

ACTIVIDADES DA **OMS** NA REGIÃO AFRICANA



A AGENDA DE TRANSFORMAÇÃO DO
SECRETARIADO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL
DA SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA
2015 -2020

2014 2015

Relatório Bienal da Directora Regional

Dados de Catalogação na Publicação da Biblioteca da OMS/ AFRO

Actividades da OMS na Região Africana 2014-2015, Relatório Bienal da Directora Regional

1. Organização Mundial da Saúde – organização e administração
2. Planificação Regional da Saúde – organização e administração
3. Prioridades de Saúde
4. Planificação de Saúde Assistência Técnica
5. Realizações
6. Administração da Saúde Pública – organização e administração – métodos

I. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a África II. Título

ISBN: 978 929 034083-6

(Classificação NLM: WA 541 HA1)

© Escritório Regional da OMS para a África, 2015

As publicações da Organização Mundial da Saúde beneficiam da protecção prevista pelas disposições do Protocolo n.º 2 da Convenção Universal dos Direitos de Autor. Reservados todos os direitos. Cópias desta publicação podem ser obtidas na Biblioteca do Escritório Regional da OMS para a África, Caixa Postal 6, Brazzaville, República do Congo (Tel: +47 241 39100; Fax: +47 241 39507; correio electrónico: afro@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 pontilhadas nos mapas representam fronteiras aproximadas, sobre as quais é possível que ainda não exista total acordo.

A menção de determinadas empresas e de certos produtos comerciais não implica que essas empresas e produtos sejam aprovados ou recomendados pela Organização Mundial 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 exclusivamente ao leitor. Em caso algum, poderá a Organização Mundial da Saúde ser considerada responsável por prejuízos que decorram da sua utilização.

Concepção gráfica e impressão:
Escritório Regional da OMS para a África, República do Congo

ÍNDICE

	PÁGINA
SIGLAS E ACRÓNIMOS	v
RESUMO	vii
1 INTRODUÇÃO	1 – 4
2 CONTEXTO	5 – 10
3 EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA DA OMS PARA 2014-2015	11 – 14
4 REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS POR CATEGORIA DE ACTIVIDADE	15 – 59
4.1 CATEGORIA 1: DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	15 – 25
4.2 CATEGORIA 2: DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	27 – 31
4.3 CATEGORIA 3: PROMOÇÃO DA SAÚDE AO LONGO DA VIDA	33 – 39
4.4 CATEGORIA 4 : SISTEMAS DE SAÚDE	41 – 45
4.5 CATEGORIA 5: PREPARAÇÃO, VIGILÂNCIA E RESPOSTA ÀS DOENÇAS	47 – 53
4.6 CATEGORIA 6: SERVIÇOS EMPRESARIAIS E FUNÇÕES FACILITADORAS	54 – 59
5 PROGRESSOS REALIZADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DO COMITÉ REGIONAL	61 – 67
5.1 AFR/RC53/R6 INTENSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES CONTRA O VIH/SIDA, TUBERCULOSE E PALUDISMO NA REGIÃO AFRICANA DA OMS	63
5.2 AFR/RC61/R4 ERRADICAÇÃO DA POLIOMIELITE NA REGIÃO AFRICANA AFR/RC64/R6 FUNDO AFRICANO PARA AS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA	64
5.3 AFR/RC62/R2 VIH/SIDA: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA	64
5.4 AFR/RC62/R8 IMPLEMENTAÇÃO DO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL (2005) NA REGIÃO AFRICANA	65
5.5 AFR/RC63/R7 ORIENTAÇÕES CONSOLIDADAS DA OMS SOBRE O USO DE MEDICAMENTOS ANTI-RETROVIRAIS NO TRATAMENTO E PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO VIH; RECOMENDAÇÕES PARA UMA ABORDAGEM DE SAÚDE PÚBLICA — IMPLICAÇÕES PARA A REGIÃO AFRICANA	66
5.6 AFR/RC63/R6 ESTRATÉGIA REGIONAL PARA AS DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS NA REGIÃO AFRICANO DA OMS	66
5.7 AFR/RC64/R6 FUNDO AFRICANO PARA AS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA	67

	PÁGINA
6 DESAFIOS E OBSTÁCULOS	69 – 71
7 CONCLUSÃO	73 – 76
8 ANEXO	77 – 78
ANEXO 1: DOTAÇÕES ORÇAMENTAIS PARA A REGIÃO AFRICANA (OP 2014-2015) POR CATEGORIA DE ACTIVIDADE E ÁREAS PROGRAMÁTICAS, COM REPARTIÇÃO PELO ESCRITÓRIO REGIONAL (RO) E REPRESENTAÇÕES (CO) (MILHARES DE DÓLARES)	78
9 NOTAS FINAIS	79 – 85

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: COBERTURA VACINAL COM TRÊS DOSES DA VACINA PARA A DIFTERIA-TÉTANO-TOSSE CONVULSA (DTP3) ¹⁵ NOS PAÍSES DA REGIÃO AFRICANA DA OMS	18
FIGURA 2: DOSES CUMULATIVAS DA VACINA CONJUGADA CONTRA A MENINGITE A (MENAFRIVAC) ADMINISTRADAS ÀS POPULAÇÕES NOS PAÍSES DA CINTURA AFRICANA DA MENINGITE, DE 2010 A 2014	19
FIGURA 3: NÚMERO ESTIMADO DE MORTES RELACIONADAS COM A SIDA NA ÁFRICA SUBSARIANA, 1990-2014	20
FIGURA 4: A) TENDÊNCIA DA INCIDÊNCIA DE TB NA REGIÃO AFRICANA: 1990-2013; B) PROGRESSOS NAS INTERVENÇÕES COLABORATIVAS DE TB/VIH NA REGIÃO AFRICANA: 2003-2013	21
FIGURA 5: A) NÚMERO ESTIMADO DE CASOS DE PALUDISMO NA REGIÃO AFRICANA DA OMS: 2000 – 2013; B) NÚMERO ESTIMADO DE MORTES DEVIDO AO PALUDISMO NA REGIÃO AFRICANA DA OMS: 2000 – 2013	22
FIGURA 6: ESTADO DOS PLANOS DIRECTORES NACIONAIS PARA AS DTN	24
FIGURA 7: ESTADO DA RATIFICAÇÃO DA CONVENÇÃO QUADRO DA OMS PARA A LUTA ANTITABÁGICA NA REGIÃO AFRICANA, AGOSTO DE 2015	28
FIGURA 8: ÓBITOS MATERNS NOTIFICADOS NO PRIMEIRO TRIMESTRE DE 2014, EM COMPARAÇÃO COM OS ÓBITOS MATERNS NOTIFICADOS NO PRIMEIRO TRIMESTRE DE 2015	34
FIGURA 9: CRONOLOGIA DOS EVENTOS E CURVA EPIDEMIOLÓGICA DA DVE NA ÁFRICA OCIDENTAL, ENTRE DEZEMBRO DE 2013 E AGOSTO DE 2015	49

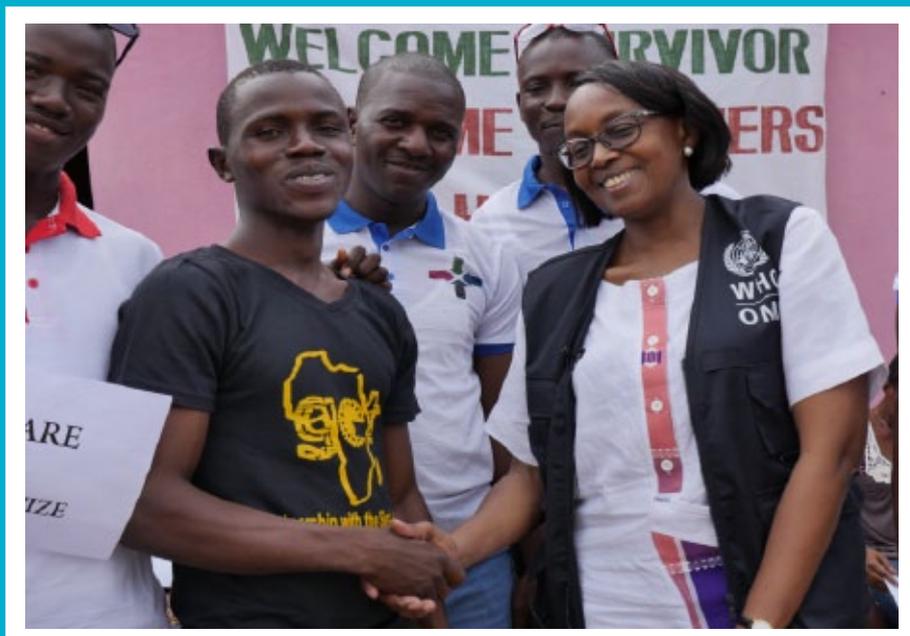
LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: EXECUÇÃO DO OP 2014-2015 ATÉ 31 DE AGOSTO DE 2015 (MILHARES DE DÓLARES AMERICANOS)	14
QUADRO 2: NÚMERO DE CASOS E ÓBITOS POR DVE POR PAÍS, NA ÁFRICA OCIDENTAL, EM 30 DE SETEMBRO DE 2015	48

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AHO	: Observatório Africano da Saúde	HHA	: Harmonização para a Saúde em África
AIDI	: Atenção Integrada às Doenças da Infância	ICATT	: Ferramenta Informatizada de Adaptação e Formação em Atenção Integrada às Doenças da Infância
AMA	: Agência Africana dos Medicamentos	ICPD	: Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
AMM	: Administração em Massa de Medicamentos	ISO	: Organização Internacional de Normalização
ARV	: Anti-retrovirais	MCV1	: Primeira dose da vacina contra o sarampo na vacinação de rotina
ASV	: Actividades Suplementares de Vacinação	MDSR	: Vigilância e Resposta à Mortalidade Materna
CCS	: Estratégias de Cooperação com os Países	MERS-CoV	: Coronavírus da Síndrome Respiratória do Médio Oriente
cVDPV	: Vacina derivada do Poliovírus em Circulação	MNCH	: Saúde Materna, Neonatal e Infantil
CWB	: Sangue Total Convalescente	MNT	: Tétano Materno e Neonatal
DDT	: Dicloro-difenil-tricloroetano	NEPAD	: Nova Parceria para o Desenvolvimento de África
DNT	: Doenças Não Transmissíveis	NHPSP	: Políticas, estratégias e planos nacionais de saúde
DPT3	: 3. ^a dose da Vacina da Difteria, e Tosse Convulsa no PAV de rotina	NHWO	: Observatório Nacional dos Profissionais de Saúde
Tétano		NID	: Dias Nacionais de Vacinação
DTN	: Doenças Tropicais Negligenciadas	OCR	: Resposta a surtos e crises
DVE	: Doença por Vírus Ébola	ODM	: Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
EAI	: Equipa de Apoio Interpaíses	ODS	: Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
ERC	: Comissão de Revisão Ética	PC	: Plasma Convalescente
ERF	: Quadro de Resposta às Emergências	PCV	: Vacina anti-pneumocócica conjugada
ESP	: Eventos de Saúde Pública	PEI	: Iniciativa de Erradicação da Poliomielite
EVIPNet	: Rede das Políticas baseadas em Evidências	PFA	: Paralisia Flácida Aguda
FAESP	: Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública	PGT	: Programa Geral de Trabalho
FCTC	: Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica	PHEIC	: Emergência de Saúde Pública de Dimensão Internacional
GATS	: Inquérito Mundial aos Adultos sobre o Tabaco	PMDT	: Gestão Programática da Tuberculose Multirresistente aos Medicamentos
GFATM	: Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo		
GVAP	: Plano Mundial de Acção para as Vacinas		
GYTS	: Inquérito Mundial aos Jovens sobre o Tabaco		

PMPA	:	Plano de Fabricação de Produtos Farmacêuticos para África	STEPS	:	Abordagem Faseada de vigilância dos factores de risco
PTV	:	Prevenção da Transmissão Vertical	TAR	:	Terapêutica Anti-Retroviral
PVH	:	Papilomavírus Humano	TB-MR	:	Tuberculose Multirresistente aos Medicamentos
PVS	:	Poliovírus selvagem	THA	:	Tripanossomíase Humana Africana
QP-DTN	:	Quimioterapia preventiva para as doenças tropicais negligenciadas	UNDAF	:	Quadro das Nações Unidas de Ajuda ao Desenvolvimento
rGLC	:	Mecanismo Regional da Luz Verde	UNMEER	:	Missão das Nações Unidas para a Resposta de Emergência ao Ébola
RMNCH	:	Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil	VOP	:	Vacina oral da poliomielite
RPM	:	Gestão do Programa Regional	VPD	:	Doenças evitáveis pela vacinação
RSI	:	Regulamento Sanitário Internacional (2005)	VRID	:	Vigilância e Resposta Integrada às Doenças
rSIS	:	Sistema de Informação Estratégica em tempo real	WCO	:	Representação da OMS
SEOCC	:	Centro Sub-Regional de Coordenação de Surtos	WISN	:	Indicadores do Volume de Trabalho para as Necessidades de Contratação
SHOC	:	Centro Estratégico de Operações Sanitárias	WMR	:	Relatório sobre o Paludismo no Mundo
SSFFC	:	Medicamentos de qualidade inferior, adulterados, com rótulos falsos, falsificados e contrafeitos			



Dr.ª Moeti encontra-se com sobreviventes do Ébola em Port Loko, na Serra Leoa

RESUMO

A Directora Regional tem o prazer de apresentar o seu relatório de actividades da OMS na Região Africana em 2014 e no período de Janeiro a Agosto de 2015. O relatório resume as realizações significativas efectuadas relativamente às seis categorias de trabalho do 12.º Programa Geral de Trabalho e reflecte as contribuições das Representações da OMS, do Escritório Regional e das três Equipas de Apoio Interpaíses. É o primeiro relatório da nova Directora Regional, nomeada em Janeiro de 2015 para um mandato de cinco anos (Fevereiro de 2015 a Janeiro de 2020). Desde que entrou em funções, a Directora Regional lançou a “Agenda de Transformação do Secretariado da OMS na Região Africana” para acelerar a implementação das reformas da OMS na Região Africana.

Combater a doença por vírus Ébola e reconstruir a resiliência dos sistemas de saúde



Perita da OMS em mobilização social na Guiné, a prestar esclarecimentos à comunidade sobre o Ébola

Desde o início de 2014, a Região tem enfrentado a epidemia da doença por vírus Ébola (DVE) mais longa, complexa e disseminada de que há registo, que se propagou rapidamente através de grandes comunidades urbanas com uma gravidade sem precedentes. A epidemia, que começou na Guiné rural em Dezembro de 2013, foi notificada à OMS apenas em Março de 2014. Propagou-se para a Libéria e Serra Leoa e foram notificados alguns casos no Mali, Nigéria, Senegal, Espanha, Reino Unido e Estados Unidos da América. Nos três países mais afectados (Guiné, Libéria e Serra Leoa) a epidemia, ao contrário das anteriores que estavam maioritariamente limitadas a áreas rurais, foi caracterizada por uma transmissão intensa em áreas urbanas densamente povoadas a partir de Junho de 2014, atingindo o seu pico em Setembro de 2014.

O Centro Estratégico de Operações Sanitárias (SHOC) no Escritório Regional da OMS para a África (AFRO) foi activado e foi capaz de monitorizar casos e mortes, identificar as necessidades de pessoal e mercadorias e produzir relatórios diários de situação que foram utilizados para

elaborar acções de resposta apropriadas, informar o público e os meios de comunicação sobre o surto e, dessa forma, sensibilizar o mundo acerca da doença. A OMS também ajudou os países afectados a criarem Centros de Operações de Emergência.

À medida que a epidemia evoluiu, a OMS convocou uma reunião ministerial da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO) em Acra, onde foi pedido ao Escritório Regional que criasse um Centro Sub-Regional de Coordenação de Surtos (SEOCC) na Guiné em Julho de 2014. A OMS contou com as operações desse centro para reforçar ainda mais a coordenação dos parceiros envolvidos na resposta ao Ébola, facilitando dessa forma a resposta atempada aos pedidos dos países afectados. As actividades do SEOCC foram mais tarde incorporadas nas da Missão das Nações Unidas para a Resposta de Emergência ao Ébola (UNMEER). A resposta maciça à DVE por parte da UNMEER é um testemunho eloquente da coordenação dentro da família das Nações Unidas.

Devido à sua dimensão, complexidade e âmbito geográfico, a epidemia da DVE foi declarada como uma emergência de saúde pública de dimensão internacional (PHEIC) em Agosto de 2014. Atingiu o seu pico em Setembro de 2014, com uma média de 150-200 casos notificados por semana. Até ao final do segundo trimestre de 2015, foram notificados 20-30 casos por semana e, pela primeira vez, cadeias de transmissão bem definidas foram identificadas em localizações geográficas específicas e de menor quantidade na Libéria e na Serra Leoa. A 3 de Setembro de 2015, a Libéria foi declarada livre do Ébola.

Até ao final de Agosto de 2015 foram mobilizados um total acumulado de 3823 peritos por parte da OMS, incluindo 1244 mobilizados pelo Escritório Regional para os países gravemente afectados. Até ao final de Setembro de 2015, havia ainda 212 funcionários do Secretariado da OMS na Região Africana ainda no terreno. Vários destes peritos foram colocados no nível distrital, onde desempenharam um papel fundamental na coordenação no terreno, investigação epidemiológica, localização de contactos e compromisso da comunidade. A nível central, os membros do pessoal da OMS apoiaram as autoridades nacionais na liderança e coordenação da resposta, facilitando dessa forma uma implementação harmonizada entre os parceiros do desenvolvimento e a monitorização, de modo a assegurar os progressos com vista aos resultados acordados.

Para assegurar que as comunidades cooperavam com as intervenções de luta contra a DVE, a OMS mobilizou antropólogos, assim como peritos em ciências de comunicação e comportamentais, para identificarem os determinantes sociais e culturais subjacentes à epidemia. Os seus resultados serviram de base às actividades de compromisso e tomadas de decisão das comunidades, ajudando dessa forma a inverter e até interromper as cadeias de transmissão da DVE.

As acções da OMS e dos parceiros ajudaram a travar os surtos de Ébola no Mali, na Nigéria e no Senegal; parar a epidemia na Libéria; abrandar a transmissão na Guiné e na Serra Leoa; e prevenir uma maior propagação para além da Região. Para a totalidade do período até ao final de Setembro de 2015, haviam sido notificados mais de 28 417 casos e 11 310 mortes, incluindo as mortes de mais de 535 profissionais de saúde da linha da frente. Até ao final de Setembro de 2015, apenas tinham sido notificados alguns casos na Serra Leoa e na Guiné, e até 17 de Outubro, nenhum caso havia sido comunicado na Serra Leoa e na Guiné durante uma semana.

O Escritório Regional da OMS contribuiu para a investigação acelerada e para o desenvolvimento de vacinas contra a DVE através do reforço de capacidades éticas e reguladoras dos Estados-Membros. Até Agosto de 2015, duas vacinas candidatas contra a DVE completaram os ensaios clínicos de fase I no Gabão, Quénia e Mali, dando provas de segurança para mais avaliações clínicas no terreno destes produtos. Duas vacinas candidatas encontravam-se nos ensaios clínicos de fase II e III, uma das quais produziu uma eficácia de 100% contra a DVE na vacinação em anel realizada na Guiné.

O Escritório Regional da OMS para a África apoiou as intervenções de recuperação dos sistemas de saúde através de aconselhamento técnico para a elaboração de planos nacionais de recuperação para os três países gravemente afectados. Os planos promovem a apropriação nacional, asseguram a integração eficaz de actividades de resposta e de recuperação precoce e alinham os esforços de recuperação precoces com o desenvolvimento dos sistemas de saúde a longo prazo. Estes planos foram apresentados nas reuniões de Primavera do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional e apresentados à Conferência de Doadores do Secretário-Geral das Nações Unidas em Julho de 2015, onde os doadores assumiram promessas na ordem dos 5 mil milhões de dólares.

O Escritório Regional também apoiou o reforço de capacidades em 39 países não afectados, incluindo a avaliação da preparação da DVE, a elaboração de planos nacionais de preparação e a formação de pessoal nacional.

Progressos notáveis com vista à erradicação da poliomielite

Foram realizados progressos notáveis com vista à erradicação da poliomielite na Região. Em 25 de Setembro de 2015, a Directora-Geral retirou a Nigéria, que era o único país da Região Africana onde a poliomielite continuava a ser endémica, da lista mundial de países onde a

doença é endêmica, depois de mais de 14 meses sem qualquer caso confirmado de poliovírus no país – o último caso de poliovírus notificado na Nigéria datava de Julho de 2014. A OMS apoiou a implementação de intervenções para interromper a transmissão da poliomielite e prevenir a importação do poliovírus selvagem (PVS), incluindo a utilização da vacina inactivada da poliomielite (IPV) para aumentar a imunidade sistémica. Para a Região Africana ficar certificada como livre da poliomielite, são necessários mais 2 anos para verificar que não ficou por detectar qualquer poliovírus em circulação na Região.

