir um melhor acesso, qualidade e uso de tecnologias e produtos médicos: Foram organizados cursos regionais de formação sobre a utilização dos regimes de segurança social de saúde para alargar a cobertura de medicamentos essenciais, gestão das tecnologias clínicas, biossegurança e biossegurança laboratorial, e rastreio do sangue doado. As orientações regionais para a formulação, implementação, monitorização e avaliação das políticas nacionais dos medicamentos foram revistas, e foi publicado um relatório da avaliação intercalar da década da Medicina Tradicional Africana (2001–2010). Foi dado apoio a 15 países na revisão das listas de medicamentos essenciais, desenvolvimento de capacidades, uso racional dos medicamentos, criação de sistemas de garantia de qualidade e na avaliação dos programas. Em colaboração com os Centros de Prevenção e Controlo das Doenças (CDC), foi publicado um "*Guia para o Reforço da Vigilância e Resposta Integrada às Doenças da Rede Laboratorial de Saúde Pública*".

22. OE12 Fornecer liderança, reforçar a governação e fomentar as parcerias: Em conformidade com as políticas e estratégias da OMS existentes, sobretudo com as Orientações Estratégicas para a Acção da OMS na Região Africana, 2005–2009, foram

fomentadas parcerias com organismos bilaterais e multilaterais, com ênfase particular nas agências da ONU, através de um aumento do papel da OMS na HHA e no GDNU/África, União Africana, NEPAD, Comissão Económica das Nações Unidas para África e Comissões Económicas Regionais, ONG, sociedade civil e sector privado, o que garantiu a liderança da OMS em assuntos de saúde, com incidência ao nível dos países, tendo em conta a Eficácia da Ajuda, no contexto da Declaração de Paris. O Escritório Regional trabalhou de forma pró-activa com vista a fazer avançar a agenda da Reforma das Nações Unidas, acolhendo quatro dos oito países escolhidos para iniciar a estratégia *Delivering as One* e ainda diversos outros que arrancaram eles próprios com a iniciativa. A tónica recai agora em apoiar o FNUAP a introduzir e implementar a estratégia.

23. OE13 Desenvolver e manter a OMS como uma organização flexível e de aprendizagem: Para melhorar ainda mais a eficácia e a eficiência do trabalho da OMS na Região Africana, e em sintonia com as necessárias alterações de gestão para o GSM, foram organizadas sessões de esclarecimento para desenvolver as capacidades do pessoal. Entre outras, estas acções resultaram num aumento da sensibilização para o GSM entre os funcionários da Região; maior conformidade com os processos de planeamento, monitorização do desempenho e notificação; melhoria acentuada na apresentação de relatórios financeiros por parte das Representações da OMS; consolidação da rede regional de ensino em serviço, e uma maior consciencialização do pessoal para as questões de segurança no terreno. Na área das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), toda a Região se encontrava pronta para o GSM, com a instalação de uma nova rede informática e telefónica, computadores pessoais de secretária normalizados, melhoria da segurança das Tecnologias de Informação (TI) e melhor gestão do tráfego da Rede Privada Global (GPN). Foi dispensado apoio administrativo e logístico, assim como serviços de tradução, interpretação, impressão e línguas a mais de 80 reuniões, incluindo as quinquagésima oitava e quinquagésima nona sessões do Comité Regional.

24. Os principais ensinamentos colhidos durante a implementação do Orçamento-Programa 2008-2009 incluíram os seguintes: i) a obtenção de progressos na concretização dos compromissos mundiais e regionais exige uma aceleração e uma intensificação das acções por parte dos Estados-Membros; ii) é necessária a apropriação por parte dos países, boa governação e colaboração multisectorial para um planeamento e prestação eficaz das intervenções e serviços; iii) a existência de recursos financeiros, trabalho de equipa e profissionais de saúde qualificados e motivados facilita a implementação; iv) o panorama global em mutação exige que a OMS se foque nas suas funções centrais e estabeleça parcerias estratégicas; v) a contínua dependência da OMS das contribuições

voluntárias dos doadores tem de ser abordada, e devem ser identificadas fontes de financiamento sustentáveis e previsíveis; e vi) a presença de pessoal técnico competente na OMS é vital para dar continuidade à liderança da Organização.

25. Foram identificadas diversas áreas prioritárias que exigem uma atenção urgente, o que sublinha a necessidade da OMS se posicionar da melhor forma possível para desempenhar as suas funções centrais de forma mais eficiente, focando-se nas seguintes orientações estratégicas:

- i) Incidência permanente no papel de liderança da OMS, no fornecimento de orientações normativas em matéria de políticas, assim como no reforço das parcerias e na harmonização;
- ii) Apoio do reforço dos sistemas de saúde, com base na abordagem dos cuidados de saúde primários;
- iii) Colocar a saúde das mães e das crianças em primeiro lugar;
- iv) Acções aceleradas para o VIH/SIDA, tuberculose e paludismo;
- v) Intensificar a prevenção e o controlo das doenças transmissíveis e não transmissíveis;
- vi) Acelerar a resposta aos determinantes da saúde.

26. Os anexos fornecem informações sobre a definição das Orientações Estratégicas, da distribuição orçamental por Objectivo Estratégico e das fontes do financiamento.

1. INTRODUÇÃO

1. O biénio 2008-2009 foi o segundo biénio da implementação da agenda global de saúde da OMS, como preconiza o 11.º Programa Geral de Trabalho 2006–2015. Tratou-se do primeiro biénio da implementação do Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS (MTSP), que contempla as orientações estratégicas da OMS para o período 2008–2013. O MTSP baseia-se no quadro de gestão da OMS com base nos resultados, para o qual existe uma nova estrutura orçamental.

2. O último ano do biénio marcou o fim do primeiro mandato do Dr. Luis Gomes Sambo como Director Regional da OMS e contou com a publicação das *Orientações Estratégicas para as Actividades da OMS na Região Africana (2005–2009)*: um Relato dos Últimos Cinco Anos. Nesse mesmo ano, assistiu-se à reeleição do Director Regional para um segundo mandato, durante a quinquagésima nona sessão do Comité Regional.

3. O Director Regional elabora um relatório anual sobre o trabalho da OMS na Região Africana. O presente relatório, *Actividades da OMS na Região Africana 2008-2009: Relatório Bienal do Director Regional*, foi preparado para apresentação à sexagésima sessão do Comité Regional Africano da OMS.

4. Ao executar as suas funções centrais, o Secretariado, através da colaboração técnica com os Estados-Membros e parceiros, contribui para procurar resolver os problemas de saúde prioritários da Região Africana da OMS. Este relatório fornece uma actualização integral das realizações e dos progressos alcançados durante o biénio 2008-2009, avalia os desafios actuais e os progressos no sentido dos objectivos internacionais de saúde e apresenta as acções prioritárias para o futuro.

5. O relatório encontra-se estruturado da seguinte forma:

Capítulo 1: fornece um quadro de referência e traça os objectivos do relatório.

Capítulo 2: descreve o contexto da execução do Orçamento-Programa 2008-2009.

Capítulo 3: apresenta as prioridades do biénio e do planeamento dos recursos com elas relacionados.

Capítulo 4: menciona as realizações a nível regional e dos países, na abordagem às prioridades de saúde para cada um dos 13 Objectivos Estratégicos, incluindo a implementação de resoluções pertinentes do Comité Regional da OMS.

Capítulo 5: apresenta um resumo dos desafios, obstáculos e ensinamentos colhidos durante o período em análise.

Capítulo 6: apresenta a conclusão do relatório

6. Os anexos apresentam quadros que incluem a definição dos 13 Objectivos Estratégicos e da afectação aprovada do Orçamento-Programa.

2. CONTEXTO

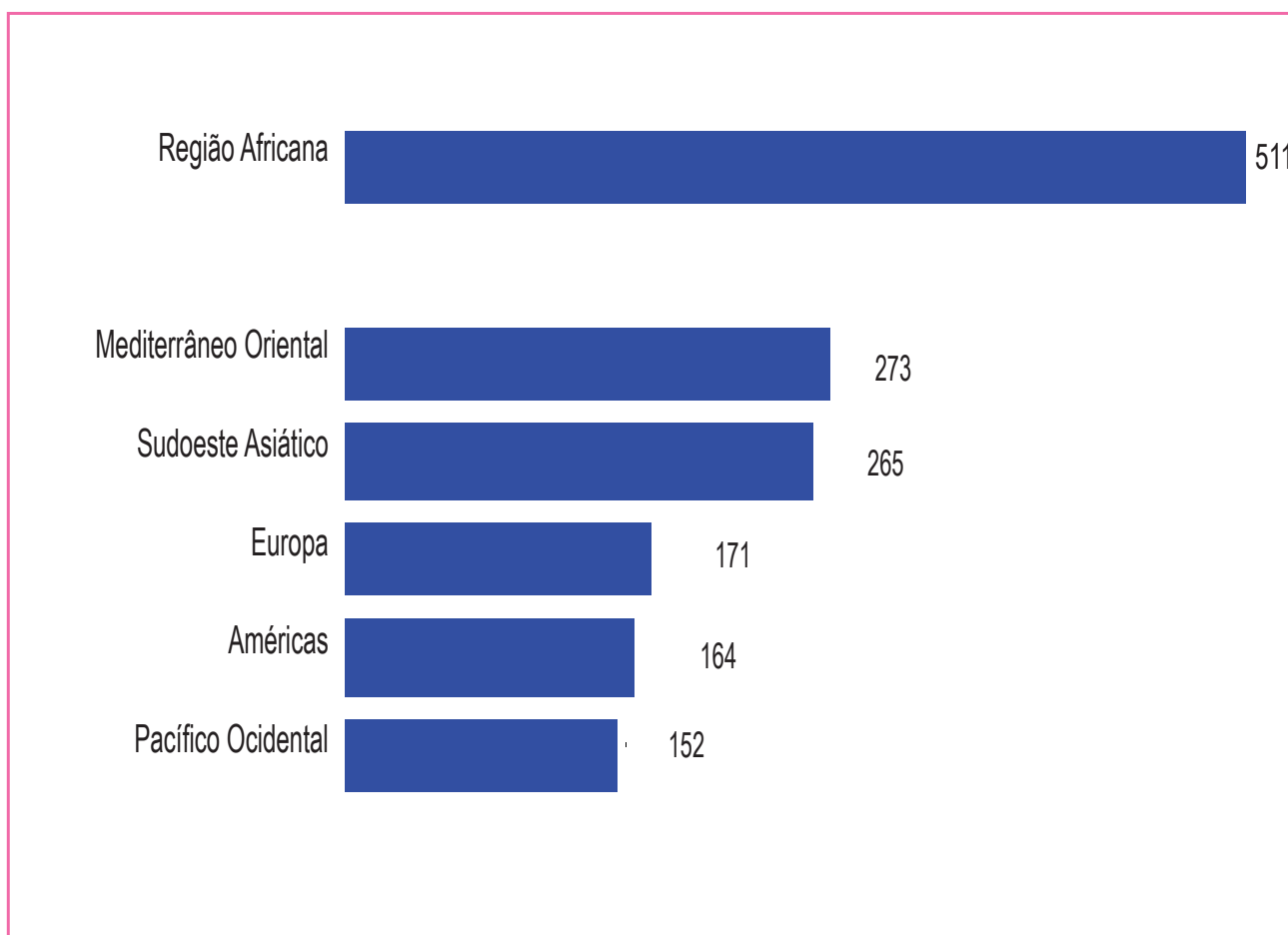
7. As actividades da OMS na Região Africana durante o biénio 2008-2009 foram realizadas no âmbito do quadro do 11.º Programa Geral de Trabalho 2006-2015 e do Plano Estratégico a Médio Prazo 2008-2013. O trabalho da OMS continuou a ser orientado por compromissos à escala mundial, como a Declaração do Milénio de 2000, o Regulamento Sanitário Internacional (2005), e o compromisso de 2006 de garantir o acesso universal aos serviços de prevenção, cuidados, tratamento e apoio para o VIH até 2010. Foram também considerados os compromissos regionais para o desenvolvimento sanitário, como a Declaração de Abuja de 2001, que apelava à afectação de 15% do orçamento nacional ao sector da saúde; o compromisso de 2006, de garantir o acesso universal a cuidados de saúde de qualidade e a um futuro mais saudável para as populações africanas, alcançado na Conferência Internacional sobre Saúde Comunitária; e o Apelo de Nairobi à Acção, de 2009, para colmatar a lacuna na implementação da promoção da saúde.

8. O biénio 2008-2009 assistiu à comemoração do 60.º aniversário da OMS e do 30.º aniversário da Declaração de Alma Ata sobre Cuidados de Saúde Primários. O *Relatório da Saúde no Mundo 2008* e a Resolução WHA 62.12 da Assembleia Mundial da Saúde sobre Cuidados de Saúde Primários reafirmaram os valores e os princípios da Declaração de Alma como centrais para o desenvolvimento sanitário. Ao nível regional, a aprovação da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: Alcançar uma Melhor Saúde para África no Novo Milénio, e a corroboração que lhe foi dada pelo Comité Regional Africano em 2008, sublinharam a pertinência da

declaração na abordagem às prioridades de saúde na Região. A Declaração de Argel sobre Investigação para a Saúde na Região Africana: Reduzir a lacuna no conhecimento para melhorar a saúde de África, aprovada em Agosto de 2008, sublinhava igualmente a necessidade de se reforçar os sistemas de saúde para se obter melhores resultados.

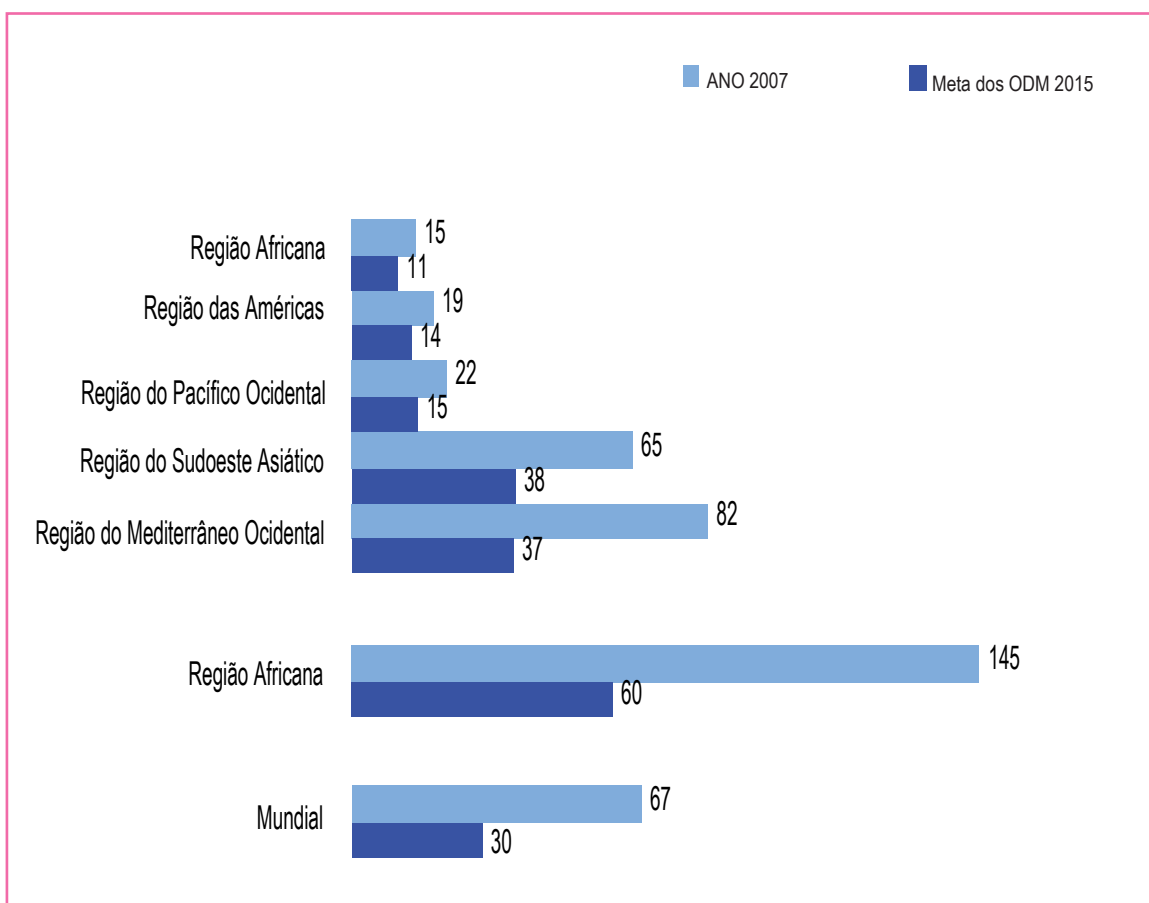
9. Durante o biénio, a situação sanitária continuou a ser motivo de preocupação. A OMS calcula que o fardo global de doenças, medido pela perda de anos de vida ajustados à incapacidade (DALY) por 1000 pessoas, tenha sido mais pesado na África Subsariana, com 538 DALY, em comparação com 190 DALY na América Latina e nas Caraíbas, 387 DALY na Ásia, e 277 DALY no Mediterrâneo Oriental. A maioria dos países da Região Africana não conseguiu realizar progressos suficientes no sentido da consecução das metas dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ver Figuras 1 e 2).

FIGURA 1: FARDO TOTAL DE DOENÇAS (DALY POR 1000 HABITANTES), 2004



Fonte: WHO, Burden of diseases Report 2008

FIGURA 2: TAXA DE MORTALIDADE EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS
(AMBOS OS SEXOS) POR 1000 NADOS-VIVOS



Fonte: WHO, Burden of diseases Report 2008

10. A Região continuou a suportar o fardo mais alto de doenças transmissíveis e não transmissíveis. Os Estados-Membros continuaram a sofrer surtos de doenças, tais como a febre hemorrágica do Ébola e a febre do Vale do Rift, e o ressurgimento da cólera, meningite meningocócica e febre amarela. Até Dezembro de 2009, a Região tinha registado 672 casos de poliovírus selvagem. Embora represente um decréscimo durante o período homólogo de 2008, graças a uma redução de mais de 90% do poliovírus tipo 1 na Nigéria, houve contudo um aumento no número de países que notificaram casos de poliovírus selvagem, sobretudo na África Ocidental. A implementação de estratégias de controlo na Região Africana levaram a uma redução de 92% nos óbitos estimados devido ao sarampo, entre 2000 e 2008. No entanto, alguns países enfrentaram dificuldades para manterem o desempenho dos serviços de vacinação. A prevalência da filaríase linfática e da dracunculose diminuiu substancialmente, e a lepra foi eliminada ao nível nacional em todos os 46 Estados-Membros. No entanto, a Região continuou a registar uma baixa cobertura das intervenções nas zonas rurais e uma indisponibilidade de medicamentos adequados.

11. A rápida transmissão entre seres humanos do Vírus da Gripe Pandémica A (H1N1) recebeu a atenção exigida. Na quarta sessão da Conferência de Ministros da Saúde da União Africana, realizada em Maio de 2009 e na Reunião Extraordinária dos Ministros da Saúde da Comunidade Económica dos Estados da África Central, em Maio de 2009, os Estados-Membros reafirmaram o seu compromisso para a mobilização dos recursos necessários para atenuar o potencial impacto de uma pandemia de gripe em África. Até ao final de Dezembro de 2009, tinham sido registados 17 119 casos confirmados em laboratório, em 33 dos 46 Estados-Membros, e 166 óbitos. A Conferência Regional sobre a Gripe Pandémica A (H1N1) 2009, que decorreu em Joanesburgo, em Agosto de 2009, contribuiu para reforçar a capacidade dos Estados-Membros em dar resposta à Gripe Pandémica A (H1N1) 2009. A aprovação pela quinquagésima nona sessão do Comité Regional de uma resolução sobre o "Reforço da preparação e resposta a surtos na Região Africana, no contexto da actual pandemia de gripe", e outra resolução concernente à criação de um Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública, vão contribuir para reforçar a preparação e a resposta às epidemias.

12. O VIH/SIDA, tuberculose e paludismo continuaram a ser alguns dos maiores problemas de saúde pública durante o biénio. A África Subsariana representa apenas 10% da população mundial, mas é onde se encontra 60% do fardo mundial do VIH/SIDA, TB e paludismo. Em média, 35% dos casos de tuberculose na Região são também casos de co-infecção por VIH, e a tuberculose representa aproximadamente 40% dos óbitos em pessoas que vivem com o VIH/SIDA. Em linha com a Resolução AFR/RC55/R6 do Comité Regional sobre "Acelerar os esforços de prevenção do VIH na Região Africana", a prevenção do VIH continuou a ser uma prioridade. Durante o biénio, foi dada uma atenção crescente à intensificação da circuncisão masculina, em combinação com outras intervenções de prevenção do VIH. Apesar das melhorias no acesso ao tratamento, os resultados positivos foram dificultados pelo surgimento de resistência aos medicamentos para o VIH, TB e paludismo.

13. Até ao final do biénio, mais de 25 países haviam notificado casos de TB-MR, e mais de cinco notificaram pelo menos um caso de TB-UR. Enquanto os países incrementavam a implementação das ACT, surgia no Sudeste Asiático resistência aos medicamentos para este tipo de tratamento. Esta preocupante situação levou a quinquagésima nona sessão do Comité Regional a aprovar a resolução sobre a resistência aos medicamentos relacionada com a SIDA, tuberculose e paludismo. O Comité Regional observou também que, com a cobertura elevada de um pacote integral de intervenções de prevenção e

controlo do paludismo, seria possível obter uma rápida diminuição no fardo da doença e aumentaria as esperanças de eliminação da doença. O Comité Regional aprovou uma resolução para esse efeito.

14. As doenças crónicas não transmissíveis continuaram a ser um problema crescente de saúde pública em Estados-Membros como a Argélia, Cabo Verde, Maurícias e Seychelles, os quais se encontravam já a braços com uma transição epidemiológica das doenças transmissíveis para um fardo crescente de doenças não transmissíveis. As afecções debilitantes e as complicações potencialmente fatais associadas às doenças não transmissíveis, tais como cegueira, insuficiência renal, amputação dos membros inferiores, padrão hemiplégico, enfarte do miocárdio, violência e traumatismos, perturbações mentais e morte, estão a aumentar na Região. Há indícios crescentes da elevada prevalência de factores de risco, nomeadamente uma dieta pouco saudável, falta de exercício físico, hipertensão e consumo de tabaco e de álcool. O Apelo de Nairobi à Acção, de 2009, para colmatar a lacuna na implementação da promoção da saúde e o Apelo das Maurícias à Acção, do mesmo ano, para o controlo da diabetes, das doenças cardiovasculares e de outras doenças não transmissíveis, fornecem um enquadramento eficaz para os esforços de redução do fardo da diabetes, das doenças cardiovasculares e de outras doenças não transmissíveis na Região.

15. A Região Africana possui a mortalidade materna mais alta do mundo, estimada em cerca de 900 óbitos por 100 000 nados-vivos, e uma mortalidade neonatal e em crianças com menos de cinco anos de cerca de 45 óbitos por 1000 nados-vivos e 145 óbitos por 1000 nados-vivos, respectivamente. Infecções, problemas perinatais, aborto inseguro, gravidezes indesejadas, infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA, contam-se entre os problemas mais prementes em termos de saúde sexual e reprodutiva em África. A prevalência de contraceptivos entre as mulheres casadas é bastante baixa (13%), enquanto que a taxa de fertilidade é muito elevada, estimada em 5,5 por mulher. O cancro do colo do útero representa 22% dos óbitos atribuíveis ao cancro. O lançamento da campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna (CARMMA) pela Comissão da União Africana e a aprovação pela quinquagésima nona sessão do Comité Regional de uma resolução que instava à criação da Comissão de Saúde da Mulher na Região Africana, deram um impulso renovado aos esforços para procurar resolver a aflitiva situação da saúde materno-infantil na Região.

16. Durante o biénio, todos os países da Região comunicaram pelo menos uma situação de emergência. Estas incluíram catástrofes naturais e provocadas pelo homem, tais como cheias, secas, surtos de doenças e conflitos. Houve 11,6 milhões de Pessoas Deslocadas

Internamente (IDP)¹ e 2,1 milhões de refugiados² em África no ano de 2008³, em resultado de conflitos e de agitação social. No Corno de África, 23 milhões de pessoas necessitaram de ajuda alimentar humanitária e mais de 4,5 milhões de crianças com menos de cinco anos sofreram de má nutrição aguda. Só em 2009, ocorreram cheias em 26 países, afectando mais de 1,5 milhões de pessoas.

17. A Região Africana continua exposta a perigos para a saúde que advêm de factores de risco conhecidos, como o acesso limitado a água segura, saneamento básico inadequado, poluição atmosférica interior e exterior, falta de higiene alimentar, eliminação inadequada de resíduos, controlo inexistente ou inadequado dos vectores das doenças, exposição a produtos químicos e traumatismos. Por outro lado, a Região enfrenta perigos ambientais novos e emergentes para a saúde pública, designadamente, as alterações climáticas e os poluentes orgânicos persistentes, o lixo electrónico, a radiação e os novos riscos profissionais. Durante a Primeira Conferência Interministerial sobre Saúde e Ambiente em África, em Agosto de 2008, os Estados-Membros aprovaram a Declaração de Libreville sobre Saúde e Ambiente em África, comprometendo-se a abordar os desafios da saúde e do ambiente nos seus países.

18. Em termos globais, a subnutrição materna e infantil é a causa subjacente a 3,5 milhões de óbitos e 35% do fardo de doenças em crianças com menos de cinco anos.⁴ Vinte e três dos 40 países com prevalência de raquitismo igual ou superior a 40% encontram-se no continente africano. Este facto deve-se a uma baixa taxa de aleitamento materno exclusivo e a alimentação complementar inadequada. A alimentação complementar e a água contaminadas provocam até cinco episódios por ano de diarreia em crianças. Durante o biénio, foram notificados um elevado número de surtos de doenças de origem alimentar, incluindo: cólera, carbúnculo, febre tifóide, envenenamento químico causado por vegetais, cogumelos, feijão e milho para semente, diarreia, botulismo e hepatite A.

19. A fragilidade dos sistemas de saúde na Região continuou a ser um motivo de preocupação durante o biénio. Os Estados-Membros continuaram a deparar-se com desafios relacionados com financiamento e recursos humanos inadequados, e acesso limitado a tecnologias e produtos médicos essenciais de qualidade, incluindo medicamentos essenciais, serviços clínicos de laboratório e diagnóstico imagiológico. A escassez de profissionais de saúde continuou a ser problemática na Região, com a maioria dos países a enfrentar grandes dificuldades em matéria de recursos humanos para a saúde (RHS). O biénio assistiu a um compromisso renovado para a utilização dos Cuidados de Saúde Primários como uma abordagem para reforçar os sistemas de saúde, de modo a contribuir

para a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) relacionados com a saúde. A aprovação da Declaração de Argel providenciou também um quadro para reduzir a lacuna nos conhecimentos, por forma a melhorar a saúde na Região. Em 2008, o Relatório Final da Comissão da OMS sobre os Determinantes Sociais da Saúde ofereceu uma oportunidade para abordar algumas das iniquidades existentes na saúde.

20. Durante o biénio, o Secretariado da OMS tomou medidas decisivas para solidificar a sua liderança no domínio da saúde ao nível internacional, melhorando a sua governação, consolidando a implementação da sua política de descentralização e reforçando as parcerias de saúde. A aprovação de declarações históricas, que renovaram o compromisso por parte dos governos, da OMS e dos parceiros, para a melhoria dos resultados na saúde da Região foi de vital importância. O reforço das Equipas de Apoio Interpaíses (EAI) melhorou a capacidade da OMS em prestar apoio técnico aos países. O Escritório Regional continuou a centrar a sua atenção na elaboração de políticas e estratégias, planeamento e orçamentação, monitorização e avaliação, geração e partilha de informação e evidências. As Representações da OMS continuaram a influenciar o desenvolvimento de políticas nacionais de saúde e planos estratégicos, ao mesmo tempo que exerciam advocacia a favor de recursos e de intervenções, fazendo com que os ministérios da saúde passassem a estar mais concentrados no nível local do que no nível central.

21. Prosseguiram os esforços para desenvolver e manter a OMS como uma organização flexível e de aprendizagem, possibilitando o cumprimento do seu mandato de forma mais eficiente e eficaz durante o biénio. Foi iniciada a instalação parcial do Sistema Global de Gestão (GSM) na Região. O GSM, que é o sistema de Planeamento de Recursos Empresariais (ERP), baseia-se nas tecnologias de informação e permite a introdução, verificação e produção de dados para melhorar a gestão e a eficiência da OMS. O Escritório Regional entrou no período de transição em Julho 2008. Os preparativos para a implantação completa do GSM prosseguiram com a instalação e activação de uma nova estrutura de tecnologias de informação (TI), a divulgação de ferramentas revistas, de fácil utilização, e a organização de sessões de informação sobre o GSM.

22. Em conclusão, a situação sanitária das populações da Região Africana continua a ser inaceitável, devido sobretudo à baixa cobertura e ao acesso limitado aos cuidados de saúde, e à influência adversa de determinantes mais abrangentes que se encontram para além do controlo do sector da saúde. Existem intervenções comprovadas, e com boa relação custo-eficácia que, se forem implementadas, poderão inverter as preocupantes tendências no estado de saúde da Região. É da responsabilidade colectiva de todos

garantir que as populações do continente africano têm acesso a estas intervenções essenciais. Através da implementação do Orçamento-Programa 2008-2009, a OMS na Região Africana abordou as prioridades dos países ao realizar as suas funções centrais.

3. ORÇAMENTO-PROGRAMA 2008-2009

23. O Orçamento-Programa da OMS de 2008-2009 foi aprovado pelos Estados-Membros durante a sexagésima sessão da Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2007. Na Região Africana da OMS, os Estados-Membros aprovaram orientações específicas para a execução do Orçamento-Programa (OP), durante a quinquagésima sétima sessão do Comité Regional, em Agosto de 2007.

24. Como definido no quadro de gestão da OMS, os princípios da gestão com base nos resultados guiaram a elaboração do Orçamento-Programa de 2008-2009. O seu conteúdo foi estruturado segundo os 13 Objectivos Estratégicos (Anexo 1) do Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS (2008-2013), para fazer face aos desafios globais de saúde. Os objectivos estratégicos individuais não devem ser vistos isoladamente uns dos outros, já que reflectem as acções diversas mas interdependentes da OMS para realizar a "agenda para a acção".

25. No contexto dos Resultados Esperados ao Nível da OMS na sua Globalidade, e das metas relacionadas para o biénio, o Secretariado da OMS na Região Africana definiu os seus Resultados Regionais Esperados, identificando o âmbito das actividades e especificando as realizações esperadas no período de dois anos. As Divisões e as Representações da OMS na Região Africana definiram Resultados Específicos do Escritório, que fornecem resultados esperados claros, mensuráveis e orçamentáveis, reflectindo prioridades específicas e planos de trabalho a serem implementados.

26. Para os 13 Objectivos Estratégicos, o orçamento global aprovado da OMS foi de 4 227 480 000 de dólares americanos. A Região Africana recebeu 193 940 000 de dólares americanos, o que representa uma percentagem de 28,2%, valor que se encontrava em linha com o mecanismo de validação dos princípios da afectação estratégica de recursos financeiros.⁵ Em termos das fontes de financiamento, 213 342 000 (18%) de dólares americanos estavam previstos para serem provenientes de contribuições fixas (CF) e 980 598 000 (82%) de dólares americanos de contribuições voluntárias (CV).

27. A dotação inicial do orçamento regional da OMS para as Representações da OMS (WCO) e para o Escritório Regional, aprovada pelos Estados-Membros, foi de 51% para as WCO e de 49% para o Escritório Regional, incluindo as Equipas de Apoio Interpaíses. Dado que as dotações para as Equipas de Apoio Interpaíses estavam destinadas a serem gastas nos países, a percentagem do montante total dedicado às WCO foi na realidade de 66%. O saldo de 34% constituiu a fatia real que estava planeada para ser gasta pelo Escritório Regional.

28. O nível de execução do orçamento aprovado é apresentado por Objectivo Estratégico (Figura 3), de acordo com a estrutura do Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS.

FIGURA 3: ORÇAMENTO APROVADO (EM MILHARES DE DÓLARES AMERICANOS) E TAXAS DE EXECUÇÃO POR OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS ATÉ 31 DE DEZEMBRO DE 2009

Objectivo Estratégico Nº *	Orçamento Total aprovado (1)	Total dos Fundos disponíveis (2)	% dos Fundos disponíveis (2) / (1)	Total dos Encargos (3)	Taxa de Execução Orçamental (3) / (2)
1	316 203	530 988	168	489 571	92
2	242 912	120 376	50	109 780	91
3	20 723	14 311	69	13 855	97
4	115 695	57 783	50	55 331	96
5	66 021	94 280	143	87 522	93
6	25 566	14 973	59	14 494	97
7	9116	8083	89	8071	100
8	18 749	10 743	57	9611	89
9	39 778	8130	20	7598	93
10	142 093	57 386	40	51 785	90
11	22 592	20 641	91	19 147	93
12	48 966	45 203	92	44 967	99
13	125 526	102 667	82	102 450	100
Total	1 193 940	1 085 564	91	1 014 182	93

*Anexo

Fonte: WHO/AFRO, PB 2008 – 2009: End of Biennium Performance Assessment

29. Na Região Africana, em termos globais, o orçamento total aprovado para o biénio foi de 1 194 milhões de dólares americanos, dos quais 606 357 milhões (51%) foram afectados para serem usados pelas Representações da OMS e 587 583 milhões destinavam-se ao Escritório Regional, incluindo as três Equipas de Apoio Interpaíses. A decomposição por Objectivo Estratégico é apresentada no Anexo 2.

30. Do total do orçamento aprovado de 1 194 milhões de dólares americanos, 1 086 milhões (91%) foram disponibilizados para a implementação do Orçamento-Programa na Região Africana (Figura 3). Deste montante, 1 014 milhões foram gastos durante o biénio, o que corresponde a uma taxa de execução orçamental de 93%, por comparação com os fundos disponíveis. Importa salientar que as despesas relativas às funções administrativas e de apoio do Secretariado da OMS, no âmbito dos Objectivos Estratégicos 12 e 13, consumiram apenas 14,5 % do total dos encargos.

31. No que respeita ao compromisso corporativo da Organização em financiar o Orçamento-Programa 2008-2009 na Região Africana, verificaram-se grandes variações nos 13 Objectivos Estratégicos. Os fundos mobilizados e disponibilizados para os Objectivos 1 e 5 superaram as expectativas devido ao forte empenho dos doadores para a erradicação da poliomielite e aos mecanismos agressivos de angariação de fundos implementados para fazer face às emergências e às crises na Região.

32. Para outros nove Objectivos Estratégicos, os resultados de financiamento orçamental foram satisfatórios, com o financiamento de pelo menos 50% do orçamento aprovado. Os restantes dois Objectivos Estratégicos (OE 9 e 10) sofreram dificuldades na angariação de fundos, e as verbas disponíveis para financiar o orçamento aprovado não chegaram aos 50%. Este desequilíbrio verificado nos OE reflecte a inconsistência entre as prioridades regionais e os esforços corporativos da OMS no que respeita à mobilização de recursos.

4. REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS POR OBJECTIVO ESTRATÉGICO

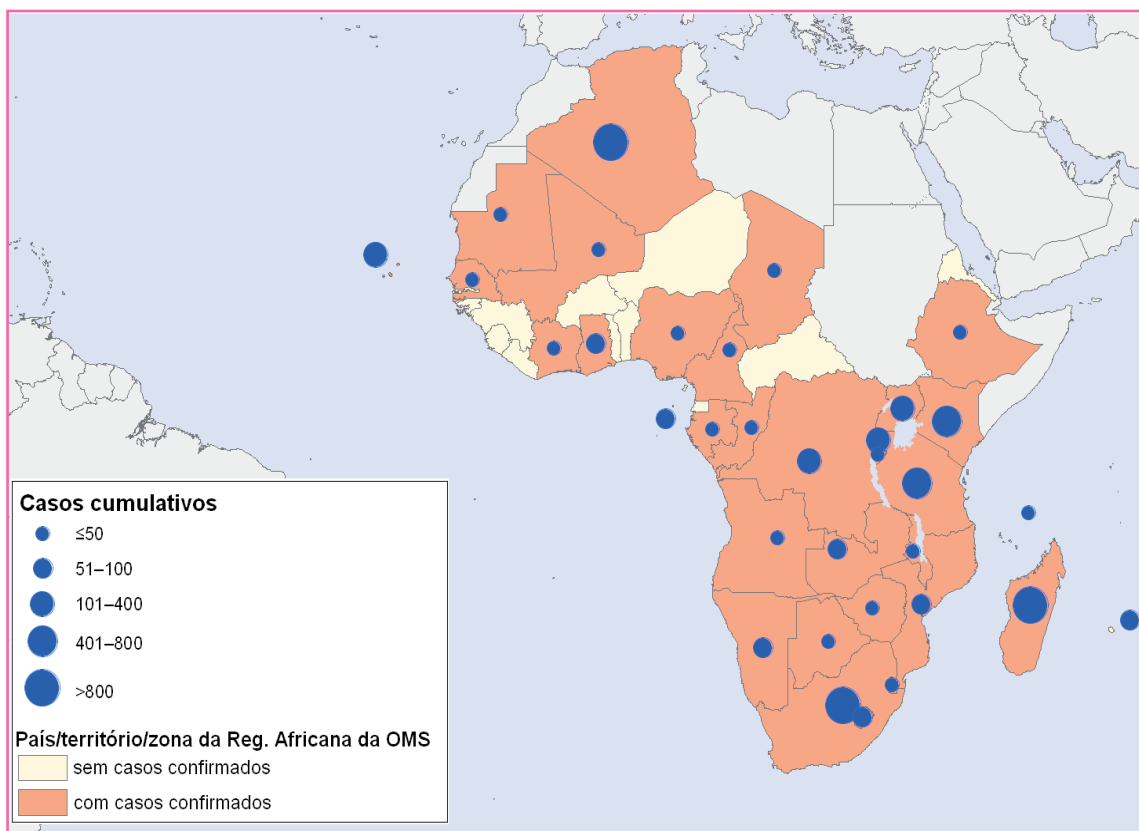
4.1 OE1: DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

33. Uma das áreas de maior incidência na prevenção e controlo das doenças transmissíveis durante o biénio foi a vertente da detecção precoce de surtos de doenças infecciosas através de sistemas de alerta precoce, do funcionamento melhorado

dos laboratórios de saúde pública e da vigilância integrada. O trabalho foi orientado pelas resoluções relacionadas com a segurança da saúde mundial; alerta e resposta às epidemias; revisão do Regulamento Sanitário Internacional; vigilância e resposta integrada às doenças; e reforço da preparação e resposta aos surtos, no contexto da actual gripe pandémica.

34. O biénio assistiu ao surgimento da Gripe Pandémica A (H1N1) 2009. O primeiro caso de gripe pandémica confirmado em laboratório foi notificado pela África do Sul em Junho de 2009. Até ao final de Dezembro 2009, 33 dos 46 países da Região tinham notificado 17 119 casos confirmados em laboratório, dos quais resultaram 166 óbitos (Figura 4).

FIGURA 4: DISTRIBUIÇÃO DE CASOS NOTIFICADOS DE GRIPE PANDÉMICA A (H1N1) 2009 CONFIRMADOS EM LABORATÓRIO NA REGIÃO AFRICANA DA OMS, DEZEMBRO DE 2009



Fonte: Análise dos dados da Gripe Pandémica A (H1N1) 2009 submetidos ao Escritório Regional pelos Estados-Membros; disponível em: <http://www.afro.who.int/en/pandemic-influenza-h1n1-2009/situation-updates.html>

35. Em resposta à pandemia, o Secretariado da OMS criou uma Equipa multidisciplinar de Gestão da Crise, para coordenar as actividades de resposta na Região. Foram criadas estruturas idênticas nas localizações das Equipas de Apoio Interpaíses e nos países. Foi prestado apoio técnico aos Estados-Membros para actualizarem os seus Planos Nacionais de Preparação e Resposta à Gripe, de modo a poderem dar uma resposta mais eficaz à pandemia. Foram desembolsados fundos de contingência no total de 2,3 milhões de dólares americanos, e distribuiu-se aos países material de promoção da saúde, 300 conjuntos de equipamento de protecção pessoal e mais de 1 milhão de doses de medicamentos antivirais (Tamiflu). Para além disso, 600 000 de comprimidos de Tamiflu foram pré-posicionados no Dubai para serem enviados aos países quando necessário.

36. De modo a melhorar a capacidade da Região para confirmar casos de Gripe A (H1N1) 2009, 19 dos laboratórios da gripe na Região foram equipados com materiais de Polimerização em Cadeia em Tempo Real (PCR) e pessoal de laboratório com formação no manuseamento de amostras de vírus da gripe e diagnóstico. Todos os 46 Estados-Membros receberam material para a recolha e transporte de amostras para uso durante a pandemia.

37. Foi convocada uma Conferência Regional sobre Gripe Pandémica A (H1N1) 2009 em Joanesburgo, em Agosto de 2009. A conferência sublinhou a necessidade de se intensificar a comunicação e a mobilização social, e melhorar a disponibilidade de medicamentos e de equipamento de protecção pessoal. A Conferência contribuiu ainda para actualizar os Planos de Preparação e Resposta à Gripe Pandémica dos Estados-Membros.

38. Ao procurar-se resolver outras das grandes doenças potencialmente epidémicas durante o biénio, foi concedido apoio a 18 países para desenvolverem planos integrais de preparação e resposta às epidemias, enquanto 21 países receberam apoio para actualizarem os seus planos contra a meningite. Foi dado apoio aos países para a revisão dos procedimentos operativos normalizados para a meningite, febre amarela, febres hemorrágicas virais e peste. Em resposta às epidemias de cólera, foram dispensadas orientações técnicas, testes de diagnóstico rápido e *kits* de tratamento contra a cólera aos países afectados.

39. Para além disso, foram pré-posicionados 200 000 conjuntos de equipamento de protecção pessoal, 32 tendas de farmácia e seis conjuntos de equipamento de radiocomunicação nas EAI, como parte do apoio logístico. Foi prestado apoio técnico

e financeiro para a investigação, gestão e controlo da febre tifóide no Malawi e em Moçambique, da Doença do Vírus Ébola na República Democrática do Congo, do arenavírus na Zâmbia e na África do Sul, e da febre do Dengue em Cabo Verde, nas Maurícias e no Senegal.

40. Tendo em conta a ocorrência e a ameaça permanente dos surtos de doenças na Região e da necessidade de tornar os recursos imediatamente disponíveis para uma resposta de emergência, a quinquagésima nona sessão do Comité Regional Africano da OMS aprovou uma resolução que visava a criação de um Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública. Espera-se que este Fundo ajude a suprimir a enorme lacuna de financiamento existente no Orçamento-Programa da OMS.

41. No que respeita à vacinação de rotina, até Dezembro de 2009, 15 Estados-Membros⁶ tinham notificado pelo menos 90% de cobertura da vacina contra a Difteria, Tétano e Tosse Convulsa (DPT3) ao nível nacional. Até Dezembro de 2009, 45 e 43 Estados-Membros tinham introduzido a vacina contra a hepatite B e contra a *Haemophilus Influenza* tipo B (Hib), respectivamente, nos seus calendários de vacinação de rotina. A Gâmbia, o Ruanda e a África do Sul introduziram a vacina antipneumocócica conjugada.

42. Vinte e seis Estados-Membros⁷ atingiram mais de 80% de cobertura com a vacinação contra o sarampo, e a Região Africana conseguiu uma redução de 92% na mortalidade devido ao sarampo no ano 2008. Por outro lado, todos os países da Região Africana actualizaram os seus planos de eliminação do tétano materno e neonatal (MNTE), e 21 países implementaram 59 rondas de vacinação suplementar (SIA) com Toxóide Tetânico em distritos de alto risco, abrangendo 60,1 milhões de mulheres em idade fértil. A eliminação do tétano materno e neonatal foi validado em 14 países.⁸

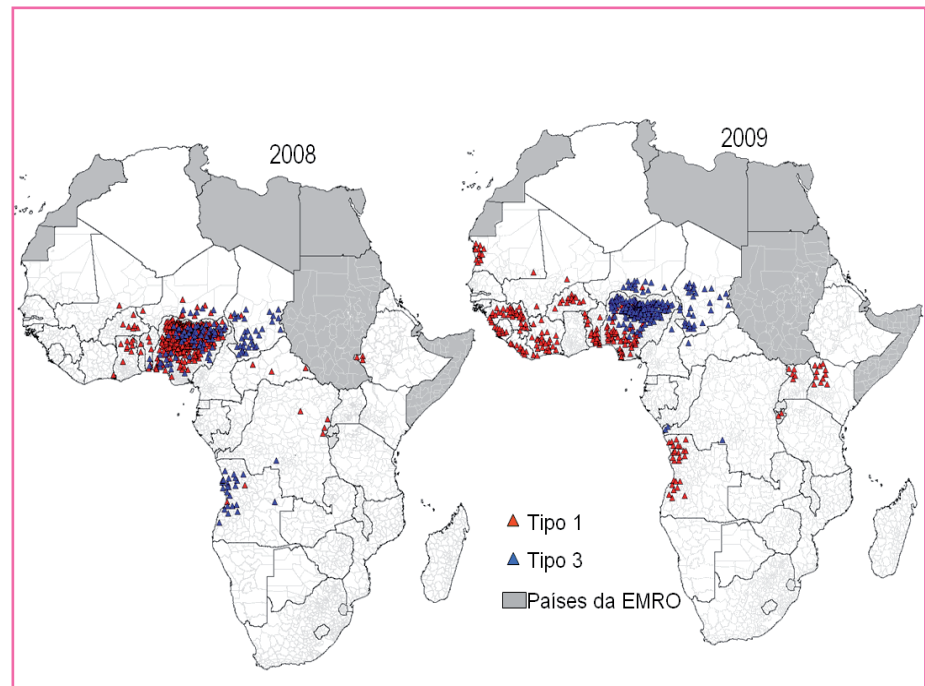
43. Vinte e três dos 31 países em risco de febre amarela introduziram a vacina contra a doença nos seus Planos Alargados de Vacinação de rotina (PAV), alcançando uma cobertura média de 73%. Foram realizadas campanhas de vacinação preventiva em 282 distritos de alto risco de nove países.⁹

44. Quanto à erradicação da poliomielite, até ao final de 2009, a Região registou uma diminuição no número total de casos de poliovírus selvagem (WPV) notificados, com 691 casos em 2009, por comparação com 912 em 2008 (Figura 5). No entanto, o número de países que notificaram casos de poliovírus selvagem aumentou de 13¹⁰ para

19. Destes, onze países encontram-se na África Ocidental.¹¹ O decréscimo no número total de casos notificados de poliovírus selvagem deveu-se a uma redução superior a 90% dos casos de poliovírus selvagem tipo 1 na Nigéria.

FIGURA 5: DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE POLIOVÍRUS SELVAGEM NA REGIÃO AFRICANA DA OMS, EM 2008 E 2009

País	2008	2009
Angola	29	29
Benim	6	20
Burkina Faso	6	15
Burundi	0	2
Camarões	0	3
Rep.Centro-Africana	3	14
Chade	37	64
Côte d'Ivoire	1	6
R.D.Congo	5	3
Etiópia	3	0
Gana	8	0
Guiné	0	2
Quênia	0	9
Libéria	0	11
Mali	1	2
Mauritânia	0	13
Níger	12	15
Nigéria	798	88
Serra Leoa	0	11
Togo	3	6
Uganda	0	8
Total	912	691



Fonte: WHO/AFRO/Polio Weekly Update

45. Em resposta aos surtos de poliomielite, foram implementadas, em 2009, múltiplas Actividades de Vacinação Suplementar em 24 países¹², tendo sido administrada a vacina oral da polio a mais de 138 milhões de crianças da Região. A alta qualidade da vigilância da paralisia flácida aguda (AFP) foi mantida na Região, com 38¹³ dos 46 países a atingirem o nível de certificação da erradicação da poliomielite em 2009. No entanto, persistem lacunas significativas na vigilância ao nível subnacional em alguns países.

46. Durante o biénio, a Comissão de Certificação da Região Africana, o organismo criado para certificar o estatuto de país livre da poliomielite, reviu e aceitou as documentações completas de 25 países¹⁴. No entanto, em finais do biénio, dez¹⁵ destes países haviam sido reinfectedos pela recente propagação de poliovírus selvagens.

47. As doenças tropicais negligenciadas (DTN) constituíram uma das maiores causas da má saúde na Região Africana durante o biénio. Até ao final de 2009, 16 países¹⁶ encontravam-se a implementar um programa de controlo integrado das doenças tropicais negligenciadas, visando a lepra, a dracunculose e a Tripanossomíase Humana Africana. O mapeamento das DTN foi efectuado em 26 países¹⁷ e parcialmente implementado em onze.¹⁸ A administração integrada de medicamentos em massa para o tratamento da filaríase linfática, esquistossomíase e das helmintíases transmitidas pelo solo foi realizada nas zonas endémicas de 17 países¹⁹, beneficiando 56 milhões de pessoas. Foram efectuados progressos no programa de erradicação da dracunculose e a Região está no bom caminho para erradicar a doença até 2015.

48. Até ao final do biénio, a lepra havia sido eliminada ao nível nacional em todos os Estados-Membros. A eliminação da lepra ao nível subnacional foi conseguida em quatro países.²⁰ Registou-se uma redução de 10% nos casos notificados de Tripanossomíase Humana Africana durante o biénio. Mais de 2,5 milhões de pessoas foram activamente examinadas nos 35 países endémicos, com 10 215 casos confirmados de *T. b. gambiense*. Foram envidados esforços para melhorar o acesso ao tratamento, com a adopção da terapêutica de associação Nifurtimox e Eflornitina (NECT) para tratar a segunda fase da doença do sono *T. b. gambiense*.

49. Quarenta e quatro Estados-Membros encontravam-se em fase de implementação da estratégia de Vigilância Integrada às Doenças (IDS) na Região Africana durante o biénio. As orientações técnicas da Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (IDSR) foram revistas, tendo em conta o Regulamento Sanitário Internacional 2005 e outras doenças prioritárias. Subsequentemente, foi prestado apoio a 23 Estados-Membros²¹ na adaptação dos seus instrumentos essenciais da IDSR. Foi elaborada e divulgada a todos os Estados-Membros uma orientação para o reforço das Redes Nacionais de Laboratórios de Saúde Pública. Até ao final de 2009, 77 laboratórios de 46 países estavam a participar no programa externo de garantia de qualidade em microbiologia.

50. Foram elaborados instrumentos para avaliar as capacidades mínimas para a implementação do Regulamento Sanitário Internacional, instrumentos esses que foram ainda testados e divulgados a todos os países. Catorze países avaliaram uma ou mais capacidades nacionais mínimas em vigilância e formulação de planos de implementação. Oito países²² realizaram uma avaliação de fundo utilizando os instrumentos do Regulamento Sanitário Internacional. Realizaram-se acções de formação em avaliação do RSI para 26 potenciais consultores, que podem ser mobilizados para apoiar os países

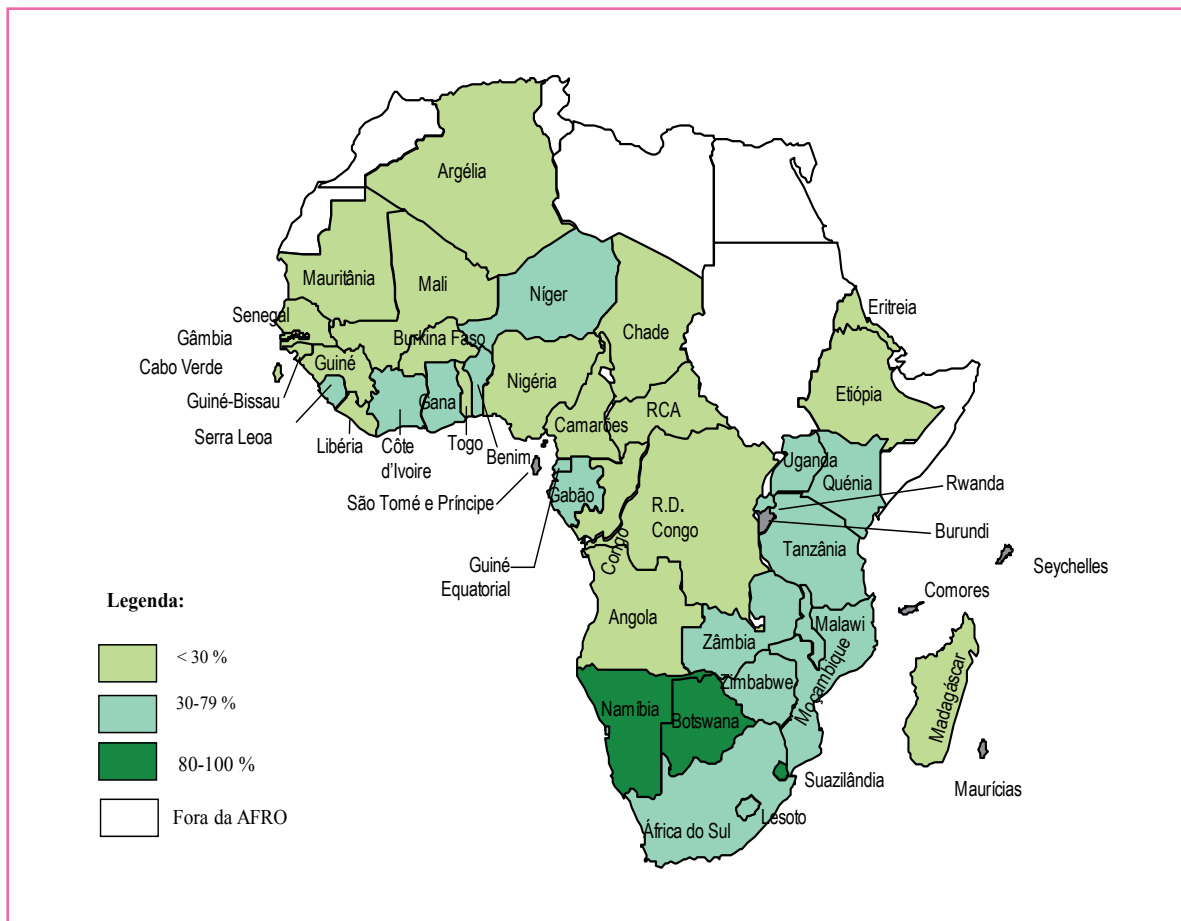
na implementação do RSI. Vinte e cinco peritos em comunicação foram formados e disponibilizados para apoio na comunicação dos riscos aos países. Foi elaborado e divulgado um plano de comunicação do RSI para uso nos países.

4.2 OE2: VIH/SIDA, TUBERCULOSE E PALUDISMO

51. A estratégia adoptada durante o biénio foi de contribuir para uma redução do fardo de doença provocado pelo VIH/SIDA, tuberculose e paludismo nos países da Região Africana da OMS, através do fornecimento de orientações normativas e de apoio técnico, intensificando a implementação de intervenções com boa relação custo-eficácia, no contexto dos cuidados de saúde primários, por forma a garantir o Acesso Universal (AU).

52. Verificou-se uma melhoria no mecanismo de monitorização do VIH/SIDA em todos os países no decurso do biénio. Foram recolhidos dados de 44 dos 46 países da Região sobre o progresso na prevenção do VIH, tratamento e cuidados, que foram publicados pela OMS, ONUSIDA e UNICEF no Relatório sobre o Acesso Universal.²³ Até ao final do biénio, houve uma redução de 15% no número de novas infecções por VIH na Região, em comparação com a situação em 2001.²⁴ No final de 2008, existiam mais de 16 000 unidades de saúde a prestar testes e aconselhamento para o VIH na Região, o que representa um aumento de cerca de 10% no espaço de um ano, o que, por sua vez, melhorou o acesso aos serviços de Teste e Aconselhamento para o VIH (HTC) na Região. A percentagem de mulheres grávidas infectadas por VIH que tinham acesso a medicamentos antirretrovirais para prevenir a transmissão vertical do VIH (PTVV aumentou de 35% em 2007 para 45% até ao final de 2008). Quatro países²⁵ atingiram a meta do AU para a PTVV (Figura 6).