Avanços contínuos com vista à redução das mortes evitáveis pela vacinação



A OMS apoiou os Estados-Membros na implementação do Plano Estratégico Regional de Vacinação 2014-2020, aprovado pelo Comité Regional em 2014. O ritmo de introdução de novas vacinas foi acelerado e até ao final de Agosto de 2015, todos os 47 Estados-Membros tinham introduzido vacinas contra a hepatite B e a *haemophilus influenza* Tipo B; 35 países tinham introduzido a Vacina Anti-Pneumocócica Conjugada; e 26 países tinham introduzido a vacina do rotavírus nos seus programas de rotina do PAV. Para minimizar o risco de epidemias de meningite, que afectam regularmente os países da cintura da meningite, mais de 64 milhões de

peças adicionais foram vacinadas contra a meningite meningocócica do tipo A, aumentando dessa forma a protecção contra as epidemias desse serótipo para mais de 217 milhões de pessoas.

No entanto, foi notificado um grande surto de meningite meningocócica, provocado sobretudo pela bactéria *Neisseria meningitidis* (Nm) do grupo sorológico C, no Níger em Janeiro de 2015. Este foi o primeiro surto de grande escala e de rápida propagação causado pela Nm do grupo sorológico C a atingir um país da cintura da meningite. Nos últimos 40 anos, o grupo sorológico C provocou apenas casos esporádicos e alguns surtos localizados em África. Perante este padrão histórico, o surto no Níger foi visto como um desenvolvimento alarmante, já que havia falta de vacinas contra as bactérias do grupo sorológico C.

Progressos na redução do fardo das doenças transmissíveis

Os Estados-Membros fizeram progressos significativos, com o apoio da OMS e dos parceiros, para aumentarem as intervenções de prevenção e tratamento do VIH, TB e paludismo. O resultado foi uma diminuição de 56% no número de mortes relacionadas com a SIDA entre 2005 e 2014. Em 2014, vinte e dois países na Região registaram uma diminuição de mais de 50% nas mortes relacionadas com a SIDA, quando comparado com 2005. Em 2014, mais 1,7 milhões de pessoas acue vivem com o VIH iniciaram uma terapêutica anti-retroviral, aumentando o número total de pessoas na Região a realizarem TAR para mais de 10 milhões.

A tendência descendente na incidência regional da TB, que teve início em 2003, foi mantida. Com o apoio do Mecanismo regional da Luz Verde (rGLC), prosseguiram os esforços para reforçar a capacidade dos países na gestão da TB resistente a medicamentos. Consequentemente, a percentagem de doentes confirmados com TB-MR que iniciaram o tratamento de segunda linha aumentou para 30% no final de 2014. Entre 2000 e 2013, o número estimado de casos de paludismo por 1000 pessoas em risco de contrair paludismo diminuiu em 34% e as taxas de mortalidade do paludismo caíram em 54% na Região Africana. Pela primeira vez, a OMS assinou um acordo com o Fundo Mundial de Luta Contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, que tornou o financiamento disponível para a prestação de assistência técnica aos países à medida que estes elaboram Documentos de Síntese para o novo modelo de financiamento. A implementação destes subsídios irá ajudar os Estados-Membros a expandirem ainda mais a cobertura de actividades que visam o VIH/SIDA, TB, paludismo, RMNCH e sistemas de saúde.

Na sua globalidade, os países da Região Africana realizaram progressos significativos na via da consecução do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio 6 – Combater o VIH/SIDA, o paludismo e outras doenças. Para isto, a OMS contribuiu prestando apoio normativo e técnico, e potenciando as parcerias para a implementação de intervenções com boa relação custo-eficácia. A OMS contribuiu igualmente para os progressos registados no ODM 4 – *Reduzir a mortalidade infantil e no ODM 5 – Melhorar a saúde materna*. Por exemplo, a taxa de mortalidade dos menos de cinco anos nos países varia entre os 14 e os 157 por 1000 nados-vivos, com 10 países a alcançarem a meta de dois terços na redução da mortalidade dos menores de cinco anos entre 1990 e 2015. A mortalidade materna variou entre os 53 e os 1100 por 100 000 nados-vivos, com apenas quatro países a alcançarem a meta de redução em três quartos da taxa de mortalidade materna. Porém, os progressos registados na Região são insuficientes para a consecução das metas dos ODM.

Também foram realizados progressos na luta contra as DTN. O Gana recebeu a certificação em como se encontra livre da transmissão da dracunculose, aumentando o número total de países para 40. O Chade, Etiópia, Mali e Sudão do Sul permanecem os únicos países da Região onde a doença é endémica. A Angola e a República Democrática do Congo aguardam a verificação da dracunculose para receberem a certificação, enquanto o Quénia encontra-se na fase de pré-certificação. Dado o encerramento iminente do Programa Africano de Combate à Oncocercose (APOC) em Dezembro de 2015 e a necessidade de reforçar os ganhos alcançados nas últimas décadas na luta contra a doença e para manter o ímpeto que os países africanos alcançaram no controlo e eliminação das DTN, a Directora Regional convocou várias reuniões com as principais partes interessadas que levou a um acordo para a criação de uma nova entidade de DTN chamada de Projecto Especial Alargado para a Eliminação das DTN (ESPEN). Esta entidade ficará sediada no Escritório Regional da OMS para a África e estará operacional em 2016. O ESPEN irá focar-se na prestação de apoio técnico aos países onde as DTN são endémicas nos seus esforços para controlar e eliminar as doenças tropicais negligenciadas através da quimioterapia preventiva (QP-DTN).

Melhorar a concretização de intervenções e os resultados através de uma liderança e parcerias eficazes

Foram reforçadas as parcerias com organizações bilaterais e multilaterais, União Africana (UA), iniciativas mundiais de saúde, fundações, sociedade civil e instituições académicas, resultando na implementação eficaz e eficiente de actividades a nível nacional. O Escritório Regional da

OMS para a África e a CUA juntaram-se para organizarem a Primeira Reunião dos Ministros Africanos da Saúde organizada conjuntamente pela CUA e a OMS em Luanda, Angola, em Abril de 2014. Um dos resultados dessa reunião foi a aprovação do “Compromisso sobre o Mecanismo de Responsabilização para Avaliar a Implementação dos Compromissos assumidos pelos Ministros da Saúde”, através do qual os ministros comprometeram-se a cumprir os prazos definidos para a implementação das decisões e declarações, e a comunicarem os progressos realizados nas reuniões conjuntas subseqüentes da OMS-CUA. A OMS está também a apoiar a CUA na criação de um Centro Africano de Controlo de Doenças e de uma Agência Africana dos Medicamentos.



A Dr.^a Moeti dirige-se aos delegados na reunião da UA em Adis Abeba

A OMS coordenou o mecanismo de Harmonização para a Saúde em África (HHA), que forneceu um apoio técnico, promoveu a liderança governamental e assegurou um diálogo entre as partes interessadas regionais com vista à consecução dos ODM relacionados com a saúde. A nível nacional, a OMS forneceu uma liderança na coordenação dos parceiros, facilitando dessa forma os custos reduzidos de transacções, a implementação harmonizada e a monitorização eficaz dos resultados acordados. Foram também coordenados os programas conjuntos com outras agências das Nações Unidas para melhorar a adesão dentro das Equipas Nacionais das Nações Unidas ao abrigo do Quadro das Nações Unidas de Ajuda ao Desenvolvimento (UNDAF).

Transformar o Secretariado da OMS na Região Africana num líder regional fiável e de confiança no domínio da saúde



Após a sua nomeação, a nova Directora Regional lançou a “Agenda de Transformação do Secretariado da OMS na Região Africana”, que já está a ser implementada. O objectivo da Agenda de Transformação é assegurar que o Secretariado da OMS na Região Africana se torne no principal líder do desenvolvimento sanitário em África e o protector fiável e eficaz do inventário da saúde. A Agenda de Transformação tem quatro áreas de incidência, nomeadamente: valores pró-resultados, foco técnico inteligente, operações estratégicas com capacidade de resposta e comunicações e parcerias eficazes. A área de foco de valores pró-resultados procura fomentar o aparecimento de uma cultura organizativa que é definida pelos valores da excelência, trabalho de equipa, responsabilidade, integridade, equidade, inovação e transparência. A área de foco técnico inteligente irá priorizar as áreas técnicas do trabalho da OMS na Região Africana, em linha com as prioridades e compromissos regionais, assegurando que as intervenções são baseadas em evidências e têm em consideração as lições aprendidas com a experiência. A área de operações estratégicas com capacidade de resposta irá assegurar que o Secretariado da OMS na Região Africana se torna numa organização com funções

facilitadoras que apoiam de forma eficiente a prestação de programas. Por fim, a área de foco de comunicações e parcerias eficazes procura fomentar uma organização com capacidade de resposta e interactiva, internamente entre os membros do pessoal e externamente com as partes interessadas.

O Escritório Regional foi reestruturado ao abrigo da Agenda de Transformação com vista a um realinhamento da sua estrutura organizativa, de modo a que aborde de forma mais eficaz as prioridades da Região. Foram criados cinco grupos orgânicos técnicos, a saber: i) Grupo Orgânico das Doenças Transmissíveis (CDS) para abordar o VIH, TB, Paludismo, DTN e Saúde Pública e Ambiente; ii) Grupo Orgânico da Saúde Familiar e Reprodutiva (FRH) para trabalhar na Saúde ao longo da Vida, incluindo a Saúde Materna, Neonatal, infantil e dos Adolescentes, Nutrição e Vacinação, Vacinas e Agentes Biológicos; iii) Grupo Orgânico das Doenças Não Transmissíveis (DNT) para trabalhar nos Factores de Risco das DNT, Gestão das DNT, Saúde Mental e Violência e Traumatismos; iv) Grupo Orgânico dos Sistemas e Serviços de Saúde (HSS) para trabalhar na Política, Financiamento e Acesso à Saúde, Prestação Integrada de Serviços e Informação e Gestão dos Conhecimentos da Saúde; e v) Grupo Orgânico da Segurança Sanitária e Emergências (HSE) para a Vigilância das Doenças e para a Avaliação dos Riscos de Emergências, Resposta a Surtos e Catástrofes, e Apoio Laboratorial. Foram recrutados novos directores para liderarem três destes grupos orgânicos através de um processo de selecção competitivo.

Foi criado um novo Programa para a Erradicação da Poliomielite no Gabinete da Directora Regional, de modo a fornecer-lhe a visibilidade necessária e a forte liderança para o objectivo final e legado da poliomielite. Foi criada uma nova Unidade para a Promoção da Saúde e para os Determinantes Sociais e Económicos no gabinete do Director para a Gestão do Programa, dada a natureza transversal desta função.

Foi organizada uma reunião especial com todos os Representantes da OMS na Região em Abril de 2015, de modo a assegurar o seu compromisso para com a Agenda de Transformação. Após esta reunião realizaram-se acções de formação organizadas para os membros do pessoal de todas as Representações da OMS, Grupos Orgânicos e Equipas de Apoio Interpaíses. No segundo trimestre de 2015 foi iniciado um projecto para melhorar os processos de negócios existentes, que incluem a gestão financeira, recursos humanos, aquisição e gestão de instalações e definição do número de pessoal ideal para realizar o trabalho da OMS na Região e vários modelos de prestação de serviços que podem ser implementados para aumentar a eficiência e a rentabilidade.

Durante o terceiro trimestre de 2015 foi iniciado um projecto-quadro de responsabilização e reforço interno para abordar de forma colectiva as fraquezas sistémicas no ambiente de controlo, em vez de se focar numa recomendação de auditoria de cada vez. Como parte deste projecto, as funções e unidade de cumprimento foram reorganizadas para permitir melhores medidas preventivas, formação de pessoal e imposição de sanções sempre que necessário. Foi realizada uma acção de formação em Agosto de 2015 para funcionários administrativos e directores de operações do Escritório Regional, EAI e Representações da OMS durante a qual os Indicadores Principais do Desempenho (KPI) com ligações claramente definidas à avaliação de desempenho foram acordados com vista a uma maior transparência, responsabilidade e gestão de riscos.

Avançar para o futuro

“A Agenda de Transformação do Secretariado da OMS na Região Africana, 2015-2020” fornece um quadro para o trabalho futuro da OMS na Região Africana. O objectivo final é garantir o acesso a um pacote básico de serviços de saúde essenciais em todos os Estados-Membros e, para isso, alcançar a cobertura universal de saúde com obstáculos financeiros, geográficos e sociais mínimos. A ideia é também prosseguir a agenda inacabada dos ODM e promover os novos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) de forma geral e o ODS 3 em particular, que procura “assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades”.



Para esse efeito, a OMS focar-se-á nas seguintes cinco áreas estratégicas prioritárias:

- i) melhorar a segurança sanitária ao enfrentar as doenças com potencial epidémico, emergências e novas ameaças à saúde;
- ii) direccionar os progressos no sentido da equidade e da cobertura universal de saúde através do reforço dos sistemas de saúde;
- iii) prosseguir a agenda de desenvolvimento pós-2015 ao mesmo tempo que se assegura que os ODM são cumpridos;
- iv) enfrentar os determinantes sociais e económicos da saúde;
- v) criar um Secretariado com capacidade de resposta e orientado para os resultados.

O Secretariado da OMS irá trabalhar com os Estados-Membros, parceiros, doadores e outras partes interessadas, incluindo comunidades económicas regionais, e através da plataforma política oferecida pela União Africana e a sua Agenda 2063, para abordar estas prioridades estratégicas. Será dada especial atenção a: apoiar os países a planear, implementar e avaliar os progressos com vista à consecução dos ODS relacionados com a saúde; investir na expansão de criação e utilização de conhecimentos para o desenvolvimento e programação de políticas; e reforçar e coordenar parcerias.

Os ODS oferecem um ensejo para intensificar as intervenções eficazes e bem conhecidas com vista concluir a agenda dos ODM que está por terminar. A OMS está pronta para trabalhar com os Estados-Membros no sentido de elaborar e implementar políticas e planos nacionais de saúde para que os países possam fazer face às suas prioridades e cumprir as metas dos ODS. Será dada uma atenção particular à equidade e abrangência; à implementação da Estratégia Mundial do Secretário-Geral da ONU para a Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes; ao combate ao fardo crescente das doenças não transmissíveis; à melhoria dos determinantes sociais da saúde; ao envolvimento de sectores externos ao da saúde para assegurar sinergias entre as suas políticas e as acções do sector da saúde; e ainda aos avanços na via da cobertura universal de saúde.

A OMS irá continuar a contribuir com vista a acabar com a epidemia da DVE e a reforçar os sistemas nacionais de saúde nos três países gravemente afectados na África Ocidental. Serão feitos esforços para reforçar a capacidade dos países em preparar e responder a epidemias

e a crises humanitárias, incluindo melhorar as capacidades essenciais para a aplicação do RSI. A OMS irá também reforçar a capacidade a nível regional para responder a emergências e continuar a advogar uma maior alocação de recursos para a segurança e emergências da saúde.

À medida que a Região Africana avança para ser certificada como livre da poliomielite até 2017, a OMS irá continuar a trabalhar com os Estados-Membros para sustentar os progressos obtidos e para monitorizar os seus planos operacionais nacionais de emergência de erradicação da poliomielite. Irá também fornecer apoio para melhorar a qualidade das campanhas e a vigilância da poliomielite, e assegurar uma resposta atempada e adequada a quaisquer surtos de poliovírus selvagem e em circulação derivados de vacinas. Será dada uma atenção prioritária a: introduzir a vacina da poliomielite nos serviços de vacinação de rotina e mudar de tVOP para bVOP; monitorizar as actividades de certificação e contenção para assegurar que a Região cumpre as metas e alvos mundiais da erradicação da poliomielite; e implementar planos nacionais de legado da poliomielite.

Os esforços envidados para transformar o Secretariado da OMS da Região Africana numa organização com capacidade de resposta e orientada para os resultados, eficiente e responsável irão continuar no próximo biénio. O Secretariado está empenhado em acelerar o desenvolvimento de sistemas de saúde resilientes que previnam e tratem as doenças, assegurem a segurança sanitária e melhorem a saúde e o bem-estar das pessoas na Região Africana da OMS.



Dr.^a Matshidiso **Moeti**
Directora Regional da OMS para África
Outubro de 2015



1

Introdução

O relatório apresenta as actividades realizadas pelo Secretariado da OMS na Região Africana, que abrange o Escritório Regional, as Equipas de Apoio Interpaíses e as Representações da OMS. As actividades são apresentadas em seis (6) categorias de trabalho, tal como contemplado no 12.º PGT, nomeadamente: i) doenças transmissíveis; ii) doenças não transmissíveis; iii) promoção da saúde ao longo da vida; iv) sistemas de saúde; v) preparação, vigilância e resposta; e vi) serviços empresariais e funções facilitadoras.





1. Introdução

1. Este relatório – *Actividades da OMS na Região Africana, 2014-2015: Relatório da Directora Regional* – abrange as actividades da OMS nos primeiros 20 meses do primeiro biénio (2014 – 2015) do Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho da OMS (12.º PGT).¹ O 12.º PGT fornece uma visão estratégica de alto nível das actividades da OMS para o período de 2014-2019. É o produto de uma prolongada interacção entre o Secretariado da OMS e os Estados-Membros e destaca as prioridades de liderança e a direcção geral para uma governação mais eficaz por parte dos Estados-Membros, assim como um papel de orientação e coordenação mais forte da OMS na governação mundial da saúde. Também tem em consideração as lições aprendidas com a implementação do 11.º Programa Geral de Trabalho e inclui os três componentes da reforma da OMS, nomeadamente: reforma do programa para melhorar a saúde das pessoas; reforma da governação para aumentar a coerência na saúde mundial; e reforma da gestão na procura da excelência organizativa.
2. O relatório apresenta as actividades realizadas pelo Secretariado da OMS na Região Africana, que abrange o Escritório Regional, as Equipas de Apoio Interpaíses e as Representações da OMS. As actividades são apresentadas em seis (6) categorias de trabalho, tal como contemplado no 12.º PGT, nomeadamente: i) doenças transmissíveis; ii) doenças não transmissíveis; iii) promoção da saúde ao longo da vida; iv) sistemas

de saúde; v) preparação, vigilância e resposta; e vi) serviços empresariais e funções facilitadoras. Este é um desvio do formato de anteriores relatórios de Directores Regionais sobre as actividades da OMS, que eram divididos por objectivos estratégicos.

3. O relatório está organizado em sete capítulos, a saber:

- i. Introdução**
- ii. Contexto**
- iii. Execução do Orçamento-Programa para 2014-2015**
- iv. Realizações significativas por categoria**
- v. Progressos realizados na implementação das resoluções do Comité Regional**
- vi. Desafios e obstáculos**
- vii. Conclusão**

4. O relatório também inclui o Anexo 1: Dotações orçamentais para a Região Africana (OP 2014-2015) por categoria de trabalho e áreas programáticas, com repartição pelo Escritório Regional e Representações.

5. Este é o primeiro relatório apresentado ao Comité Regional pela nova Directora Regional, a Dr.^a Matshidiso Moeti, que foi eleita pelos Estados-Membros no final de 2014 e posteriormente nomeada pelo Conselho de Administração da OMS em Janeiro de 2015. A Dr.^a Moeti tomou posse no dia 1 de Fevereiro de 2015 e desde então lançou a “Agenda de Transformação”, que se foca em assegurar que a OMS na Região Africana se torna numa organização responsável e eficiente, em consonância com as expectativas dos Estados-Membros.

2

Contexto

O ano de 2014 marcou o início da implementação do primeiro biénio do 12.º Programa Geral de Trabalho, para 2014-2019. Nesse ano, o maior surto da doença por vírus Ébola (DVE) de sempre na história da humanidade tinha acabado de ser notificado na Guiné. A doença propagou-se rapidamente para a Libéria e Serra Leoa, com alguns casos notificados no Mali, Nigéria, Senegal, Espanha, Reino Unido e Estados Unidos da América.





2. Contexto

6. O ano de 2014 marcou o início da implementação do primeiro biénio do 12.º Programa Geral de Trabalho, para 2014-2019. Nesse ano, o maior surto da doença por vírus Ébola (DVE) de sempre na história da humanidade tinha acabado de ser notificado na Guiné. A doença propagou-se rapidamente para a Libéria e Serra Leoa, com alguns casos notificados no Mali, Nigéria, Senegal, Espanha, Reino Unido e Estados Unidos da América. Devido à sua magnitude, complexidade e disseminação geográfica, o surto de Ébola foi posteriormente declarado uma emergência de saúde pública de dimensão internacional (PHEIC) em Agosto de 2014. Até ao final de Setembro de 2015, haviam sido notificados mais de 28 417 casos e 11 310 óbitos, incluindo a morte de mais de 535 profissionais de saúde da linha da frente.
7. Ao contrário de surtos anteriores de DVE na Região, que ocorreram predominantemente em áreas rurais, o surto na África Ocidental foi caracterizado pela rápida transmissão tanto em áreas rurais como áreas urbanas, especialmente na Libéria, Serra Leoa e Guiné. Os sistemas de saúde destes três países ficaram sobrecarregados e a prestação de alguns serviços-chave, como a vacinação, o controlo do paludismo e os cuidados pré-natais ficou comprometida.



A Dr.ª Moeti em visita a um centro de tratamento do Ébola na Serra Leoa

8. Devido ao surto de DVE na África Ocidental, os Estados-Membros recomendaram o adiamento da sexagésima quarta sessão do Comité Regional Africano de Setembro para Novembro de 2014. Isto também significou o adiamento da eleição do novo Director Regional para Novembro de 2014.
9. Em resposta ao surto de Ébola, a OMS e os Estados-Membros da Região Africana reprogramaram os seus recursos humanos e financeiros limitados com vista à prevenção, preparação e resposta, à custa de outras prioridades da saúde. Para além do surto de DVE, a Região também passou por outras duas emergências significativas na República Centro-Africana e no Sudão do Sul. Estas emergências adicionais contribuíram ainda mais para o desvio dos recursos da OMS de outras prioridades principais.
10. Os recursos financeiros e humanos adicionais distribuídos em resposta ao surto de DVE e às emergências humanitárias constituiu uma oportunidade para os países afectados reforçarem os seus sistemas de saúde, incluindo o apoio à investigação e desenvolvimento de novos produtos médicos.
11. Noutras áreas de saúde pública, a Região continuou a registar taxas elevadas de mortalidade materna e infantil e um crescente fardo das doenças transmissíveis e não transmissíveis. Não obstante estes desafios, a Região fez progressos com vista à consecução dos ODM, como a redução dos óbitos atribuíveis ao paludismo e melhores acessos às terapêuticas para o VIH e a TB.

12. O investimento dos Estados-Membros na saúde permaneceu baixo. O Grupo de Acção de Alto Nível sobre o Financiamento Internacional Inovador para os Sistemas de Saúde estimou que até 2009 um país com baixos rendimentos tinha de gastar, em média, 44 dólares *per capita* (60 dólares em 2015) para reforçar o seu sistema de saúde e para fornecer um pacote essencial de serviços de saúde.² No final de 2014, apenas 22 países³ (47%) na Região gastavam mais de 60 dólares na saúde por pessoa por ano. Evidências adicionais de baixos investimentos domésticos na saúde reflectiram-se no número limitado de países que cumpriram a meta de 2001 da Declaração de Abuja⁴ da União Africana de afectarem, pelo menos, 15% dos orçamentos nacionais para o sector da saúde.
13. A despesa directa na saúde, como uma percentagem do total da despesa com a saúde, foi mais de 20% em 36 países,⁵ sugerindo que as pessoas nesses países estão expostas a um risco elevado de despesas e empobrecimento catastrófico na saúde. Como resultado desse subinvestimento e dependência elevada nos gastos directos na saúde e no financiamento externo para a saúde, os sistemas nacionais de saúde permanecem fracos e não possuem a capacidade para assegurar um acesso universal aos serviços de saúde para quem necessita.
14. Os Estados-Membros foram ainda confrontados com o desafio prolongado de criar sistemas de saúde fortes e resistentes, capazes de responder a surtos de doenças e emergências graves. Os elementos críticos dos sistemas de saúde como a força de



trabalho da saúde, sistemas de vigilância e informação, acesso a medicamentos, vacinas e outros produtos de saúde essenciais de qualidade e investimento na investigação e inovação, requerem investimentos adicionais de modo a garantir a expansão e a sustentabilidade de acesso a serviços essenciais de saúde.

15. No período de Janeiro de 2014 a Agosto de 2015 existiram muitas oportunidades que influenciaram significativamente o estado da saúde das pessoas na Região. Por exemplo, os Estados-Membros introduziram novas legislações nacionais, políticas e planos estratégicos da saúde foram revistos e os sectores da saúde de alguns Estados-Membros sofreram reformas. Novos diagnósticos, medicamentos, vacinas e intervenções tornaram-se acessíveis, novas iniciativas e parceiros da saúde aderiram e foram feitos avanços nas tecnologias de informação da saúde.
16. A nível nacional continuaram a aparecer novos parceiros. Consequentemente, ficou disponível financiamento, instalações e outros recursos adicionais, contribuindo para o desenvolvimento da saúde. Foram reforçadas parcerias com doadores bilaterais e multilaterais, sociedade civil e fundações em vários Estados-Membros, resultando num melhor acesso à saúde. Foram também implementadas grandes actividades e iniciativas de saúde numa parceria com as comunidades económicas regionais e com a União Africana, exemplificada pela distribuição de profissionais de saúde por parte da UA para ajudar na resposta ao Ébola na África Ocidental.
17. O período de Janeiro de 2014 a Agosto de 2015 registou um aumento no financiamento da OMS, embora a maior parte desses fundos estivessem destinados para a poliomielite, a resposta à DVE na África Ocidental e às emergências humanitárias na República Centro-Africana e no Sudão do Sul. O Diálogo sobre o Financiamento da OMS⁶ contribuiu para melhorar e libertar mais facilmente o financiamento para programas prioritários na Região, permitindo dessa forma uma implementação mais rápida das actividades. Foi dentro deste contexto geral que se procedeu à execução do OP 2014-2015.
18. A Implementação de uma nova ambição para tornar a OMS na Região Africana numa organização mais transparente, responsável e eficiente, através de um programa intitulado a “Agenda de Transformação do Secretariado da OMS na Região Africana”,⁷ teve início em Fevereiro de 2015. Esta agenda define a visão e estratégia para a mudança e visa melhorar o desempenho do Secretariado da OMS, à medida que este apoia os seus Estados-Membros na melhoria dos resultados da saúde. A Agenda de Transformação tem quatro áreas de incidência, nomeadamente: valores pró-resultados, foco técnico inteligente, operações estratégicas com capacidade de resposta e comunicações e parcerias eficazes. Cada uma destas áreas de incidência está estreitamente alinhada com os resultados específicos do programa de reforma da OMS.

3

Execução do Orçamento-Programa da OMS para 2014-2015

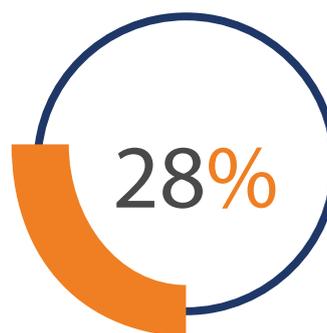
O Orçamento-Programa da OMS para 2014-2015, num total de 3 977 000 000 dólares, foi aprovado pela sexagésima sexta Assembleia Mundial da Saúde. Deste montante, um total de 1 120 000 000 dólares (28%) foi afectado à Região Africana.

A AFECTAÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA DA OMS PARA 2014-2015



100%

O Orçamento-Programa da OMS para 2014-2015, totalizando **3 977 000 000 de dólares**, foi aprovado pela **sexagésima sexta Assembleia Mundial da Saúde**



28%

Deste montante, foi afectado um total de **1 120 000 000 de dólares** à **Região Africana da OMS**

3. Execução do Orçamento-Programa da OMS para 2014-2015

19. O Orçamento-Programa da OMS para 2014-2015, num total de 3 977 000 000 dólares, foi aprovado pela sexagésima sexta Assembleia Mundial da Saúde. Deste montante, um total de 1 120 000 000 dólares (28%) foi afectado à Região Africana.⁸ Devido ao surto de DVE e às emergências humanitárias sofridas pela Região, o OP 2014-2015 foi aumentado em 60%, passando o orçamento total afectado à Região para os 1 798 519 000 dólares (Quadro 1).
20. Do orçamento total de 1 798 519 000 dólares afectados à Região, os fundos realmente recebidos até 31 de Agosto de 2015 foram 1 700 132 000 dólares, representando 95% do orçamento afectado. Até ao final de Agosto de 2015, a execução orçamental encontrava-se nos 1 237 784 000 dólares, representando 73% dos fundos recebidos.
21. A distribuição das dotações orçamentais para as várias categorias de actividade foi desigual, com a maior parte a ir para os programas de emergência (erradicação da poliomielite e resposta a surtos e crises (OCR), que recebeu 40% (447 500 000 dólares) do orçamento regional. A maior parte destes fundos foi para o programa de erradicação da poliomielite. Os restantes 60% da afectação regional (672 500 000 dólares) foram distribuídos pelas restantes categorias.
22. Do mesmo modo, o padrão de distribuição dos fundos disponíveis espelhava a afectação do orçamento por todas as categorias de actividade. O nível de financiamento disponível para os programas de emergência era o mais elevado, a 995,5 milhões de dólares, estando os fundos altamente reservado. Esta restrição colocada na utilização dos fundos para actividades específicas priva a Região da flexibilidade para abordar de forma adequada as prioridades regionais acordadas com os Estados-Membros. A taxa de utilização dos recursos disponíveis variava consoante as categorias de actividade, desde os 66% para a categoria 3 aos 81% para a categoria 4.
23. O Quadro 1 apresenta uma decomposição da execução do OP 2014-2015. Tal como está realçado neste quadro, a execução geral do OP 2014-2015 permanece dentro do previsto, apesar do surto de DVE e das emergências humanitárias. No entanto, existe a necessidade de assegurar dotações e financiamentos estrategicamente equilibrados para as prioridades regionais.

Quadro 1: Execução do OP 2014-2015

Até 31 de Agosto de 2015 (milhares de dólares americanos)

QUADRO 1: EXECUÇÃO DO OP 2014-2015 – ATÉ 31 DE AGOSTO DE 2015 (MILHARES DE DÓLARES AMERICANOS)							
CATEGORIA	ORÇAMENTO APROVADO PELA AMS	DOTAÇÃO DO OP	TOTAL DE FUNDOS DISPONÍVEIS	% DE FINANCIAMENTO RELATIVAMENTE AO ORÇAMENTO APROVADO	ORÇAMENTO EXECUTADO	% DE IMPLEMENTAÇÃO RELATIVAMENTE AO ORÇAMENTO	% DE IMPLEMENTAÇÃO RELATIVAMENTE AO
	(A)	(B)	(C)	(D=C/A)	(E)	(F=E/A)	(G=E/C)
Categoria Um Doenças transmissíveis	266 700	272 531	270 210	101%	195 851	73%	72%
Categoria Dois Doenças não transmissíveis	56 500	58 024	53 424	95%	42 069	74%	79%
Categoria Três Promoção da saúde ao longo do ciclo da vida	92 000	110 645	108 982	118%	72 190	78%	66%
Categoria Quatro Sistemas de saúde	71 300	82 117	79 044	111%	63 857	90%	81%
*Categoria Cinco Preparação, vigilância e resposta	55 500	57 557	59 558	107%	43 840	79%	74%
Categoria Seis Serviços empresariais e funções facilitadoras	130 500	131 000	132 993	102%	98 359	75%	74%
Total dos Programas de Base	672 500	711 873	704 211	105%	516 165	77%	73%
Programas de Emergência							
05 - (Polio e OCR)	447 500	1 086 646	995 921	223%	721 619	161%	72%
Total dos Programas de Emergência	447 500	1 086 646	995 921	223%	721 619	161%	72%
Total Geral	1 120 000	1 798 519	1 700 132	152%	1 237 784	111%	73%

*Exclui os Programas de Emergência (Poliomielite e OCR)

4

Realizações significativas por categoria de actividade

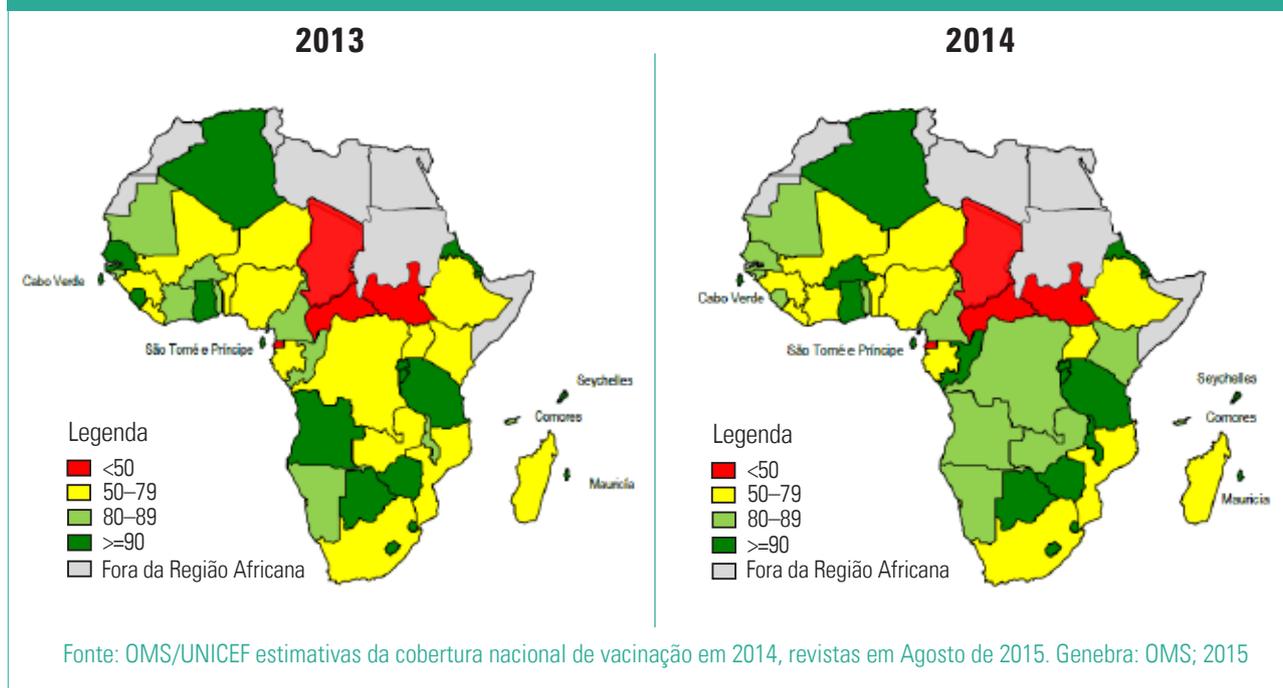




4.1 Categoria 1: Doenças transmissíveis

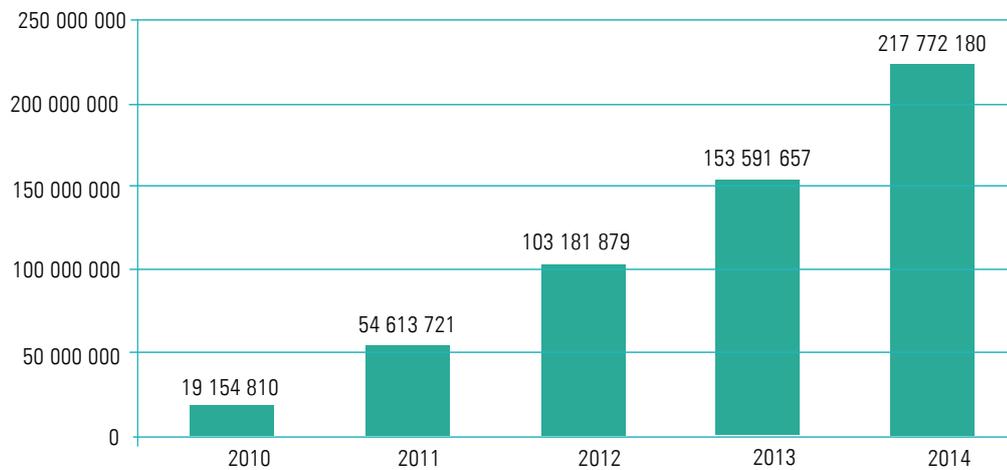
24. Ao abrigo desta categoria, a OMS apoiou os Estados-Membros na redução do fardo das doenças transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA, tuberculose, paludismo e doenças tropicais negligenciadas. O apoio que a OMS e os parceiros forneceram permitiu aos Estados-Membros implementarem actividades que aumentaram e mantiveram a cobertura de algumas intervenções comprovadas, resultando numa redução do fardo de algumas doenças transmissíveis.
25. Os Estados-Membros aprovaram o Plano Estratégico de Vacinação 2014-2020, que define metas e marcos⁹ contra os quais o desempenho da vacinação está a ser medido na procura do controlo de doenças evitáveis pela vacinação (VPD). Com base nas estimativas da OMS e da UNICEF,¹⁰ a cobertura com três doses da vacina da Difteria-Tétano-Tosse Convulsa (DTP3) e a primeira dose da vacina contra o sarampo (MCV1) na Região eram 77 e 73%, respectivamente, em 2014, comparado com os 76 e 73% para ambas as vacinas em 2013.¹¹ No final de 2014, 18 países¹² tinham cumprido a meta do Plano Mundial de Acção para as Vacinas (GVAP) de pelo menos 90% de cobertura com DTP3, quinze¹³ deles em dois anos consecutivos (Figura 1). Durante o período indicado, estima-se que a vacina contra o sarampo fora administrada a 87,9 milhões de crianças em 19 países,¹⁴ através das Actividades Suplementares de Vacinação (ASV).

Figura 1: Cobertura vacinal com três doses da vacina para a Difteria-Tétano-Tosse Convulsa (DTP3)¹⁵ nos países da Região Africana da OMS



26. Manteve-se o ritmo de introdução de novas vacinas nos programas nacionais de vacinação e até Agosto de 2015 todos os Estados-Membros tinham introduzido vacinas contra a hepatite B e *Haemophilus influenza* Tipo B. Durante o período do relatório, 8 países¹⁶ adicionais introduziram vacinas anti-pneumocócicas conjugadas (PCV), aumentando o número total de países que utilizam esta vacina nos seus PAV de rotina para 35. Dezasseis países¹⁷ adicionais introduziram as vacinas contra o rotavírus, aumentando para 26 os utilizadores desta vacina na vacinação infantil de rotina. A vacina contra o papilomavírus humano (PVH) foi introduzida a nível nacional na África do Sul, Botswana e Seychelles. Com 35 países (74%) validados para a eliminação do tétano materno e neonatal (MNT), os progressos com vista à sua eliminação estão em curso. A vacina inactivada da poliomielite foi introduzida por 10 países¹⁸ para aumentar ainda mais a imunidade da população contra a poliomielite.
27. Para minimizar o risco de epidemias de meningite, que afectam regularmente os países da cintura da meningite, mais de 64 milhões de pessoas (um aumento de 42%) de Côte d'Ivoire, Etiópia, Mauritânia, Nigéria e Togo foram vacinadas em campanhas com o MenAfriVacTM, aumentando dessa forma o número total alcançado desde 2010 para mais de 217 milhões. A Figura 2 reflecte as tendências no rápido aumento do número de doses distribuídas à população. Consequentemente, a ameaça de epidemias da meningite meningocócica A na Região foi reduzida de forma substancial.

Figura 2: Doses cumulativas da vacina conjugada contra a meningite A (menAfriVac) administradas às populações nos países da Cintura Africana da meningite, de 2010 a 2014

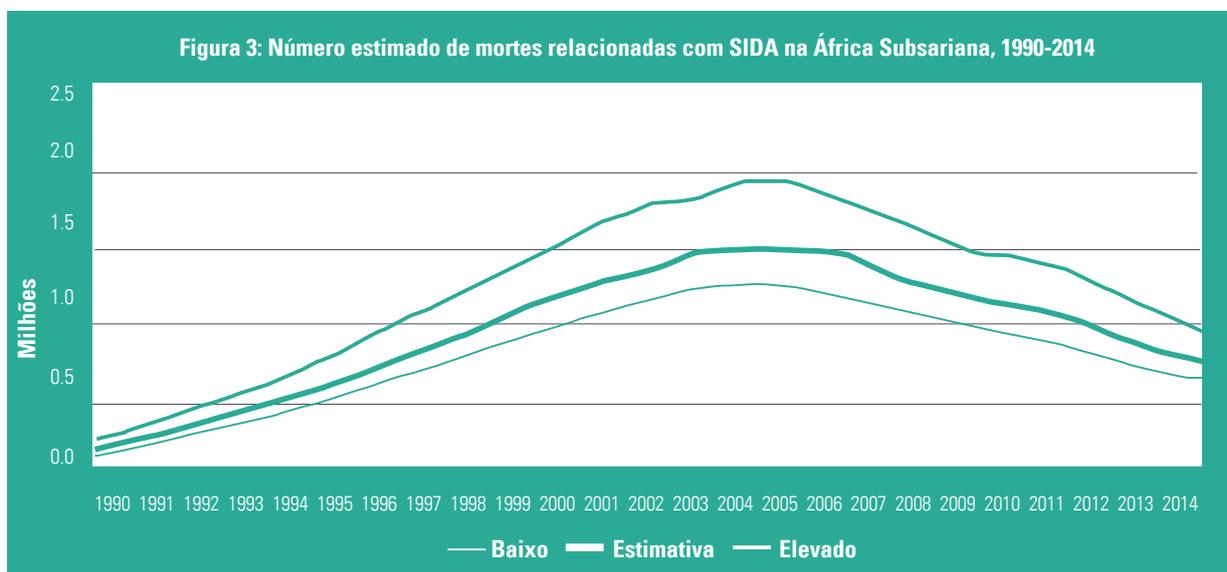


Fonte: Dados da EAI da África Ocidental, 2015

28. No entanto, foi notificado um grande surto de meningite meningocócica, provocado sobretudo pela bactéria *Neisseria meningitidis* (Nm) do grupo sorológico C, no Níger em Janeiro de 2015. Este foi o primeiro surto de grande escala e de rápida propagação causado pela Nm do grupo sorológico C a atingir um país da cintura da meningite. Nos últimos 40 anos, o grupo sorológico C provocou apenas casos esporádicos e alguns surtos localizados em África. Perante este padrão histórico, o surto no Níger foi visto como um desenvolvimento alarmante, já que havia falta de vacinas contra as bactérias do grupo sorológico C.
29. O VIH/SIDA permaneceu como um dos principais contribuidores para o fardo elevado das doenças transmissíveis na Região. O aumento de intervenções preventivas e esforços de tratamento por parte dos Estados-Membros com o apoio da OMS e dos parceiros



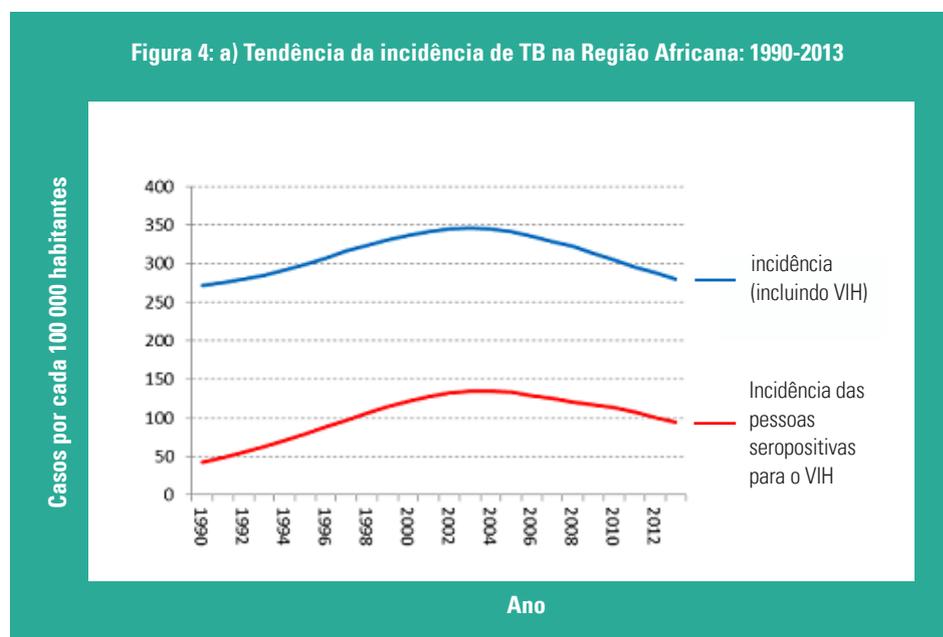
resultou num decréscimo de 56% do número de mortes relacionadas com a SIDA entre 2005 e 2014 (Figura 3). Em 2014, 22 países¹⁹ na Região registaram decréscimos de mais de 50% de mortes relacionadas com a SIDA, quando comparado com 2005.