FIGURA 6: PERCENTAGEM DE MULHERES GRÁVIDAS INFECTADAS PELO VIH QUE TEM ACESSO A ARV PARA FINS DE PTVV NA REGIÃO AFRICANA, DEZEMBRO DE 2008

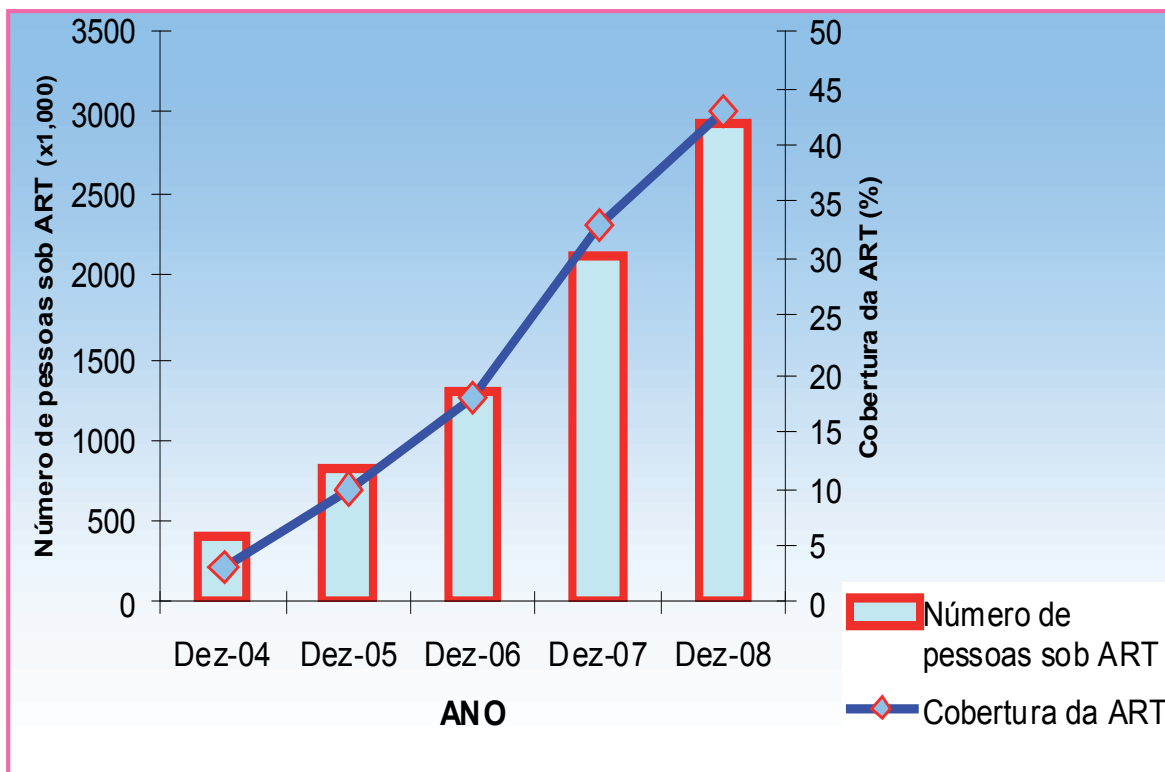


Fonte: Base de dados da AFRO, Acesso Universal

53. Foram criadas parcerias estratégicas para apoiar o incremento da prevenção do VIH, com outras agências das Nações Unidas e organizações como a Defensores por uma geração livre do VIH, uma iniciativa liderada por antigos chefes de estado e individualidades destacadas da Região, e a Parceria da Comunicação Social Africana contra o VIH/SIDA. Com o apoio da OMS, foram elaboradas políticas e planos de intensificação da circuncisão masculina em 14 países²⁶ com fardo elevado.

54. No que concerne ao tratamento e cuidados para o VIH, cerca de 2,9 milhões de pessoas com infecção avançada passaram a fazer terapêutica antirretroviral até ao final de 2008²⁷ na África Subsariana, o que representou um aumento regional de 39% num ano, e um aumento de 30 vezes desde o final de 2003, quando foi lançada uma iniciativa para dispensar terapêutica antirretroviral a três milhões de indivíduos elegíveis, infectados por VIH, até finais de 2005 (Iniciativa "3 by 5") (Figura 7).

FIGURA 7: NÚMERO DE DOENTES COM VIH SOB TERAPÊUTICA ANTIRRETROVIRAL (ART) E COBERTURA DA ART NA ÁFRICA SUBSARIANA, 2004–2008



Fonte: Base de dados da OMS/AFRO: Acesso Universal

55. Através das EAI e dos Núcleos de Conhecimento, prestou-se apoio à formação de equipas clínicas em Gestão Integrada das Doenças dos Adultos e dos Adolescentes para melhorar a qualidade dos cuidados e do tratamento nos países. Mais de 600 profissionais de saúde de 20 países²⁸ foram formados durante o biénio. Trinta países²⁹ receberam apoio para reforçarem os seus sistemas de Gestão da Cadeia de Aquisição e Abastecimento (PSM), através de formação sobre quantificação, previsão, armazenamento e distribuição de medicamentos. Tal contribuiu para aumentar o acesso a produtos e medicamentos comportáveis para o VIH/SIDA, assim como para reduzir as rupturas de *stock*.

56. Quinze países³⁰ da Região implementaram uma ou mais estratégias da OMS, tais como a compilação de dados sobre Indicadores de Alerta Precoce e a realização de inquéritos para monitorizar a emergência da resistência aos medicamentos para o VIH (HIVDR). Os inquéritos nacionais de HIVDR realizados durante o biénio em 20 países revelaram que a HIVDR era inferior a 5%.

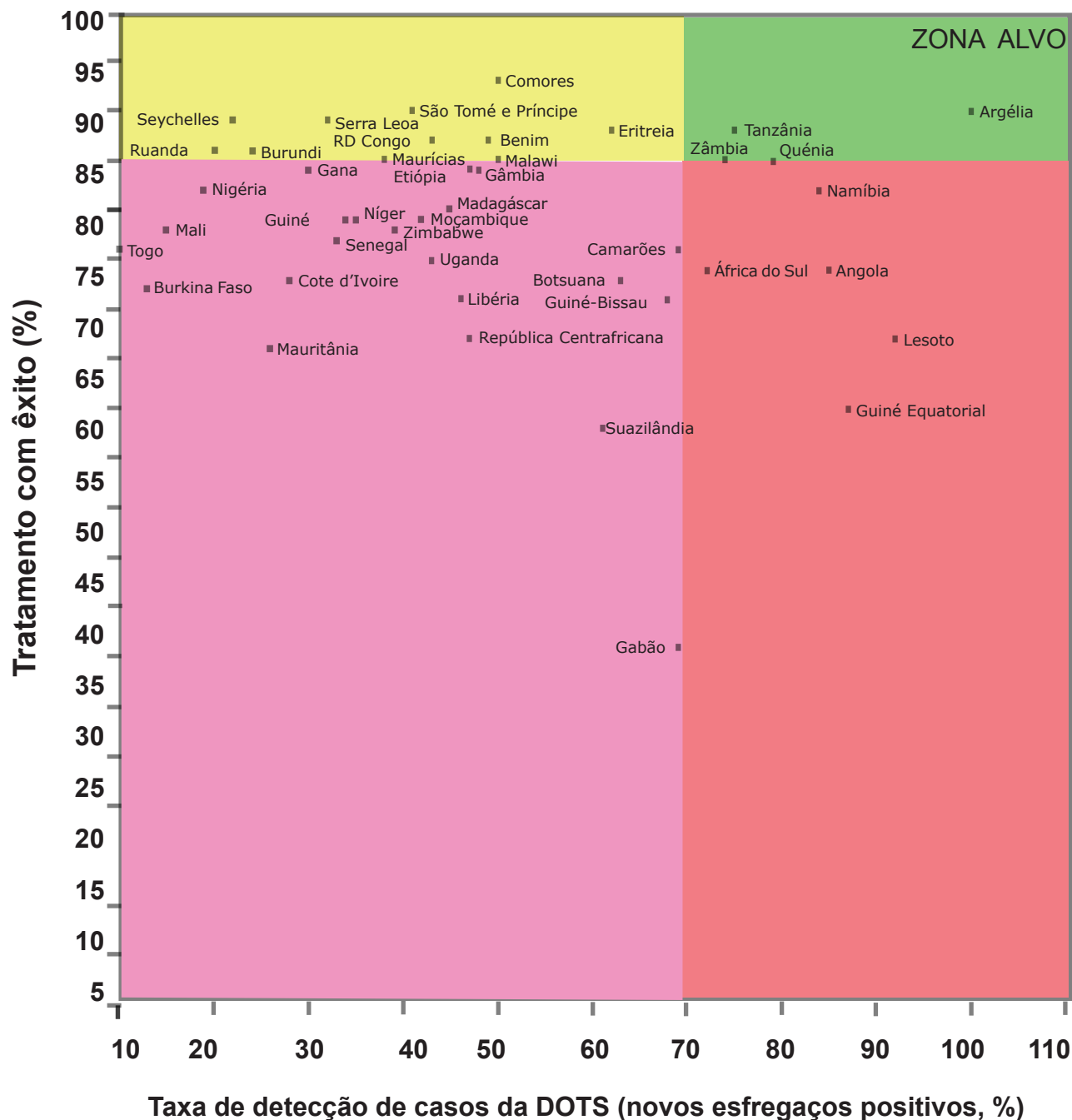
57. Durante o período em análise, 38 países³¹ receberam apoio para actualizar os seus planos estratégicos para o VIH/SIDA, incluindo as Candidaturas Nacionais Estratégicas (NSA), apresentadas ao Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, TB e Paludismo pelo Quénia, Malawi e Ruanda. Para além disso, o programa contra o VIH/SIDA elaborou orientações técnicas e materiais de formação para orientar os países na intensificação das intervenções prioritárias para a resposta do sector da saúde ao VIH/SIDA, no contexto do Acesso Universal.

58. No que respeita à TB, nove Estados-Membros³² alcançaram a meta global de 70% na taxa de detecção de casos, enquanto 10 Estados-Membros alcançaram uma taxa de êxito no tratamento de 85%, até ao final do biénio.³³ Quatro países³⁴ atingiram ambas as metas em 2008. Relativamente à consecução das metas dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, a incidência estimada da TB permaneceu inalterável, em 363 por 100 000 habitantes, entre 2006 e 2007, ao passo que a prevalência estimada diminuiu, de 547 para 475 por 100 000 habitantes e a mortalidade elevou-se de 83 para 93 por 100 000 habitantes entre 2006 e 2007.

59. A monitorização, registo e notificação de casos de TB melhorou em todos os países durante o biénio. A OMS apoiou todos os países a adaptarem o sistema de monitorização e notificação electrónica. Seis países³⁵ foram apoiados na finalização de protocolos de inquérito da prevalência da TB e na mobilização de recursos para esses inquéritos.

60. As metas mundiais para a expansão da DOTS são: i) taxa mínima de detecção de casos de 70%; e ii) uma taxa de êxito no tratamento de pelo menos 85%. Como indicado na Figura 8, nove países da nossa Região atingiram a meta global de 70% na detecção de casos em 2008, o que representa uma melhoria em relação ao que se verificou em 2007, quando apenas sete países³⁶ conseguiram atingir esta meta. Para além disso, quinze países³⁷ atingiram a meta de êxito no tratamento em 2008, o que foi igualmente uma melhoria em relação à situação verificada em 2007, quando apenas nove países³⁸ atingiram esta meta. Quatro países³⁹ atingiram ambas as metas em 2008, por comparação com apenas três (Argélia, Quénia e Tanzânia) em 2007.

FIGURA 8: SITUAÇÃO DA DOTS NA REGIÃO AFRICANA DA OMS*



Fonte: WHO Global TB report, 2009

* Coorte que completou o tratamento em 2008 e doentes detectados em 2008, e dados compilados em 2009

- Países que atingiram ambas as metas
- Países que atingiram apenas a taxa de êxito no tratamento de 85%
- Países que atingiram apenas a taxa de detecção de casos de 70%
- Países abaixo das metas

61. Trinta e seis países⁴⁰ receberam subsídios do Centro Mundial de Aprovisionamento de Medicamentos (GDF) para a aquisição de medicamentos antituberculose de primeira linha, e 16 países⁴¹ garantiram a aprovação de medicamentos antituberculose de segunda linha, com garantia de qualidade e a preços de licenciamento, através do mecanismo da Comissão Luz Verde da OMS (GLC). Cinco países⁴² foram apoiados na mobilização de fundos da USAID, e a Nigéria foi apoiada a aceder ao financiamento do projecto de criação de capacidades para a TB (TBCAP).

62. Foi prestado apoio a 37 países⁴³ a adaptarem políticas e instrumentos mundiais e regionais para a implementação da estratégia Travar a TB, que inclui actividades para a TB/VIH e a TB-MR/TB-UR. A percentagem de doentes com TB que foram rastreados para o VIH subiu de 37% em 2007 para 45% em 2008. Daqueles que se encontravam co-infectados, 72% tiveram acesso a tratamento preventivo à base de co-trimoxazol, e 41,5% receberam terapêutica antirretroviral. Em colaboração com os parceiros, foi prestado apoio a 30 países⁴⁴ para intensificar as actividades de colaboração TB/VIH, através de formação, apoio planeado e partilha de informação, através da parceria Travar a TB.

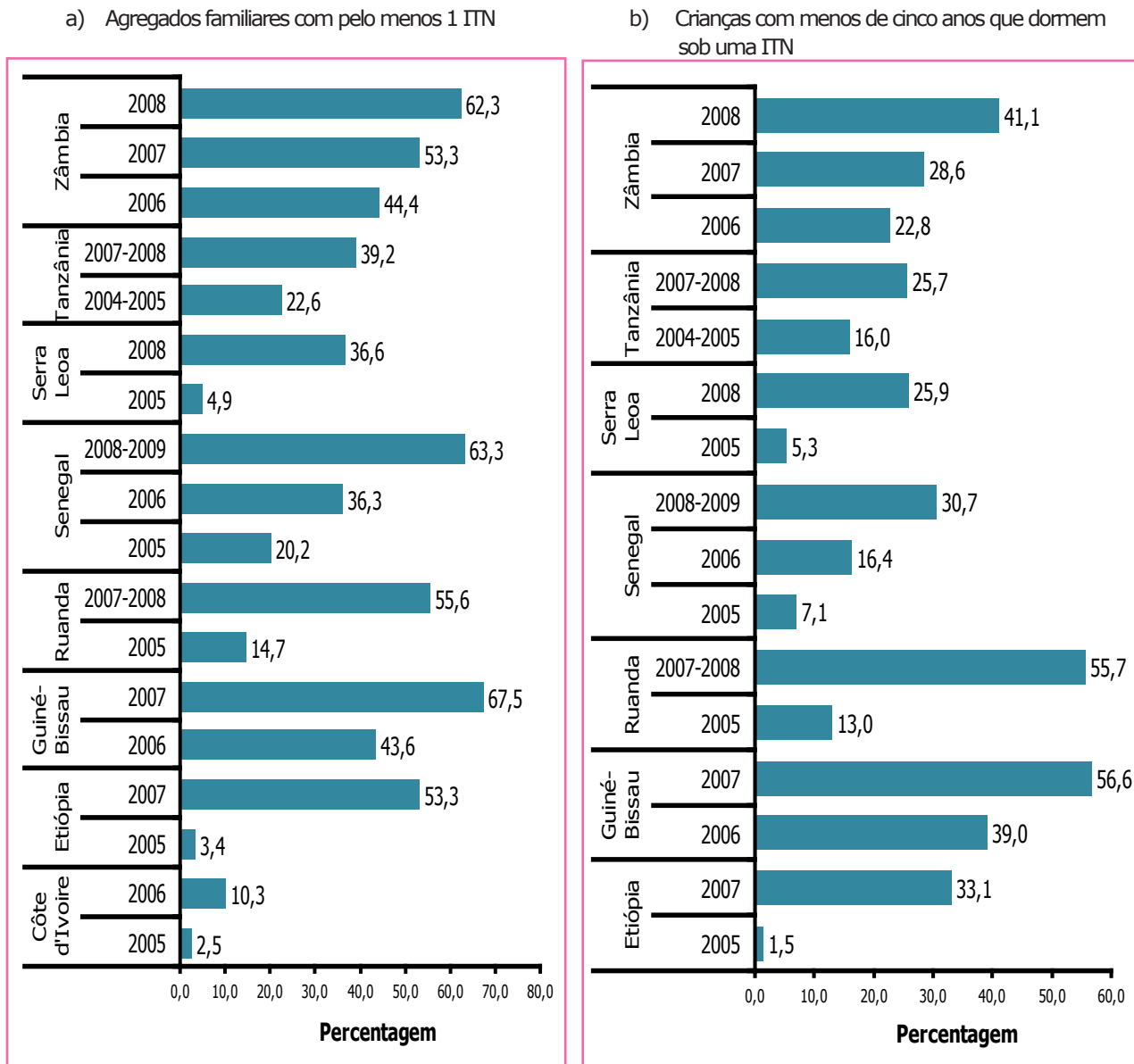
63. A TB multirresistente aos medicamentos (TB-MR) assumiu uma importância crescente durante o período em análise, em resultado de uma maior consciencialização para o problema, na sequência de relatórios sobre a emergência da TB-UR em alguns países, desde 2006. Só em 2008 foram registados mais de 6 588 novos casos de TB-MR e 536 de TB-UR. Até ao final de 2009, 31 países⁴⁵ haviam notificado pelo menos um caso de TB-MR, e oito⁴⁶ notificaram pelo menos um caso de TB-UR. Até ao final do biénio, a OMS e os parceiros deram apoio a 9 países⁴⁷ para o desenvolvimento de capacidade nacional para detectar a TB-MR.

64. Todos os países com paludismo endémico forneceram dados que foram publicados nos Relatórios sobre o Paludismo no Mundo, de 2008 e 2009, com 15 países⁴⁸ a criarem uma base de dados do paludismo. Foram elaborados Planos Integrais de Monitorização e Avaliação em 30 países, e 11 países⁴⁹ realizaram o Inquérito dos Indicadores do Paludismo. As avaliações do impacto do paludismo foram efectuadas em unidades de saúde de 11 países.⁵⁰

65. A média da existência de redes mosquiteiras impregnadas com insecticida (ITN) nos agregados familiares da Região aumentou de 31% em 2006 para 56% em 2008. Para o período 2006–2008, a média do uso de ITN foi de 21% entre as crianças com menos

de cinco anos e de 24% entre as mulheres grávidas. No entanto, o uso de ITN entre as crianças com menos de cinco anos ultrapassou os 40% em 12 países que apresentaram dados recentes⁵¹ (Figura 9).

FIGURA 9: TENDÊNCIAS DA EXISTÊNCIA DE ITN NOS AGREGADOS FAMILIARES E DO USO DE ITN ENTRE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS EM PAÍSES SELECIONADOS, DURANTE O PERÍODO 2005–2008



Fonte: Base de dados do paludismo, OMS/AFRO.

66. Em 2008, 13 países⁵² notificaram que a Pulverização Redisual de Interiores (IRS) era o seu principal método de controlo do vector. Entre 2006 e 2008, o número de pessoas protegidas através da IRS aumentou de 15 para 59 milhões. No final de 2008, dez por cento da população em risco do paludismo dispunha de protecção em sete países.⁵³

67. Todos os países da Região com paludismo endémico, à excepção de um, implementaram a Terapêutica de Associação à Base de Artemisinina (ACT) como tratamento de primeira linha contra o paludismo. A percentagem média de crianças com febre que receberam ACT no espaço de 24 horas em países seleccionados⁵⁴ aumentou de 2% em 2006 para 6% em 2007 e para 12% em 2008.

68. Entre os materiais de recurso elaborados, mencionam-se o “Manual de utilização para gestão de casos de paludismo”; “Revisão de Programas do Paludismo; um manual para analisar o desempenho dos programas de controlo e eliminação do paludismo”; “Módulos de formação para cursos internacionais sobre paludismo”; e “Lista de verificação para a elaboração de um plano de monitorização e avaliação do controlo do paludismo”. Peritos de 28 países⁵⁵ foram formados em gestão de casos, teste da eficácia terapêutica e diagnóstico parasitológico. Trinta e cinco países actualizaram os seus planos estratégicos do paludismo, e foram efectuadas revisões dos programas do paludismo no Botsuana, Quênia e África do Sul.

69. Oito países⁵⁶ implementaram em simultâneo um pacote integral de intervenções de prevenção e controlo do paludismo, na mesma área geográfica, cujo resultado foi um rápido decréscimo do fardo do paludismo durante o biénio. Por outro lado, a intensificação do controlo do paludismo conduziu a uma redução da mortalidade pela doença em 14 países.⁵⁷ Os dados da vigilância de nove países⁵⁸ demonstraram reduções na mortalidade relacionada com o paludismo entre 2002 e 2008, ultrapassando a meta de 2010 de 50% de redução. Estas realizações levaram a quinquagésima nona sessão do Comité Regional a aprovar uma resolução sobre a aceleração do controlo do paludismo na Região.

70. As reuniões anuais de revisão e planeamento do paludismo, organizadas com os parceiros, resultaram no desenvolvimento de roteiros orçamentados, com vista à consecução das metas de 2010. O Fundo Mundial de Luta Contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo (GFATM) foi a principal fonte de financiamento externo aos países. A OMS, em colaboração com a ONUSIDA deu apoio a estes países, na elaboração de propostas de financiamento a submeter ao GFATM para as rondas oito e nove, com taxas de êxito até 74% para as propostas para o paludismo, 55% para a TB e 48% para o VIH/SIDA. Para além disso, 10 países⁵⁹ foram apoiados a aceder ao financiamento oriundo do Mecanismo dos Medicamentos Comportáveis contra o paludismo (AMFm).

4.3 OE3: DOENÇAS CRÓNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, PERTURBAÇÕES MENTAIS, VIOLÊNCIA E TRAUMATISMOS

71. As actividades durante o biénio focaram-se na prestação de apoio aos Estados-Membros para reduzir o fardo das doenças devido às doenças crónicas e não transmissíveis, através de orientação técnica e apoio; promoção da saúde; e advocacia para a acção, aos níveis nacional e regional, incluindo a criação de planos e políticas nacionais para a prevenção e controlo das doenças não transmissíveis, em sintonia com a abordagem dos Cuidados de Saúde Primários (CSP); foram ainda dados apoios para reduzir o nível de exposição dos indivíduos e das populações aos principais e mais comuns factores de risco modificáveis das doenças não transmissíveis, nomeadamente, o consumo de tabaco, os maus hábitos alimentares, a inactividade física e o uso nocivo do álcool.

72. Uma conferência histórica sobre a diabetes e doenças associadas, organizada pelo Escritório Regional da OMS, em colaboração com o Governo das Maurícias e a Federação Internacional da Diabetes, realizada em Port Louis, Maurícias, de 12 a 14 de Novembro de 2009, deu origem ao *Apelo das Maurícias à Acção* para o controlo da diabetes, das doenças cardiovasculares e de outras doenças não transmissíveis. Os Estados-Membros comprometeram-se a implementar a estratégia da Região Africana da OMS para a prevenção e controlo da diabetes, de modo a reduzir eficazmente o fardo da diabetes, das doenças cardiovasculares e de outras doenças não transmissíveis, e intensificar a implementação de intervenções essenciais, em sintonia com a abordagem dos Cuidados de Saúde Primários.

73. A prevenção e controlo das doenças não transmissíveis (DNT) foi promovida graças à comemoração de diversos dias mundiais, mais concretamente, para a saúde mental, cancro, diabetes, drepanocitose, doenças cardiovasculares e visão. Foi organizado em Maio de 2008 o primeiro "Dia Mundial sem Noma", para aumentar a sensibilização para a doença.

74. Durante o biénio, mais de 60 pontos focais dos ministérios da saúde das Representações da OMS de 17 países⁶⁰ participaram em programas de desenvolvimento de capacidades e implementação de abordagens e intervenções integradas e abrangentes, tendo por base a promoção da saúde. A tónica recaiu na prevenção e controlo dos problemas de saúde oral, drepanocitose, violência, traumatismos e incapacidades, problemas de saúde mental e abuso de substâncias psicoactivas. O pessoal de saúde de três Estados-Membros recebeu formação e apoio em gestão das doenças não

transmissíveis ao nível dos cuidados primários. A OMS associou-se à Organização de Saúde da África Ocidental (WAHO) para organizar cursos de formação no desenvolvimento de planos integrados de acção para todos os 15 países da WAHO, e dez Estados-Membros elaboraram planos integrados de acção para as doenças não transmissíveis.

75. Para além disso, os participantes de 18 países foram formados em promoção da actividade física e consumo de fruta e legumes pela população. Foram ainda introduzidos algoritmos adaptados ao contexto local para a gestão das doenças cardiovasculares (DCV) ao nível dos cuidados primários e dos factores de risco das DVC, incluindo uma campanha de sensibilização geral destinada à redução do consumo de sal.

76. A vigilância das doenças não transmissíveis foi integrada nas orientações revistas da Vigilância e Resposta Integrada às Doenças. Foram criados registos oncológicos em cinco países,⁶¹ e foi elaborado um pacote sobre doenças não transmissíveis essenciais ao nível dos cuidados primários. O Benim, a Eritreia e Moçambique receberam formação relativamente a este pacote e iniciaram a sua implementação. Foi elaborado e publicado um manual de orientações para os gestores de programas de saúde oral, sobre as melhores formas de formular políticas de saúde oral. Posteriormente, foi desenvolvido um catálogo de indicadores essenciais de saúde oral e foi apresentado um relatório sobre a implementação da Estratégia de Saúde Oral à quinquagésima oitava sessão do Comité Regional. No mesmo período, foram promovidas novas linhas orientadoras da OMS sobre serviços de fornecimento de cadeiras de rodas em quatro países.⁶²

77. Onze pontos focais dos ministérios da saúde e das Representações da OMS⁶³ foram formados em elaboração de políticas e documentos de planeamento estratégico de saúde mental. Sete países⁶⁴ reviram e analisaram a situação na sua área de sua saúde mental. Benim, Burundi e Etiópia avaliaram os seus serviços e recursos, e iniciaram medidas para melhorar a gestão dos problemas de saúde mental aos níveis distrital e comunitário. Foram desenvolvidos documentos sobre política de Saúde Mental (MNH) na Libéria e na Serra Leoa, enquanto que, o Lesoto, Mauritânia e Namíbia deram os primeiros passos no desenvolvimento de legislação de saúde mental. O *Programa de Acção sobre a Lacuna* na saúde mental (mhGAP), da OMS, foi lançado em Abuja, em Outubro de 2009, para incrementar os cuidados para as perturbações de saúde mental em sete países.⁶⁵

78. A prevenção e controlo do cancro foram reforçadas através de formação em métodos de diagnóstico de inspecção visual utilizando ácido acético ou lugol VIA/VIL e crioterapia para a prevenção e controlo do cancro do colo do útero. Realizou-se uma

reunião consultiva técnica sobre prevenção do cancro do colo do útero, para explorar as possibilidades de se introduzir a vacina contra o Vírus do Papiloma Humano (VPH) na Região. As parcerias e a colaboração com agências das Nações Unidas, como a Agência Internacional de Investigação sobre o Cancro (IARC), a Agência Internacional da Energia Atómica (IAEA) e com ONG, como a Sociedade Americana do Cancro, foram reforçadas através de actividades conjuntas e de colaboração nos países e da celebração de acordos mútuos e de memorandos de entendimento.

79. Foram elaborados documentos de política nacional sobre controlo da cegueira e plano de acção no Gabão e em Madagáscar, e foram elaborados planos nacionais da iniciativa Visão 2020 na Argélia, Gabão e Maurícias. Realizou-se formação no Programa de Controlo da Cegueira em nove países.¹⁴ A Etiópia foi apoiada na formação de 10 formadores na área da enfermagem oftálmica, em cirurgia da tarsite tracomatosa, e Madagáscar recebeu apoio para formar profissionais de saúde dos cuidados primários na área auditiva primária e em cuidados auditivos.

80. Até ao final do biénio, 35 países africanos tinham assinado a Convenção das Nações Unidas dos Direitos das Pessoas com Deficiência, enquanto que a Resolução da Assembleia Mundial da Saúde sobre “Deficiência, incluindo Prevenção, Gestão e Reabilitação” estava a ser implementada com o apoio e colaboração de organizações pan-africanas de pessoas com deficiência.