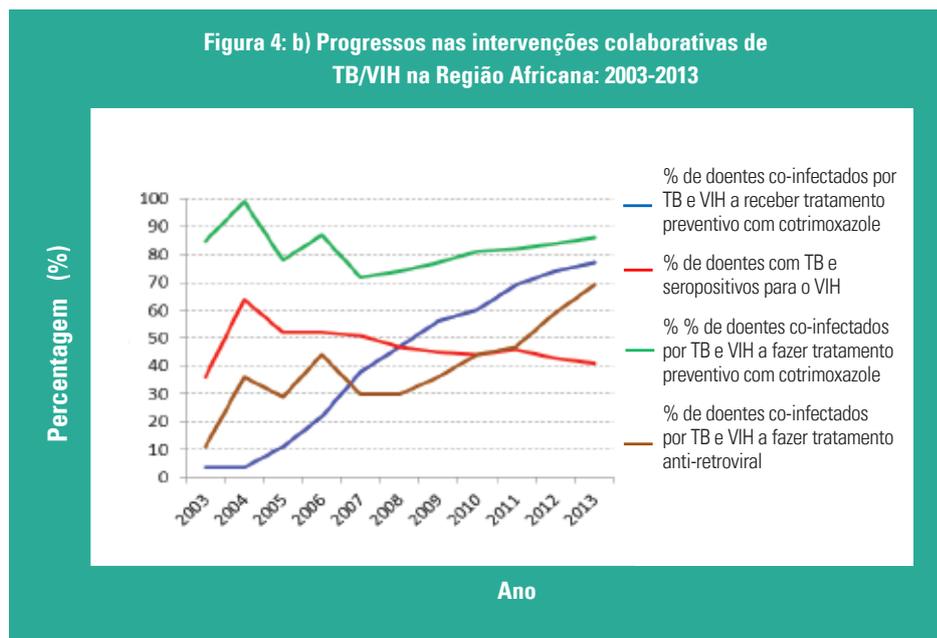
Fonte: ONUSIDA: Relatório Mundial da ONUSIDA 2015. Genebra: ONUSIDA; 2015.

30. Em 2014, mais 1,7 milhões de pessoas que vivem com VIH iniciaram terapêutica anti-retroviral, aumentando o número total de pessoas em TAR na Região para mais de 10 milhões.²⁰ Dez países²¹ apresentaram uma taxa de cobertura do tratamento do VIH de mais de 50%, enquanto 33 países²² adaptaram as orientações e recomendações consolidadas da OMS. Estas iniciativas resultaram nos notáveis progressos realizados no controlo e tratamento do VIH/SIDA e na implementação de intervenções relacionadas na Região.
31. Relativamente à tuberculose (TB), dos 5,7 milhões de casos registados mundialmente, 1,34 milhões (ou 23%) eram da Região Africana.²³ Uma vez que o aumento da incidência regional da TB foi interrompida em 2003, tem continuado numa trajectória descendente, com a maior parte dos países a terem cumprido a meta 6C dos ODM.²⁴ A incidência da TB diminuiu de 288 para 280 por cada 100 000 de população entre 2012 e 2013, enquanto a incidência dentro da população com VIH positivo diminuiu de 100 para 94 por cada 100 000 durante o mesmo período (Figura 4A). A taxa de detecção regional de TB foi estimada em 52%, enquanto a taxa de sucesso no tratamento era de 81% no grupo de doentes de 2012.²⁵ Vinte países²⁶ na Região alcançaram a meta mundial de 85% de sucesso no tratamento, enquanto 13 países²⁷ alcançaram uma taxa de detecção de casos de TB de 70% durante o mesmo período.

32. Com o apoio do Mecanismo regional da Luz Verde (rGLC), a OMS reforçou as capacidades de aumento na gestão programática da TB multirresistente aos medicamentos (PMDT). Desde então, Vinte países²⁸ receberam apoio. Durante o período de Janeiro a Dezembro de 2014, o número de doentes com TB-MR que iniciaram o tratamento de segunda linha aumentou de 7667 para 9849 casos. Isto representa 30% do número total estimado de 33 193 casos de TB-MR na Região.²⁹
33. Seis³⁰ dos nove países com fardo elevado de TB (PFE) sofreram uma queda na incidência da TB enquanto o Uganda e a Tanzânia reduziram a sua prevalência de TB em 50%, quando comparado com os níveis de 1990. Dezoito países,³¹ incluindo os três PFE (Etiópia, Uganda e Tanzânia) alcançaram uma redução de 50% na mortalidade da TB em 2014, quando comparado com 1990. Estas estatísticas apontam para uma melhoria nos esforços feitos pelos Estados-Membros para enfrentarem a tuberculose, uma das principais doenças transmissíveis na Região.
34. Também foram feitos progressos consideráveis na colaboração TB/VIH. A cobertura das actividades de colaboração TB/VIH melhorou. Cerca de 76% dos doentes com TB foram testados para VIH e, dos que tiveram resultado positivo, 68% foram colocados em TAR em 2013, comparado com os 59% do ano anterior (Figura 4B).

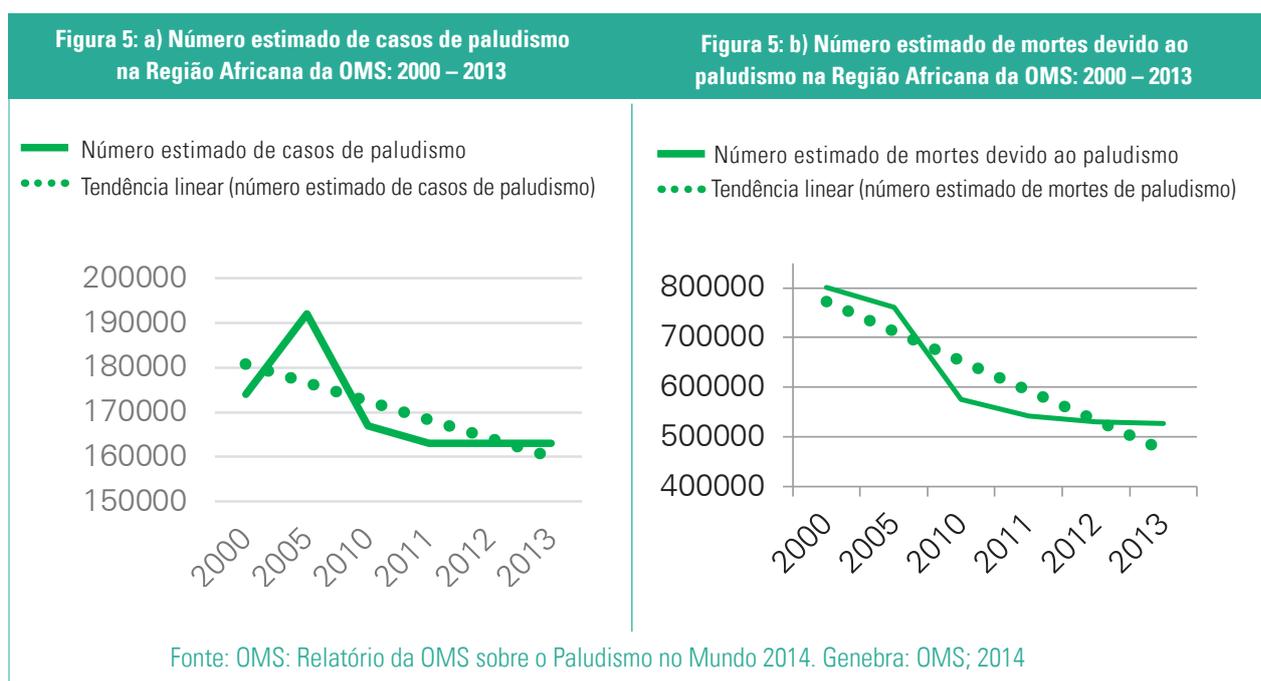


Fonte: OMS: Relatório Mundial de Tuberculose da OMS 2014. Genebra: OMS; 2014



Fonte: OMS: Relatório Mundial de Tuberculose da OMS 2014. Genebra: OMS; 2014.

35. O paludismo contribui para o fardo regional das doenças transmissíveis. O Relatório sobre o Paludismo no Mundo de 2014 (WMR) mostrou que, entre 2000 e 2013, o número estimado de casos de paludismo por cada 1000 pessoas em risco de contraírem a doença diminuiu 34% e as taxas de mortalidade do paludismo diminuíram em 54% na Região Africana. A maior parte dos 625 milhões de casos evitados de paludismo (66%) e das 4,3 milhões de mortes prevenidas (92%) ocorreram na Região Africana. Para além disso, foi documentada uma redução de mais de 75% na incidência do paludismo em 9 países.³² Foi registada uma redução significativa de 50 a 75% da incidência do paludismo em Madagáscar e na Zâmbia, enquanto a Argélia e Cabo Verde registaram menos de 10 casos.



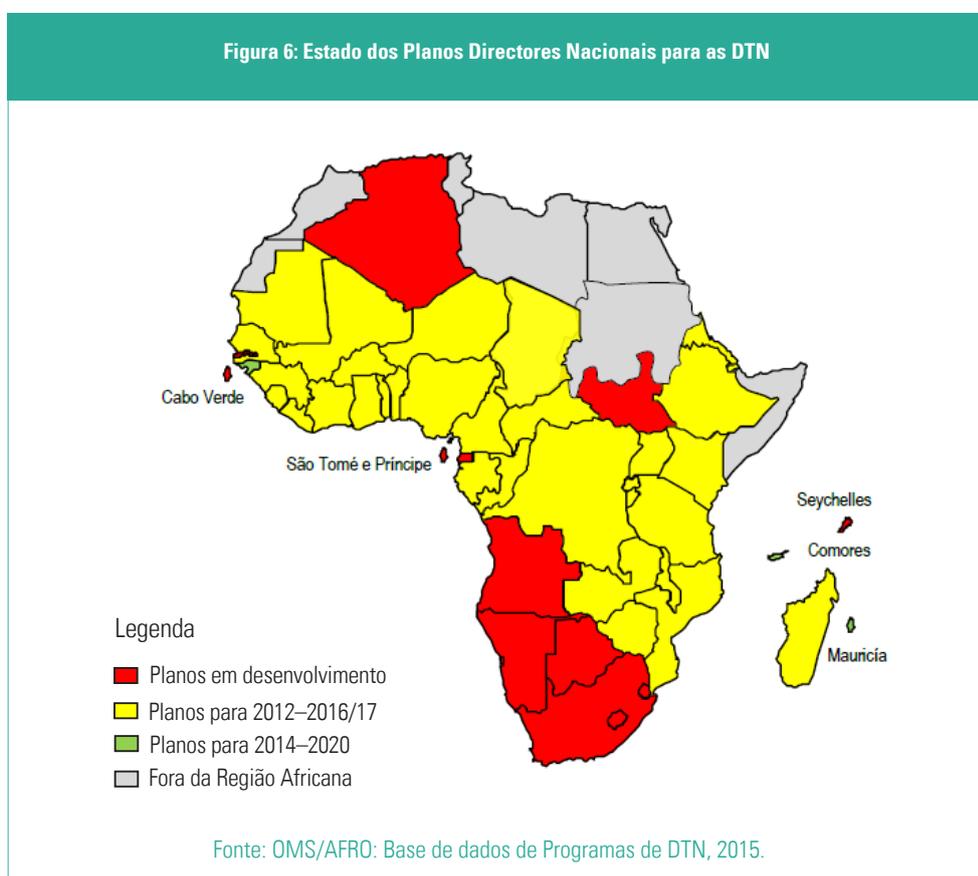
36. A OMS apoiou a mobilização de recursos para os países reforçarem a utilização de dados na tomada de decisões sobre o controlo do paludismo. Com a ajuda financeira do Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (DFID), a OMS apoiou a tomada de decisões com base em evidências dos Estados-Membros, de modo a manter e melhorar os ganhos no controlo do paludismo na Região. Isto incluiu fornecer apoio técnico para as revisões e planeamentos de programas em 12 países³³ e para o desenvolvimento de planos estratégicos contra o paludismo (PEP) em 19 países.³⁴
37. Pela primeira vez, a OMS assinou um acordo com o Fundo Mundial que irá permitir ter acesso a fundos para fornecer assistência técnica aos países no desenvolvimento de Documentos de Síntese para o Novo Modelo de Financiamento. Através desta iniciativa, a OMS forneceu apoio técnico a 27 países³⁵ para a submissão de 34 documentos de síntese de diferentes programas. Deste número, 28 foram aprovados pelo Fundo Mundial na sua primeira submissão. A implementação destas bolsas irá ajudar os Estados-Membros a expandirem ainda mais a cobertura de actividades que visam o VIH/SIDA, TB, paludismo, RMNCH e sistemas de saúde.
38. Combater as doenças tropicais negligenciadas (DTN) na Região é um componente importante das actividades da categoria um. A OMS apoiou os Estados-Membros no controlo e eliminação da filaríase linfática, oncocercose, esquistossomiase, helmintíases transmitidas pelo solo e tracoma através de quimioterapia preventiva (QP) e da úlcera de Buruli, dracunculose, tripanossomiase humana africana (THA), lepra e piã através



da gestão de casos. Dez países adicionais³⁶ foram mapeados para QP-DTN em 2014, aumentando o número total para 20. A OMS também apoiou a Angola, Etiópia, Zâmbia e Zimbábue a iniciarem a administração em massa de medicamentos (AMM) para as DTN, aumentando o número total de países a implementarem a AMM para 26. Dez países³⁷ demonstraram uma quebra na transmissão e pararam a AMM em alguns distritos. Após mais de sete rondas de tratamentos em massa, o Togo parou a AMM para a filaríase linfática (FL) a nível nacional e está preparado para a verificação da eliminação da filaríase linfática.

39. O Gana recebeu a certificação de como se encontra livre da transmissão da dracunculose, aumentando o número total de países para 40. O Chade, Etiópia, Mali e Sudão do Sul permanecem os únicos países da Região onde a doença é endêmica. A Angola e a República Democrática do Congo aguardam a verificação da dracunculose para receberem a certificação, enquanto o Quênia encontra-se na fase de pré-certificação. Desde Fevereiro de 2015, dez países³⁸ tinham criado ou melhorado os seus mecanismos de coordenação de DTN, de acordo com as orientações da OMS e seis países adicionais³⁹ tinham desenvolvido Planos Directores e Operacionais de DTN, aumentando o número total para 34 (Figura 6). Estes países estão agora a aumentar os números de QP e de gestão de casos (GC) das DTN.

Figura 6: Estado dos Planos Directores Nacionais para as DTN



40. Dado o encerramento iminente do Programa Africano sobre o Controlo da Oncocercose (APOC), em Dezembro de 2015, e a necessidade de reforçar os ganhos alcançados nas últimas décadas no controlo da oncocercose e para manter a dinâmica que os países africanos alcançaram no controlo e eliminação das DTN, a OMS convocou duas reuniões importantes em Abril e Julho de 2015 para alcançar um consenso na criação de uma nova entidade regional de DTN. A reunião do Grupo de Trabalho, realizada em Joanesburgo em Abril de 2015, e a Reunião de Concertação das Partes Interessadas sobre a criação de uma nova entidade de DTN, realizada em Julho, resultaram num consenso entre as partes interessadas das DTN acerca do quadro para uma nova entidade de DTN e do Plano de Acção de Transição para o período entre o encerramento do APOC e o início em pleno das operações da nova entidade para as DTN.
41. A nova entidade de DTN, agora chamada de Projecto Especial Alargado para a Eliminação das DTN (ESPEN), ficará sediada no Escritório Regional para a África e irá focar-se na prestação de apoio técnico aos países endémicos nos seus esforços para controlar e eliminar as doenças tropicais negligenciadas através da quimioterapia preventiva (QP-DTN). Para assegurar o início eficaz das operações do ESPEN em Janeiro de 2016, o Escritório Regional está actualmente a tomar várias medidas em estreita colaboração com instituições parceiras e países endémicos a DTN. Estas incluem: i) actualizações regulares aos países endémicos sobre os progressos realizados com vista ao encerramento do APOC e à criação do ESPEN; ii) advocacia de alto nível contínua com as partes interessadas das DTN para angariar recursos financeiros para o ESPEN; iii) criação de uma comissão directiva provisória responsável pela revisão e aprovação do plano de acção e orçamento do ESPEN; iv) iniciação do recrutamento do pessoal para o ESPEN; e v) discussões contínuas com o Banco Mundial e parceiros sobre a criação de um Fundo Fiduciário com vários doadores.

A Dr.ª Moeti na reunião do Grupo de Trabalho da OMS para a criação da nova Entidade para as DTN, Abril de 2015



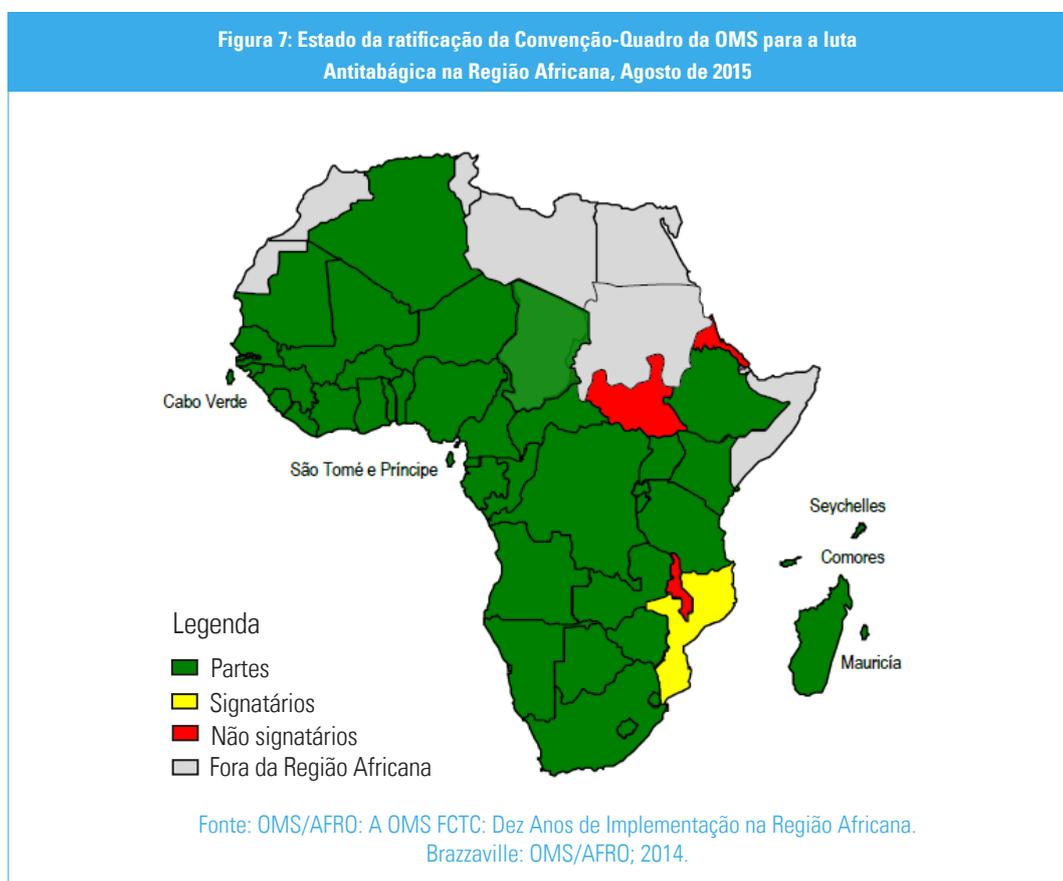




4.2 Categoria 2: Doenças não transmissíveis

42. O trabalho da OMS nesta categoria procura reduzir o fardo das doenças não transmissíveis, que incluem doenças cardíacas, cancro, doenças pulmonares, diabetes e perturbações mentais, assim como incapacidades e traumatismos. Isto será alcançado através da promoção da saúde e da redução de riscos, assim como da prevenção, tratamento e monitorização destas doenças e dos seus factores de risco.
43. Durante o período do relatório, foi fornecido apoio técnico a oito Estados-Membros⁴⁰ para estes formularem planos nacionais de acção integrados e multisectoriais de DNT. A OMS liderou o Grupo de Acção Interagências das Nações Unidas sobre DNT, de modo a avaliar a capacidade do Quênia em responder à epidemia das DNT e apoiou a finalização dos planos de acção nacionais multisectoriais. O trabalho no Quênia foi singular porque, pela primeira vez na Região, foi implementado este novo modelo de apoio. As estratégias de prevenção e controlo de DNT foram também integradas no planeamento e desenvolvimento nacionais, incluindo o Quadro das Nações Unidas de Ajuda ao Desenvolvimento (UNDAF). Isto irá assegurar uma implementação multisectorial das intervenções de DNT com o apoio de todas as agências das Nações Unidas.
44. Na área emergente de saúde móvel, o Senegal recebeu apoio para desenvolver e implementar uma plataforma de saúde móvel (mDiabetes), que está a fornecer informações fundamentais sobre a prevenção e controlo de diabetes através dos telemóveis. Esta plataforma inovadora foi também utilizada para sensibilizar durante os surtos da DVE.⁴¹ Espera-se que a saúde móvel torne as informações sobre a prevenção e controlo de DNT mais facilmente disponíveis ao público e que ajude a inverter a tendência da epidemia na Região.

45. Para melhorar a prevenção e controlo do cancro do colo do útero, 15 Estados-Membros⁴² receberam apoio para reforçar as capacidades na implementação de um programa detalhado de prevenção e controlo do cancro do colo do útero. A Etiópia e o Zimbábue receberam apoio para melhorarem a qualidade dos dados dos registos de cancros e, dessa forma, criarem evidências para o controlo do cancro. A Suazilândia recebeu apoio para reforçar a capacidade no rastreio e tratamento do cancro do colo do útero. Isto irá reforçar a prevenção e controlo de cancros e a monitorização do impacto das intervenções a nível nacional.
46. Com base nos dados mundiais, a violência contra as mulheres tem uma grande importância na saúde pública. Vinte e quatro Estados-Membros⁴³ efectuaram um reforço de capacidades na prevenção da violência e traumatismos com ênfase na abordagem da saúde pública à prevenção e resposta da violência contra as mulheres. A formação abrangeu as principais medidas com base em evidências, incluindo como fornecer cuidados e serviços médicos às sobreviventes.
47. Sendo um dos principais factores de risco, o tabagismo é um elemento fundamental no controlo das DNT e estão a ser envidados esforços por parte dos Estados-Membros, com o apoio da OMS, para reduzi-lo. A Etiópia e o Zimbábue receberam apoio para ratificar a Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabágica (OMS FCTC), aumentando o número de países na Região Africana que aderiram à Convenção para 43 (Figura 7).



48. Sete países⁴⁵ promulgaram legislação e regulamentos que estão de acordo com a OMS FCTC. Onze países⁴⁶ aumentaram o imposto especial sobre o consumo nos produtos do tabaco, enquanto o Congo e o Gabão ratificaram o Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito dos Produtos do Tabaco. Todas estas iniciativas irão reduzir ainda mais o consumo do tabaco na Região. A Região comemorou os 10 anos de implementação da OMS FCTC numa reunião regional em Nairobi (Quénia),⁴⁷ onde, em 2015, foi aprovada a Declaração de Nairobi sobre a Implementação da Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabágica na Região Africana.⁴⁸
49. O consumo do álcool é também um factor de risco para as DNT. Botsuana, Quénia e Togo receberam apoio para implementarem intervenções para o controlo do álcool. Os dados destes países mostram que a indústria do álcool aplica práticas de *marketing* que visam intencionalmente crianças e adolescentes, de modo promover o consumo do álcool. Estas descobertas estão a ser utilizadas por outros países para desenvolverem e imporem políticas, legislação e regulamentos para restringir o *marketing* do álcool.
50. A África do Sul e a Maurícia receberam apoio para desenvolverem iniciativas para a redução do consumo de sal e da obesidade infantil. O Quénia recebeu apoio para reforçar a capacidade na aplicação dos instrumentos de prevenção da obesidade infantil da OMS e para desenvolver políticas e estratégias utilizando uma abordagem multisectorial. Isto irá contribuir para o cumprimento das metas da Dieta e Actividade Física definidas no Plano de Acção Mundial para a Prevenção e Controlo das DNT 2013-2020.





51. O relatório sobre a rentabilidade da fluoretação do sal em Madagáscar foi publicado e mostra a importância de uma forte colaboração multisectorial entre ministérios, produtores de sal e sociedade civil sobre a utilização das intervenções de saúde pública com melhor relação custo-eficácia para controlar as cáries dentárias. Para além disso, nove países⁴⁹ receberam apoio para reforçarem as capacidades e desenvolverem um plano de acção nacional de 3 anos sobre a prevenção, diagnóstico atempado e tratamento da Noma, uma doença deformadora importante do ponto de vista da saúde pública.
52. A OMS desenvolveu um catálogo⁵⁰ de Indicadores de Saúde Ocular, que tem sido utilizado no Burkina Faso, Gabão e Zimbábue. Também apoiou o reforço de capacidades em 19 países⁵¹ na aplicação de instrumentos da OMS para avaliar as necessidades e lacunas nos profissionais de saúde ocular. O Níger tem desde então utilizado o instrumento nas formações. O Botsuana recebeu apoio para incluir a saúde ocular como parte dos currículos padrão de enfermagem e obstetrícia. Estes instrumentos irão servir de base à criação de políticas e às tomadas de decisão sobre a saúde ocular.
53. A capacidade dos Estados-Membros em monitorizar os factores de risco das DNT e as suas tendências continua a ser reforçada. Durante o período do relatório, seis países⁵² receberam apoio para realizarem inquéritos STEPS. Para além disso, a Namíbia, Suazilândia e Tanzânia realizaram o inquérito mundial de saúde escolar (GSHS), que monitoriza o nível de comportamentos de risco prejudiciais à saúde entre os estudantes. Os dados destes inquéritos têm servido de base a políticas e estratégias para a prevenção e controlo de DNT e são utilizados para monitorizar os progressos na implementação do Plano de Acção Mundial para a Prevenção e Controlo de DNT (2013-2020).

54. Camarões, Quênia, Senegal e Uganda realizaram o Inquérito Mundial aos Adultos sobre o Tabaco (GATS), fornecendo uma linha de base para o consumo do tabaco nos adultos nesses países. Para além disso, outros nove países⁵³ realizaram o Inquérito Mundial aos Jovens sobre o Tabaco (GYTS), que fornece as tendências do consumo do tabaco entre os jovens. Foi criada uma base de dados regional sobre as políticas antitabágicas para fornecer informações em tempo real dos progressos a nível nacional da implementação da OMS FCTC.
55. A vigilância da nutrição permite aos Estados-Membros acompanhar a implementação dos programas de nutrição ao abrigo do plano detalhado de implementação da nutrição materna, de lactentes e de crianças pequenas (MIYCN). A OMS apoiou 11 Estados-Membros⁵⁴ no reforço dos seus sistemas de vigilância da nutrição. Os serviços de monitorização da nutrição abrangem agora quase 21 milhões de mulheres em idade reprodutiva e 12 milhões de crianças com menos de cinco anos.



Outros nove países realizaram o Inquérito Mundial aos Jovens sobre o Tabaco (GYTS), que fornece as tendências do consumo do tabaco entre os jovens.



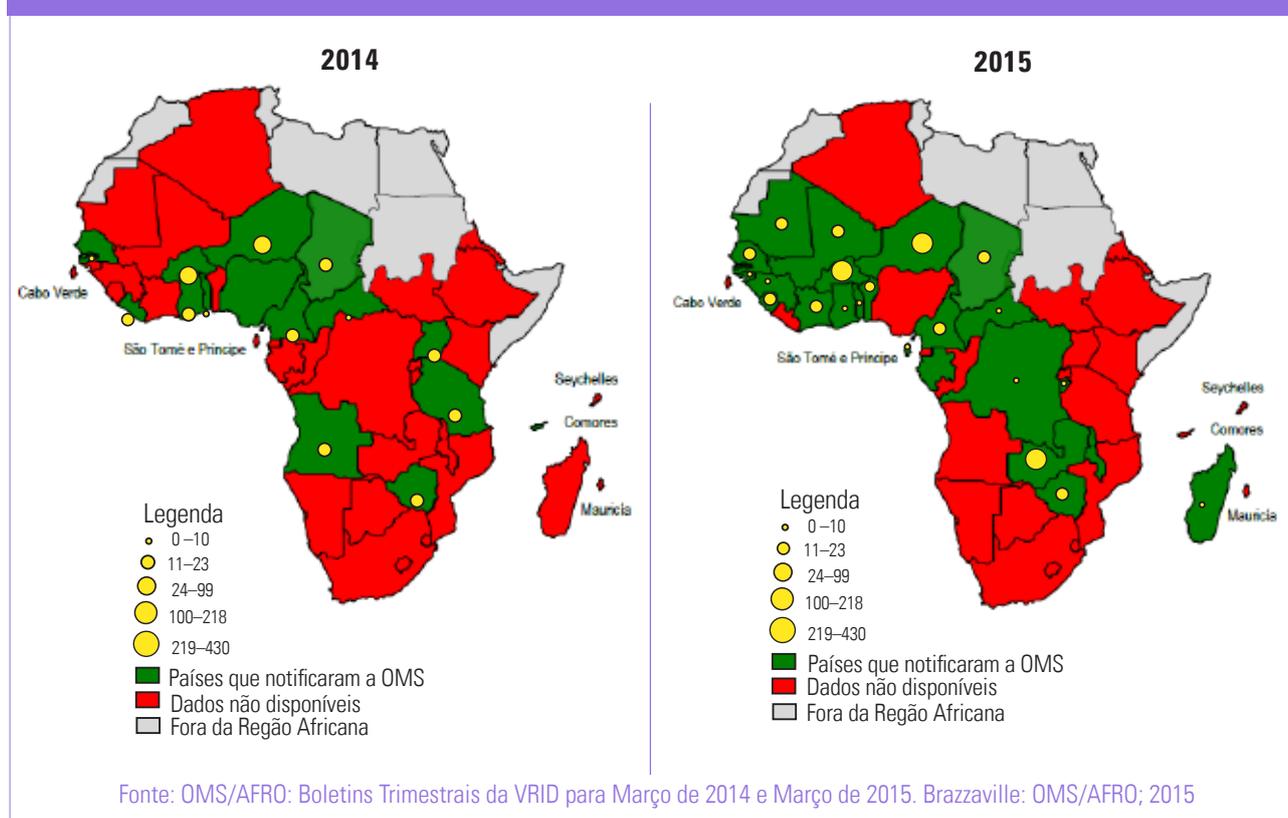


4.3 Categoria 3: Promoção da saúde ao longo da vida

56. Ao abrigo da categoria três, a OMS forneceu orientações e apoio aos Estados-Membros com vista a reduzir a morbilidade e mortalidade e melhorar a saúde durante a gravidez, parto, período neonatal, infância e adolescência; melhorar a saúde sexual e reprodutiva (SSR); e promover um envelhecimento activo e saudável, tendo em consideração a necessidade de abordar os determinantes da saúde e os objectivos de desenvolvimento internacionalmente acordados, especialmente os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde.
57. Para melhorar o apoio técnico da OMS aos Estados-Membros, a Directora Regional criou um Grupo de Acção Regional para servir como uma equipa consultiva regional sobre as políticas de Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil. Na sua primeira reunião, realizada em 2014, o Grupo de Acção identificou lacunas e fez recomendações, que incluíam o reforço dos sistemas de saúde, procurar uma abordagem multisectorial, melhorar a coordenação e aumentar os investimentos na saúde. Estas recomendações foram partilhadas com os Ministros Africanos da Saúde durante a Primeira Reunião dos Ministros Africanos da Saúde organizada conjuntamente pela CUA e a OMS em Luanda, em 2014, que aprovou um compromisso para pôr fim às mortes maternas, neonatais e infantis evitáveis até 2030.

58. A OMS apoiou 17 países⁵⁵ no reforço da vigilância e resposta à mortalidade materna (MDSR), aumentando para 32 o número de países que implementam a MDSR. A MDSR liga o sistema de informação da saúde e os processos de melhoria de qualidade dos níveis locais para os nacionais, permite a identificação, notificação, quantificação e determinação de rotina de causas de morte, assim como o uso desta informação para abordar futuras mortes maternas. Tem havido uma melhoria da qualidade das notificações da MDSR. Vinte e dois países⁵⁶ apresentaram relatórios sobre a mortalidade materna através do sistema de VRID no primeiro trimestre de 2015, comparado com os 15 países⁵⁷ durante o mesmo período em 2014. Este é um passo concreto com vista a assegurar a notificação atempada das mortes maternas ao mesmo tempo que se tomam medidas para prevenir mortes futuras (Figura 8).

Figura 8: Óbitos maternos notificados no primeiro trimestre de 2014, em comparação com os óbitos maternos notificados no primeiro trimestre de 2015.



59. O reforço de capacidades é fundamental para a mobilização de recursos no aumento das intervenções de RMNCH. Para além do apoio do Fundo Mundial, 14 países⁵⁸ receberam apoio para mobilizarem recursos através do Fundo Fiduciário da RMNCH. Estes recursos estão a apoiar a implementação de intervenções para melhorar a RMNCH nos Estados-Membros.
60. Para avaliar os progressos feitos na saúde sexual e reprodutiva, 20 anos após a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD) de 1994, a OMS organizou uma reunião consultiva para 28 países,⁵⁹ Agências das Nações Unidas e partes interessadas. A reunião consultiva fez recomendações para a abordagem de áreas da ICPD, como equidade, igualdade de

gêneros e direitos humanos; prevenção de violência contra as mulheres e raparigas; casamento infantil; redução das necessidades não satisfeitas no planeamento familiar e abordagem das necessidades dos adolescentes.

61. O género, igualdade e direitos humanos são fundamentais para a promoção da saúde ao longo da vida. Moçambique, Ruanda, Tanzânia e Zimbabwe integraram o género, igualdade e direitos humanos nos seus planos nacionais, enquanto a Etiópia, Malawi e Zâmbia incorporaram indicadores de género nos seus sistemas nacionais de informação de gestão da saúde. Dezoito Estados-Membros⁶⁰ reforçaram a sua capacidade de prevenção e resposta a violência contra mulheres através de acções de formação regionais, com o Botsuana e a Etiópia a criarem orientações para a integração dos géneros.
62. Sete países⁶¹ reforçaram a capacidade de integração de género, igualdade e direitos humanos nas políticas e programas da saúde. Isto irá ajudar a reduzir a discriminação contra as mulheres e grupos desfavorecidos e assegurar que os grupos vulneráveis têm um acesso equitativo a oportunidades para alcançarem todo o seu potencial de desenvolvimento humano.
63. A OMS apoiou um estudo em cinco locais situados na Nigéria, Quênia e República Democrática do Congo. O estudo comparou a eficácia de três regimes de antibióticos no tratamento de infecções graves em bebés. Os resultados da investigação mostram que o tratamento simplificado com antibióticos em bebés com menos de 2 meses é tão eficaz como o tratamento padrão quando não é possível o encaminhamento. Com base neste resultado, a OMS desenvolveu novas orientações que serão rapidamente distribuídas para serem utilizadas em todos os países da Região. Isto irá contribuir para reduzir ainda mais as mortes neonatais.
64. A OMS apoiou equipas de 21 países⁶² no desenvolvimento e implementação de planos para melhorar a qualidade dos cuidados nos serviços maternos, neonatais e infantis. O Botsuana, Côte d'Ivoire, Etiópia, Lesoto e Namíbia receberam apoio para adaptarem a Ferramenta



Informatizada de Adaptação e Formação em Atenção Integrada às Doenças da Infância (ICATT) como uma opção inovadora de reforço de capacidades, de modo a aumentar rapidamente a AIDI. A Suazilândia, Tanzânia e Zimbábue reforçaram as capacidades na AIDI através de auto-aprendizagens no local de trabalho. Foi dado apoio à Eritreia, Etiópia, Malawi e Namíbia para actualizar e atribuírem um custo às suas estratégias e planos de sobrevivência infantil. Dezasseis países⁶³ aprovaram orientações e desenvolveram planos para aumentarem as intervenções de sobrevivência infantil a nível comunitário. A implementação destas novas abordagens irá levar a melhorias na sobrevivência infantil.

65. África do Sul, Benim, Botsuana e Namíbia receberam apoio para realizarem revisões nacionais detalhadas da saúde reprodutiva, maternal, neonatal, infantil e adolescente e dos programas de nutrição durante o período do relatório. As conclusões destas revisões irão fornecer orientações para uma programação, advocacia e mobilização de recursos eficazes para a era pós-2015.
66. Para reforçar a monitorização e avaliação dos programas de saúde adolescente, foram reforçadas as capacidades de 14 países.⁶⁴ A OMS apoiou os esforços de reforço de capacidades de 11 países,⁶⁵ procurando introduzir a vacina PVH como parte da saúde adolescente. Burúndi, Camarões, Eritreia, Lesoto e Níger desenvolveram ou reviram os seus planos nacionais estratégicos para os adolescentes. Benim, Burúndi, Eritreia, Níger e República Democrática do Congo desenvolveram normas nacionais para os serviços de saúde adequadas aos adolescentes, utilizando os novos padrões mundiais recomendados pela OMS. A implementação destas intervenções irá melhorar a saúde dos adolescentes.





67. Abordar os problemas de saúde associados ao envelhecimento é uma parte fundamental da promoção da saúde ao longo do ciclo de vida. Para melhor compreender o estado dos idosos na Região, foram realizados uma revisão documental e um inquérito sobre envelhecimento em 8 países.⁶⁶ As principais conclusões incluem: falta de dados agregados sobre saúde e envelhecimento; indisponibilidade de documentos de políticas sobre envelhecimento; organizações não-governamentais mais activas que os governos relativamente a temas relacionados com o envelhecimento; e uma má preparação dos sistemas de saúde para lidarem com os problemas dos idosos. O relatório foi utilizado para orientar o desenvolvimento da estratégia regional sobre “Saúde e Envelhecimento”.
68. Relativamente aos determinantes sociais da saúde, foi reforçada a capacidade de 16 países⁶⁷ na liderança e papel administrativo dos ministros da saúde (MS). Foi realizada uma avaliação do estado de implementação da saúde em todas as políticas no Malawi, Moçambique e Zimbabwe. As descobertas, que sustentam a importância das medidas intersectoriais para a saúde e da alocação de recursos para as intervenções nos sectores não relacionados com a saúde, estão a ser integradas nas políticas e programas nacionais.
69. Foi elaborado um relatório sobre o estado da implementação da Declaração de Libreville sobre Saúde e Ambiente para o período de 2008-2013. O relatório revelou que um total de 37 países criou Equipas Operacionais multissetoriais e multidisciplinares (CTT) e completaram a análise da situação e a avaliação de necessidades (SANA) para a gestão dos determinantes da saúde ambiental. Um total de 20 países elaborou planos nacionais para acções conjuntas (PNAC) com base na SANA. As CTT forneceram oportunidades aos peritos com diferentes perspectivas de se envolverem de forma eficaz num diálogo técnico e científico e de chegarem a um consenso sobre o estado e importância relativa dos factores de risco ambientais que têm um impacto na

- preservação da saúde, desenvolvimento e ecossistemas. Nos países que completaram a SANA, a gestão da saúde e dos problemas ambientais foi integrada nos planos de desenvolvimento através da aprovação de legislação e políticas sobre saúde e ambiente.
70. O relatório da Análise e Avaliação Mundiais do Saneamento e Água Potável (GLASS 2014)⁶⁹ foi publicado com dados de 36 países da Região Africana da OMS. A AFRO contribuiu para o processo GLASS na Região, especialmente através da preparação dos instrumentos, organização da acção de formação regional inicial e da presença nessa acção de formação do ponto focal dos ESP. O relatório mostra que muitos países possuem as políticas, planos e estratégias para chegar aos grupos vulneráveis, como as pessoas que vivem em pobreza. No entanto, menos de 40% dos países monitorizam os progressos nas vertentes do saneamento básico e água potável, e ainda no acesso e prestação de serviços para os pobres. Quinze por cento dos países criaram e aplicaram medidas financeiras orientadas para a redução de desigualdades no acesso ao saneamento para os pobres e 30% fez o mesmo para a água potável. Este relatório irá servir como uma referência para os Estados-Membros desenvolverem planos nacionais de investimento para reduzir as disparidades entre os ricos e os pobres.
 71. Relativamente ao acesso à água potável e ao saneamento adequado, todos os Estados-Membros na Região receberam apoio para participarem no Programa de Monitorização Conjunta (PMC) da OMS/UNICEF para o Abastecimento de Água e Saneamento através da organização de acções de formação nacionais sobre harmonização de dados. O relatório do PMC 2015 revelou que 15 países⁷¹ cumpriram a meta para a água potável e que 3 países (Argélia, Cabo Verde e Ruanda) cumpriram a meta para o saneamento básico.
 72. A base de dados regional sobre a resistência a insecticidas foi actualizada com dados de 35 países.⁷² Com base nestes dados, foi criado um atlas regional de resistência a insecticidas dos vectores do paludismo na Região Africana, de modo a orientar os Estados-Membros no controlo de vectores do paludismo com base em evidências. Foram criados um manual regional sobre o controlo de vectores na eliminação do paludismo e um guia para o componente da saúde na adaptação da saúde às alterações climáticas.
 73. Foram distribuídos dados de 40 países⁷³ sobre químicos com importância de saúde pública aos Estados-Membros, sendo também publicados no sítio da internet da OMS-AFRO. Foram avaliadas as potenciais fontes de exposição e a capacidade existente de gestão destes químicos. A avaliação revelou que a capacidade de gestão de químicos da Região é ainda baixa. Apenas 38% dos Estados-Membros que responderam possui legislação e políticas detalhadas sobre a gestão de químicos, 32% desenvolveu a capacidade de vigilância de eventos químicos, 50% criou laboratórios de referência para detectarem a maior parte dos químicos e apenas 25% possui centros de controlo ou unidades de toxicologia que fornecem informações sobre venenos e gestão de casos. Estes dados irão servir como rampa de lançamento para a criação de observatórios nacionais de químicos.