81. Profissionais de saúde na área da reabilitação receberam formação em ortoprotesia na Tanzânia e no Togo. Foi concluído um inquérito sobre a situação da segurança rodoviária em 41 países. O inquérito revelou que a Região tem a taxa per capita mais alta do mundo de óbitos por acidentes rodoviários, cifrada em 32,2 por 100 000 habitantes, e recomendou a formulação de políticas e planos estratégicos. A Serra Leoa elaborou uma política nacional para a deficiência, e o sector da reabilitação médica do Gana foi reforçado com a formação de quatro técnicos ortopédicos na concepção e fabrico de próteses e ortóteses.

82. Foi organizada uma Conferência sub-regional sobre Drepanocitose em Madagáscar, de 27 a 29 de Novembro, em colaboração com o ministério da saúde e com a *Association Drepanocytose et vie* (DEPRAVIE) sobre os mais recentes desenvolvimentos e a lacuna na informação, e para o reforço da colaboração sul-sul, com vista a harmonizar a gestão da drepanocitose.

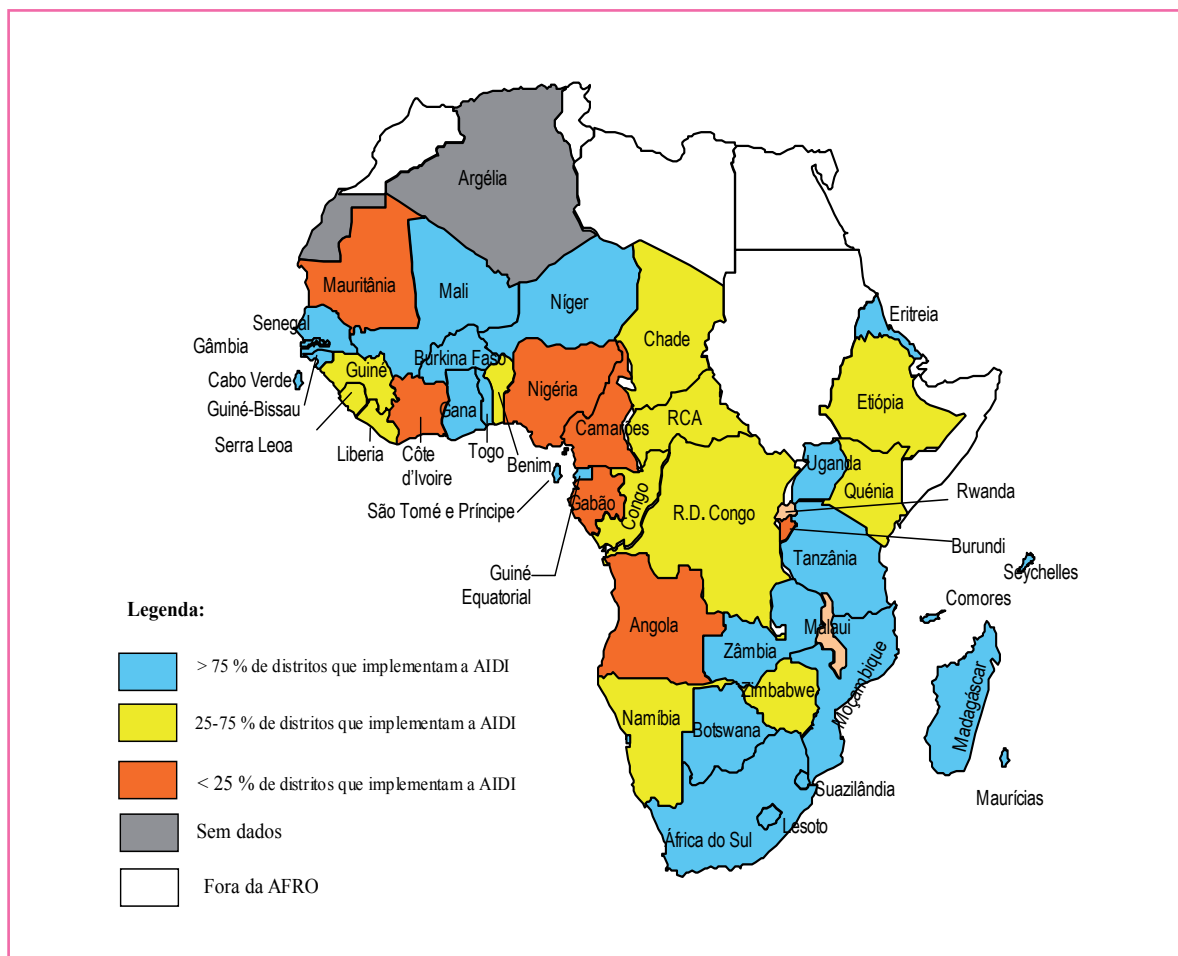
4.4. OE4: SAÚDE MATERNO-INFANTIL, DOS ADOLESCENTES E NA TERCEIRA IDADE

83. As actividades desenvolvidas durante o biénio centraram-se no apoio aos Estados-Membros, para que estes atingissem a cobertura universal e o acesso a intervenções com uma boa relação custo-eficácia, com o objectivo de reduzir a morbilidade e mortalidade e promover os resultados da Saúde Familiar e Reprodutiva, durante as principais fases da vida, incluindo a gravidez, o parto, o período neonatal, a infância, a adolescência e a terceira idade. Foram implementadas acções no âmbito do quadro da iniciativa Tornar a Gravidez Mais Segura, da abordagem Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) e do Roteiro para acelerar a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde materna e neonatal na Região Africana.

84. Na sequência da adopção, pela quinquagésima sexta sessão do Comité Regional, da Estratégia de Sobrevivência Infantil na Região Africana, foi concedido apoio a 22 países, para que elaborassem ou actualizassem políticas, estratégias e planos abrangentes de saúde infantil, elevando para 27 o número de países da Região com políticas, estratégias e planos nacionais de sobrevivência infantil.⁶⁷ As capacidades de 185 gestores de saúde infantil de 19 países.⁶⁸ Foram reforçadas para melhorar as suas competências de gestão dos programas de saúde infantil.

85. Durante o biénio, vinte e dois países implementaram a estratégia da Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) em mais de 75% dos seus distritos⁶⁹ (Figura 10). Trinta e dois países⁷⁰ e 36 países⁷¹ adaptaram as suas orientações para a AIDI, de modo a incluírem o VIH e a primeira semana de vida, respectivamente.

FIGURA 10: PAÍSES A IMPLEMENTAR A ESTRATÉGIA DA ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS DA INFÂNCIA NA REGIÃO AFRICANA DA OMS, JUNHO DE 2009



Fonte: Base de dados da OMS/AFRO CAH, de 2009.

86. Sete países⁷² reforçaram as capacidades de mais de 150 formadores, incluindo tutores de instituições de saúde de formação inicial, para melhorar o aconselhamento e apoio à Alimentação dos Lactentes e das Crianças Pequenas (IYCF), elevando para mais de 32 o número total de países⁷³ com mais de 7500 profissionais de saúde formados. Cinco países⁷⁴ procederam à revisão das suas políticas e estratégias de IYCF. Quênia, Nigéria e Zâmbia documentaram as melhores práticas de IYCF e demonstraram progressos nos seus principais indicadores. Catorze países⁷⁵ adaptaram os novos padrões da OMS sobre crescimento das crianças, elevando para 20 o número total de países que o fizeram.

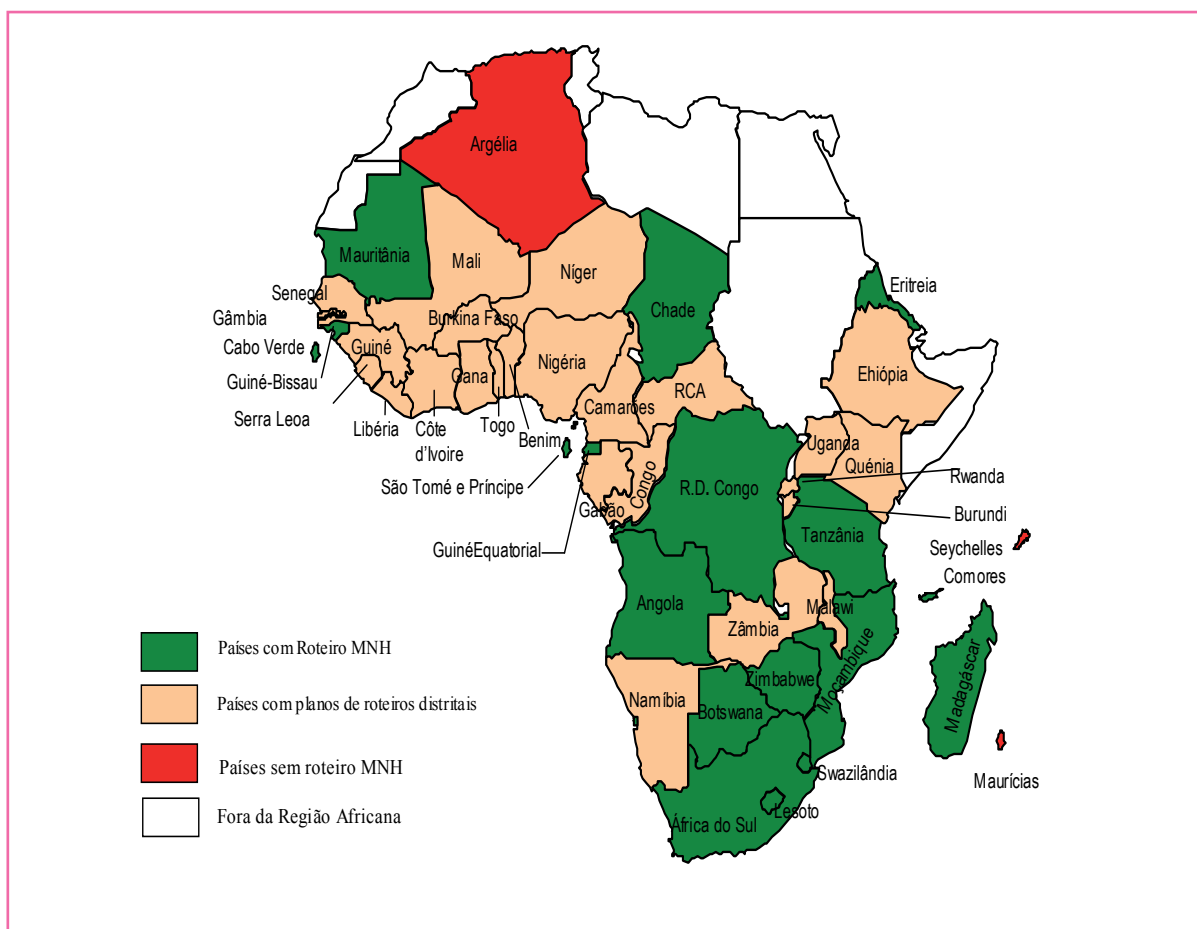
87. Realizaram-se Inquéritos sobre os Serviços de Saúde Infantil em cinco países,⁷⁶ elevando para 14 o número total de países⁷⁷ que os levaram a cabo. Os principais resultados apurados nesses inquéritos foram que, com formação, medicamentos

adequados, transferências, supervisão e no contexto de serviços de saúde acessíveis, a atenção integrada às doenças da infância é viável nos países, podendo conduzir a um melhoramento da qualidade dos cuidados nas unidades de saúde. Na Tanzânia, o inquérito revelou que a AIDI tinha contribuído para uma redução de 13% na mortalidade das crianças menores de cinco anos, ao longo de um período de dois anos.

88. Dez países⁷⁸ elaboraram planos estratégicos de saúde dos adolescentes, elevando para 28⁷⁹ o número total de países com os referidos planos. Treze países elaboraram padrões para os serviços de saúde amigos dos adolescentes e dos jovens.⁸⁰

89. Entre os 43 países que implementam Roteiros nacionais, incluindo a componente dos recém-nascidos (Figura 11), 17 integraram a componente da saúde materna e neonatal nos seus planos operacionais de distrito, elevando para 25 o número total de países com planos distritais de saúde materna e neonatal.⁸¹

FIGURA 11: ESTADO DA ELABORAÇÃO DO ROTEIRO NA REGIÃO AFRICANA, DEZEMBRO DE 2009



Fonte: OMS/AFRO DRH base de dados de 2009

90. Entre os factores que contribuíram para a disponibilidade e o acesso a profissionais de saúde qualificados e competentes de cuidados às mães e aos recém-nascidos, contam-se a implementação do Roteiro, a formação de parcerias, advocacia, elaboração de orientações e a formação na área dos Cuidados Obstétricos e Pediátricos de Emergência (EmONC). No final do biénio, com o apoio da OMS e outros parceiros, 28 (61%)⁸² dos 46 Estados-Membros tiveram, pelo menos, 50% dos partos assistidos por pessoal competente, em comparação com 21 (46%) países, no início do biénio.

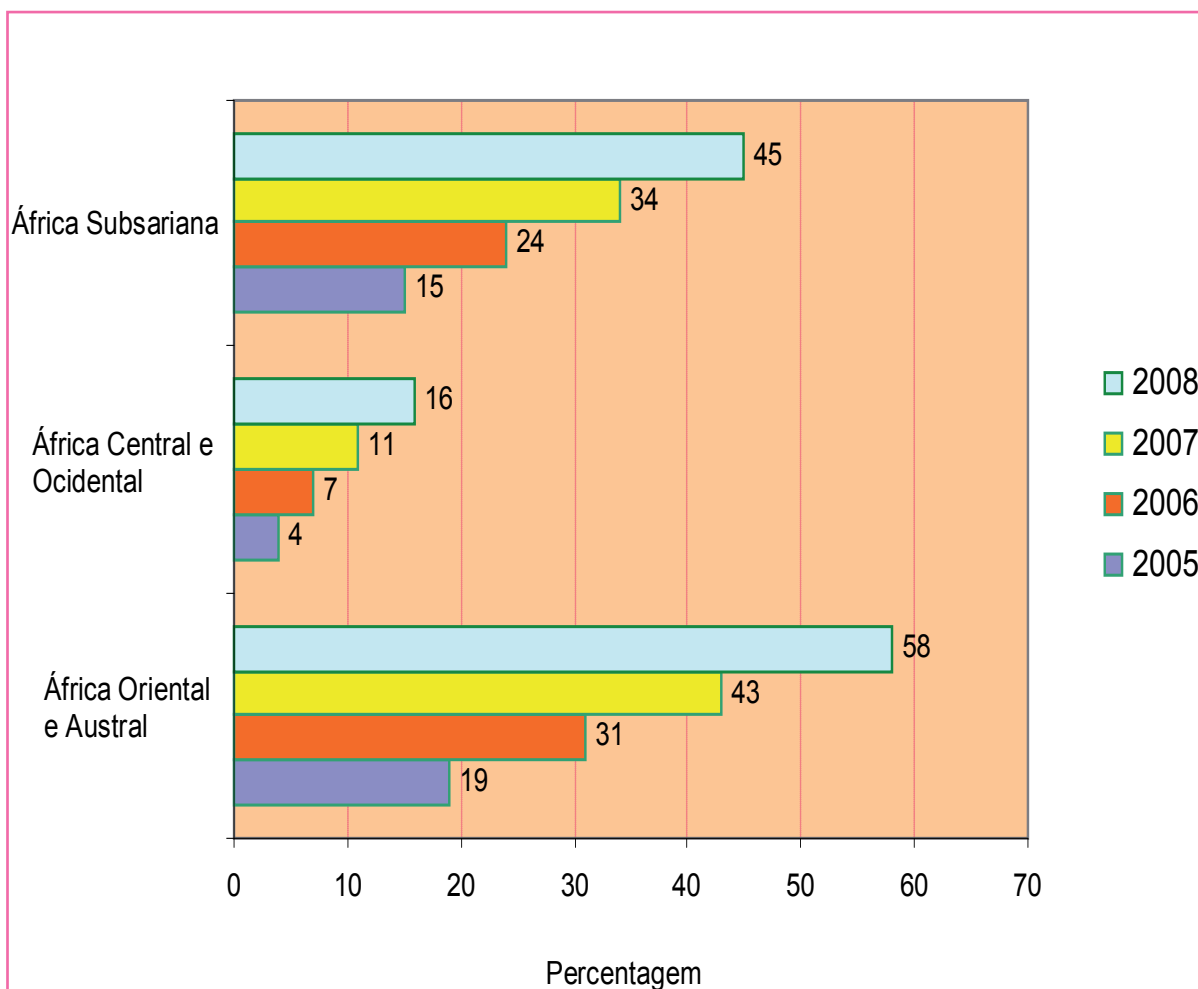
91. A avaliação das necessidades em Cuidados Obstétricos e Neonatais de Emergência (EmONC) e o Mapeamento da Disponibilidade de Serviços de Saúde Materna e Neonatal foram efectuados em seis países⁸³ e introduzidos em outros 15⁸⁴. Os resultados foram usados na advocacia de mais recursos e no desenvolvimento de estratégias para colmatar as falhas existentes. Foi realizada em 24 países⁸⁵ formação inicial e em serviço na área dos EmONC.

92. Foi institucionalizada em 27 países⁸⁶ a Análise dos Óbitos Maternos e Perinatais. Dezassete países⁸⁷ melhoraram as competências do pessoal de saúde em cuidados essenciais ao recém-nascido, utilizando materiais didácticos da OMS. Graças à advocacia, treze países⁸⁸ removeram as barreiras financeiras aos EmONC. Em colaboração com os parceiros, foram elaborados e publicados instrumentos e orientações de saúde materno-infantil.⁸⁹ Estes incluem o Quadro de intervenções integradas de promoção da saúde a nível comunitário de apoio aos programas prioritários da OMS; e um guia de recomendações para a prática clínica dos cuidados obstétricos e neonatais de emergência (RPC), assim como materiais de formação para cuidados domiciliários aos recém-nascidos para os agentes comunitários de saúde.

93. A União Africana (UA), em colaboração com a OMS, lançou a Campanha para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna (CARMMA), na quinquagésima nona sessão do Comité Regional. Esta campanha foi a seguir lançada em sete países.⁹⁰

94. Em 34 países⁹¹ da Região, foram implementados planos de prevenção abrangente e acelerada da transmissão vertical do VIH(PTVV), o que contribuiu para melhorar o recurso aos serviços. A cobertura dos servilios de PTVV continuou a aumentar durante o biénio, com 45% das grávidas com VIH na Região a receberem regimes de tratamento antirretroviral, para prevenir a transmissão do VIH aos fetos ou aos bebés. Isto contrasta com apenas 15% em 2005, conforme mostra a Figura 12. Os progressos foram realizados, sobretudo na África Oriental e Austral, que têm o índice mais elevado de prevalência de VIH na Região.

FIGURA 12: TENDÊNCIAS DA PERCENTAGEM DE MULHERES INFECTADAS PELO VIH QUE RECEBERAM ARV PARA A PTVV, ENTRE 2005 E 2008



Fonte: OMS, ONUSIDA e UNICEF. Towards Universal Access — Scaling up priority VIH/AIDS interventions in the health sector, Progress Report 2009.

95. A OMS ajudou 11 países⁹² na implementação de iniciativas comunitárias para aumentar a participação na saúde materna, neonatal e infantil (MNCH). Um terço dos países da Região tem políticas e/ou planos para melhorar a participação comunitária.

96. Como resposta à Resolução AFR/RC58/R1 do Comité Regional sobre Saúde das Mulheres na Região Africana da OMS: um Apelo à Acção, foi criada a Comissão de Saúde da Mulher na Região Africana, destinada a gerar evidências sobre os principais factores que influenciam o actual estado de saúde das mulheres na Região Africana da OMS e a recomendar acções, numa perspectiva política, socioeconómica, cultural e dos sistemas de saúde, para melhorar a saúde das mulheres e, em particular, reduzir os inaceitavelmente elevados níveis de óbitos maternos na Região. Essa Comissão é um

órgão multidisciplinar, constituído por personalidades políticas de alto nível, incluindo parlamentares, um representante da União Africana e um grupo de peritos em várias disciplinas.

97. Os Directores de Programas do Escritório Regional e os pontos focais da Saúde Materna e Infantil de 44 países receberam orientações sobre as questões do género e a sua integração nos programas de saúde. O Gana e o Quénia receberam apoio para formar capacidades nacionais para essa integração.

98. Uma avaliação intermédia da implementação do plano de acção para acelerar a eliminação da mutilação genital feminina (MGF) até 2015 foi realizada em 12 países⁹³ dos 27 onde a MGF se pratica. O relatório indicava que 11 países têm legislação contra a prática da MGF. Por outro lado, o relatório revela uma tendência descendente na prática da MGF em nove países.

99. No final do biénio, todos os países da Região estavam a implementar os seus programas de Saúde Reprodutiva (RH), com base nos princípios e recomendações contidos na Estratégia de Saúde Reprodutiva da OMS. Oito países⁹⁴ reviram as suas políticas e planos estratégicos de Saúde Reprodutiva, alinhando-os com a nova meta ODM 5b sobre o acesso universal à Saúde Reprodutiva e com os princípios derivados da estratégia mundial da saúde reprodutiva, adoptados pelos Estados-Membros da OMS.

100. Realizou-se uma sessão de informação sobre o uso do conjunto de instrumentos para a advocacia do planeamento familiar (FP) destinada a peritos de 17 países⁹⁵ e deu-se apoio financeiro a nove países⁹⁶ para que implementassem actividades de advocacia, destinadas a reposicionar o planeamento familiar de acordo com a resolução do Comité Regional sobre o reposicionamento do planeamento familiar nos serviços de saúde reprodutiva.⁹⁷

101. Peritos de 26 países⁹⁸ receberam orientações sobre: o quadro de implementação da estratégia mundial da saúde sexual e reprodutiva; a monitorização a nível nacional da consecução do acesso universal à saúde reprodutiva, incluindo considerações de ordem conceptual e prática e indicadores conexos; e revisão e adaptação das normas e orientações técnicas sobre saúde reprodutiva e planeamento familiar. Doze países⁹⁹ receberam apoio para reverem as suas orientações e oito países¹⁰⁰ actualizaram essas orientações. Peritos de 10 países¹⁰¹ participaram numa acção sobre Formação de Formadores para a detecção e tratamento precoces de condições pré-cancerígenas e cancro do colo do útero. Essa acção realizou-se em Libreville, em 2009.

102. Apesar dos esforços desenvolvidos pelos Estados-Membros para melhorar a sobrevivência das mães e das crianças na Região, apenas seis países¹⁰² estão no bom caminho para atingirem o ODM4 e nenhum país está a caminho de atingir o ODM5 até ao ano 2015. A menos de 5 anos da meta dos ODM, do que precisamos agora não são necessariamente novos conhecimentos científicos, mas de um novo compromisso para dar prioridade, afectar recursos e acelerar os esforços de redução da mortalidade materna e infantil nos países da Região Africana.

4.5 OE5: SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, CATÁSTROFES, CRISES E CONFLITOS

103. Como parte da implementação da Resolução WHA59.22 da Assembleia Mundial da Saúde, as actividades centraram-se no reforço das capacidades dos Estados-Membros para se prepararem e darem resposta adequada às situações de emergência e eventos de saúde pública, a fim de minimizar as consequências e os impactos relacionados com a saúde. Entre elas incluíram-se a elaboração de planos de contingência, a criação de unidades de emergência, o armazenamento de stocks de emergência e o reforço de capacidades aos níveis dos distritos e das comunidades, através da formação.

104. Durante o biénio, 11 países¹⁰³ receberam apoio para elaborarem planos nacionais de preparação para as situações de emergência que abrangessem várias ameaças. Cinco países¹⁰⁴ elaboraram estratégias de recuperação da saúde. No final do biénio, a abordagem dos serviços agregados, um dos três principais pilares da reforma humanitária, estava a ser implementada em 13 países¹⁰⁵ com a OMS como líder dos serviços agregados de saúde e com coordenadores a tempo integral afectados ao Chade, República Democrática do Congo e Zimbabwe. Por outro lado, nos países com situações de emergência, a OMS foi a agência líder na resposta às questões de saúde.

105. Os prazos de entrega dos kits de emergência foram reduzidos, através do uso de um depósito de material humanitário em Acra, no Gana, e de um mecanismo de compras nos serviços de Acção nas Crises do Departamento da Saúde (HAC) da Sede da OMS, em Genebra. Dois cursos regionais do HELP, em inglês e francês, receberam apoio e foram usados para aumentar as capacidades nacionais de prestação de uma resposta rápida.

106. As capacidades da OMS para ajudar os Estados-Membros a prepararem-se e a darem resposta às situações de emergência, no contexto da reforma humanitária, foram reforçadas através da presença no terreno, em 20 países e em localizações subnacionais, em quatro países¹⁰⁶. O reforço do apoio técnico e operacional foi ainda mais consolidado nas três Equipas de Apoio Interpaíses e no Escritório Regional.

107. Quase todos os países tiveram de enfrentar situações de emergência, incluindo cheias, crises alimentares, conflitos e surtos de doenças durante o biénio. Os Estados-Membros conseguiram dar uma resposta inicial a várias situações de emergência num período de 48 horas. Os progressos feitos nos países foram conseguidos com o apoio da plataforma regional, criada para aumentar as capacidades de resposta rápida durante as situações de emergência. Assim, além do apoio técnico aos Estados-Membros, foram reforçadas as capacidades para a avaliação das necessidades, planeamento e implementação de acções de transição e de recuperação em situações de pós-conflito e pós-catástrofe.

108. Iniciaram-se parcerias com a Estratégia Internacional das Nações Unidas para a Redução do Risco de Catástrofes (UNISDR), grupos humanitários regionais, como a OCHA, em Dacar, Joanesburgo, Nairobi e ONG (Merlin, Save the Children Fund). A presença estratégica e a participação da OMS nas reuniões mensais e *ad hoc* das Equipas de Directores Regionais (RDT) em Joanesburgo, Nairobi e Dacar melhoraram consideravelmente o apoio conjunto aos países em situações de emergência. O desempenho da Região na utilização dos fundos disponíveis aumentou significativamente, reduzindo a percentagem de fundos para projectos com prazo expirado, de 40%, em 2006-2007, para 2% no biénio em análise.

4.6 OE6: FACTORES DE RISCO PARA OS PROBLEMAS DE SAÚDE

109. Durante o biénio, deu-se especial atenção ao apoio aos países, para que implementassem estratégias de promoção da saúde, abordando factores de risco como o sexo não seguro, a inactividade física, as dietas não saudáveis, o tabagismo e o abuso de álcool e de outras substâncias psicoactivas, através de intervenções abrangentes. As actividades incluíam a advocacia para o uso de estratégias de promoção da saúde, destinadas a melhorar a saúde e prevenir as doenças, a formação de capacidades para o reforço das políticas, os mecanismos e intervenções de promoção da saúde e a integração de componentes de promoção da saúde nas intervenções e programas dos sectores externos à saúde.

110. A sétima Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde realizou-se em Nairobi, no Quênia, de 26 a 30 de Outubro de 2009. Esta foi a primeira conferência mundial sobre promoção da saúde realizada na Região Africana. O tema da conferência foi "Promoção da saúde e do desenvolvimento: colmatar as lacunas na implementação". O principal resultado da Conferência foi o Apelo de Nairobi à Acção, para colmatar as lacunas na implementação, através da promoção da saúde. O Apelo de Nairobi à Acção insta os Estados-Membros, a OMS e os parceiros a integrarem a promoção da saúde em todos os sectores, grupos populacionais e questões específicas das doenças, usando a abordagem dos cuidados de saúde primários (CSP), para, colectivamente, agir sobre os determinantes sociais da saúde.

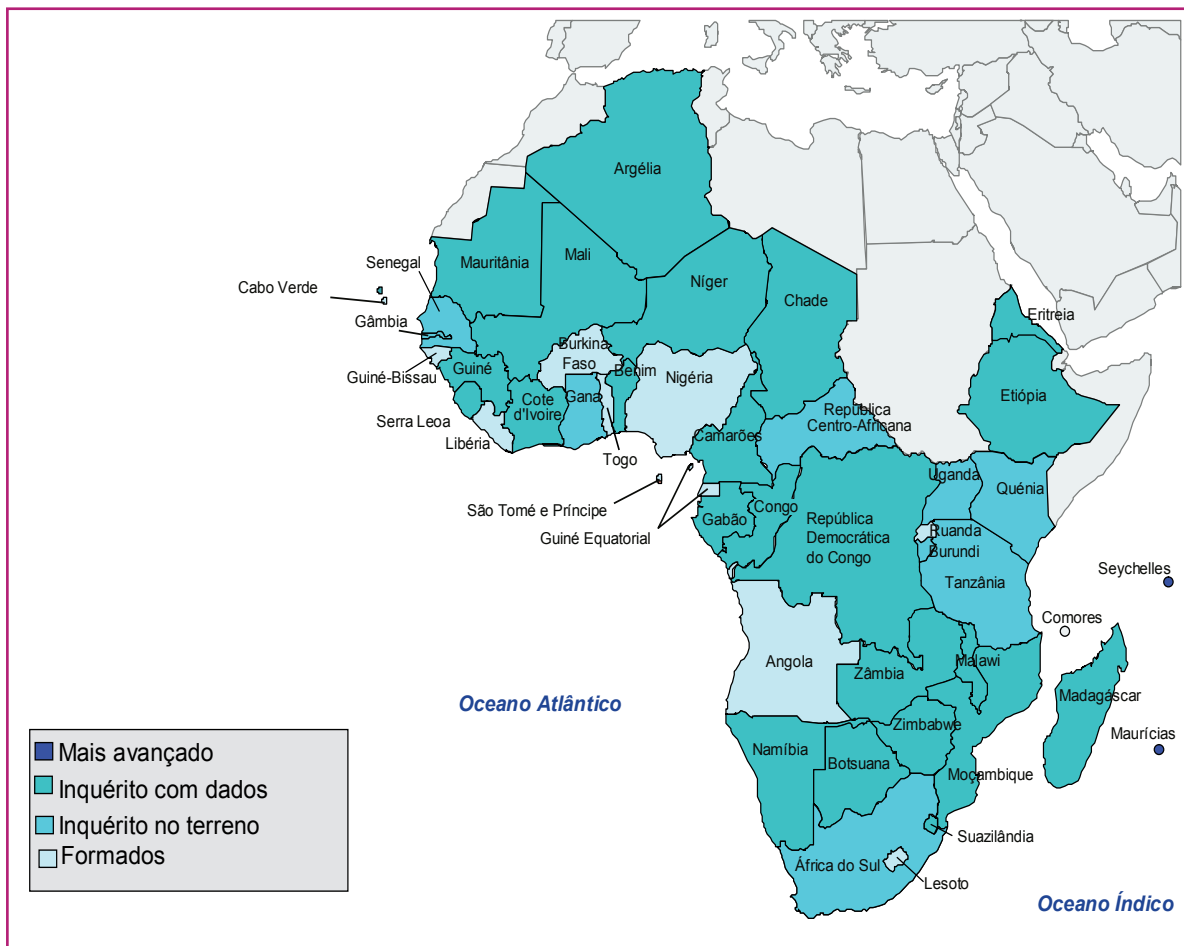
111. Equipas multisectorais de 16 países receberam formação em competências para o desenvolvimento de intervenções integradas e baseadas na promoção da saúde, com a finalidade de prevenir as doenças não transmissíveis. Isso fez-se através de sessões de formação participativas, realizadas no Benim e Uganda. Dezanove países receberam apoio para implementarem a prevenção integrada das doenças não transmissíveis, usando abordagens e métodos de promoção da saúde. Oito países¹⁰⁷ iniciaram actividades de prevenção das doenças não transmissíveis, com uma significativa participação comunitária.

112. No final do biénio, 21 países da Região tinham aprovado ou redigido políticas e/ou estratégias de promoção da saúde. Estes países criaram equipas multisectorais para a promoção da saúde. Participantes de vinte e nove países receberam formação sobre o uso eficaz das metodologias de promoção da saúde. Onze países elaboraram estratégias de saúde nas escolas e adaptaram as orientações regionais da OMS sobre escolas promotoras da saúde, tendo iniciado actividades de promoção da saúde nas escolas.

113. A parceria com a Education International (EI) e o Education Development Center (EDC), destinada a abordar o VIH/SIDA nas escolas, foi reforçada, através da implementação do programa de Educação para Todos e prevenção do VIH/SIDA (EFAIDS). Constituiu-se um consórcio para a prevenção e controlo das doenças não transmissíveis na África Subsariana, a que se associaram várias organizações. Esse consórcio procura abordar questões de programas e políticas relacionadas com a prevenção e controlo das doenças não transmissíveis, para reduzir os casos de falta de saúde e morte prematura, assim como melhorar a saúde e a qualidade de vida das populações da África Subsariana.

114. Vinte e seis Estados-Membros receberam apoio para realizarem inquéritos sobre a Abordagem por Etapas à Vigilância dos Factores de Risco (STEP). Os resultados disponibilizados por 18 países (Figura 13), revelaram que o nível dos factores de risco é elevado na maioria desses países. Na sequência desses inquéritos, países como o Benim, Botsuana, Cabo Verde e Mauritânia, organizaram acções de formação nacionais, para elaborar ou actualizar os seus planos de acção sobre doenças não transmissíveis, incidindo especialmente sobre a prevenção primária. Deu-se apoio à Mauritânia e a Moçambique, para que elaborassem os seus planos de acção sobre as doenças não transmissíveis.

FIGURA 13: ESTADO DA IMPLEMENTAÇÃO DOS INQUÉRITOS STEPS, NOVEMBRO DE 2009

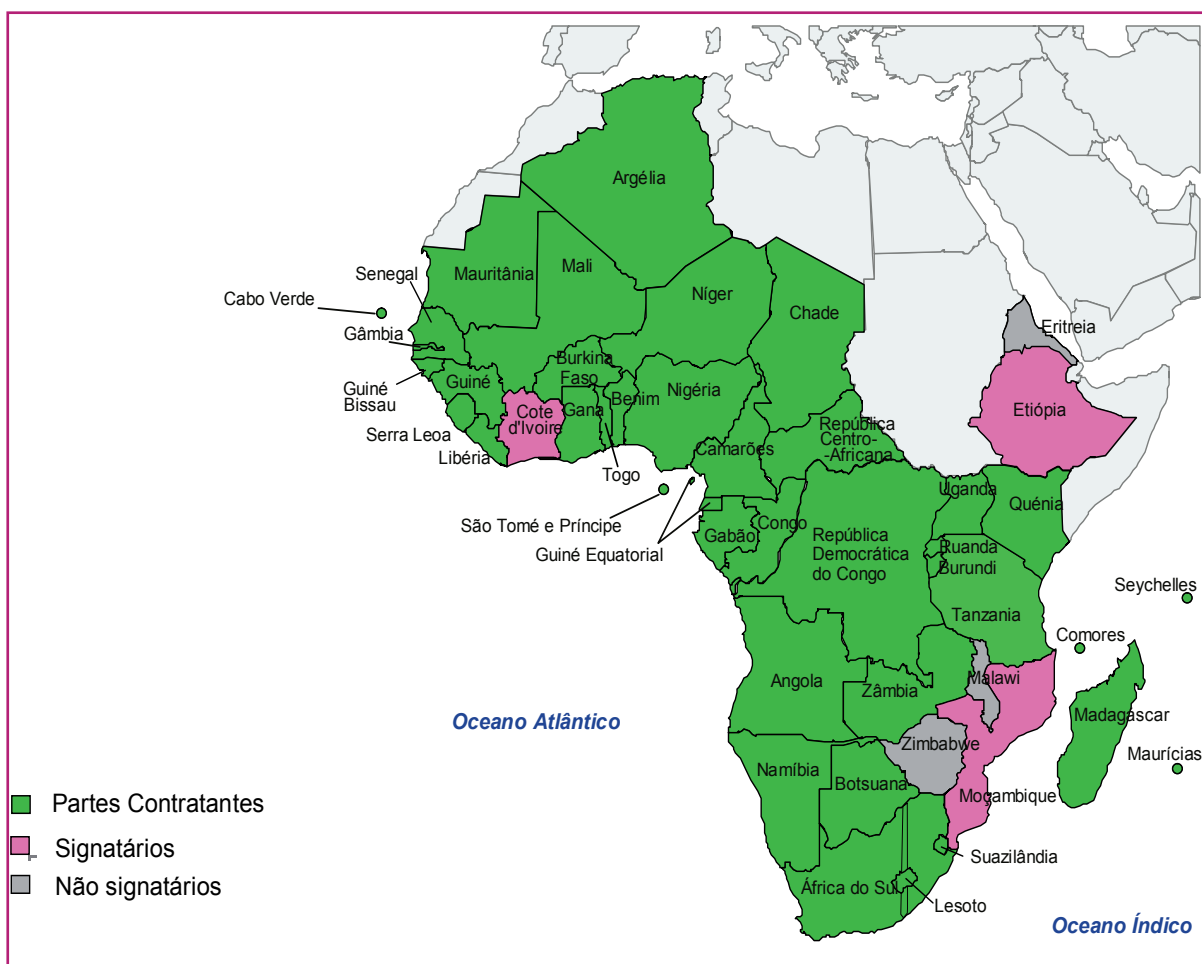


Fonte: Base de dados STEPS da AFRO.

115. Durante o biénio, aumentaram os conhecimentos dos Estados-Membros sobre a implementação da Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica da OMS (FCTC) e sobre o processo de adesão à FCTC. O "Dia Mundial sem Tabaco" foi usado para aumentar os

conhecimentos sobre o tabaco, enviando materiais informativos aos países, para que estes os distribuíssem aos meios de comunicação social. A terceira sessão da Conferência das Partes da FCTC realizou-se em Durban, na África do Sul, em Novembro de 2008, tendo sido adoptadas orientações abrangentes sobre as políticas de saúde pública, embalagens e rótulos do tabaco e proibição da sua publicidade. Discutiram-se alternativas economicamente sustentáveis à plantação de tabaco e as questões da dependência e abandono do tabaco. Cinco países ratificaram ou aderiram à FCTC e outros dois iniciaram passos para se tornarem partes no processo. Em Dezembro de 2009, quarenta países tinham ratificado a FCTC (Figura 14).

FIGURA 14: ESTADO DA RATIFICAÇÃO DA FCTC NA REGIÃO AFRICANA



Fonte: WHO Report on the global tobacco epidemic, 2009

116. No final do biénio, todos os 46 Estados-Membros tinham pontos focais para a luta antitabágica. Deu-se apoio técnico e financeiro a 22 países para a elaboração de legislação e de planos nacionais de acção para a luta antitabágica.

117. As capacidades dos Estados-Membros para a vigilância e investigação foram reforçadas durante o biénio. Vinte e cinco países receberam apoio para realizarem o Inquérito Mundial sobre o Uso do Tabaco entre os Jovens e 38 países receberam ajuda para a análise dos dados. No final do biénio, quarenta e três países dispunham de dados sobre o uso do tabaco entre os jovens.

118. Todos os Estados-Membros contribuíram para a preparação e conclusão da segunda ronda do Relatório Mundial sobre a Luta Antitabágica. Quarenta e dois países receberam formação sobre o uso dos dados, para avaliarem e reverem as suas políticas e estratégias de luta contra o tabaco, a fim de melhorarem a implementação dos seus programas.

119. Durante o biénio, foram recolhidos na Região dados sobre a política e legislação relacionadas com o álcool, o seu abastecimento e consumo, bem como informação sobre os indicadores da saúde (mortalidade e morbilidade, consequências sociais e tratamento). Quarenta e seis países da Região Africana participaram no inquérito e validaram os dados, que foram posteriormente usados para preparar os perfis dos países sobre a situação do consumo e dos prejuízos causados pelo álcool na Região. As duas principais características que descrevem os padrões do consumo de álcool na Região são o elevado nível de abstenção e o elevado volume de consumo pelas pessoas que bebem. Além disso, o processo demonstrou que, embora os dados da vigilância dos Estados-Membros forneçam alguma informação sobre o impacto do uso nocivo do álcool na Região, em muitos países não existe uma vigilância sistemática nem sistemas de registo sobre a produção, consumo e danos causados pelo álcool.

120. Deu-se apoio técnico à elaboração de políticas de base factual sobre o álcool no Botsuana, Gana e Namíbia. Cabo Verde e Gana elaboraram os seus planos nacionais para integrar a detecção precoce das pessoas em risco de uso nocivo do álcool e outros medicamentos nos cuidados de saúde primários. Os pontos focais das Representações da OMS e das unidades dos ministérios da saúde de nove países¹⁰⁸ participaram numa sessão informativa sobre Testes de Rastreio do Envolvimento com Álcool, Tabaco e Substâncias Psicoactivas (ASSIST), num curso de formação sobre doenças não transmissíveis, realizado no IRSP, Ouidah, Benim. Uma consulta regional sobre a estratégia mundial para reduzir o uso nocivo do álcool reuniu participantes de 43 países, em Brazzaville, em

Março de 2009, e ajudou a recolher o contributo dos Estados-Membros para a redacção da estratégia regional sobre o uso nocivo do álcool, a submeter à apreciação e aprovação da sexagésima sessão do Comité Regional.

121. A OMS, em colaboração com a Education International (EI), uma união internacional de professores, aprovou a formulação e implementação de actividades de promoção da saúde baseadas nas escolas, para a prevenção e controlo do VIH/SIDA. As actividades baseadas na escola foram depois alargadas, de modo a abordarem igualmente a prevenção e o uso de substâncias como o álcool e o tabaco e a promoverem a actividade física entre os alunos das escolas. Na Libéria e na Serra Leoa, foi dada formação a professores sobre os métodos instrutivos de transmitir conteúdos e competências sobre a prevenção e controlo do VIH/SIDA, tabaco, álcool e abuso de outras substâncias. Foram efectuadas missões de monitorização conjunta pela OMS e a EI ao Botsuana e Zimbabwe, para avaliarem os progressos e a eficácia na implementação das actividades estabelecidas.

4.7 OE7: DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS DA SAÚDE

122. Durante o biénio, houve a preocupação de prestar apoio aos Estados-Membros para a implementação da Resolução WHA62.14, da Assembleia Mundial da Saúde, sobre a redução das desigualdades na saúde, através da acção sobre os determinantes sociais da saúde, no quadro do Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Isso incluía esforços destinados a garantir que as políticas e planos de trabalho do sector da saúde e de sectores prioritários externos à saúde, como a agricultura, energia, educação, finanças e transportes, abordassem a igualdade dos géneros, os direitos humanos e a equidade na sua concepção e implementação.

123. Os Estados-Membros foram sensibilizados para a necessidade de acções intersectoriais em prol da saúde, através da distribuição de literatura e cartazes sobre direitos humanos e acções intersectoriais para a saúde. O Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, que foi publicado durante o biénio, foi distribuído aos Estados-Membros. Esse relatório destaca as acções necessárias e apresenta exemplos de acções de eficácia comprovada para a melhoria da saúde e da equidade na saúde nos países, a todos os níveis do desenvolvimento socioeconómico.

124. Em Dar-es-Salaam, na Tanzânia, realizou-se, de 22 a 23 de Abril de 2009, uma acção de formação regional que reuniu participantes de diversas áreas e seleccionados de oito países da Região¹⁰⁹ e outros. A finalidade dessa acção foi consolidar as experiências

adquiridas até ao momento na operacionalização dos princípios dos direitos humanos na prática da saúde, estudar os instrumentos disponíveis e as metodologias em uso e os futuros desafios. A acção, cujos resultados incluíam estudantes do curso *online* sobre saúde e direitos humanos oferecido pela OMS, em colaboração com a InWent, da Alemanha, partilhou experiências e apresentou sugestões sobre o modo como o curso pode ser aperfeiçoado e disponibilizado a outras pessoas.

125. A OMS organizou uma acção de formação sobre reforço de capacidades no domínio da análise da equidade na saúde e dos cuidados de saúde em Joanesburgo, na África do Sul, de 28 de Setembro a 2 de Outubro de 2009. Sete países¹¹⁰ participaram nessa acção. Foi dispensado apoio a Angola e ao Chade, para desenvolverem capacidades destinadas a abordar os determinantes sociais da saúde; à Guiné, para melhorar a recolha de dados; à Guiné Equatorial, Gâmbia e Malawi, para a monitorização e avaliação; e à Argélia e Burkina Faso, para abordarem as questões éticas. Por outro lado, o Malawi recebeu apoio para formar 18 participantes do ministério da saúde em análise da equidade na saúde e cuidados de saúde. As Seychelles receberam apoio para redigir uma legislação que regulamente a investigação sobre células estaminais e para formar capacidades que possam estudar as questões éticas envolvidas.

126. Com o apoio da OMS, quatro países¹¹¹ elaboraram planos para que o ministério da saúde e o governo em geral atribuam prioridade aos determinantes sociais da saúde, destacando uma abordagem de todo o governo à colaboração intersectorial. Moçambique iniciou o processo de criar uma Comissão Nacional para os Determinantes Sociais da Saúde. A Argélia, Burkina Faso e Quênia reforçaram a integração do género e dos direitos humanos nas abordagens operacionais do sector da saúde, enquanto, no Uganda, se realizou um estudo sobre a saúde e os direitos humanos, como parte da revisão intercalar do plano estratégico do sector da saúde.

127. Oito países¹¹² prepararam planos para conduzir estudos-piloto sobre a sua situação, relativamente aos determinantes sociais da saúde, incluindo a avaliação das necessidades, para inspirar a concepção de estratégias destinadas a agir sobre esses determinantes, e orientar o planeamento e a afectação de recursos.

128. A OMS apoiou os países que participam na parceria dos ODM da OMS/CE e no projecto da OMS/Luxemburgo, para finalizar a Fase I, trabalhar e apresentar relatórios de progressos e preparar planos de trabalho para a Fase II. Os projectos abordavam vários aspectos do reforço do sistema de saúde, com a finalidade de se atingirem os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

4.8 OE8: AMBIENTE MAIS SAUDÁVEL

129. O essencial da acção da OMS foi ajudar os países a elaborarem políticas e estratégias sobre saúde ambiental, criar ou reforçar estruturas apropriadas para os serviços de saúde ambiental, melhorar as capacidades dos recursos humanos em saúde ambiental nos ministérios da saúde e promover a colaboração e as parcerias no sector da saúde.

130. Uma conferência marcante, a Primeira Conferência Interministerial sobre Saúde e Ambiente, foi organizada conjuntamente pela OMS e o PNUA, tendo sido patrocinada pelo Governo do Gabão, em Agosto de 2008. A Conferência adoptou a Declaração de Libreville sobre Saúde e Ambiente em África, comprometendo os governos dos Estados-Membros com a implementação de 11 acções prioritárias¹¹³ incluindo a criação de uma aliança estratégica para a saúde e ambiente, destinada a enfrentar os desafios da saúde e do ambiente em África.

131. Na sequência da Conferência Interministerial sobre Saúde e Ambiente, a OMS e o PNUA convocaram conjuntamente a Primeira Reunião de Parceiros da Aliança Estratégica para a Saúde e Ambiente, em Windhoek, na Namíbia, em Fevereiro de 2009. Os parceiros emitiram o "Comunicado de Parceiros de Windhoek sobre a implementação da Declaração de Libreville sobre Saúde e Ambiente em África". Nesse comunicado, os parceiros comprometeram-se a dar o seu apoio à criação da Aliança Estratégica para a Saúde e Ambiente e a promover o rápido início de uma Análise da Situação e Avaliação das Necessidades Nacionais (SANA), com vista à preparação de planos nacionais para uma acção conjunta. Foi adoptado um roteiro descrevendo o processo e as principais etapas de implementação da Declaração de Libreville, aos níveis nacional e internacional.

132. Criou-se uma Equipa de Acção Conjunta para coordenar a implementação da Declaração de Libreville aos níveis nacional e internacional. Essa Equipa de Acção elaborou orientações para a realização de uma análise da situação e de uma avaliação das necessidades (SANA). Essas orientações foram testadas no Gabão e Quênia e finalizadas e distribuídas aos países para as poderem usar. A Equipa de Acção Conjunta preparou igualmente orientações para a elaboração de planos nacionais de acção conjunta, assim como um programa informático para o tratamento da informação sobre a relação entre saúde e ambiente. No final de 2009, com o apoio técnico e financeiro da OMS, 10 países tinham iniciado o processo de elaboração de planos nacionais de acção conjunta sobre saúde e ambiente.

133. A OMS e a UNICEF deram continuidade à sua colaboração no Programa Conjunto de Monitorização sobre o acesso à água potável e saneamento. Um relatório conjunto, emitido durante o biénio, revelou que, em 2006, apenas 58% da população total da África Subsariana tinha acesso a melhores fontes de água potável, existindo uma grande disparidade entre as áreas urbanas (81%) e as áreas rurais (46%). O relatório revelou também que apenas 31% da população tinha acesso a um melhor saneamento e que existia uma diferença significativa entre as áreas urbanas (42%) e as áreas rurais (24%).¹¹⁴

134. Em conformidade com a Resolução WHA61.19 da Assembleia Mundial da Saúde sobre alterações climáticas e saúde, o Escritório Regional organizou uma consulta regional, com a finalidade de se elaborar um quadro de acção para proteger a saúde das pessoas contra as variações e alterações climáticas em África. O quadro incidia sobre quatro áreas principais: i) aumento da sensibilização para colocar as preocupações com a saúde no centro da acção nacional, regional e internacional sobre variações e alterações climáticas; ii) implementação de estratégias adaptativas para minimizar o impacto das variações e alterações climáticas sobre a saúde das populações; iii) envolvimento do sector da saúde na elaboração de estratégias, a fim de proteger e promover a saúde, através de acções desenvolvidas por outros sectores; iv) reforço das capacidades institucionais dos sistemas de saúde pública, para fornecer orientação e liderança no que diz respeito à protecção da saúde contra as alterações climáticas.

135. Em colaboração com a Organização Meteorológica Mundial, a OMS organizou uma consulta regional para criar uma agenda sobre as alterações climáticas e a saúde em África. O relatório desta consulta serviu como contributo da Região para a preparação do Plano de Acção Mundial sobre Alterações Climáticas.

136. A OMS reforçou a sua cooperação com alguns países em áreas técnicas essenciais. A gestão dos desperdícios dos cuidados de saúde recebeu especial atenção através de um projecto financiado pela GAVI, que foi implementado em 36 países. Foi prestado apoio técnico a todos os países com paludismo endémico para um controlo eficaz dos vectores, no contexto da gestão integrada dos vectores, com o intuito de reforçar as intervenções de controlo dos vectores na luta contra o paludismo e outras doenças tropicais negligenciadas. A OMS celebrou parcerias com o PNUA, UNITAR, Secretariado da SAICM e Secretariado da Convenção de Estocolmo, para a implementação conjunta de iniciativas e programas destinados a reforçar a gestão de substâncias químicas na Região. A OMS também celebrou uma parceria com a OIT para implementarem o Plano de Acção Mundial para a Saúde e a Segurança no Trabalho.

4.9 OE9: NUTRIÇÃO, SEGURANÇA E SUFICIÊNCIA ALIMENTAR

137. As abordagens adoptadas nesta área incluem o apoio aos Estados-Membros no reforço da vigilância da nutrição e segurança alimentar, na criação ou actualização dos planos e políticas de nutrição, assim como da legislação, políticas e planos para a segurança alimentar, que se baseiem numa avaliação científica dos riscos, ao longo de toda a cadeia do frio, que integrem temas de segurança alimentar nos programas educativos para os consumidores, e que participem activamente no trabalho da Comissão do Codex Alimentarius.

138. Durante o biénio, cinco países¹¹⁵ incluíram a nutrição, a segurança e a suficiência alimentar nas novas abordagens transectoriais e nos Documentos da Estratégia para a Redução da Pobreza. Foram elaboradas orientações para incluir a segurança alimentar, a nutrição e a suficiência alimentar nos Documentos da Estratégia para a Redução da Pobreza. O Escritório Regional contribuiu para a tarefa do Grupo de Trabalho da Nutrição e Segurança Alimentar (FSNWG). Os ministros e outros importantes intervenientes foram sensibilizados para a crise alimentar mundial através de uma nota informativa.

139. O Escritório Regional participou em reuniões de alto nível com a UA/NEPAD, FAO, UNICEF, a Sede da OMS, OCHA, CILSS e WAHO, tendo reforçado as parcerias com a articulação da posição da OMS no âmbito da gestão dos problemas nutricionais e definido com clareza a colaboração com os diferentes parceiros. O Escritório Regional contribuiu para a revisão intercalar da Nutrição, efectuada pela Organização de Saúde da África Ocidental e para a Aliança Regional da África Ocidental REACH/ Nutrição dos Lactentes e das Crianças Pequenas. O Ruanda organizou um congresso nacional sobre nutrição, em conjunto com a UNICEF.

140. Na quinquagésima oitava sessão do Comité Regional foram adoptadas medidas para uma iodização do sal sustentada, a fim de lutar contra as deficiências em iodo. Cinco países¹¹⁶ prepararam planos estratégicos e sustentaram diálogos a nível nacional para resolver os distúrbios por deficiência de iodo. O Gana, Quênia e Tanzânia levaram a cabo actividades destinadas à prevenção e controlo da anemia por deficiência de ferro e deficiência em vitamina A.

141. Finalizaram-se, em conjunto com a FAO, materiais de formação sobre cuidados e apoio à nutrição para as pessoas que vivem com o VIH. O Escritório Regional trabalhou, juntamente com a UNICEF, a Agência Técnica para a Alimentação e Nutrição (FANTA/

USAID) e a Valid International, para preparar materiais de formação sobre tratamento da má nutrição aguda em serviços ambulatoriais. Deram-se contribuições para a organização da nutrição em cursos de formação sobre situações de emergência e para a revisão do conjunto de instrumentos mundiais para as emergências. Elaboraram-se orientações sobre cuidados nutricionais integrados para as crianças infectadas pelo VIH, tendo essas orientações sido testadas no terreno no Malawi e África do Sul; no Quênia foi formulada uma estratégia de comunicação sobre a alimentação apropriada dos bebés infectados pelo VIH. O Gana adaptou a Estratégia da Dieta e Actividade Física (DPAS) e o Benim e a Eritreia incluíram a DPAS nos programas escolares de educação para a saúde.

142. Uma acção de formação regional sobre Tratamento Integrado da Má Nutrição Aguda (IMAM) foi organizada para a África do Sul, Suazilândia, Zâmbia e Zimbabwe, além da formação de formadores nacionais em sete países.¹¹⁷ Por outro lado, a OMS colaborou com a UNICEF para prestar apoio à Namíbia, na organização de um curso de formação em IMAM, para 20 trabalhadores da saúde e para o Zimbabwe, para melhorar a formação em IMAM, o uso dos Novos Padrões de Crescimento Infantil da OMS e desenhar um fluxograma para o tratamento de casos agudos de cólera por má nutrição. O Botsuana recebeu apoio para formar 30 participantes em tratamento da má nutrição durante os surtos de diarreia.

143. Sete países¹¹⁸ reforçaram a sua resposta aos problemas nutricionais e seis países¹¹⁹ reforçaram os seus sistemas de vigilância, usando uma análise do panorama e uma revisão. Em 12 países¹²⁰ procedeu-se ao mapeamento do perfil de vigilância da nutrição. A Côte d'Ivoire preparou um plano de acção para o tratamento da má nutrição.

144. Os Novos Padrões de Crescimento Infantil da OMS foram usados em duas sessões de formação regionais, uma no Benim, para os países da África Ocidental, e a outra nos Camarões, para os países da África Central. Quinze países¹²¹ adaptaram os novos padrões de crescimento infantil, elevando para 20 o número total de países que adaptaram esses padrões de crescimento. Procedeu-se ao reforço das capacidades em padrões de crescimento infantil de 13 facilitadores regionais, 64 facilitadores nacionais de 20 países¹²² e 21 facilitadores nacionais de sete países.¹²³

145. Cinco países¹²⁴ elaboraram políticas e estratégias nacionais de nutrição sobre o VIH em Alimentação dos Bebés e Crianças Pequenas (IYCF). Oito países realizaram análises do panorama e reviram as suas estratégias de nutrição e planos de acção.¹²⁵ Seis países¹²⁶ realizaram formação de formadores nacionais em IYCF integrada. Um curso

de aconselhamento no Quênia, Nigéria e Zâmbia documentou as melhores práticas e experiências. Sete países¹²⁷ formaram 150 formadores em melhoria do aconselhamento e apoio à IYCF. O Gana, Nigéria e Zâmbia reviram a implementação da sua estratégia nacional de IYCF. Catorze países¹²⁸ elaboraram planos para acelerar a implementação e monitorização do Código Internacional para a Introdução no Mercado de Substitutos do Leite Materno. Alguns estabelecimentos de saúde foram avaliados e designados como Hospitais Amigos dos Bebés no Malawi e Ruanda e a Iniciativa sobre Nutrição em Escolas Amigas dos Bebés foi implementada no Benim. O Gana, Côte d'Ivoire e Malawi comemoraram a Semana Mundial da Amamentação.