74. Foram mobilizados fundos para a avaliação do impacto das alterações climáticas na água, saneamento e higiene (WASH) e da água e doenças vectoriais em 10 países.⁷⁴ A capacidade para a gestão de químicos industriais foi reforçada em nove países⁷⁵ através de acções de formação. A Etiópia, Madagáscar, Malawi, Tanzânia e Zâmbia reforçaram as suas capacidades para a avaliação de riscos das vulnerabilidades e adaptação às alterações climáticas. Nove países⁷⁶ completaram um projecto sobre notificação de DDT, através do qual foi criado um sistema de saúde ambiental para regular as notificações sobre o estado do DDT ao Secretariado da Convenção de Estocolmo. As orientações nacionais para a gestão integrada dos vectores foram revistas na Eritreia, Madagáscar e São Tomé e Príncipe.





4.4 Categoria 4: Sistemas de saúde

75. As actividades desta categoria apoiam o reforço dos sistemas nacionais de saúde, com incidência no seguinte: organização da prestação de serviços integrados; financiamento para atingir a cobertura universal de saúde (CUS); reforço dos recursos humanos da saúde; sistemas de informação sanitária; facilitação da transferência de tecnologias; promoção do acesso a tecnologias da saúde de qualidade, seguras e eficazes e com preço acessível; e promoção da investigação em sistemas de saúde. A CUS é definida como o acesso equitativo de todas as pessoas a serviços de saúde de qualidade garantida, responsáveis, apropriados e com preços acessíveis.⁷⁷
76. As políticas, estratégias e planos nacionais de saúde (NHPSP) constituem a plataforma para a liderança governamental e coordenação dos parceiros, necessárias para dar resposta aos problemas de saúde prioritários e para melhorar os resultados na área da saúde, incluindo os relacionados com os ODM. A capacidade para formular políticas, estratégias e planos nacionais de saúde abrangentes e orçamentados (NHPSP) foi reforçada, tanto a nível regional como nacional. Catorze países receberam apoio para elaborar NHPSP abrangentes e orçamentados, incluindo quadros de monitorização e avaliação, elevando o total para 42. Por outro lado, foi elaborado um plano trienal, para reforçar a monitorização e avaliação ao nível regional. A implementação desses planos permitirá uma melhor coordenação e responsabilização dos países na área da saúde.

77. A gravidade da recente epidemia da doença do vírus Ébola na África Ocidental foi atribuída, em grande parte, à fragilidade dos sistemas de saúde dos países afectados. Numa tentativa para evitar essas catástrofes no futuro, a OMS deu apoio à Guiné, Libéria, Serra Leoa, para que pudessem elaborar planos de recuperação orçamentados, destinados a construir sistemas de saúde resilientes. Esses planos foram bem recebidos e obtiveram um compromisso, por parte dos doadores, na ordem dos 5,18 mil milhões de dólares.
78. O financiamento da saúde é fundamental para a implementação de todas as intervenções sanitárias. A Região ajudou 15 países⁸⁰ a elaborarem ou reverem as suas estratégias de financiamento. As melhores práticas do financiamento da saúde para a CUS utilizadas no Ruanda, Gana, Burúndi e Gabão foram reunidas e divulgadas, para servirem de base à acção noutros países. Foi também publicado um segundo Atlas de Despesas da Saúde na Região Africana.⁸¹ Esse Atlas apresentava uma visão geral das despesas nacionais com a saúde, para servir de orientação para a definição de prioridades e planeamento em todos os países.
79. Cabo Verde e Tanzânia receberam apoio para elaborarem políticas/estratégias abrangentes de Recursos Humanos para a Saúde e as equipas essenciais de oito países⁸² receberam formação para reverem as suas normas de dotação em pessoal, usando a ferramenta de Indicadores do Volume de Trabalho para as Necessidades de Contratação. Foram criados observatórios nacionais dos profissionais de saúde (NHWO) em seis outros países,⁸³ elevando o total para 19⁸⁴. Os NHWO melhoraram a geração e o uso das evidências na elaboração de políticas, planeamento e tomada de decisões.
80. O Observatório Africano da Saúde continuou a servir como repositório dos dados do nível nacional sobre a situação e as tendências da saúde, sistemas de saúde, programas e serviços prioritários, determinantes da saúde e progressos dos ODM. Esses dados têm





sido usados no diálogo sobre políticas e na tomada de decisões. Cinco países⁸⁵ receberam apoio para elaborarem estratégias de ciber saúde, para facilitar o uso das tecnologias da informação no reforço dos sistemas de saúde, incluindo a prestação de serviços. Sete países⁸⁶ avaliaram o estado da ciber saúde, com o apoio da OMS, para servir de base à elaboração de políticas de ciber saúde.

81. Os planos de estudo baseados nas competências regionais e o quadro regulador das profissões para a enfermagem e a obstetrícia⁸⁷ foram elaborados como um passo para a harmonização e com a finalidade de estabelecer padrões para a formação e práticas na região. Por outro lado, Chade, Comores e Guiné Equatorial receberam apoio para reforçar a educação do seu pessoal de saúde, como meio de aumentar o número de profissionais de saúde qualificados. Formaram-se capacidades para a segurança dos doentes e para a qualidade dos cuidados na Eritreia, Suazilândia e Zâmbia. Isso contribuirá para melhorar o controlo das infecções nas unidades de saúde.
82. A OMS deu apoio a mais cinco países, para criarem plataformas de tradução de conhecimentos, e facilitou o seu acesso à Rede de Políticas Baseadas em Evidências (EVIPNet), elevando assim para doze o número total de países com plataformas nacionais, em 2014.⁸⁸ Isso irá melhorar ainda mais o acesso às evidências, para a formulação de políticas e a tomada de decisões. A Comissão Regional de Revisão Ética (ERC) foi reconstituída e analisou, até à data, 19 propostas de investigação de 7 países,⁸⁹ o que proporciona um melhor cumprimento dos princípios éticos da investigação.

83. O Relatório Sobre Saúde na Região Africana de 2014,⁹⁰ o Atlas da Estatística Africana da Saúde de 2014⁹¹ e uma edição especial do Monitor Africano da Saúde sobre vacinação na Região Africana⁹² foram publicados, para servirem de base à agenda do desenvolvimento sanitário. Para além disso, os membros do pessoal da OMS na Região Africana publicou 34 artigos em jornais científicos revistos por pares, nas áreas da vacinação, prevenção e controlo das doenças transmissíveis, sistemas de saúde e sistemas nacionais de investigação sanitária.⁹³ O Index Medicus Africano foi actualizado e foram introduzidos documentos no Repositório da OMS para a partilha de informação.
84. O acesso a medicamentos seguros exige sistemas de farmacovigilância sólidos, para aumentar a confiança do público nos produtos farmacêuticos. Quinze países receberam apoio para elaborarem e implementarem os planos de trabalho de várias partes interessadas para a segurança e farmacovigilância das vacinas, com vista a melhorar a notificação de efeitos adversos e garantir que todos os produtos farmacêuticos serão monitorizados durante toda a sua vida útil.
85. A criação da Agência Africana dos Medicamentos (AMA) foi aprovada pelos Ministros da Saúde, em Luanda, Angola, em Abril de 2014. Na sequência do compromisso ministerial, a Comissão da União Africana (CUA) e a OMS criaram uma Equipa de Trabalho para a criação da AMA, com a CUA, a OMS e a Agência de Planeamento e Coordenação da NEPAD como secretariado. A Equipa de Trabalho realizou a sua primeira reunião em Adis Abeba e aprovou os seus termos de referência e um plano de acção quadrienal (2015-2018) para a operacionalização da AMA.
86. O fabrico local de produtos farmacêuticos, se for devidamente promovido, pode melhorar o acesso a fármacos seguros, eficazes e acessíveis nos países da Região. No contexto do Plano de Fabricação de Produtos Farmacêuticos da União Africana para a África (PMPA), a





OMS ajudou a Etiópia e a Tanzânia a elaborarem planos de fabricação de produtos farmacêuticos. A implementação desses planos irá melhorar a produção local e conduzirá a um melhor acesso aos fármacos.

87. Em parceria com a Comissão Europeia e o Grupo de Estados da África, Caraíbas e Pacífico (ACP), a OMS ajudou os países a melhorarem o acesso a medicamentos de qualidade e a preços acessíveis. Em colaboração com os Estados-Membros, foi elaborado um plano de acção regional (2014-2017),⁹⁵ para minimizar a generalização de produtos médicos de qualidade inferior, adulterados, com rótulos falsos, falsificados e contrafeitos (SSFFC). A Região está apenas atrás da Região Europeia na notificação de produtos médicos SSFFC ao sistema de alerta rápido da OMS e está a tomar medidas para os retirar da circulação. Onze países⁹⁶ reviram os seus formulários nacionais de medicamentos essenciais, enquanto os Camarões, o Gana e a Zâmbia reviram as suas orientações-padrão de tratamento.
88. A OMS prestou assistência técnica à implementação do “Processo Gradual de Melhoria dos Laboratórios para a Acreditação” (SLIPTA). O resultado foi a acreditação de sete laboratórios, segundo as normas ISO 15189:2007: quatro na Tanzânia e um em cada um dos seguintes países: Quênia, Uganda e Togo. Quarenta e dois laboratórios dos 144 auditados em 16 países receberam recomendação para acreditação em ISO 15189:2007. Foi criado um instrumento intitulado “*Orientações para Criar um Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde*”,⁹⁷ com vista a ajudar os países a desenvolverem uma componente laboratorial integrada e coordenada para a política nacional de saúde e planos estratégicos. Relativamente à segurança do sangue, no final de Agosto de 2015, todos os países conseguiram realizar 100% dos testes de VIH, em todas as unidades de sangue colhidas pelos serviços nacionais de transfusão de sangue⁹⁸.





4.5 Categoria 5: Preparação, vigilância e resposta às doenças

89. As actividades da OMS, ao abrigo desta categoria, apoiaram a preparação, a vigilância e uma resposta eficaz aos surtos de doenças, às emergências de saúde pública e à gestão eficaz dos aspectos dos desastres humanitários relacionados com a saúde, contribuindo, assim, para a segurança da saúde a nível mundial.
90. Entre Janeiro de 2014 e Agosto de 2015, a Região Africana experienciou um total de 133 eventos de saúde pública (ESP), em 37 Estados-Membros (Figura 10). Esses ESP incluíram um surto da doença do vírus do Ébola, que foi o maior, mais grave e mais complexo de sempre da história da humanidade. Esse surto foi retrospectivamente identificado como tendo começado em zonas rurais da Guiné, em Dezembro de 2013, tendo sido notificado à OMS em Março de 2014.

91. Até Setembro de 2015, tinham-se registado casos de DVE em seis países da Região (Guiné, Libéria, Serra Leoa, Nigéria, Mali e Senegal) e também em Espanha, Reino Unido e Estados Unidos da América. Ao contrário de surtos anteriores, que se limitaram, sobretudo, a zonas rurais, este surto foi singular, caracterizando-se por uma intensa transmissão em zonas urbanas densamente povoadas. Até 30 de Setembro de 2015, tinha sido notificado um total cumulativo de 28 441 casos e 11310 óbitos, dos quais 535 eram profissionais de saúde (Quadro 2).

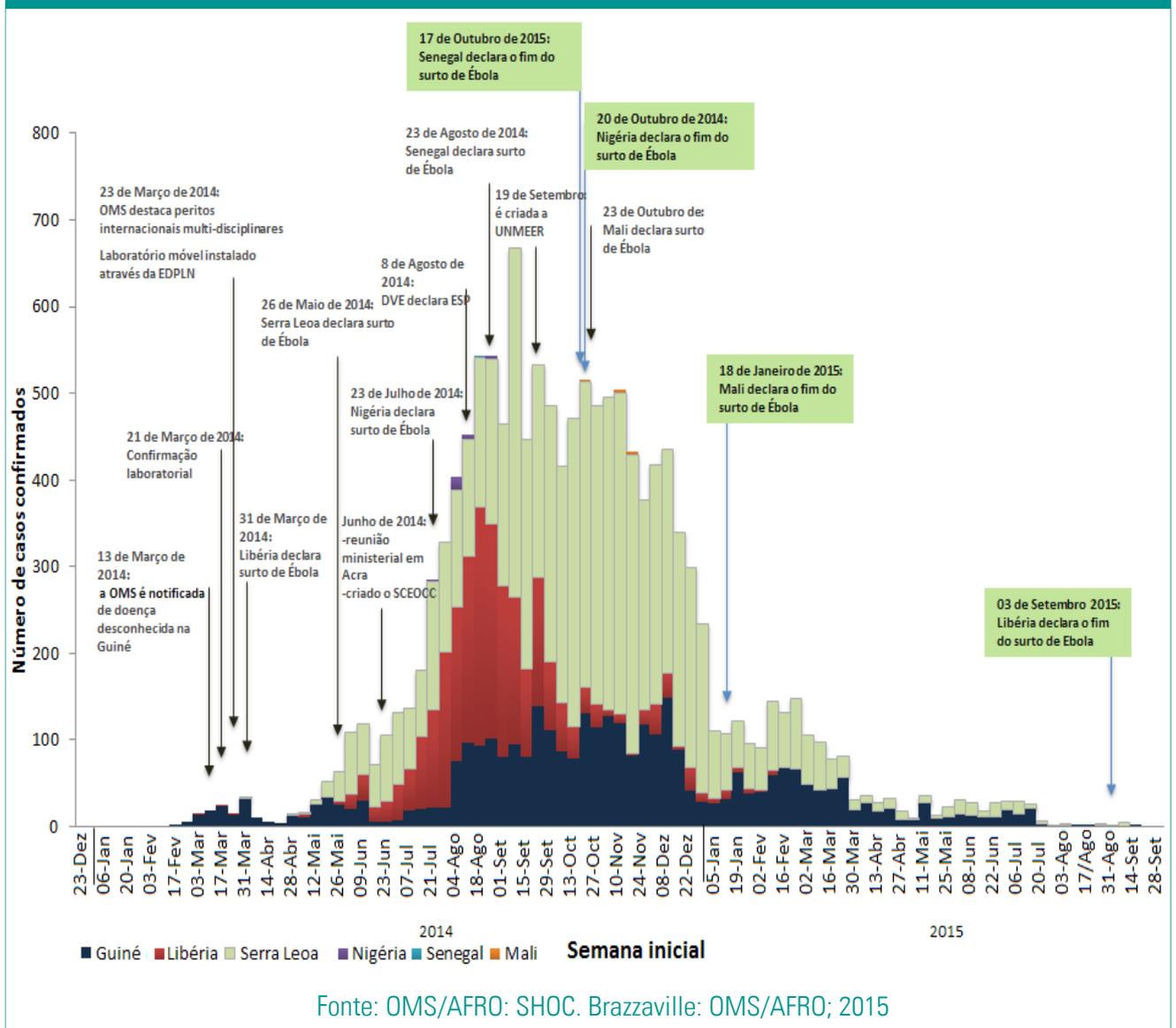
PAÍSES	Quadro 2: Número de casos e óbitos por DVE por país, na África Ocidental, em 30 de Setembro de 2015			
	TOTAL CUMULATIVO		PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
	CASOS	ÓBITOS	CASOS	ÓBITOS
Guiné	3809	2533	211	115
Libéria	10 672	4808	378	192
Serra Leoa	13 931	3955	447	221
Mali	8	6	2	2
Nigéria	20	8	11	5
Senegal	1	0	0	0
Total	28 441	11 310	1049	535

Fonte: Base de dados da OMS 2015

92. A OMS liderou a resposta mundial em várias frentes, incluindo vigilância e detecção de contactos, gestão dos casos, investigação e desenvolvimento de medicamentos, preparação, comunicação de comportamentos e diálogo comunitário. Até finais de Agosto de 2015, a OMS havia destacado um total de 3823 peritos, incluindo 1244 mobilizados pelo Escritório Regional, para os países gravemente afectados. Estes peritos prestaram apoio técnico aos níveis central, distrital e comunitário.
93. Para além disso, usando os instrumentos internos da OMS, tais como o Centro Estratégico de Operações Sanitárias (SHOC) e o rSIS, a Organização conseguiu coordenar a resposta ao Ébola, monitorizar os casos e os óbitos, acompanhar as necessidades em pessoal e produtos e elaborar relatórios diários da situação, que informavam o público em geral e os meios de comunicação social acerca da epidemia, contribuindo, assim, para aumentar os conhecimentos sobre a doença, em todo o mundo.
94. Com a progressão do surto, a OMS convocou uma reunião ministerial da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO), em Acra, na qual se pediu que fosse criado um Centro de Coordenação Sub-Regional de Coordenação do Surto de Ébola (SEOCC), na Guiné. Através do SEOCC, a coordenação dos parceiros envolvidos na resposta ao Ébola foi reforçada e a OMS conseguiu dar uma resposta atempada aos pedidos dos países afectados. Por outro lado, a OMS ajudou os países afectados a criarem centros funcionais para operações de emergência.

95. Para combater a resistência das comunidades à DVE, a OMS destacou antropólogos e peritos em comunicação e ciências do comportamento, para identificarem os determinantes sociais e culturais subjacentes ao surto. Os estudos socioantropológicos identificaram práticas e crenças culturais prejudiciais e sistemas de saúde frágeis como os factores que alimentaram o surto. Esses resultados serviram de base às actividades de participação das comunidades e à tomada de decisões, o que resultou no abrandamento ou inversão da transmissão da DVE. Todas as intervenções acima mencionadas conseguiram interromper a transmissão da DVE na Libéria, Mali, Nigéria e Senegal, assim como uma redução significativa do número de casos e mortes na Serra Leoa e na Guiné.

Figura 9: Cronologia dos eventos e curva epidemiológica da DVE na África Ocidental, entre Dezembro de 2013 e Agosto de 2015



96. A OMS apoiou a formação de capacidades em 39 países não afectados, incluindo a elaboração de planos nacionais de preparação e a formação de pessoal. Para além disso, foram reforçadas as capacidades nacionais de diagnóstico laboratorial para a DVE e MERS-CoV e 16 países receberam reagentes e material para o diagnóstico dessas doenças. Os Estados-Membros da Região receberam equipamento de protecção pessoal e orientações, para poderem gerir a epidemia e para reforçar o controlo da infecção. Posteriormente, foram realizadas avaliações sobre a preparação para a DVE, em 11 dos 14 países prioritários, usando uma lista de verificação consolidada que tinha sido elaborada em colaboração com outros parceiros.
97. Em colaboração com os parceiros, a OMS apoiou igualmente a investigação e o desenvolvimento (I&D) de novos meios de diagnóstico, tratamentos experimentais e vacinas para a DVE. Envolveu os países, fabricantes, patrocinadores, investigadores, autoridades reguladoras e parceiros, coordenando-os através dos seus Chefes das Equipas de I&D. O Fórum Africano de Regulação das Vacinas (AVAREF), uma rede de autoridades reguladoras nacionais e comissões de ética, serviu como plataforma para se cumprirem os requisitos da regulação da I&D.
98. Foram também fornecidas aos países orientações para o uso compassivo de produtos não licenciados, assegurando que apenas seriam eventualmente usados produtos que fossem eficazes, seguros e cumprissem os padrões de qualidade. Em Agosto de 2015, duas vacinas candidatas contra a DVE tinham já completado os ensaios clínicos das fases 1 e 2 e encontravam-se nos ensaios da fase 3, nos três países afectados pela DVE. Uma análise provisória dos resultados da fase 3 de uma das vacinas candidatas revelou uma eficácia de 100% na Guiné. Por conseguinte, a estratégia de vacinação em anel com esta vacina foi alargada à Serra Leoa, para ajudar a pôr termo ao surto epidémico.