146. A segurança alimentar foi incluída nas orientações para a nutrição nos programas de VIH/SIDA. Prepararam-se orientações para reforçar o controlo dos alimentos a nível nacional, as quais foram testadas no terreno em seis países.¹²⁹ Elaborou-se um manual de formação sobre análise dos riscos de segurança alimentar, o qual foi testado no terreno, envolvendo 34 participantes de oito países.¹³⁰ Prepararam-se orientações regionais sobre vigilância das doenças transmitidas pelos alimentos.

147. A OMS trabalhou com a União Africana e a União Europeia na inspecção dos alimentos e na saúde animal. As autoridades nacionais foram informadas sobre incidentes relacionados com os alimentos, incluindo a contaminação do leite com melamina e deu-se apoio às análises do leite nos laboratórios. Dez países¹³¹ realizaram acções de formação sobre o Ponto de Controlo Crítico da Análise dos Perigos (HACCP) e actividades de inspecção alimentar, incluindo a formação de capacidades, a sensibilização, a adaptação de orientações, a descentralização dos serviços e a avaliação de um matadouro.

148. Em colaboração com os parceiros, organizou-se um seminário regional sobre o trabalho do Codex, nos Camarões, para 40 delegados de sete países. Seis países¹³² receberam apoio para reforçarem as suas Comissões Nacionais do Codex. Foi organizado, em conjunto com a FAO e a Comissão Coordenadora do Codex para a África (CCAFRICA), um curso de formação sobre os requisitos do Codex, referentes às micotoxinas nos alimentos. A CCAFRICA recebeu apoio para organizar a sua reunião bienal e foram-lhe fornecidos recursos para manter o seu *website*. Os países receberam apoio técnico durante a 32.ª sessão da Comissão do *Codex Alimentarius*.

149. Foram organizados cursos sobre vigilância de base laboratorial das doenças de origem alimentar para onze países¹³³ tendo os respectivos laboratórios sido abastecidos com material apropriado. A capacidade dos laboratórios para controlar os alimentos foi reforçada no Botsuana e no Ruanda. Foi dado apoio à investigação de surtos de doenças

de origem alimentar em muitos países, incluindo uma doença do fígado desconhecida na Etiópia, febre tifóide no Malawi, aflatoxicose no Quénia e Salmonelose nas Maurícias. Foi efectuada investigação sobre *Salmonella concord* na Etiópia e *Salmonella Hiduddify* na Nigéria. O Grupo de Trabalho da Cisticercose para a África Oriental e Austral recebeu apoio para desenvolver investigação de intervenção sobre a *Taenia solium* e a África do Sul foi apoiada para efectuar estudos na esfera da segurança microbiológica dos alimentos dos bebés.

150. Dezasseis países¹³⁴ avaliaram os seus programas nacionais de segurança alimentar e cinco países¹³⁵ elaboraram os seus próprios planos. O Quénia, Ruanda e Uganda redigiram políticas e projectos de lei nacionais para a segurança alimentar. A Gâmbia e o Quénia deram formação, respectivamente, sobre procedimentos criminais aos funcionários do controlo da segurança alimentar e sobre Legislação Alimentar às entidades reguladoras dos alimentos. Na Serra Leoa, foram desenvolvidas acções de sensibilização sobre normas e padrões de segurança alimentar e o Malawi procedeu à revisão do seu quadro jurídico da segurança alimentar. Vinte países¹³⁶ expandiram a educação para a segurança alimentar, usando as Cinco Chaves da OMS para uma Alimentação Mais Segura. As mensagens das Cinco Chaves foram adaptadas e traduzidas em línguas locais. Quatro países¹³⁷ organizaram concursos sobre segurança alimentar para os alunos das escolas. Por outro lado, foram criados mercados de alimentos saudáveis em seis países.¹³⁸

4.10 OE10: SERVIÇOS DE SAÚDE

151. O foco das actividades durante o biénio foi o apoio aos países para a implementação da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África e da Declaração de Argel sobre Investigação em Saúde na Região Africana, a fim de melhorar o desempenho dos serviços de saúde, em termos de qualidade, eficácia, eficiência, cobertura e acesso equitativo.

152. Durante o biénio foi renovado o interesse no uso dos cuidados de saúde primários (CSP), como abordagem ao reforço dos sistemas de saúde, para contribuir para a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde. Uma Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde foi organizada com sucesso conjuntamente pela OMS, UNICEF, FNUAP, ONUSIDA, BAD e Banco Mundial, tendo como anfitrião o Governo do Burkina Faso, em Abril de 2008. Essa Conferência adoptou a Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: Melhorar a Saúde em África no Novo Milénio.

A Declaração foi, posteriormente, aprovada pela quinquagésima oitava sessão do Comité Regional, que também aprovou uma resolução a esse respeito.¹³⁹ Um Quadro Genérico para a Implementação da Declaração de Ouagadougou foi adoptado pela quinquagésima nona sessão do Comité Regional, em 2009.

153. Como parte da implementação da Declaração de Ouagadougou, quatro países¹⁴⁰ iniciaram o processo de reforço dos serviços de saúde de base comunitária. Treze países¹⁴¹ reforçaram as capacidades dos seus sistemas distritais de saúde em áreas como o planeamento, a gestão, a integração das actividades, a supervisão e a monitorização e avaliação. Quatro países¹⁴² criaram instrumentos e fizeram a revisão dos seus pacotes essenciais de saúde, para concentrar os escassos recursos em intervenções de elevado impacto, enquanto o Níger formulou uma estratégia de garantia de qualidade.

154. Deu-se apoio aos Estados-Membros para reverem ou elaborarem as suas políticas nacionais de saúde e planos estratégicos nacionais de saúde. Botswana, Eritreia e Malawi elaboraram a sua Política Nacional de Saúde (NHP), elevando para 45 o número de países que elaboraram ou reviram as suas NHP durante os últimos cinco anos. Sete países¹⁴³ receberam apoio para elaborarem ou reverem os seus planos estratégicos nacionais de saúde (NHSP), elevando para um total de 44 o número de países que elaboraram ou reviram os seus NHSP nos últimos cinco anos.

155. Seis países¹⁴⁴ organizaram as suas revisões anuais conjuntas do sector da saúde. As Comores elaboraram um Código de Saúde Pública. O Benim e a República Democrática do Congo realizaram uma auditoria organizacional dos seus ministérios da saúde. O Uganda finalizou o mapeamento dos seus parceiros e elaborou um plano custeado de reforço. O Burundi e o Gana reforçaram a coordenação dos parceiros. Oito países¹⁴⁵ adoptaram o acordo de Pacto, com o apoio da IHP+.

156. Desenvolveram-se significativos esforços para formar capacidades entre os funcionários da OMS e os funcionários principais dos países, de modo a permitir-lhes contribuir eficazmente para o desenvolvimento dos sistemas de saúde. Os profissionais de saúde de nove países¹⁴⁶ receberam formação em diagnóstico dos sistemas de saúde e monitorização do desempenho da saúde. No mesmo contexto, 135 profissionais de saúde nacionais em todos os 17 países abrangidos pela Equipa de Apoio Interpaíses da África Ocidental receberam formação sobre o reforço da monitorização e avaliação dos sistemas de saúde, em três acções de formação realizadas em Abuja, Dacar e Niamey.

157. Numa acção de formação realizada em Lilongwe, no Malawi, seis países¹⁴⁷ partilharam as suas experiências na descentralização dos serviços de saúde. Organizaram-se duas reuniões anuais de planeamento e revisão para os 18 países da África Oriental e Austral, com a finalidade de rever a implementação e facilitar o planeamento integrado. Na quinquagésima nona sessão do Comité Regional, quatro países¹⁴⁸ partilharam as melhores práticas no reforço dos sistemas distritais ou locais de saúde.

158. Dezanove países¹⁴⁹ receberam apoio para a preparação das suas propostas de financiamento para as Rondas 8 e 9 das candidaturas ao Fundo Mundial. Desses 19, 14 países receberam um total de US 256 938 066 e US 391 937 979 para o reforço dos sistemas de saúde, respectivamente, na ronda 8 e na ronda 9¹⁵⁰. Na Ronda 8 os países com sucesso foram (em milhares de dólares americanos): Burkina Faso - 4 085 815; Cote d'Ivoire - 607 145; Eritreia - 14 939 526; Lesoto - 39 684 361; Mauritânia - 3 942 505; Suazilândia- 15 136 443; Tanzânia - 96 794 017; Zimbabwe - 81 748 254. Na Ronda 9 os países com sucesso foram: Benim - 43 711 267; Cote d'Ivoire - 97 590 298; Eritreia - 17 928 527; Guiné - 34 553 455; Senegal - 22 064 454; Tanzânia - 176 089 979.

159. Na área dos recursos humanos para a saúde (HRH), imprimiram-se e distribuíram-se pelos Estados-Membros orientações sobre políticas e planeamento. Oito países¹⁵¹ elaboraram os seus planos estratégicos de recursos humanos para a saúde. Deu-se apoio à elaboração de estratégias e planos de acção de quatro países¹⁵² sobre enfermagem e obstetrícia e à análise da componente de recursos humanos para a saúde da revisão intermédia do sector da saúde da Etiópia.

160. Relativamente ao trabalho sobre o Observatório Africano dos Profissionais de Saúde, produziram-se e divulgaram-se materiais de comunicação, como notas informativas, folhetos, cartazes, desdobráveis e boletins, para fornecer informação para o planeamento e elaboração de políticas de recursos humanos para a saúde. Dez países¹⁵³ receberam apoio para criarem observatórios nacionais de profissionais de saúde. Criou-se um Grupo Directivo do Observatório Africano dos Profissionais de Saúde, destinado a reforçar as parcerias no desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde.

161. A fim de reforçar a gestão dos recursos humanos para a saúde nos países, criaram-se instrumentos para avaliar as capacidades das unidades nacionais de recursos humanos para a saúde. Por outro lado, elaboraram-se e enviaram-se aos países orientações para avaliação dos programas básicos de enfermagem e obstetrícia. Com esses instrumentos, realizou-se em oito países¹⁵⁴ a avaliação dos programas de enfermagem e obstetrícia. Três

países, Congo, Guiné-Bissau e Libéria, receberam apoio, durante o biênio, para avaliarem as capacidades das suas instituições de formação em ciências da saúde, incluindo as escolas médicas. Por outro lado, o Escritório Regional contribuiu para a preparação do Código de Prática do Recrutamento Internacional.

162. As parcerias da agenda dos recursos humanos para a saúde foram reforçadas com as Comunidades Económicas Regionais (REC), a Aliança Mundial dos Profissionais de Saúde (GHWA), a OIT, a IOM e os Centros de Colaboração da OMS. Em colaboração com a Sede da OMS, prepararam-se duas propostas de projectos, que foram apresentadas à UE para financiamento. Esses dois projectos visam o desenvolvimento dos sistemas de informação dos recursos humanos para a saúde nos PALOP¹⁵⁵ e o desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde em geral. Ambos os projectos foram financiados e a sua implementação começou durante o biênio.

163. A capacidade dos países para garantirem um financiamento da saúde sustentável continuou a ser reforçada durante o biênio, tendo-se elaborado orientações regionais para a formulação de políticas de financiamento da saúde. A Gâmbia formulou uma política nacional abrangente de financiamento da saúde. Cabo Verde e Quênia elaboraram estratégias de financiamento da saúde. O Uganda desenhou um Roteiro para formular uma estratégia de financiamento da saúde. O Níger criou uma estratégia para desenvolver fundos de investimento para a saúde. As capacidades para os seguros sociais de saúde foram reforçadas na Etiópia e no Uganda.

164. Um total de 159 pessoas de 26 países¹⁵⁶ recebeu formação em várias acções¹⁵⁷ sobre a metodologia das Contas Nacionais da Saúde (NHA), instrumentos de recolha de dados, recolha e análise de dados e redacção de relatórios. Deu-se apoio técnico a 14 países¹⁵⁸ para efectuarem estudos sobre as NHA e oito desses países¹⁵⁹ apresentaram os seus relatórios de NHA durante o biênio 2008-2009. Setenta e três pessoas de 15 países¹⁶⁰ receberam formação em institucionalização das NHA e catorze desses países¹⁶¹ elaboraram um plano de acção (2010–2013) para a institucionalização e harmonização das NHA nos países da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO). Todos os países que realizaram estudos de NHA normalmente usaram os resultados para vários fins, nomeadamente a elaboração de políticas, planos e PRSP e orientação das reformas do sector da saúde.

165. Para obter dados factuais e informação suficientes sobre o financiamento da saúde na Região, a OMS forneceu apoio para a realização dos seguintes estudos: estudos de viabilidade dos seguros sociais de saúde na Suazilândia e Uganda; análise da situação

institucional e organizacional do financiamento do sistema de saúde no Ruanda; disponibilidade para pagar seguros comunitários de saúde na Nigéria; análise da situação do financiamento da saúde comunitária na Libéria; análise da situação dos fundos de investimento na saúde em Madagáscar; documentação das práticas contratuais da saúde no Burundi, Níger e Ruanda; e análise da eficácia dos estabelecimentos de saúde em quatro países¹⁶² .

166. A informação relevante sobre saúde, os dados factuais e a investigação são fundamentais para inspirar as políticas e estratégias nacionais. A OMS continuou a reforçar a base de dados factuais, aos níveis regional e nacional, dos Estados-Membros. Vinte e quatro países¹⁶³ avaliaram os seus sistemas nacionais de informação sanitária (NHIS), sete¹⁶⁴ finalizaram os seus planos estratégicos para o reforço dos seus NHIS e outros sete¹⁶⁵ começaram a elaborar os seus planos estratégicos. Estes relatórios de avaliação, combinados com a implementação de censos e inquéritos baseados nas populações dos países, foram usados para mapear e produzir perfis dos NHIS. A OMS, em colaboração com a Rede de Metrologia da Saúde, reforçou os NHIS na Etiópia, Serra Leoa e Zâmbia.

167. Em cinco países¹⁶⁶ fez-se uma avaliação do desempenho dos sistemas nacionais de saúde. Fez-se uma acção de formação para reforçar as capacidades de 30 participantes de 20 países em análise dos dados da mortalidade e planeamento para obter dados relacionados com os óbitos maternos durante os recenseamentos nacionais.

168. A criação do Observatório Africano da Saúde foi iniciada durante o biénio. O Observatório inclui uma base de dados integrada, perfis integrados dos países e vários produtos informativos. Foram criados seis grupos de trabalho temáticos, para promover o trabalho em rede e a colaboração e para orientar e apresentar o conteúdo técnico do Observatório. Os grupos de trabalho abrangem: sistemas de saúde; VIH/SIDA, TB e paludismo; doenças transmissíveis; saúde familiar e reprodutiva; doenças crónicas; factores de risco, nutrição, segurança alimentar; e os principais determinantes da saúde. *O Monitor da Saúde em África* foi reconvertido em publicação trimestral e criou-se uma nova gestão e estrutura editorial constituída por um Conselho Editorial, um Grupo Editorial Nuclear e Editores Associados.

169. Em 44 países efectuou-se um mapeamento dos sistemas de investigação em saúde e dos sistemas de gestão dos conhecimentos. Esse mapeamento serviu de base às discussões durante a Conferência Ministerial de Argel sobre Investigação em Saúde na Região Africana, que se realizou em Junho de 2008. A Conferência adoptou a Declaração de Argel, que pretende estreitar o fosso para melhorar a saúde em África.

170. Um Quadro para a implementação da Declaração de Argel foi discutido numa consulta regional, tendo sido posteriormente adoptado pela quinquagésima nona sessão do Comité Regional. Nove países¹⁶⁷ receberam apoio para melhorarem o uso dos dados factuais para as políticas e as decisões, produzindo resumos de políticas sobre o uso mais alargado de associações medicamentosas à base de artemisinina no tratamento do paludismo não complicado e na respectiva prevenção.

171. Para facilitar a documentação e a partilha de conhecimentos sobre intervenções eficazes de saúde, publicou-se um documento de orientação - "Guia para Documentar e Partilhar as Melhores Práticas em Programas de Saúde". O documento foi usado durante a quinquagésima oitava Sessão do Comité Regional, para partilhar as melhores práticas no reforço das intervenções destinadas à redução da mortalidade materna e neonatal, prevenção e controlo do paludismo, prevenção, tratamento e cuidados ao VIH/SIDA e vacinação de rotina. Durante a quinquagésima nona Sessão do Comité Regional, partilharam-se as melhores práticas de "Reforço dos Sistemas Distritais/Locais de Saúde" do Burkina Faso, Gana, Ruanda e Uganda.

172. Em colaboração com a Biblioteca da Sede da OMS e o Centro da África do Sul para a Formação e Proximidade em Informação (ITOCA), organizaram-se sessões de formação sobre o uso do Acesso à Informação sobre Investigação (HINARI) em quatro países.¹⁶⁸ Em colaboração com o ITOCA, o Programa da Região Ocidental Africana para a Saúde e a Organização da Saúde da África Ocidental, organizou-se uma sessão de informação para o reforço de capacidades de 35 bibliotecários médicos da África Ocidental. Adquiriram-se novas Bibliotecas Azuis, que foram distribuídas a todos os Estados-Membros.

173. Durante o biénio, foi introduzido um sistema electrónico de gestão dos Centros de Colaboração da OMS (sistema eCC). Também foram designados quatro novos centros de colaboração da OMS durante o biénio. Foram eles o Centro de Colaboração da OMS para a Advocacia e Formação em Farmacovigilância, na Escola Médica da Universidade do Gana; o Centro de Colaboração da OMS para Síntese da Investigação em Saúde Reprodutiva, na Unidade de Investigação em Cuidados Eficazes, Universidade de Fort Hare, na África do Sul; o Centro de Colaboração da OMS para informação em Acesso e Uso de Informação Electrónica Científica, Tecnológica e Médica, no Centro Africano de Formação e Proximidade da Informação, na África do Sul; e o Centro de Colaboração da OMS para a Formação, Educação e Cuidados de Emergência e Cirúrgicos, no Hospital de St. Francis, em Ifakara, na Tanzânia. No final do biénio, havia um número total de 27 Centros de Colaboração da OMS localizados em 12 países¹⁶⁹ da Região Africana da OMS.

4.11 OE11: TECNOLOGIAS E PRODUTOS MÉDICOS

174. A prioridade durante o biénio foi ajudar os Estados-Membros a garantirem o acesso aos medicamentos essenciais e às tecnologias de saúde seguras e apropriadas no seio dos sistemas de saúde. Esses esforços incluíram: apoiar o trabalho dos sistemas reguladores dos medicamentos; assegurar a eficiência na compra de medicamentos, abastecimento e sistemas de distribuição; promover a prescrição racional e o uso de medicamentos, respectivamente, pelos prescritores e consumidores; melhorar o acesso a sangue e produtos do sangue seguros, serviços de imagiologia de diagnóstico, tecnologias de diagnóstico e serviços laboratoriais; e promover a segurança dos doentes.

175. As capacidades das comissões nacionais consultivas sobre técnicas médicas de 7 países¹⁷⁰ foram reforçadas com o novo projecto sobre Melhores Medicamentos para as Crianças. Sete países¹⁷¹ reviram os seus Formulários Nacionais de Medicamentos Essenciais e Orientações-Padrão para os Tratamentos. Durante o biénio, com o apoio da OMS, 6 países¹⁷² organizaram sessões de formação sobre boas práticas de prescrição e uso racional dos medicamentos e reforçaram as capacidades de um total de 205 médicos, enfermeiros e parteiras. A Tanzânia elaborou uma estratégia de comunicação, para melhorar o uso racional dos medicamentos pelas comunidades.

176. Fez-se a revisão das orientações regionais para a formulação, implementação, monitorização e avaliação das políticas nacionais de medicamentos. Essa revisão abrangeu componentes adicionais, como a boa governação, a regulação eficaz dos medicamentos, a monitorização do impacto dos acordos comerciais sobre o acesso aos medicamentos essenciais, institucionalização da medicina tradicional nos sistemas de saúde, ensaios clínicos e cooperação e harmonização técnica.

177. Foi preparado um documento intitulado "*Perspectiva regional para a implementação da Estratégia Mundial e Plano de Acção para a Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual na Região Africana*", que foi aprovado pela quinquagésima nona sessão do Comité Regional da OMS. Reforçaram-se as capacidades nacionais para identificar e implementar as actividades prioritárias consistentes com as necessidades da saúde pública. Deu-se formação em Saúde Pública, Inovação e Direitos de Propriedade Intelectual a um total de 26 funcionários superiores do ministério da saúde, ministério do comércio e gabinetes de patentes em 18 países. Esses cursos de formação destinavam-se a aumentar os conhecimentos e a reforçar as capacidades nacionais para elaborar e implementar políticas e estratégias consistentes com as necessidades da saúde pública.

Os cursos foram organizados em colaboração com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, a Universidade da Cidade do Cabo, a Unidade da Lei da Propriedade Intelectual e de Investigação sobre Políticas e a Universidade Al Akhawayn, de Ifran, em Marrocos, respectivamente, em Junho de 2009 e Dezembro de 2009.

178. Um relatório de progressos e um relatório de revisão intercalar sobre a implementação do plano de acção da Década da Medicina Tradicional Africana (2001-2010) foram preparados para debate pelos Ministros Africanos da Saúde em Genebra e Yaoundé, respectivamente, em Maio e Agosto de 2008, e pela reunião de peritos e quarta sessão da Conferência dos Ministros da Saúde Africanos (CAMH), em Adis Abeba, em Maio de 2009. A CAMH recomendou que fosse apresentado à apreciação dos ministros, tendo em vista as perspectivas futuras, um relatório final sobre a revisão da implementação do plano de acção da Década da Medicina Tradicional Africana.

179. Com o apoio da OMS, foi publicada, em 2008, a primeira edição da *Farmacopeia Herbal Nigeriana*. O Chade compilou um inventário de receitas de medicamentos tradicionais usados no tratamento do paludismo e da diabetes. A Nigéria também fez um inventário de receitas de medicamentos tradicionais para a hipertensão, drepanocitose e infecções oportunistas das PLWHA. Foi criado um quadro estratégico regional para reforçar as capacidades locais em produção de medicamentos tradicionais. Em colaboração com a WAHO, o Escritório Regional apoiou um fórum destinado a rever os dados da investigação sobre plantas medicinais da África Ocidental para a criação da farmacopeia herbal da CEDEAO.

180. Um curso de formação regional sobre Análise da Política Farmacêutica para Sistemas de Seguros de Saúde foi organizado em Novembro de 2008, no Gana. Esse curso foi conduzido em colaboração com o Ministério da Saúde, o Instituto Memorial Noguchi para a Investigação Médica no Gana e o Centro de Colaboração da OMS para a Política Farmacêutica, na Escola Médica de Harvard. O curso teve a participação de um total de 25 pessoas, incluindo representantes do Ministério da Saúde e administradores de organizações de seguros nacionais de saúde de 6 países¹⁷³. Cinco países¹⁷⁴ efectuaram uma avaliação dos benefícios dos medicamentos e dos dados disponíveis para a tomada de decisões nas organizações de seguros de saúde.

181. Quarenta e seis peritos em engenharia médica dos ministérios da saúde do Quénia, Tanzânia e Uganda participaram numa formação avançada sobre manutenção para laboratórios clínicos prioritários do ministério da saúde, imagiologia médica, cuidados

intensivos e equipamento cirúrgico. Trinta e dois administradores de engenharia e decisores superiores do ministério da saúde receberam formação em gestão avançada das tecnologias da saúde e implementação de políticas.

182. Setenta e cinco nacionais de 23 países francófonos e lusófonos¹⁷⁵ receberam formação em biossegurança e bioprotecção laboratorial. A finalidade dessa acção foi reforçar as capacidades para melhorar a resposta da África no diagnóstico de agentes patogénicos perigosos. Trinta nacionais de 12 países¹⁷⁶ receberam formação na criação de sistemas nacionais para o rastreio de qualidade 100% garantida do sangue doado para as infecções transmitidas pelas transfusões (TTI). Durante essa acção de formação, os participantes elaboraram estratégias e planos para o desenvolvimento faseado desses sistemas.

183. Com o apoio da OMS, as Autoridades Reguladoras dos Medicamentos foram avaliadas em nove países¹⁷⁷ e iniciou-se a elaboração de planos de acção para reforçar a sua capacidade e implementação. O laboratório de controlo de qualidade da República Democrática do Congo foi auditado e os laboratórios de controlo de qualidade de seis países¹⁷⁸ participaram no esquema da OMS de avaliação externa da qualidade dos medicamentos essenciais. Em geral, a avaliação indicou que 93% (40 em 43) de todos os laboratórios que participaram na avaliação registaram resultados satisfatórios. Uma reunião de reguladores dos medicamentos tradicionais africanos realizou-se em Maputo, em Novembro de 2009, sobre a melhor forma de intensificar as abordagens para melhorar a disponibilidade de medicamentos essenciais que cumpram os padrões de segurança, eficácia e qualidade e para operacionalizar a iniciativa em curso de harmonização da regulação dos medicamentos na Região Africana. Essa reunião, organizada pelo Escritório Regional, em colaboração com o Ministério da Saúde de Moçambique, reuniu 56 participantes, incluindo os dirigentes e funcionários das autoridades nacionais reguladoras dos medicamentos de 40 países e um perito convidado do Brasil.

184. Realizou-se uma testagem regional de proficiência da hematologia e da química clínica que envolveu 16 países¹⁷⁹. Sessenta e cinco por cento dos países participantes tiveram, em geral, um bom desempenho, embora os esquemas de testagem da proficiência da hematologia e da química clínica dos restantes países precisem de ser reforçados. Foi prestada orientação técnica e retro-informação aos países com um desempenho inadequado. Foi avaliado o esquema externo de avaliação da qualidade relativamente aos agentes patogénicos entéricos e da meningite, peste, tuberculose e paludismo, envolvendo 81 laboratórios em todos os países da Região, excepto a África do

Sul. A avaliação dos resultados da EQA revelou que existem variações no desempenho dos laboratórios. A testagem da sensibilidade antimicrobiana continua a constituir um dos principais desafios. Aos laboratórios que tinham um desempenho inadequado foi prestado retro-informação e orientação técnica, incluindo os procedimentos normais de funcionamento e a selecção de antibióticos. Em estreita colaboração com a Sede da OMS, nove países¹⁸⁰ receberam apoio para criarem os seus próprios esquemas nacionais de avaliação externa da qualidade. No Burkina Faso, fez-se uma avaliação dos programas de gestão da qualidade dos serviços de transfusão de sangue e a normalização dos procedimentos-padrão de funcionamento e práticas de trabalho.

185. Em estreita colaboração com o Centro de Prevenção e Controlo das Doenças (CDC/Atlanta) e outros parceiros, publicou-se um documento intitulado *Guia para a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública para Reforçar a Vigilância e Resposta Integrada às Doenças*. Esse documento fornece orientações para a criação de redes nacionais de laboratórios. Publicou-se, igualmente, um relatório sobre a *Situação da segurança do sangue na Região Africana da OMS*. Esse relatório fornece informação para um planeamento e implementação baseados em dados factuais, para se atingir o acesso universal ao fornecimento de sangue seguro na Região Africana.

186. A quinquagésima oitava sessão do Comité Regional Africano da OMS adoptou um documento sobre "*Segurança dos doentes nos serviços de saúde em África: problemas e soluções*" e aprovou a Resolução AFR/RC58/R2 sobre *Reforço dos laboratórios de saúde pública na Região Africana da OMS: uma necessidade prioritária para o combate às doenças*. Foram feitas recomendações e tomadas decisões estratégicas para implementar medidas de promoção e de protecção da segurança dos doentes e de reforço dos laboratórios de saúde pública. Foram, assim, apoiados nove países¹⁸¹ na criação de uma rede regional para a segurança dos doentes. Essa rede foi usada para mobilizar os decisores das políticas de saúde na Região, no sentido de contemplarem as questões de segurança dos doentes no contexto dos cuidados de saúde.

187. Foram lançadas as Parceiras Africanas para a Segurança dos Doentes para apoiarem seis países¹⁸². Este projecto tem por finalidade criar parcerias sustentáveis centradas na segurança dos doentes e deverão estar em linha com os quadros individuais de políticas de saúde de cada um dos países.

188. Realizou-se em Abuja, na Nigéria, de 29 a 31 de Julho de 2009, uma consulta regional sobre doação e transplante de células, tecidos e órgãos: aspectos legais e organizacionais. Participaram nesta consulta dezoito especialistas e decisores políticos

de 11 países¹⁸³. Os participantes receberam orientações sobre a criação de um quadro legal e de uma supervisão reguladora para o transplante de órgãos, com o intuito de evitar práticas pouco éticas, nomeadamente a comercialização e o tráfico de órgãos, assim como o turismo de transplantes.

189. Foi fornecido apoio técnico à Suazilândia na elaboração de padrões, normas e regulamentos para o uso de radiação ionizante e na criação de um conselho para a radiação, no Raleigh Fitkin Memorial Hospital, em Manzini. Para além disso, fizeram-se recomendações ao Ministério da Saúde para a melhoria global em todo o país da qualidade dos serviços de imagiologia de diagnóstico.

4.12 OE12: LIDERANÇA, GOVERNAÇÃO E PARCERIAS

190. A tónica da acção durante o biénio foi o apoio à liderança, parcerias e mobilização de recursos, tanto nos países como a nível regional. Tal foi conseguido através do reforço da liderança e da governação da OMS e da prestação de uma assistência intensiva aos países e parceiros. Deu-se especial relevo ao apoio coerente às políticas e planos estratégicos nacionais de saúde, através, por exemplo, de um compromisso reforçado com a reforma das Nações Unidas e a implementação das Estratégias de Cooperação com os Países.

191. Efectuaram-se várias visitas de advocacia de alto nível aos países, com a finalidade de dar maior prioridade à saúde nas agendas nacionais de desenvolvimento. O Director Regional fez visitas oficiais aos Estados-Membros, durante as quais os decisores políticos foram sensibilizados e reforçadas as relações com a OMS. Foram organizadas importantes conferências que conduziram à adopção de declarações históricas.

192. Os esforços de descentralização continuaram durante o biénio. Foi consolidada e reforçada a capacidade das Equipas de Apoio Interpaíses (EAI) para prestarem uma rápida resposta através de apoio técnico. As EAI prestaram aos países apoio normativo e técnico em programas relacionados com os ODM e noutros domínios da saúde pública.

193. Realizou-se um curso de preparação para recém-nomeados e potenciais Representantes da OMS, para melhorar o seu desempenho em liderança, negociação, gestão e apoio técnico aos países. Por outro lado, a política de rotação e mobilidade dos Representantes da OMS e funcionários superiores foi implementada em conformidade com a política e reformas da OMS centradas nos países. Os conhecimentos e o entendimento

dos Representantes da OMS sobre as principais questões políticas e estratégicas melhoraram, através da organização de quatro Reuniões Regionais dos responsáveis de programas e do fornecimento de actualizações regulares pelo Escritório Regional.

194. Quarenta e cinco representações da OMS completaram os seus documentos de segunda geração da Estratégia de Cooperação com os Países (CCS) que foram largamente divulgados entre os actores do desenvolvimento da saúde nos países. Desenvolveram-se esforços para alinhar a CCS, a dimensão da saúde do UNDAF e as plataformas de outros parceiros com as estratégias e planos nacionais de saúde, em sintonia com os princípios da harmonização, alinhamento e eficácia da ajuda.

195. Relativamente às actividades dos órgãos governativos, a quinquagésima oitava e a quinquagésima nona sessões do Comité Regional Africano da OMS realizaram-se com êxito respectivamente em Yaoundé, nos Camarões, e em Kigali, no Ruanda. Foram aprovadas nove resoluções relacionadas, *inter alia*, com: a saúde da mulher; o reforço dos laboratórios de saúde pública; a Declaração de Ouagadougou, sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África; a resistência aos medicamentos relacionada com a SIDA, tuberculose e paludismo; o reforço da preparação para os surtos na Região Africana, incluindo a criação de um Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública, de apoio à investigação e à resposta às epidemias e outras emergências de saúde pública; e a migração do pessoal de saúde.

196. A participação dos delegados dos Estados-Membros da Região Africana em quatro sessões do Conselho Executivo e em duas Assembleias Mundiais da Saúde foi fortemente facilitada pelo Secretariado. As informações técnicas foram partilhadas com todas as delegações. A preparação e a participação das delegações dos Estados-Membros melhoraram em resultado da revisão dos procedimentos adoptada durante o biénio, com uma colaboração mais estreita entre o Escritório Regional, a União Africana e o Coordenador do Grupo Africano em Genebra¹⁸⁴.

197. As parcerias para a saúde em África foram reforçadas pela participação em importantes eventos organizados pelos parceiros, nomeadamente a União Africana (UA), as comunidades económicas regionais e a CE/ACP/OMS. Estes eventos incluíram a 14.ª Sessão Ordinária do Conselho Executivo da UA e a sua 12.ª Sessão Ordinária da Assembleia, o 12.º Congresso Mundial de Saúde Pública, as reuniões dos Grupos Regionais do GDNU da África Oriental, e Austral e África Central e Ocidental, assim como da Conferência da UA dos Ministros Africanos da Saúde.

198. O Escritório Regional elaborou e publicou documentos estratégicos sobre as Parcerias e Mobilização de Recursos, cobrindo o período entre 2009–2013. Estas publicações servirão para orientar a acção com os parceiros, aos níveis nacional e regional. Foi reforçada a capacidade do Escritório Regional da OMS, das EAI e das Representações na esfera das Parcerias e Mobilização de Recursos, através de um conjunto de cursos, incluindo sessões de formação realizadas em quatro países¹⁸⁵.

199. Durante o período em análise, a OMS empenhou-se mais activamente nos processos e mecanismos das parcerias da saúde. Tal incluiu presidir ou co-presidir aos grupos de parceiros da saúde, estar cada vez mais na linha da frente da saúde em muitos países e liderar o trabalho do grupo temático do UNDAF para a saúde e as Equipas Interpaíses das Nações Unidas da saúde. Entre os resultados concretos conta-se uma melhor coordenação das actividades dos Serviços Agregados de Saúde nos Grupos Regionais do GDNÜ.

200. Melhorou a colaboração com vários parceiros, incluindo a Aliança GAVI, o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo e a Aliança Mundial dos Profissionais da Saúde. O trabalho na área das Parcerias Internacionais da Saúde+ e da Harmonização para a Saúde em África (HHA) tornou-se mais visível, através da prestação de um apoio coordenado aos países. O número de parceiros (parceiros do desenvolvimento, sociedade civil, países parceiros e iniciativas afins, como a Aliança GAVI, o Fundo Mundial e a Fundação Bill e Melinda Gates) que assinaram o IHP+ a nível mundial, aumentou desde 2007, de 27 para 46, dos quais 17 são Países Parceiros da Região Africana¹⁸⁶. Quatro países¹⁸⁷ assinaram acordos locais com os seus parceiros. Em termos de actividades de HHA, foi prestado apoio técnico conjunto a 18 países¹⁸⁸ para criarem ou reverem Quadros de Despesas a Médio Prazo (MTEF), mapeamento de doadores, análise dos custos e orçamentação, planos estratégicos de saúde, abordagens transectoriais, documentos da estratégia de redução da pobreza, quadros de resultados conjuntos e planos de desenvolvimento dos recursos humanos.

201. Foi assinado um total de 38 acordos na Região, entre os Estados-Membros e os doadores, incluindo o Departamento para o Desenvolvimento Internacional (DFID), USAID, Banco Africano de Desenvolvimento, Parceria Africana para os Meios de Difusão, Fundação Ventos de Esperança e os Governos do Congo, da França e do Gabão. A implementação dos acordos com os doadores tem melhorado com uma apresentação mais regular dos relatórios e uma taxa mais elevada de utilização das verbas.

202. Os Directores Regionais envolvidos na HHA institucionalizaram as suas reuniões anuais de revisão, tendo a sua quarta reunião sido organizada em 2009. Na última reunião anual, realizada em Tunis, em 2009, os ministérios da saúde e das finanças reuniram-se e iniciaram um diálogo para melhorar o mútuo entendimento e colaboração entre os dois ministérios e aumentar as dotações orçamentais para a saúde nos países.

203. As actividades de informação e comunicação efectuadas no Escritório Regional resultaram numa maior sensibilização para os problemas de saúde nos Estados-Membros e o perfil do Escritório Regional da OMS manteve-se elevado na agenda dos decisores políticos, dos parceiros, da comunicação social e do público em geral. Foi desenvolvida uma estratégia de comunicação. Com o crescente interesse pela pandemia da gripe A (H1N1) 2009, as equipas de comunicação concentraram-se no desenvolvimento de materiais para a advocacia da pandemia e intensificaram a sua interacção com os media. O Escritório Regional estabeleceu uma nova forma de colaboração e de parceria, trabalhando com dois dos maiores meios de difusão regional, que têm delegações em todos os 46 Estados-Membros. As conferências de imprensa aumentaram substancialmente o alcance dos materiais produzidos.

4.13 OE13: EFICIÊNCIA E EFICÁCIA DA OMS

204. Para reforçar com êxito a implementação da cooperação técnica da OMS com os países, a tónica incidiu na conformidade com as orientações operacionais de planeamento; na prestação atempada de serviços para a gestão financeira e dos recursos humanos; na melhoria do desempenho da infra-estrutura das Tecnologias de Informação e de Comunicação; e numa gestão adequada dos serviços de apoio administrativos, logísticos e de segurança, no ambiente de trabalho.

205. Na sequência das emendas ao MTSP 2008–2013, da introdução de novas regras e procedimentos do quadro de gestão da OMS e dos preparativos para a instalação do GSM na Região, foram organizadas sessões sistemáticas de informação para os funcionários. Isto teve como resultado um melhor ajustamento aos processos de planeamento e o uso de evidências mais claras para as funções de monitorização do desempenho e notificação.

206. No que se refere aos processos de monitorização e avaliação do Orçamento-Programa, a qualidade dos contributos e a pontualidade dos relatórios melhoraram significativamente, especialmente no que respeita às Representações da OMS, Equipas de Apoio Interpaíses e relatórios obrigatórios sobre os programas do Escritório Regional, como a Revisão Intermédia e a Avaliação de Final do Biénio.

207. Com a ajuda de uma firma profissional de contabilidade, realizou-se uma reconciliação das contas pessoais dos funcionários, o que conduziu a uma redução dos balanços das contas pessoais dos funcionários. Prosseguiu o trabalho de limpeza dos dados para preparar a introdução do GSM na Região. Para responder aos requisitos das alterações recentemente introduzidas nas normas financeiras, foram criadas e divulgadas ferramentas revistas e amigas do utilizador.

208. No âmbito da Gestão dos Recursos Humanos (HRM), as principais actividades do biénio incluíram: i) a prestação de apoio continuado às Divisões Técnicas, às Representações da OMS nos países e à generalidade do pessoal; ii) a criação de uma rede regional de aprendizagem, e a elaboração e implementação de planos de aprendizagem e formação; iii) o processamento no GSM de aproximadamente 1100 Acções sobre Pessoal, como resultado de novas nomeações feitas em 2007 e em princípios de 2008; iv) as interacções com o recentemente criado Centro Mundial de Serviços, em Kuala Lumpur, para proceder a novas transacções em Recursos Humanos no GSM; v) a consolidação nas Equipas de Recursos Humanos nas EAI e; vi) o apoio aos exercícios de redefinição de perfis.

209. As realizações incluíram a conversão da maioria dos contratos temporários em contratos a termo fixo; organização de cerimónias formais de atribuição de prémios ao pessoal, durante a quinquagésima oitava e a quinquagésima nona sessões do Comité Regional Africano da OMS; consolidação da rede regional de aprendizagem; organização de cursos de formação num variado leque de áreas, incluindo cursos de línguas em Inglês, Francês e Português, as três línguas oficiais da Região Africana da OMS; formação em medidas de prevenção do VIH/SIDA para o pessoal e seus familiares; cursos de gestão para gestores de nível médio e funcionários superiores dos Serviços Gerais; e organização de acções de sensibilização para o GSM.

210. Foi fornecido apoio financeiro às representações da OMS para: implementação de actividades de aprendizagem e formação do pessoal; desenvolvimento de um programa de preparação obrigatória para pessoal; maior descentralização das transacções de recursos humanos para as Equipas de Apoio Interpaíses.

211. Na área das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), prosseguiram os esforços de preparação da Região Africana da OMS para entrar no GSM. Isto envolveu a colaboração do pessoal de TIC na Região e na Sede da OMS, assim como de empresas privadas e o apoio das empresas mundiais de TIC, como a CISCO, Microsoft e a Hewlett-

Packard. No final do biénio, toda a Região estava pronta para entrar no GSM na área das TIC. Neste campo, começou a funcionar uma nova rede de computadores e telefones; os PC de secretária no Escritório Regional foram normalizados; aperfeiçoou-se a gestão do tráfego da Rede Privada Mundial (GPN); os sistemas da Base de Dados Integrados da Saúde do Escritório Regional foram alargados a todas as divisões técnicas e foi melhorada a sua interface na *web*; foi preparada uma base de dados regional de perfis de TIC; e as Representações da OMS nos países foram conectadas ao GSM.

212. Na área dos serviços de Apoio Administrativo e Logístico, houve resultados significativos durante o biénio, nomeadamente a prestação de apoio a mais de 80 reuniões, incluindo a quinquagésima oitava e a quinquagésima nona sessões do Comité Regional. No Escritório Regional, foram criados e equipados uma nova cafetaria e novas instalações desportivas, incluindo um recreio para crianças no Complexo de Apartamentos. Foram ainda remobiladas e reequipadas as salas de reunião, para melhorar as condições de trabalho do pessoal. Foi instalado o software "Inventif" nas Representações da OMS nos países, para melhorar o acompanhamento e controlo do património da Organização.

213. Na área dos serviços de Compras e Abastecimento, foram adquiridos bens e serviços essenciais para o Escritório Regional, Representações, Programas e Projectos. As compras a nível mundial foram efectuadas através do GSM, desde Julho de 2008, abrindo mais oportunidades de conseguir serviços custo-eficazes. O Catálogo Regional de compras foi actualizado e alargado em 2008, conduzindo a processos de ofertas mais competitivas.

214. Na área de Cumprimento e Supervisão, foi dada assistência às Representações da OMS e unidades técnicas do Escritório Regional. Isto envolveu auditorias internas e externas, para os preparar melhor para as visitas de auditores externos e para cumprirem adequadamente os resultados e observações das auditorias. Durante o biénio, foram finalmente terminados dois relatórios de auditorias internas, que reportam a 2003, para a Nigéria, e a 2008 para os Camarões e Malawi.

215. Em resultado de uma monitorização e verificação aleatórias de compromissos, efectuadas ao abrigo dos Acordos para Desempenho de Tarefas, Acordos de Serviços Técnicos e de ordens de compra emitidas por Representações da OMS, EAI e unidades técnicas do Escritório Regional, a Região ficou mais bem preparada para cumprir os regulamentos e normas.

216. Relativamente aos serviços de Tradução, Interpretação, Impressão e Biblioteca, foram publicados 247 produtos de informação estatutária e técnica, nas três línguas oficiais. Foi prestado apoio às reuniões dos órgãos directivos da OMS e às principais conferências internacionais. Foram actualizados os equipamentos de processamento e as fontes linguísticas de referência. Para melhorar ainda mais a gestão das publicações, foi criado um sistema de acompanhamento do fluxo de trabalho com base no modelo da PAHO.

217. Em relação às operações de Segurança no Terreno, além do Escritório Regional, foi prestada assistência técnica aos Representantes, incluindo missões de apoio a 4 países¹⁸⁹. No Escritório Regional, a infra-estrutura física de segurança continuou a ser melhorada. A sensibilização do pessoal para as questões de segurança aumentou com a divulgação de avisos de segurança e a organização de sessões e acções de informação e de formação. A implementação de normas e requisitos MOSS e MORSS no Escritório Regional e nas Representações da OMS continuou durante o biénio. Cinco Representações¹⁹⁰ receberam financiamento para reforçarem as suas medidas de segurança, conforme determinado pela política MOSS.

5. DESAFIOS, OBSTÁCULOS E LIÇÕES APRENDIDAS

5.1. DESAFIOS E OBSTÁCULOS

218. As actividades da OMS na Região Africana têm sido muito influenciadas pelo pesado fardo das doenças e a fragilidade dos sistemas de saúde dos países. Neste contexto, os Estados-Membros continuam a enfrentar muitos desafios para conseguirem melhorar a saúde das suas populações. Entre esses desafios contam-se: assegurar uma boa governação, apropriação e responsabilização dos países; melhorar a disponibilidade e o uso eficaz dos recursos internos e externos afectados à saúde e agir adequadamente sobre os grandes determinantes da saúde.

219. Alguns dos obstáculos nos países incluem: a retracção económica mundial; mau desempenho económico, provocando uma inadequada afectação de recursos à saúde; instabilidade política; catástrofes naturais; pobreza das famílias; imprevisibilidade dos recursos externos e respectiva falta de harmonia e alinhamento com as prioridades dos países e limitada capacidade para traduzir as políticas de saúde em acção em alguns países.

220. Resolver a insuficiência de profissionais de saúde continua a ser um grande desafio para os Estados-Membros. A baixa dotação orçamental para o sector da saúde constitui um dos obstáculos à produção, colocação, retenção e motivação dos profissionais de saúde. A capacidade limitada das instituições de formação em saúde não permite uma substituição suficiente e consistente dos recursos humanos para a saúde em decréscimo, devido, principalmente, à saída de pessoal e às necessidades crescentes das populações. As difíceis condições de trabalho, caracterizadas por um pesado volume de trabalho, a falta de equipamentos, os baixos salários e as reduzidas oportunidades de progressão nas carreiras são outros dos principais desafios que contribuem para a desmotivação e o fraco desempenho dos profissionais de saúde nos países. A situação é pior nas áreas rurais do que nas urbanas.

221. Para melhorar o acesso e o uso dos serviços de saúde existentes e para proteger as populações contra gastos astronómicos com a saúde, um dos desafios que se colocam aos Estados-Membros é instituir esquemas de protecção financeira, através de mecanismos que absorvam os riscos, tais como os seguros de saúde. Na ausência desses esquemas, os serviços de saúde, especialmente a nível local, permanecem financeiramente inacessíveis a uma grande parte da população.

222. A melhoria da disponibilidade de medicamentos baratos e seguros para reduzir a dependência dos medicamentos contrafeitos e/ou excessivamente caros e pontos de venda sem controlo colocam ainda outro desafio. O acesso a medicamentos de qualidade e a outras tecnologias tem de ser melhorado, para poder resolver o problema do uso inadequado dos medicamentos de baixa qualidade e evitar a emergência da resistência aos medicamentos.

223. Atingir os ODM continua a ser um desafio, visto que a maioria dos países da Região Africana não fizeram progressos suficientes. Apenas seis países estão no bom caminho para atingir o Objectivo 4 (Reduzir a mortalidade infantil). As estimativas do rácio da mortalidade materna para 2005 indicam que a Região não fez progressos na via da consecução do Objectivo 5 (Reduzir a mortalidade materna). Embora tenha havido melhorias no acesso ao tratamento, só 40% da população com infecção avançada pelo VIH na Região teve acesso a antirretrovirais (Objectivo 6). Apesar do aumento da percentagem de crianças menores de cinco anos que dormem sob redes mosquiteiras impregnadas de insecticida, as taxas de cobertura foram inferiores a 50% (Objectivo 6). Apenas dois países estavam no bom caminho para atingirem a meta da tuberculose.

224. Na área das doenças evitáveis pela vacinação, as falhas persistentes na vacinação e a qualidade dos dados de vigilância continuam a ser um dos maiores desafios em muitos países. Vários países ainda enfrentam o desafio de manter níveis elevados da cobertura vacinal, através de serviços de rotina e de proximidade, bem como de campanhas suplementares de vacinação.

225. Relativamente ao VIH/SIDA, tuberculose e paludismo, os principais desafios são: i) manter o empenho político para reforçar e alargar os serviços a todos os grupos populacionais, particularmente populações de maior risco, de forma a se caminhar na via do acesso universal; ii) gerir adequadamente a crise dos recursos humanos nos países, a curto, médio e longo prazo; iii) reforçar as capacidades dos laboratórios, para poderem efectuar testes básicos e a monitorização da resistência aos medicamentos; iv) melhorar os sistemas de compra e de abastecimento, para evitar as rupturas de stocks dos medicamentos essenciais à sobrevivência; e v) evitar o desenvolvimento da resistência aos medicamentos.

226. Na área da saúde materna, um dos principais desafios é o aumento da percentagem de partos assistidos por pessoal qualificado e melhorar o acesso a cuidados obstétricos de emergência. Um dos desafios incontornáveis da saúde infantil é reforçar e manter a implementação de todas as componentes das intervenções integradas de sobrevivência das crianças, assim como adoptar a abordagem Chegar a Todos os Distritos, assegurando, simultaneamente, uma adequada monitorização em todos os países.

227. No que se refere à promoção e sustentabilidade de um ambiente saudável, um desafio crucial tem sido a carência de especialistas, particularmente ao nível de país. O desafio consiste em o sector da saúde assumir a liderança da coordenação dos esforços de todos os intervenientes e parceiros, numa área tão transversal que exige uma abordagem intersectorial eficaz e participativa.

228. As dificuldades em mudar os comportamentos e o estilo de vida dos indivíduos representam um dos maiores desafios à promoção da saúde e ao desenvolvimento, prevenção ou redução dos factores de risco para as condições de saúde associadas ao uso do tabaco, álcool, drogas e outras substâncias psicoactivas; dietas não saudáveis; inactividade física; sexo de risco; violência e traumatismos. Prevê-se que o envelhecimento da população na maioria dos países da Região represente um desafio num futuro próximo, no que respeita à prevenção e tratamento de doenças não transmissíveis.

229. A crise alimentar mundial continua a ser um obstáculo aos esforços desenvolvidos para reduzir os problemas associados a uma correcta nutrição e à segurança alimentar na Região. No que respeita à resposta a dar a outros determinantes sociais da saúde, a ausência de dados fiáveis sobre a actual situação, a falta e/ou capacidades limitadas do pessoal que trabalha nesta área, a complexidade do problema e a falta de sensibilização para ele constituem alguns dos desafios. Por outro lado, o sector da saúde enfrenta problemas de colaboração inadequada com outros relevantes sectores, como educação, ambiente, agricultura, saúde animal, comércio e finanças, etc., para poder assegurar que as suas políticas e acções contribuam para o desenvolvimento da saúde e que as suas estratégias contemplem áreas transversais como a pobreza e a desigualdade entre os sexos.

230. Enquanto apoia os Estados-Membros na resposta aos seus principais problemas, o Secretariado da OMS enfrenta os seus próprios problemas específicos, nomeadamente:

- a) mobilizar os adequados recursos financeiros que lhe permitam desempenhar, eficaz e eficientemente, as suas funções essenciais;
- b) responder às crescentes solicitações dos Estados-Membros e dos parceiros do desenvolvimento, que ultrapassam largamente as funções essenciais da OMS, num contexto de recursos limitados;
- c) responder às solicitações concorrenciais dos Estados-Membros para actividades não planeadas, mas que são importantes;

231. No seu trabalho com os parceiros, os desafios relevantes que o Secretariado da OMS enfrenta incluem o tardio desembolso de fundos; a duração limitada e a falta de flexibilidade no uso do financiamento dos doadores; a falta de interesse dos doadores por áreas essenciais, como a investigação, a vigilância e os sistemas de informação; e a curta duração do prazo para co-organizar as missões de apoio técnico aos países.

5.2 LIÇÕES APRENDIDAS

232. O reforço da colaboração multisectorial é necessário para apoiar eficazmente os Estados-Membros na implementação dos programas prioritários. O sector da saúde pode influenciar outros sectores, através da geração e partilha de evidências, que sirvam de base às suas políticas e acções.

233. A inclusão de intervenções de elevado impacto nas propostas dos países para o GFATM e outras iniciativas mundiais na área da saúde tem potencial para alargar e reforçar a base de recursos disponível para implementar uma grande variedade de programas de saúde, incluindo os sistemas de saúde.

234. O panorama e a arquitectura mundial da saúde, que se encontram em constante mutação, requerem que a OMS se adapte e novas realidades, se concentre nas suas funções essenciais e expanda as parcerias e alianças estratégicas, conforme necessário, para levar a cabo o seu mandato com eficácia.

235. Em virtude da crise económica mundial, a disponibilidade de fundos voluntários continuará a ser imprevisível e ficará certamente muito abaixo dos tectos orçamentais adoptados pela Assembleia Mundial da Saúde, mesmo nas áreas prioritárias. A contínua dependência da OMS das contribuições voluntárias dos doadores para a implementação do Orçamento-Programa exige a identificação de fontes de financiamento sustentáveis e previsíveis.

236. A presença de pessoal técnico competente nas Representações da OMS, nas Equipas de Apoio Interpaíses e no Escritório Regional, a delegação de competências e a disponibilidade de orientações e instrumentos apropriados foram fundamentais para assegurar o papel continuado de liderança da OMS e sua visibilidade na saúde, bem como para prestar apoio de qualidade em resposta às solicitações dos países.

6. CONCLUSÃO

237. Apesar da recessão económica mundial e da crise alimentar, assistiram-se a grandes realizações na implementação do Orçamento-Programa da OMS para 2008–2009. Aos níveis político e das políticas, declarações históricas sobre o reforço dos sistemas de saúde e aumento das intervenções de elevado impacto foram adoptadas pelos Estados-Membros, a fim de melhorar a situação da saúde das populações africanas.

238. A OMS desempenhou o seu papel de líder na área da saúde na Região, através de uma advocacia contínua a todos os níveis, descentralização de algumas funções de cooperação técnica do Escritório Regional para as Equipas de Apoio Interpaíses e reforço da sua presença nos países. Outras áreas que melhoraram foram: a governação; as parcerias; a mobilização de recursos; a responsabilização; e comunicação oportuna com os Estados-Membros, parceiros e outros intervenientes, em áreas de interesse comum.

239. A OMS continuará a advogar junto das autoridades nacionais e parceiros, para que os governos dos países assumam uma forte apropriação e liderança para um reforço acelerado, de base factual e abrangente das intervenções com uma relação comprovadamente custo-eficaz, para a prevenção primária e controlo da SIDA, paludismo e tuberculose, a redução da mortalidade materna e infantil e a prevenção e controlo de outras doenças transmissíveis e não transmissíveis. A OMS exercerá igualmente a sua advocacia pelo aumento dos recursos domésticos e pelo envolvimento dos parceiros internacionais na mobilização de recursos destinados ao reforço dos sistemas de saúde, em conformidade com a abordagem dos Cuidados de Saúde Primários, e à prestação de programas de cuidados primários que promovam a cobertura universal para a consecução dos ODM.

240. A OMS continuará a reforçar e a concentrar-se nas suas funções essenciais. Será criado no Escritório Regional um Observatório Africano da Saúde, destinado a melhorar a situação da saúde e suas tendências, bem como a geração, partilha e uso da informação, evidências e conhecimentos, para inspirar as políticas e as tomadas de decisão.

241. Para uma ainda maior eficácia do trabalho da OMS na Região Africana, será dada maior prioridade à identificação e mobilização de financiamento mais sustentável, para dar resposta às crescentes solicitações dos Estados-Membros. Um desses esforços pelo Escritório Regional será a facilitação da criação do proposto Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública. Para além de outras medidas, a coordenação e a colaboração no seio do Secretariado da OMS para missões conjuntas aos países serão reforçadas para garantir o uso eficaz dos recursos disponíveis.

242. À entrada do novo biénio, já surgiram claramente no horizonte novas oportunidades. A saúde é actualmente reconhecida como fundamental para o desenvolvimento. Isso é evidente nos vários compromissos mundiais e regionais assumidos na área da saúde, tais como os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) e do esforço desenvolvido para o acesso universal às intervenções de saúde de elevado impacto. A nível de país, a saúde está agora presente nos instrumentos nacionais para o desenvolvimento socioeconómico, tais como as Estratégias de Redução da Pobreza. A boa utilização que se fizer de todas estas oportunidades será um bom argúrio para o desenvolvimento sanitário na Região Africana da OMS.