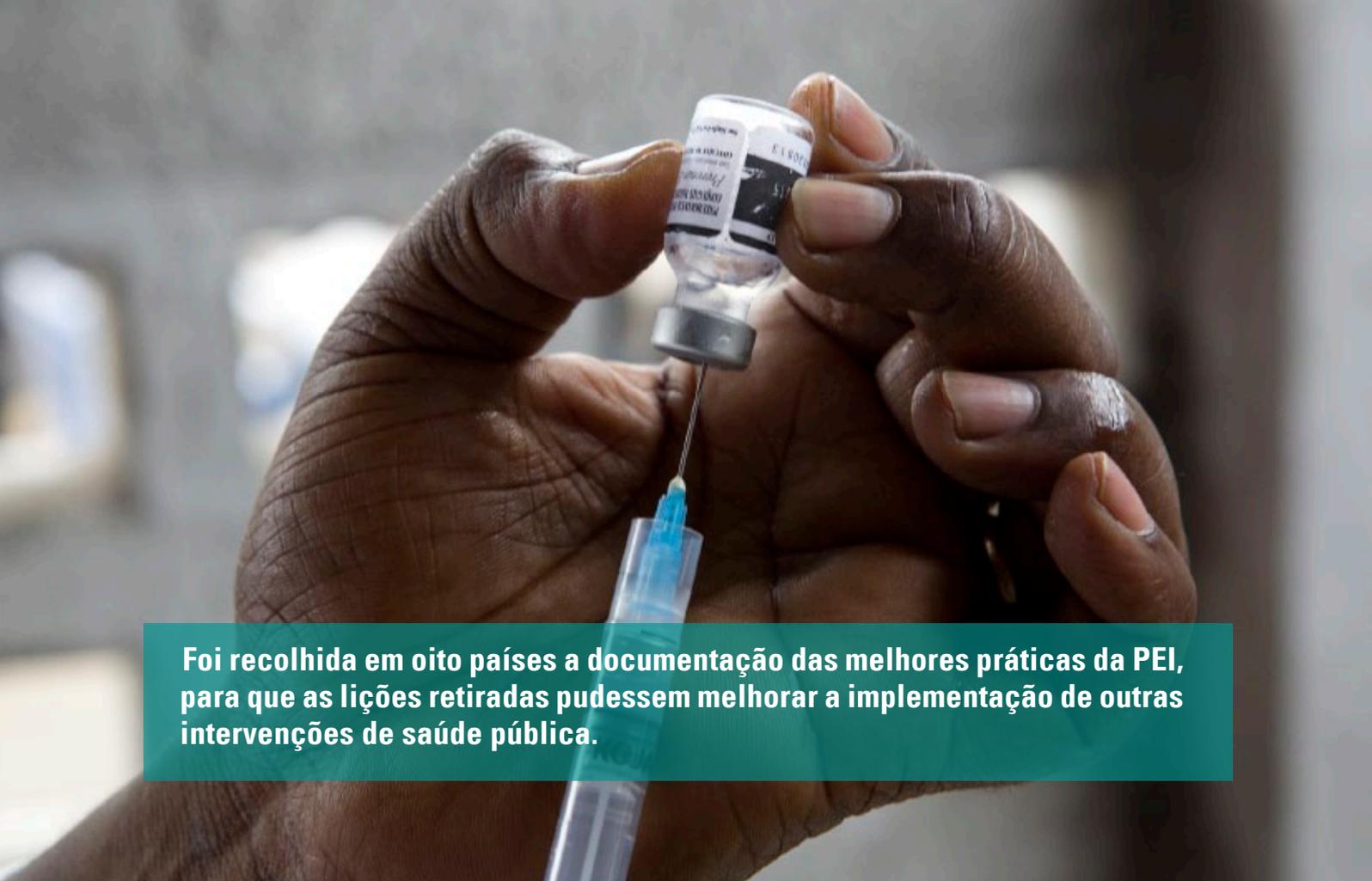




99. Reconhecendo o êxito da utilização da terapêutica com soro imune contra algumas doenças e o seu potencial no tratamento da DVE, a Guiné, a Libéria e a Serra Leoa receberam apoio para implementar esta opção de tratamento. A OMS forneceu orientações e apoio técnico para o uso de emergência e os ensaios clínicos sobre as terapêuticas com sangue total convalescente (CWB) e plasma convalescente (CP). As transfusões de CWB e CP foram incluídas num pacote de intervenções disponibilizadas aos doentes de DVE. Os países receberam igualmente apoio para adquirirem e usarem unidades móveis de transfusão para esse fim. Por consequência, as transfusões de CWB e CP foram incluídas num pacote de intervenções prestadas aos doentes de DVE, com a finalidade de melhorar o resultado do tratamento.
100. Além da epidemia de DVE na África Ocidental, a OMS também teve de dar resposta a outras emergências durante o mesmo período, designadamente: a crise humanitária no Sudão do Sul e na República Centro-Africana e às cheias em Moçambique e no Malawi. O Quadro de Resposta às Emergências (ERF) foi utilizado para gerir a resposta à crise humanitária no Sudão do Sul e na República Centro-Africana. As quatro funções críticas da OMS, segundo o ERF, foram cumpridas com padrões de desempenho do ERF ao nível dos 90%. Por outro lado, foram igualmente notificados outros eventos de saúde pública, tais como surtos de cólera, no Gana, Malawi, Moçambique, Sudão do Sul e Tanzânia, um surto de Marburgo no Uganda e um surto isolado de DVE na República Democrática do Congo.
101. O Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública (FAESP) foi fundamental, disponibilizando o fundo de arranque inicial para organizar a resposta a esses eventos de saúde pública. Contudo, para manter a sua importância, o fundo terá de ser reabastecido. Desde a criação do FAESP, em 2012, até Julho de 2015, 13 dos 47 Estados-Membros contribuíram com um total de 3 619 438 dólares, ficando pendentes ainda 196 380 562 dólares. De Janeiro a Dezembro de 2014, apenas 6 (seis) países contribuíram com 1 263 735 dólares para o Fundo e, a partir de Janeiro até Julho de 2015, apenas 4 (quatro) países contribuíram com 580 202 dólares. Durante o período em causa, foi desembolsado um total de 2 300 676 dólares a onze (11) países.

102. A implementação de intervenções de alta qualidade é crucial para a interrupção da transmissão da poliomielite e a prevenção da importação do poliovírus selvagem (PVS). A cobertura regional com a 3ª dose da vacina oral da poliomielite (VOP3) foi de 79%, em 2014. Na Nigéria, por exemplo, a cobertura com a VOP3 subiu de 63%, em 2013, para 66%, em 2014. A qualidade das ASV da poliomielite foi alta nos países⁹⁹ que tiveram surtos em 2014. A avaliação independente realizada em 2015 declarou que os surtos tinham parado, mas que havia necessidade de intensificar a vigilância. Em alguns países, como a Nigéria, as ASV em 2014 e 2015 integraram o uso da vacina inactivada da poliomielite (VIP), para impulsionar a imunidade sistémica, com mais de 4 milhões de doses de VIP administradas entre Junho de 2014 e Abril de 2015. A maioria dos países da Região atingiu os dois indicadores da vigilância (i.e., taxa de PFA não poliomielite e fezes adequadas), em comparação com 2013. A vigilância da PFA foi complementada com a vigilância ambiental em Angola, Camarões, Chade, Nigéria e Quênia, para detectar o vírus da poliomielite nos esgotos.
103. Uma melhor concretização das actividades relacionadas com a poliomielite em 2014 - 2015 resultou na Nigéria ter sido retirada, a 25 de Setembro de 2015, da lista de países onde a doença é endémica. Além disso, pela primeira vez na história da erradicação da poliomielite, não houve qualquer caso confirmado de poliovírus em toda a Região Africana em 2015. Porém, é importante notar que, para que a Região Africana seja certificada como livre da poliomielite, serão necessários mais 2 anos para verificar se não há mais circulação do poliovírus da Região. Como tal, só em 2017, no mínimo, essa certificação será possível.





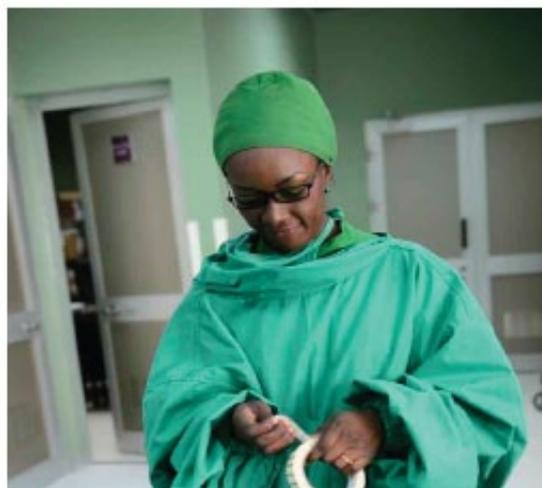
Foi recolhida em oito países a documentação das melhores práticas da PEI, para que as lições retiradas pudessem melhorar a implementação de outras intervenções de saúde pública.

104. A 20 de Setembro de 2015, a Comissão Mundial de Certificação (GCC) da Erradicação da Poliomielite certificou que o poliovírus tipo 2 havia sido erradicado a nível mundial. Reconhecendo a interrupção da transmissão do poliovírus selvagem nos países, a OMS, através da Comissão de Certificação da Região Africana (ARCC), ajudou os Estados-Membros a recolher a documentação necessária para a condição de país livre da poliomielite. A ARCC reuniu-se em Junho de 2015, para avaliar os progressos realizados na erradicação da poliomielite na Região. Foi apresentada documentação completa por 32 países, dos quais 29 foram aceites. Dos restantes 18 países, quatro¹⁰⁰ foram seleccionados para apresentar a sua documentação completa à ARCC, em Novembro de 2015. Relativamente à fase 1 de contenção do poliovírus do tipo 2 em laboratório, doze países¹⁰¹ realizaram inquéritos laboratoriais e actividades de inventariação, até Setembro de 2015.
105. Um importante aspecto da Iniciativa de Erradicação da Poliomielite (PEI) é o planeamento do uso dos recursos pós-erradicação da poliomielite. Foi recolhida em oito países a documentação das melhores práticas da PEI, para que as lições retiradas pudessem melhorar a implementação de outras intervenções de saúde pública. Em Junho de 2015, foi criado na AFRO um grupo de trabalho inter-grupos orgânicos, para elaborar um Plano Regional do Legado da Poliomielite. A sua reunião de planeamento teve lugar na África do Sul, em Julho de 2015. O grupo de trabalho reuniu também com os parceiros mundiais e as agências de doadores, a 25 de Agosto de 2015, em Brazzaville, para elaboração rápida de planos nacionais para o planeamento do legado / transição. Esses resultados serão usados para reforçar a vacinação em geral e apoiar outros programas dos Estados-Membros para eliminação e controlo das doenças.

4 áreas focais de transformação



A AGENDA DE TRANSFORMAÇÃO DO SECRETARIADO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA 2015 – 2020



4.6 Categoria 6: Serviços empresariais e funções facilitadoras

106. Ao abrigo desta categoria, foram fornecidos a liderança organizativa e os serviços empresariais necessários para manter a integridade e o funcionamento eficiente da OMS.
107. A Directora Regional levou a cabo várias missões com os Estados-Membros, parceiros e doadores, tendo ainda promovido reuniões anuais do corpo diplomático acreditado na República do Congo, para sensibilizar as pessoas envolvidas para as actividades da OMS e advogar o seu apoio continuado à Organização. Em sintonia com a nova aspiração de transformar a Região Africana da OMS numa Organização mais transparente, responsável e eficiente, foi elaborado um programa intitulado “Agenda Transformacional do Secretariado da OMS da Região Africana”.¹⁰² Esta agenda estabelece a visão e estratégia para a mudança e destina-se a melhorar o desempenho do Secretariado da OMS no seu apoio aos Estados-Membros, para melhorar os resultados da saúde. Como parte da Agenda de Transformação, um projecto de quadro de responsabilização e reforço interno está a ser implementado, para dar uma resposta colectiva a todas as fraquezas sistémicas do ambiente de controlo, em vez de responder individualmente às recomendações dos auditores.

108. As parcerias foram alargadas e reforçadas através da participação da OMS em eventos e actividades organizadas pela União Africana, as comunidades económicas regionais e outros parceiros. Por exemplo, a OMS organizou uma reunião de seguimento com a CUA, para reflectir acerca dos progressos realizados na implementação dos resultados da Primeira Reunião dos Ministros Africanos da Saúde Convocada Conjuntamente pela CUA e OMS, em Luanda, Angola, em Abril de 2014. Nessa reunião de seguimento, a OMS e a CUA acordaram num novo plano de acção para acelerar o trabalho da criação da Agência Africana dos Medicamentos e do Centro Africano de Controlo e Prevenção das Doenças, bem como para enfrentar o fardo emergente das doenças não transmissíveis.
109. Foram ainda alargadas as parcerias, através da colaboração com dadores bilaterais e multilaterais, o sector privado e a sociedade civil. A OMS coordenou o mecanismo Harmonização para a Saúde em África (HHA), que deu apoio técnico, promoveu liderança governamental e garantiu o diálogo entre os interessados sobre o reforço e a consecução dos ODM relacionados com a saúde.
110. Uma consulta regional sobre a Estratégia Mundial do Secretário-Geral das Nações Unidas para a Saúde da Mulher, das Crianças e dos Adolescentes foi organizada conjuntamente pelo governo Sul-africano, a Organização Mundial da Saúde e a Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil, em Maio de 2015. Durante esta consulta foi analisado o projecto da Estratégia Mundial 2016-2030, tendo sido integrados os contributos dos Estados-Membros. Esta Estratégia revista servirá como quadro regional para acelerar os progressos na saúde materna, neonatal, infantil e dos adolescentes, no período pós-2015.
111. A visibilidade da OMS a nível de país aumentou, através do envolvimento da Organização em várias agendas de desenvolvimento da saúde, incluindo a comemoração do Dia Mundial do Paludismo, Dia Mundial da TB, Dia Mundial da Diabetes, Dia Mundial de Luta Contra a SIDA e Dia Mundial da Saúde.



112. As Representações da OMS na Região implementaram alguns aspectos das reformas da gestão, através da institucionalização do planeamento a partir das bases, para o Orçamento-Programa 2014-2015. Para além disso, 36 países¹⁰³ reviram, alargaram ou renovaram as suas estratégias de cooperação com os países (CCS), garantindo a integração neste documento das alterações ao planeamento e prioridades nacionais de saúde e que a situação sanitária local será futuramente tida em conta na definição das prioridades da OMS. Foram divulgados nos países os instrumentos para desenvolver as CCS nos países em frágil situação e integrar a avaliação e a gestão dos riscos em situações de emergência, bem como a prontidão da OMS.
113. A primeira reunião dos Chefes das Representações da OMS de Angola, Chade, República Democrática do Congo, Etiópia, África do Sul e Nigéria foi organizada em Março de 2014. Esta reunião constituiu para eles uma oportunidade para partilharem experiências na gestão de grandes Representações. A estrutura e funcionamento das Representações, a definição de um quadro organizacional genérico e a questão dos chefes-adjuntos das Representações da OMS, no seu contexto específico, foram discutidos e chegou-se a acordo acerca do modo de melhorar a eficiência da sua gestão.
114. A eficiência no planeamento, implementação e monitorização dos programas da OMS a nível de país melhora as hipóteses de sucesso. Para melhor coerência na orientação e responsabilização política a nível nacional, realizaram-se, em Setembro de 2014 e Abril de 2015, reuniões da Gestão do Programa Regional (RPM). Nestas reuniões debateram-se as emergências de saúde pública e a crise humanitária, questões importantes relacionadas com o planeamento, implementação e monitorização dos programas da OMS e a Agenda de Transformação.
115. Foi realçada a capacidade da Organização para mobilizar recursos adicionais, através da formação na área da comunicação entre doadores e mobilização de recursos, destinada a 90 funcionários de 12 Representações e da Equipa de Apoio Interpaíses na África Ocidental. Como resultado disso, foram redigidas pelo pessoal propostas que atraíram recursos adicionais para apoiarem as actividades da Organização.
116. A conformidade foi significativamente reforçada na Região, para melhorar a gestão dos riscos em todas as operações. Foram efectuadas revisões da conformidade na EAI da África Oriental e Austral e em algumas Representações da OMS nas áreas das aquisições, viagens e notificação aos doadores. Foram dadas informações aos Representantes da OMS nos países e Directores dos Grupos Orgânicos acerca da identificação e avaliação dos riscos, no contexto do desenvolvimento de um registo de riscos da OMS, a nível mundial. Paralelamente, os centros de orçamento completaram auto-avaliações de controlo interno. Foram criadas comissões locais de gestão dos riscos, para analisarem e actualizarem periodicamente os riscos e as actividades de mitigação, e para reforçarem o controlo interno. Houve melhorias significativas no encerramento de auditorias, evidentes na redução de 57% no número de recomendações de auditorias por aplicar.

117. Está a ser implementado um projecto de quadro de responsabilização e reforço interno, para dar uma resposta colectiva a todas as fraquezas sistémicas no ambiente do controlo, em vez de dar resposta individualmente a cada uma das recomendações das auditorias. As funções de controlo de qualidade nas finanças, recursos humanos e compras têm sido integradas em processos abrangentes, para dar mais ênfase aos controlos preventivos, por oposição a controlos de fiscalização, uma vez que o principal objectivo é evitar a não-conformidade. Tornou-se obrigatória a formação específica nestas áreas para todo o pessoal relevante, a fim de aperfeiçoar as capacidades e maximizar os contributos de modo transparente, eficiente e com boa relação custo-eficácia.
118. Para reforçar a transparência e a responsabilização, foram acordados conjuntamente, entre o Escritório Regional e as Representações, indicadores-chave de desempenho em todas as áreas programáticas e administrativas. Os indicadores estão directamente ligados ao desempenho individual e do centro de orçamento, estando este último a ser publicado num painel de gestão acessível a todo o pessoal a partir do quarto trimestre de 2015.
119. Foi criada uma base de conhecimentos na Internet, onde o pessoal poderá obter orientações sobre quadros de controlo interno, normas, regulamentos e procedimentos operacionais padrão. Este repositório inclui ainda a última informação sobre as melhores práticas, listas de verificação e modelos regularmente actualizados.
120. Em resultado do surto de DVE e da crise humanitária, alguns planos operacionais do Escritório Regional e dos países afectados pela DVE foram reprogramados para libertar fundos para a resposta. Além disso, a colocação do pessoal nos países afectados pelo Ébola provocou atrasos na implementação de outras actividades planeadas.
121. O Escritório Regional contribuiu também para a elaboração do OP 2016-17, começando com a identificação dos programas prioritários, através de uma melhor abordagem ao planeamento da base para o topo, baseada nas prioridades nacionais, conforme indicadas nas CCS e em consulta com as autoridades nacionais. Este processo é consistente com a reforma da OMS e foi insistentemente solicitado pelos Estados-Membros para dar resposta às suas necessidades.
122. Foram reforçadas as funções administrativas e de gestão, garantindo assim procedimentos mais eficazes e uma melhor política de recursos humanos. A presença da OMS nos países foi reforçada, em termos de recursos financeiros e humanos, formação das capacidades do pessoal e delegação de mais competências do nível regional para o nacional.

123. As contas do fundo de adiantamentos e do livro Razão foram totalmente reconciliadas. As adjudicações sob gestão do Escritório Regional foram regularmente analisadas, para garantir uma implementação e notificação atempadas. Para apoiar melhor a resposta ao surto de DVE, os países afectados receberam orientação e apoio, através da análise dos livros de caixa, análise das despesas com adjudicações e aprovações do fluxo de trabalho.
124. As melhorias infra-estruturais das instalações das Representações levaram a uma maior segurança do pessoal. Para além disso, conforme mencionado em vários relatórios de auditoria, está em fase de elaboração um projecto para reforçar o controlo dos activos imobilizados, o qual, quando concluído, irá garantir a conformidade regional com as normas financeiras e os Padrões Internacionais de Contabilidade para o Sector Público.
125. As infra-estruturas das TIC do Escritório Regional e de alguns países receberam melhoramentos. Os *emails* mundiais em todos os países migraram com êxito para a nova plataforma e o projecto de comunicações uniformizadas, telefones e redes locais foi implementado no Escritório Regional e nos países. Foram criadas várias aplicações de acordo com as especificações dos agrupamentos e em apoio à reposta do Ébola. Foi reforçado o apoio ao utilizador final, o que resultou na redução do tempo de espera para resolver os problemas dos utilizadores, tendo sido iniciadas sessões semanais de formação sobre instrumentos de produtividade no Escritório Regional.
126. Foi prestado apoio às comunicações nos países afectados pelo Ébola e na República Centro-Africana e Sudão do Sul. Esta capacidade de intervenção foi proporcionada através das redes de funcionários da comunicação mundial e regional da OMS, formados para prestarem comunicações em casos de risco ou emergência. O destacamento deste pessoal melhorou a sensibilização mundial para o Ébola e, conseqüentemente, ajudou a galvanizar a resposta mundial.
127. Foram partilhados *online* com jornalistas materiais de comunicação, na forma de comunicados de imprensa, mensagens, histórias de sucesso e spots audiovisuais, como parte da comemoração da Semana Africana da Vacinação, Dia Mundial do Paludismo, Dia Mundial da Saúde e Dia Mundial da SIDA. Estas mensagens de saúde pública promoveram ainda a advocacia para a prevenção e o controlo de várias doenças.