ANEXO 1: PLANO ESTRATÉGICO A MÉDIO PRAZO DA OMS, 2008–2013: DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS

1.	Reduzir o fardo social, económico e para a saúde das doenças transmissíveis.
2.	Combater o VIH/SIDA, o paludismo e a tuberculose.
3.	Evitar e reduzir as doenças, aos incapacidades e a morte prematura devidas a doenças crónicas não transmissíveis, perturbações mentais, violência e traumatismos e deficiências visuais.
4.	Reduzir a morbilidade e a mortalidade e melhorar a saúde durante certas fases críticas da vida, incluindo a gravidez, o parto, o período neonatal, a infância e a adolescência, e melhorar a saúde reprodutiva e sexual, bem como promover um envelhecimento activo e saudável para todos os indivíduos.
5.	Reduzir as consequências para a saúde das situações de emergências, catástrofes, crises e conflitos, e minimizar o seu impacto social e económico.
6.	Promover a saúde e o desenvolvimento, e prevenir ou reduzir os factores de risco para as condições de saúde associadas ao abuso do tabaco, álcool, drogas e outras substâncias psicoactivas, dietas não saudáveis, inactividade física e sexo de risco.
7.	Enfrentar os determinantes sociais e económicos subjacentes da saúde, através de políticas e programas que promovam a equidade na saúde e integrem abordagens em favor dos pobres, contemplem a dimensão do género e sejam baseadas nos direitos humanos.
8.	Promover um ambiente mais saudável, intensificar a prevenção primária e influenciar as políticas públicas em todos os sectores, para se poderem atacar as causas profundas das ameaças ambientais para a saúde.

9.	Melhorar a nutrição, a segurança e a suficiência alimentares ao longo de toda a vida, e em apoio da saúde pública e de um desenvolvimento sustentável.
10.	Melhorar os serviços de saúde através de uma melhor governação, financiamento, pessoal e gestão, com base em evidências e investigação fiável e acessível.
11.	Garantir um melhor acesso, qualidade e uso de produtos e tecnologias clínicas.
12.	Fornecer liderança, reforçar a governação e promover parcerias e a colaboração com os países, o sistema das Nações Unidas e outros intervenientes, de modo a cumprir o mandato da OMS de fazer avançar a agenda mundial da saúde, conforme preconiza o Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho.
13.	Desenvolver e manter a OMS como uma Organização flexível e de aprendizagem, permitindo-lhe levar a cabo o seu mandato com maior eficiência e eficácia.

**ANEXO 2: AFECTAÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA APROVADO,
POR OBJECTIVO ESTRATÉGICO, FONTE DE FINANCIAMENTO
E DISTRIBUIÇÃO ENTRE AS REPRESENTAÇÕES DA OMS NOS
PAÍSES E O ESCRITÓRIO REGIONAL (EM MILHARES DE
DÓLARES AMERICANOS)**

Objectivo Estratégico N.º	Contribuições Fixas	Contribuições Voluntárias	Orçamento Total aprovado	Orçamento Nacional Total aprovado	Orçamento Regional Total aprovado
1	20 049	296 154	316 203	130 422	185 781
2	11 364	231 548	242 912	144 179	98 733
3	9 869	10 854	20 723	11 958	8 765
4	18 748	96 947	115 695	49 461	66 234
5	4 172	61 849	66 021	47 502	18 519
6	10 118	15 448	25 566	12 926	12 640
7	6 128	2 988	9 116	4 995	4 121
8	5 857	12 892	18 749	9 324	9 425
9	5 162	34 616	39 778	17 994	21 784
10	23 059	119 034	142 093	84 072	58 021
11	6 411	16 181	22 592	13 217	9 375
12	35 704	13 262	48 966	37 372	11 594
13	56 701	68 825	125 526	42 935	82 59
Total	213 342	980 598	1 193 940	606 357	587 583

1. Internal Displacement: Global Overview of Trends and Developments in 2009. Internal Displacement Monitoring Center, Norwegian Refugee Council; May 2010.
2. 2008 Global Trends: Refugees, Asylum Seekers, Returnees, Internally Displaced and Stateless Persons; June 2010.
3. Os números incluem o Sudão e a Somália.
4. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences: The Lancet, Volume 371, Issue 9608, Pages 243–260.
5. World Health Organization: Document EB118/7/2006, Strategic resource allocation.
6. África do Sul, Argélia, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Gâmbia, Gana, Libéria, Malawi, Maurícias, Moçambique, Ruanda, São Tomé e Príncipe e Seychelles.
7. Argélia, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Eritreia, Gâmbia, Gana, Guiné, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Maurícias, Moçambique, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Seychelles, África do Sul, Tanzânia, Zâmbia e Serra Leoa.
8. Argélia, Botsuana, Comores, Eritreia, Gâmbia, Lesoto, Malawi, Namíbia, Ruanda, África do Sul, Suazilândia, Togo, Zâmbia e Zimbabwe.
9. Benim, Burkina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Libéria, Mali, Senegal, Serra Leoa e Togo.
10. Angola, Benim, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, República Centro-Africana, Chade, República Democrática do Congo, Etiópia, Gana, Mali, Níger, Nigéria e Togo.
11. Benim, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guiné, Libéria, Mali, Mauritânia, Níger, Nigéria, Serra Leoa e Togo.
12. Angola, Benim, Burkina Faso, Burundi, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Gana, Guiné, Quênia, Libéria, Mali, Mauritânia, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Serra Leoa, África do Sul, Togo, Uganda e Zâmbia.
13. Angola, Benim, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centro-Africana, Chade, Comores, Congo, República Democrática do Congo, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda e Zâmbia.

14. Botsuana, Burundi, Congo, Eritreia, Gâmbia, Gana, Guiné, Quênia, Lesoto, Libéria, Malawi, Mali, Maurícias, Mauritânia, Namíbia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Seychelles, África do Sul, Suazilândia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
15. Burundi, Gana, Guiné, Quênia, Libéria, Mali, Mauritânia, Serra Leoa, Togo e Uganda.
16. Benim, Burkina Faso, Comores, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Quênia, Madagáscar, Malawi, Mali, Moçambique, Níger, Serra Leoa, Tanzânia, Togo e Uganda.
17. Angola, Benim, Burkina Faso, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Moçambique, Níger, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
18. Botsuana, Camarões, República Centro-Africana, Chade, República Democrática do Congo, Eritreia, Mauritânia, Namíbia, Nigéria, Senegal e Suazilândia.
19. Benim, Camarões, Chade, Comores, Guiné Equatorial, Eritreia, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Madagáscar, Moçambique, Nigéria, São Tomé e Príncipe, Senegal, Tanzânia, Togo e Zâmbia.
20. Argélia, Maurícias, Seychelles e Serra Leoa.
21. Benim, Botsuana, Burkina Faso, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Malawi, Mali, Mauritânia, Níger, Nigéria, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Togo, Seychelles e Zimbabwe.
22. Camarões, República Centro-Africana, Congo, República Democrática do Congo, Eritreia, Quênia, Serra Leoa e Uganda.
23. Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, WHO/UNAIDS/UNICEF, 2009.
24. UNAIDS/WHO 2009 AIDS epidemic update, November 2009.
25. Botsuana, Namíbia, Suazilândia e Tanzânia.
26. Botsuana, Burundi, Quênia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Ruanda, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
27. WHO/UNAIDS/UNICEF: Towards universal access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. September 2009.
28. Benim, Burkina Faso, Burundi, Camarões, República Centro-Africana, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabão, Guiné, Quênia, Mali, Moçambique, Namíbia, Tanzânia, Chade, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.

29. Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centro-Africana, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Moçambique, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, São Tomé e Príncipe, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
30. Botsuana, Etiópia, Lesoto, Quênia, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Ruanda, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
31. Argélia, Angola, Benim, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centro-Africana, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Democratic República do Congo, Equatorial Guiné, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
32. Argélia, Angola, Benim, Camarões, Quênia, Namíbia, São Tomé e Príncipe, África do Sul e Tanzânia.
33. Argélia, Benim, República Democrática do Congo, Eritreia, Quênia, Maurícias, Ruanda, Serra Leoa, Tanzânia e Zâmbia.
34. Argélia, Benim, Quênia e Tanzânia.
35. Etiópia, Quênia, Nigéria, Ruanda, África do Sul e Zâmbia.
36. Argélia, Angola, Camarões, Quênia, Namíbia, São Tomé e Príncipe, e África do Sul.
37. Argélia, Benim, Burundi, Comores, República Democrática do Congo, Eritreia, Quênia, Malawi, Maurícias, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Sychelles, Tanzânia e Zâmbia.
38. Argélia, República Democrática do Congo, Eritreia, Quênia, Maurícias, Ruanda, Serra Leoa, Tanzânia, e Zâmbia.
39. Argélia, Quênia, Tanzânia, e Zâmbia
40. Benim, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda e Zâmbia.
41. Burkina Faso, Camarões, República Democrática do Congo, Etiópia, Guiné, Quênia, Lesoto, Libéria, Moçambique, Nigéria, Ruanda, Senegal, Suazilândia, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.

42. República Democrática do Congo, Quênia, Malawi, Tanzânia e Zâmbia.
43. Angola, Benim, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centro-Africana, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
44. Angola, Benim, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centro-Africana, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
45. Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, Congo, Cote d'Ivoire, R.D. Congo, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, África do Sul, Seychelles, Serra Leoa, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda e Zâmbia.
46. Botsuana, Burkina Faso, Quênia, Moçambique, Lesoto, Namíbia, África do Sul e Suazilândia
47. Botsuana, Burkina Faso, Quênia, Lesoto, Moçambique, Namíbia, África do Sul, Suazilândia e Zimbabwe.
48. Angola, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Chade, Gabão, Quênia, Namíbia, República Democrática do Congo, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, África do Sul, Zâmbia e Zimbabwe.
49. Angola, Eritreia, Etiópia, Quênia, Moçambique, Namíbia, Ruanda, Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe.
50. Burundi, Etiópia, Gana, Mali, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Togo, Uganda e Zâmbia.
51. Etiópia, Guiné Equatorial, Gabão, Guiné-Bissau, Quênia, Madagáscar, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Tanzânia Continental, Zanzibar (Tanzânia) e Zâmbia.
52. Argélia, Angola, Botsuana, Guiné Equatorial, Etiópia, Madagáscar, Moçambique, Namíbia, África do Sul, Suazilândia, Zâmbia, Zanzibar (Tanzânia) e Zimbabwe.
53. Botsuana (38%), Guiné Equatorial (56%), Etiópia (51%), Madagáscar (32%), Moçambique (30%), Namíbia (16%) e Zâmbia (47%).

54. 2006: Benim, Camarões, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Malawi, Mauritânia, Senegal, Togo, Uganda, Zâmbia. 2007: Angola, República Democrática do Congo, Quênia, Libéria, Zâmbia. 2008. Guiné Equatorial, Gabão, Gana, Ruanda, Tanzânia, Togo, Zâmbia e Zanzibar (Tanzânia).
55. Angola, Benim, Botsuana, Camarões, Chade, Congo, República Democrática do Congo, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Guiné Equatorial, Quênia, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
56. Botsuana, Eritreia, Etiópia, Quênia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, África do Sul e Suazilândia.
57. Botsuana, Burundi, Ilha Bioko (Guiné Equatorial), Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Quênia, Madagáscar, Ruanda, São Tomé e Príncipe, África do Sul, Suazilândia, Zâmbia e Zanzibar (Tanzânia).
58. Botsuana, Côte d'Ivoire, Eritreia, Namíbia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Suazilândia, Zâmbia e Zanzibar (Tanzânia).
59. Benim, Gana, Quênia, Madagáscar, Níger, Nigéria, Ruanda, Tanzânia, Uganda e Zanzibar (Tanzânia).
60. Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Cabo Verde, República Centro-Africana, Chade, Guiné-Bissau, Gana, Libéria, Mali, Moçambique, Serra Leoa, África do Sul, Tanzânia, Togo e Uganda.
61. Cabo Verde, Mauritânia, Senegal, Seychelles e Zâmbia.
62. Quênia, Malawi, Namíbia e Tanzânia.
63. Angola, Camarões, Congo, Chade, República Democrática do Congo, Gabão, Guiné-Bissau, Mauritânia, Níger, São Tomé e Príncipe e Togo.
64. Botsuana, Eritreia, Gabão, Gana, África do Sul, Uganda e Zâmbia.
65. Burundi, Cote d'Ivoire, Etiópia, Gana, Quênia, Libéria e Nigéria.
65. Burundi, Cote d'Ivoire, Etiópia, Gana, Quênia, Libéria e Nigéria.
66. Camarões, República Democrática do Congo, Etiópia, Quênia, Mali, Nigéria, Senegal, Uganda e Zâmbia.
67. Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Chad, Eritreia, Etiópia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Libéria, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, África do Sul, Tanzânia, Togo, Uganda e Zâmbia.

68. Botsuana, Burkina Faso, Etiópia, Gana, Quênia, Lesoto, Libéria, Serra Leoa, Tanzânia, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Ruanda, África do Sul, Suazilândia, Uganda e Zâmbia.
69. Botsuana, Burkina Faso, Guiné Equatorial, Eritreia, Gana, Guiné-Bissau, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Mali, Moçambique, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, África do Sul, Suazilândia, Tânzania, Togo, Uganda e Zâmbia.
70. Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, República Centro-Africana, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Moçambique, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
71. Benim, Botsuana, Burundi, Burkina Faso, Camarões, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Quênia, Lesoto, Libéria, Malawi, Mali, Moçambique, Níger, Nigéria, Ruanda, Seychelles, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
72. Etiópia, Gabão, Gana, Quênia, Malawi, Nigéria e Zâmbia.
73. Benim, Botsuana, Burundi, Burkina Faso, Camarões, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Quênia, Lesoto, Libéria, Malawi, Mali, Moçambique, Níger, Nigéria, Ruanda, Seychelles, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
74. Gana, Lesoto, Nigéria, Serra Leoa e Zâmbia.
75. Benim, Botsuana, Camarões, República Democrática do Congo, Guiné-Bissau, Guiné, República Centro-Africana, Quênia, Malawi, Namíbia, Nigéria, Senegal, África do Sul e Uganda.
76. Etiópia, Gana, Quênia, Malawi e Zâmbia.
77. Botsuana, Eritreia, Etiópia, Gana, Quênia, Malawi, Moçambique, Níger, Senegal, África do Sul, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
78. Camarões, Côte d'Ivoire, Gabão, Gana, Guiné, Libéria, Madagáscar, Serra Leoa, Tanzânia e Zâmbia.
79. Botsuana, Burkina Faso, Camarões, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Mali, Namíbia, Níger, Nigéria, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, África do Sul, Tanzânia, Togo e Uganda.

80. Burkina Faso, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Malawi, Mali, Senegal, África do Sul, Tanzânia e Togo.
81. Benim, Burkina Faso, Burundi, Camarões, República Centro-Africana, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Quênia, Libéria, Malawi, Mali, Mauritânia, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Uganda, Togo e Zâmbia.
82. Argélia, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Camarões, Cabo Verde, República Centro-Africana, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Gabão, Gâmbia, Gana, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Mauritânia, Maurícias, Namíbia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, África do Sul, Suazilândia, Togo e Zimbabwe.
83. Angola, Etiópia, Malawi, Moçambique, Serra Leoa e Ruanda.
84. Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Gana, Quênia, Libéria, Madagáscar, Níger, Nigéria, Serra Leoa e Zâmbia.
85. Angola, Botsuana, Burundi, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Quênia, Libéria, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
86. Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Congo, Camarões, Côte d'Ivoire, Gana, Guiné, Guiné Equatorial, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Togo, Uganda e Zâmbia.
87. Botsuana, Eritreia, Gabão, Gana, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Namíbia, Nigéria, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
88. Angola, Benim, Burkina Faso, Burundi, Gana, Quênia, Libéria, Malawi, Mali, Níger, Senegal, África do Sul e Tanzânia.
89. Framework for Integrated Community-level Health promotion Interventions in support of priority WHO programs; guide for Recommendations for clinical practice for emergency obstetric and neonatal care (RPC), Home based New born Care training materials for CHW.
90. Angola, Burkina Faso, Etiópia, Gana, Malawi, Nigéria e Tanzânia.
91. Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, República Centro-Africana, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Gana, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Malawi, Mali, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.

92. Angola, Benim, Burkina Faso, Etiópia, Gâmbia, Quênia, Madagáscar, Malawi, Níger, Ruanda e Uganda.
93. Burkina Faso, República Centro-Africana, Chade, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Guiné, Libéria, Mali, Mauritânia, Nigéria e Senegal.
94. Côte d'Ivoire, Quênia, Libéria, Malawi, Mauritânia, Senegal, Serra Leoa e Zâmbia.
95. Benim, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Mali, Mauritânia, Níger, Nigéria, Senegal, Serra Leoa e Togo.
96. Benim, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guiné-Bissau, Níger, Nigéria, Libéria, Serra Leoa e Zâmbia.
97. AFR/RC54/R2: Reposicionamento do planeamento familiar nos serviços de saúde reprodutiva: quadro para uma acção acelerada, 2005–2014. In: Quinquagésima quarta sessão do Comité Regional da OMS, Brazzaville, República do Congo, 30 de Agosto–3 de Setembro de 2004, Relatório Final, Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional Africano, 2004 (AFR/RC54/19), pp. 9–11.
98. Angola, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, República Centro-Africana, Chade, Comores, Congo, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Mauritânia, Moçambique, Nigéria, Senegal, Serra Leoa, Togo, Zâmbia e Zimbabwe.
99. Angola, Botsuana, Lesoto, Libéria, Moçambique, Nigéria, Gâmbia, Gana, Guiné, Senegal, Serra Leoa e Zâmbia.
100. Benim, Camarões, Côte d'Ivoire, Gabão, Guiné, Mauritânia, Senegal, e Tanzânia.
101. Angola, República Centro-Africana, Chade, Congo, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Gabão, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe.
102. Botsuana, Cabo Verde, Eritreia, Malawi, Maurícias e Seychelles.
103. Burkina Faso, Gâmbia, Gana, Quênia, Lesoto, Libéria, Moçambique, Ruanda, África do Sul, Suazilândia e Tanzânia.
104. Burundi, Côte d'Ivoire, Libéria, Uganda e Zimbabwe.
105. Burundi, República Centro-Africana, Chade, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Guiné, Quênia, Libéria, Níger, Uganda e Zimbabwe.
106. República Centro-Africana, Chade, República Democrática do Congo e Uganda.
107. Angola, Benim, Botsuana, Eritreia, Gana, Madagáscar, Moçambique e Senegal.
108. Angola, Benim, Burkina Faso, Cabo Verde, República Centro-Africana, Chade, Guiné-Bissau, Mali e Togo.

109. Camarões, Etiópia, Quênia, Malawi, Nigéria, Ruanda, Tanzânia e Uganda.
110. Malawi, Moçambique, Namíbia, Seychelles, África do Sul, Suazilândia e Zimbabwe.
111. Argélia, Burkina Faso, Gâmbia e Quênia.
112. Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Guiné, Quênia, Lesoto, Libéria e Moçambique.
113. Libreville Declaration on Health and Environment in Africa, Libreville, 29 August 2008.
114. UNICEF e OMS – Uma fotografia ilustrando a situação da água potável e do saneamento em África. Preparada para AMCOW como contributo para a Cimeira da União Africana sobre Abastecimento de Água e Saneamento, 30 de Junho–2 de Julho de 2008.
115. Benim, Burkina Faso, Côte d’Ivoire, Libéria e Togo.
116. Burundi, Comores, Côte d’Ivoire, Guiné e Quênia.
117. Burundi, Gâmbia, Gana, Malawi, Namíbia, Níger e Nigéria.
118. Benim, Malawi, Moçambique, Namíbia, África do Sul, Zâmbia e Zimbabwe.
119. Burundi, Côte d’Ivoire, Madagáscar, Malawi, Uganda e Zimbabwe.
120. Botsuana, Burkina Faso, Comores, Guiné Equatorial, Chade, Gana, Madagáscar, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, África do Sul, Zimbabwe e Zâmbia.
121. Benim, Botsuana, Camarões, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Malawi, Namíbia, Nigéria, Senegal, África do Sul e Uganda.
122. Benim, Botsuana, Burkina Faso, Congo, República Democrática do Congo, Etiópia, Gabão, Gana, Quênia, Malawi, Mali, Níger, Nigéria, Senegal, África do Sul, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
123. Benim, Congo, Côte d’Ivoire, Gabão, Mali, Níger e Togo.
124. Etiópia, Lesoto, Moçambique, Guiné-Bissau e Suazilândia.
125. Burkina Faso, Comores, Gana, Madagáscar, Mauritânia, Níger, São Tomé e Príncipe, e África do Sul.
126. Gâmbia, Mauritânia, Nigéria, Seychelles, Uganda e Zâmbia.
127. Etiópia, Gabão, Gana, Quênia, Malawi, Nigéria e Zâmbia.
128. Angola, Benim, Botsuana, Burundi, Comores, Eritreia, Etiópia, Quênia, Lesoto, Malawi, Mauritânia, Ruanda, Uganda e Zimbabwe.
129. Benim, Côte d’Ivoire, Gâmbia, Gana, Seychelles e Uganda.

130. Etiópia, Gâmbia, Guiné, Malawi, Maurícias, Ruanda, África do Sul e Uganda.
131. Gâmbia, Guiné, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Maurícias Moçambique, Ruanda, e Seychelles.
132. Botsuana, Eritreia, Guiné, Quênia, Serra Leoa e Uganda.
133. Comores, Eritreia, Etiópia, Gana, Quênia, Madagáscar, Malawi, Maurícias, Nigéria, Ruanda e Uganda.
134. Benim, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Gana, Guiné, Libéria, Mauritânia, Maurícias, Níger, Ruanda, Senegal, Seychelles, Togo e Uganda.
135. Argélia, Benim, Côte d'Ivoire, Níger e Togo.
136. Angola, Camarões, Comores, Congo, Chade, República Democrática do Congo, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Quênia, Lesoto, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Ruanda, África do Sul, Togo e Uganda.
137. Angola, Gâmbia, Lesoto e Mali.
138. Comores, República Democrática do Congo, Guiné, Malawi, Mali e Togo.
139. Resolução AFR/RC58/R3, Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: Melhorar a Saúde em África no Novo Milénio. In: Quinquagésima oitava sessão do Comité Regional Africano da OMS, Yaounde, República dos Camarões, 1–5 de Setembro de 2008, Relatório Final. Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional Africano, 2008 (AFR/RC58/20) pp. 13–15.
140. Angola, Guiné, Moçambique e Nigéria.
141. Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Eritreia, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Malawi, Mauritânia, Níger, África do Sul, Suazilândia e Tanzânia.
142. Congo, Etiópia, Mauritânia and Suazilândia.
143. Benim, Côte d'Ivoire, Eritreia, Guiné-Bissau, Serra Leoa, Suazilândia e Togo.
144. Gana, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Uganda e Zâmbia.
145. Benim, Burkina Faso, Burundi, Etiópia, Mali, Níger, Nigéria e Senegal.
146. Botsuana, Comores, Eritreia, Lesoto, Madagáscar, Moçambique, Namíbia, Suazilândia e Zimbabwe.
147. Etiópia, Malawi, África do Sul, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.
148. Burkina Faso, Gana, Ruanda e Uganda.
149. Angola, Benim, Burkina Faso, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gabão, Guiné, Lesoto, Mauritânia, Maurícias, Namíbia, Níger, São Tomé e Príncipe, Senegal, Suazilândia, Tanzânia, e Zimbabwe.

150. Accedido em <http://portfolio.theglobalfund.org/?lang=en>.
151. Botsuana, Camarões, Eritreia, Quênia, Seychelles, Serra Leoa, Ruanda e Zimbabwe.
152. Quênia, África do Sul, Suazilândia e Zâmbia.
153. Benim, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Congo, Gâmbia, Madagáscar, Mali, Mauritânia e Zimbabwe.
154. Benim, Burkina Faso, Cabo Verde, Gâmbia, Mali, Níger, Serra Leoa e Zâmbia.
155. PALOP: Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. o grupo de cinco países africanos onde o português é a língua oficial: Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe.
156. Benim, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Libéria, Mali, Maurícias, Namíbia, Níger, Nigéria, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
157. Acções de formação realizadas no Burkina Faso, Burundi, Camarões, Quênia e Senegal.
158. Burkina Faso, Burundi, Camarões, Congo, Cabo Verde, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Senegal e Togo.
159. Burkina Faso, Burundi, Libéria, Malawi, Moçambique, Níger, Nigéria, e Senegal.
160. Benim, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Mali, Níger, Nigéria, Senegal, Serra Leoa e Togo.
161. Benim, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Mali, Níger, Nigéria, Senegal, Serra Leoa e Togo.
162. Benim, Gana, Malawi e Serra Leoa.
163. Benim, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Gana, Eritreia, Etiópia, Quênia, Lesoto; Malawi, Mali, Moçambique, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tânzania, Uganda e Zâmbia.
164. Camarões, Eritreia, Gâmbia, Gana, Quênia, Serra Leoa, e Zâmbia.
165. Burkina Faso, Etiópia, Lesoto, Malawi, Maurícias, Suazilândia e Uganda.
166. Burkina Faso, Etiópia, Quênia, Tanzânia e Zâmbia.
167. Burkina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Etiópia, Mali, Moçambique, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.
168. Burkina Faso, Burundi, Camarões e Madagáscar.

169. Argélia, Benim, Botsuana, Burkina Faso, República Centro-Africana, Gana, Madagáscar, Nigéria, Senegal, África do Sul, Tanzânia e Uganda.
170. Etiópia, Gana, Quênia, Nigéria, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.
171. Burundi, República Centro-Africana, Etiópia, Quênia, Nigéria, Tanzânia e Zâmbia.
172. República Centro-Africana, Chad, Etiópia, Mali, Senegal e Zâmbia.
173. Gana, Quênia, Nigéria, África do Sul, Tanzânia e Uganda.
174. Gana, Quênia, Nigéria, Tanzânia e Uganda.
175. Angola, Benim, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centro-Africana, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Gabão, Guiné, Guiné-Bissau, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, São Tomé e Príncipe, Senegal e Togo.
176. Camarões, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Lesoto, Libéria, Malawi, Nigéria, Serra Leoa, Suazilândia e Tanzânia.
177. Benim, Burundi, República Centro-Africana, Congo, República Democrática do Congo, Gabão, Namíbia, Níger e Uganda.
178. Argélia, Benim, Camarões, Cote d'Ivoire, Etiópia e Guiné.
179. Botsuana, Camarões, Eritreia, Etiópia, Gana, Quênia, Lesoto, Malawi, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Ruanda, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
180. Burkina Faso, Mali, Níger, Ruanda, Senegal, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
181. Benim, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guiné, Guiné-Bissau, Mali, Mauritânia, Senegal e Togo.
182. Camarões, Etiópia, Malawi, Mali, Senegal e Uganda.
183. Argélia, Camarões, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Quênia, Mali, Nigéria, Senegal, África do Sul e Tanzânia.
184. Ver documento AFR/RC59/13: Termos de referência da reunião das delegações da Região Africana à Assembleia Mundial da Saúde e ao Conselho Executivo. In: Quinquagésima nona sessão do Comité Regional Africano da OMS, Kigali, República do Ruanda, 31 de Agosto – 4 de Setembro de 2009, Relatório Final. Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional Africano, 2009 (AFR/RC58/20).
185. Eritreia, Moçambique, Nigéria e Zimbabwe.
186. Benim, Burkina Faso, Burundi, RD Congo, Etiópia, Quênia, Madagáscar, Mali, Moçambique, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Togo, Uganda e Zâmbia.
187. Etiópia, Mali, Moçambique e Níger.

188. Angola, Benim, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Chad, Etiópia, Gana, Quênia, Madagáscar, Malawi, Mali, Moçambique, Níger, Nigéria, São Tomé e Príncipe, Tanzânia e Zâmbia.
189. Burundi, Quênia, Mauritânia e Uganda.
190. Côte d'Ivoire, Mauritânia, Níger, Suazilândia e Uganda.