5

Progressos realizados na implementação das resoluções do Comité Regional

Em sessões anteriores do Comité Regional, os Estados-Membros aprovaram diversas resoluções, cuja implementação está a ser acompanhada pelo Secretariado. Neste capítulo, apresenta-se os relatórios dos progressos em algumas dessas resoluções. Cada relatório resume a resolução, as actividades que foram implementadas e os resultados ou o impacto alcançado.





5.1 AFR/RC53/R6 – Intensificação das intervenções contra o VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo na Região Africana da OMS

128. Esta resolução apela aos Estados-Membros para criarem e implementarem políticas, estratégias e legislação adequada, que proporcionem um ambiente facilitador do reforço das intervenções contra o VIH, TB e paludismo. Do mesmo modo, a resolução apela à OMS para que preste o apoio técnico necessário à elaboração e implementação de planos estratégicos, para combater estas três doenças.
129. Todos os países da Região elaboraram e reviram os seus planos estratégicos do sector da saúde, para responder ao VIH/SIDA, incluindo a adaptação das orientações consolidadas da OMS por 35 Estados-Membros. Com o apoio técnico da OMS, os países adaptaram e implementaram a Estratégia Travar a TB, incluindo o reforço das intervenções de colaboração TB/VIH e a gestão programática da TB resistente aos medicamentos. Tal resultou num maior acesso aos testes do VIH, rastreio da TB e terapia preventiva com cotrimoxazole. A cobertura da TAR entre os doentes da Região aumentou de 29%, em 2005, para 68%, em finais de 2014.

- .130. Além disso, a OMS continua a ajudar os Estados-Membros a acederem aos recursos do GFATM, para reforço das intervenções contra o VIH, TB e Paludismo, através do apoio técnico, incluindo revisões do programa, análises epidemiológicas e a elaboração de documentos de síntese.

5.2 AFR/RC61/R4 – Erradicação da poliomielite na Região Africana

131. A resolução exortava os Estados-Membros onde existe poliovírus em circulação a declararem a sua persistência como uma emergência de saúde pública e a interromperem com êxito a sua transmissão. Por outro lado, os Estados-Membros foram exortados a implementarem acções prioritárias através de planos de emergência para garantir a interrupção da transmissão de poliovírus o mais depressa possível.
132. Foram realizadas actividades suplementares de vacinação (ASV) na Região em 2014, que incidiram sobretudo no único país onde a doença ainda era endémica, a Nigéria, e nos países que sofreram surtos de poliomielite. Os países da África Ocidental e Central realizaram ASV de prevenção em 2014 e 2015 para reduzir o risco de importações. A vigilância da paralisia flácida aguda (PFA) foi reforçada na Região, com um aumento mensal da tendência de casos notificados de PFA e de actividades de resposta contra os surtos confirmados de poliovírus.
133. Em resultado destas acções, a transmissão de poliovírus selvagem foi interrompida na Nigéria durante mais de um ano e país foi retirado da lista mundial de países onde a doença é endémica em Setembro de 2015. Além disso, todos os surtos epidémicos de poliomielite na África Central foram declarados como terminados, sendo que nenhum caso de poliovírus foi detectado em toda a Região Africana desde Julho de 2014.

5.3 AFR/RC62/R2 – VIH/SIDA: Estratégia para a Região Africana

134. Esta resolução apelou aos Estados-Membros para reforçarem e alargarem as intervenções de prevenção, testagem e tratamento do VIH.

135. Com a formação e o apoio técnico da OMS, os Estados-Membros adaptaram políticas e estratégias, mobilizaram recursos adicionais, alargaram a cobertura e melhoraram a qualidade da implementação dos testes e tratamento do VIH.
136. Em Agosto de 2015, já todos os países da Região tinham actualizado os seus planos estratégicos nacionais, em sintonia com a estratégia regional do VIH. Catorze países tinham reforçado a circuncisão médica voluntária para a prevenção do VIH, 21 países prioritários reforçaram a prevenção da transmissão vertical e todos os países tinham programas de transfusão de sangue seguro. O tratamento do VIH foi rapidamente alargado em todos os 47 países e 69% dos indivíduos co-infectados com o VIH/TB estão a fazer terapêutica anti-retroviral.

5.4 AFR/RC62/R8 – Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) na Região Africana

137. A resolução apelou aos Estados-Membros para reverem os seus planos nacionais do RSI (2005) de modo a: focarem as prioridades para se atingirem as capacidades essenciais mínimas para o RSI, até Junho de 2014; mobilizarem recursos; reforçarem a coordenação e a colaboração em sectores relevantes, no contexto de “Uma Só Saúde”; integrarem intervenções relacionadas com o RSI; garantirem a vigilância e a resposta integrada às doenças (VRID) e a gestão dos riscos de catástrofe (DRM); promoverem a colaboração transfronteiriça; monitorizarem a implementação do RSI; trabalharem com a OMS na interpretação e aplicação dos requisitos internacionais para viagens e comércio relativos à febre-amarela e outras doenças; e notificarem regularmente a OMS dos progressos na implementação do RSI.
138. Até finais de Agosto de 2015, a Argélia, Gabão, Ruanda e Senegal tinham sido apoiados para efectuarem avaliações das capacidades essenciais do RSI e elaborarem planos de acção. Nem todos os países da Região cumpriram os padrões mínimos para as capacidades essenciais do RSI e 20 (43%) pediram, desde então, um alargamento de dois anos do prazo, enquanto 26 (57%) ainda estão para comunicar as suas intenções.

5.5 AFR/RC63/R7 – Orientações consolidadas da OMS sobre o uso de medicamentos anti-retrovirais no tratamento e prevenção da infecção pelo VIH; recomendações para uma abordagem de saúde pública — implicações para a Região Africana

139. Esta resolução solicitava aos Estados-Membros que adaptassem as suas orientações nacionais da terapêutica anti-retroviral (TAR) às novas orientações consolidadas da OMS sobre o uso de ARV, segundo o contexto específico de cada país. A resolução exortava ainda os Estados-Membros a aumentarem o investimento na resposta ao VIH e a elaborarem programas adequados que aumentariam as oportunidades para iniciar a terapêutica anti-retroviral.
140. Em finais de Agosto de 2015, trinta e cinco países tinham já adaptado as suas orientações nacionais às orientações consolidadas da OMS e estavam a implementar as recomendações. As orientações consolidadas contribuíram para o rápido aumento do tratamento para o VIH e, até ao final de 2014, cerca de 10,7 milhões de pessoas estava a fazer a terapêutica anti-retroviral na Região Africana. Os Estados-Membros adoptaram a abordagem de saúde pública para prestar tratamento, desenvolvendo modelos inovadores de prestação de serviços que combinam serviços reforçados e descentralizados para o VIH, e utilizando a mesma abordagem para trabalhar com as comunidades

5.6 AFR/RC63/R6 – Estratégia Regional para as Doenças Tropicais Negligenciadas na Região Africana da OMS

141. Esta resolução apelou aos países para que assumissem a liderança e assegurassem a apropriação, criando e reforçando os programas nacionais de DTN. Os Estados-Membros foram ainda motivados a instituir mecanismos de coordenação, incentivando

a colaboração multisectorial, para colmatar as lacunas funcionais que dificultam as intervenções programáticas e promover as ligações entre os DTN e outros programas de saúde.

142. Todos os países endémicos da Região (excepto Argélia, Cabo Verde e Seychelles) possuem programas nacionais de DTN e diversos mecanismos de coordenação, a diferentes níveis de funcionamento. Setenta por cento dos países da Região actualizaram os seus planos directores e planos operacionais, em linha com o Plano Regional Estratégico das DTN 2014-2020 e as metas mundiais para controlar, eliminar ou erradicar as DTN, até 2020.
143. Muitos países da Região foram apoiados no mapeamento das QP-DTN e começaram a implementar as intervenções de QP, com mais 26 países a implementarem a AMM. O Togo interrompeu a AMM para a filaríase linfática a nível nacional, enquanto o Gana se tornou o 40.º país a ser declarado livre da dracunculose.

5.7 AFR/RC64/R6 – Fundo Africano para Emergências de Saúde Pública

144. Esta resolução solicitava aos Estados-Membros que exercessem advocacia a favor do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública (FAESP), aos níveis adequados dentro dos países, incluindo nos parlamentos, para assegurar o pagamento das contribuições nacionais.
145. Em 2014, cinco países contribuíram para o FAESP: Benim, Chade, Gâmbia, Libéria e Seychelles. Até finais de Julho de 2015, apenas oito dos 47 Estados-Membros tinham contribuído com um total de 3 619 438 dólares, desde que o FAESP foi criado em 2012. Da contribuição total anual esperada de 50 000 000 dólares, apenas 1 770 740 dólares (3,6%) foram de facto transferidos em 2012, 1 621 123 dólares (3,2%) em 2013 e 220 068 dólares em 2014.
146. O FAESP disponibilizou um total de 1 326 073 dólares a pedido de nove países, como assistência financeira imediata, para a gestão de emergências declaradas de saúde pública. Esses países foram a República Centro-Africana (melhor acesso a cuidados de saúde de qualidade em três distritos, incluindo a reabilitação do Hospital Pediátrico de Bangui), o Sudão do Sul (reforço dos serviços cirúrgicos de emergência para eventos decorrentes de conflitos e outras emergências cirúrgicas em zonas afectadas por conflitos), Burúndi e Zimbabwe (prestação de cuidados imediatos de saúde a populações afectadas pela cheias), Guiné, República Democrática do Congo, Libéria e Serra Leoa (para controlar o surto de Ébola) e Camarões (para prestação de intervenções sanitárias de emergência aos refugiados da República Centro-Africana).



6

Desafios e Obstáculos

147. As actividades da OMS, ao longo do período de Janeiro de 2014 a Agosto de 2015, enfrentaram diversos desafios e obstáculos. Estes estiveram principalmente relacionados com o investimento nos sistemas de saúde, a resposta às emergências e às crises humanitária, à cobertura de intervenções eficazes de saúde, à sustentabilidade efectiva das parcerias e à mobilização de recursos.
148. A despeito do crescimento económico registado em alguns países e do aumento dos investimentos na saúde, não houve uma sustentabilidade em matéria de recursos para criar resiliência nos sistemas de saúde e reforçar as intervenções mais essenciais. O investimento interno na saúde por parte dos governos nacionais permaneceu baixo. O financiamento da saúde, a força de trabalho da saúde, os sistemas de informação e a vigilância das doenças, o acesso a medicamentos essenciais, vacinas e outros produtos médicos, os investimentos na investigação e inovação foram inadequados. Isto afecta o ritmo de adopção de novas tecnologias e intervenções. Não obstante, Estados-Membros continuam a enfrentar o desafio das diferentes prioridades que competem pelos recursos limitados.
149. Na Região Africana ocorrem muitas emergências de saúde pública, devido a causas naturais ou provocadas pelo homem, incluindo secas, cheias anuais, surtos ocasionais de doenças transmissíveis e conflitos. Existem grandes falhas na capacidade e preparação dos países, sendo os seus sistemas de saúde incapazes de organizar uma resposta rápida, eficaz e adequada a estas emergências. Além disso, estas emergências tendem a desviar os escassos recursos das actividades planeadas, comprometendo assim a capacidade dos países para fazer face a outras prioridades de saúde. O desafio actual consiste em como melhor trabalhar com os Estados-Membros no sentido de reforçar as suas capacidades essenciais para cumprirem as suas obrigações ao abrigo do Regulamento Sanitário Internacional (2005) e construírem sistemas de saúde robustos e resilientes que assegurem a segurança sanitária.
150. A cobertura com intervenções de eficácia comprovada contra as principais doenças transmissíveis e não transmissíveis não conseguiu atingir os níveis necessários para erradicar, eliminar ou controlar estas doenças. O desafio é envolver os Estados-Membros e os parceiros, e mobilizar os recursos necessários para intensificar e melhorar a eficiência na implementação de políticas e estratégias para aumentar e manter a cobertura além dos actuais níveis, por forma a impulsionar os países na direcção da consecução dos ODM e ODS. Os Estados-Membros serão solicitados a assumirem compromissos políticos e financeiros concretos para o efeito.

151. O número de parceiros na área da saúde tem aumentado nos países da Região, o que aumenta igualmente os recursos e as oportunidades. No entanto, Isso coloca o desafio de coordenar eficazmente os múltiplos projectos de saúde a nível de país, o que afecta a eficácia e a prestação de programas de saúde pública. O desafio consiste em apoiar os Estados-Membros a reforçarem a apropriação, a liderança e as capacidades ao nível nacional para uma coordenação mais eficaz dos parceiros, com vista a uma implementação mais eficiente dos programas. É preciso melhorar um alinhamento e a harmonização do apoio prestado pelos parceiros do desenvolvimento e doadores, de modo a aumentar a eficácia da ajuda e agir sobre as prioridades de saúde dos Estados-Membros.
152. O desempenho do Escritório Regional da OMS para a África foi criticado na resposta à epidemia de DVE. Concluiu-se que o Secretariado não tinha a capacidade nem a cultura organizativa para dar uma resposta cabal à emergência de saúde pública. O desafio consiste no Secretariado apostar totalmente nas Reformas da OMS para as situações de emergência, para que sejam mobilizados os recursos necessários a efectivar mudanças significativas exigidas para ser possível organizar uma resposta célere e abrangente, sempre e onde quer que surja uma situação de emergência com um impacto na saúde pública que ultrapasse as capacidades nacionais. É fundamental que o Escritório Regional da OMS para a África amplie a sua capacidade de detectar alertas relativos à saúde e de coordenar as respostas aos níveis nacional e regional, em articulação com os mecanismos mundiais.
153. A mobilização de recursos para a saúde, sobretudo em situações de emergência, continua a ser um grande desafio, como ficou patente na resposta lenta dos países em fazerem contribuições financeiras para o Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública. É necessário mais empenho por parte dos Estados-Membros em garantirem a afectação de mais recursos internos para fazer frente às emergências, bem como para contribuir para o FAESP, de modo a que existam recursos adequados para dar uma resposta oportuna às situações de emergência. No que toca ao FAESP, o desafio consiste no Secretariado encontrar abordagens inovadoras e mais eficazes que incentivem os Estados-Membros e outras partes interessadas a fazerem as contribuições.



7

Conclusão





Conclusão

154. Este relatório reflecte as actividades da OMS durante os primeiros 20 meses do Orçamento-Programa para 2014-2015. Reflecte igualmente a primeira experiência com a abordagem de definição de prioridades da base para o topo, que constitui o pilar de uma implementação mais focada e pertinente entre o Secretariado e os Estados-Membros, que será melhorada no futuro. O relatório destaca as principais realizações e os progressos efectuados, muitos dos quais derivam dos progressos obtidos nos ODM.
155. Muito dos esforços da Organização foram direccionados para o apoio prestado na resposta à epidemia de Ébola na África Ocidental. Desta experiência surgiu a determinação de se intensificar o apoio à preparação e resposta, trabalhando com os parceiros e outras iniciativas de segurança sanitária. O Secretariado da Região Africana irá desempenhar um papel activo na reforma do trabalho da OMS no domínio das emergências e epidemias.
156. A OMS irá continuar a contribuir para pôr fim à epidemia de DVE e reconstruir os sistemas nacionais de saúde dos três países mais gravemente afectados da África Ocidental. Serão envidados esforços para melhorar a capacidade de preparação dos países para darem

uma resposta às epidemias e às crises humanitárias, incluindo melhorar as capacidades essenciais de implementação do RSI. A OMS irá também melhorar a capacidade de resposta a situações de emergência, ao nível regional, e continuar a defender o aumento da afectação de recursos para a segurança sanitária e as situações de emergências.

157. A OMS vai continuar a trabalhar com outros parceiros da saúde para defender o aumento do financiamento interno, a melhoria da definição de prioridades e o apoio para incrementar as intervenções comprovadas e com boa relação custo-eficácia por parte dos Estados-Membros, a fim de garantir uma melhoria da saúde para as populações da Região Africana.
158. O Secretariado da OMS vai trabalhar com os Estados-Membros, parceiros, doadores e outros intervenientes-chave, incluindo as comunidades económicas regionais, e através da plataforma política disponibilizada pela União Africana e a sua Agenda 2063, para responder às prioridades dos países. Será dada uma atenção particular à prestação de apoio aos países na planificação, implementação e avaliação dos progressos no sentido da consecução dos ODS relacionados com a saúde e da cobertura universal de saúde, com incidência na equidade e na abrangência. Os países receberão apoio para implementarem a Estratégia Mundial do Secretário-Geral da ONU para a Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, combaterem o fardo crescente das doenças não transmissíveis, melhorarem os determinantes sociais da saúde e envolverem sectores externos ao da saúde para assegurar sinergias entre as suas políticas e as acções do sector da saúde.
159. Os esforços envidados para transformar o Secretariado da OMS na Região Africana numa Organização com maior capacidade de resposta, orientada para os resultados e responsável irão prosseguir durante o biénio seguinte. O Secretariado está empenhado em acelerar o desenvolvimento de sistemas de saúde resilientes que previnam e tratem as doenças, garantam a segurança sanitária e contribuam para a melhoria dos resultados de saúde na Região Africana da OMS.

8

Anexo

O Anexo 1 apresenta uma visão geral das dotações orçamentais para a Região Africana (OP 2014-2015) por categoria de actividade e áreas programáticas, com repartição pelo Escritório Regional (RO) e Representações (CO) (milhares de dólares)

Anexo 1: Dotações orçamentais para a Região Africana (OP 2014-2015) por categoria de actividade e áreas programáticas, com repartição pelo Escritório Regional (RO) e Representações (CO) (milhares de dólares)

CATEGORIAS E PROGRAMAS	TOTAL	PARCELA DO RO	PARCELA DAS CO
1 - Doenças Transmissíveis	266 724	69 583	197 141
VIH/SIDA	42 059	12 197	29 862
Paludismo	25 235	7318	17 917
Doenças tropicais negligenciadas	19 477	6038	13 439
Tuberculose	16 823	4879	11 945
Doenças Evitáveis pela Vacinação	163 130	39 151	123 979
2 - Doenças não Transmissíveis	56 536	23 218	34 117
Incapacidades e reabilitação	888	799	89
Saúde mental	2301	1565	736
Doenças não transmissíveis	48 079	19 232	28 847
Nutrição	3866	1160	2706
Violência e traumatismos	1402	463	939
3 - Promoção da saúde ao longo da vida	91 986	31 108	60 878
Integração do género, equidade e direitos humanos	2338	1637	701
Saúde e ambiente	12 865	6047	6818
Envelhecimento saudável	703	562	141
Saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e dos adolescentes	68 817	19 957	48 860
Determinantes sociais da saúde	7263	2905	4358
4 - Sistemas de saúde	71 510	31 805	39 705
Acesso a produtos médicos e reforço da capacidade reguladora	11 581	4864	6717
Informação e evidências do sistema de saúde	14 692	7346	7346
Serviços de saúde centrados nas pessoas e integrados	30 000	13 500	16 500
Políticas, estratégias e planos nacionais de saúde	15 237	6095	9142
5 - Preparação, vigilância e resposta	55 023	17 004	38 019
Capacidades de alerta e resposta	8269	4052	4217
Gestão dos riscos e crises das emergências	37 285	7457	29 828
Doenças de potencial epidémico e pandémico	4926	2315	2611
Segurança alimentar	4542	3179	1363
6 - Serviços empresariais / funções facilitadoras	130 334	67 301	63 033
Liderança e governação	45 797	13 739	32 058
Gestão e administração	67 337	36 362	30 975
Comunicações estratégicas	5200	5200	0
Planeamento estratégico, coordenação de recursos e notificação	5200	5200	0
Transparência, responsabilização e gestão dos riscos	6800	6800	0
Emergências	447 887	36 504	411 383
Resposta a surtos e crises	39 630	7926	31 704
Erradicação da poliomielite	408 257	28 578	379 679
TOTAL GERAL	1 120 000	276 523	844 276
% PARTILHADA	100%	25%	75%

9

Notas Finais



Notas Finais

1. Organização Mundial da Saúde; Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho 2014-2019: Não apenas a ausência de doença; OMS, Genebra, 2014.
2. Grupo de Acção sobre o Financiamento Internacional Inovador aos Sistemas de Saúde: Mais Dinheiro para a Saúde e Mais Saúde pelo Dinheiro: Relatório Final. Genebra: Parceria Internacional para a Saúde; 2009.
3. África do Sul, Argélia, Angola, Botsuana, Camarões, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Gabão, Gana, Guiné Equatorial, Lesoto, Maurícia, Namíbia, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Seychelles, Serra Leone, Sudão, Suazilândia e Zâmbia.
4. Declaração de Abuja da Cimeira de Chefes de Estado da União Africana, Abuja, Nigéria, 2001.
5. Argélia, Angola, Benim, Burquina Faso, Burúndi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Maurícia, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia, Zimbabwe.
6. http://www.who.int/about/resources_planning/financing_dialogue/en/
7. <http://www.afro.who.int/en/rdo/transformation-agenda.html>
8. WHA66.2 : Orçamento-Programa 2014–2015
9. <https://www.who.int/afro/ahm/issue/19/reports/regional-strategic-plan-immunization-2014>
10. WHO and UNICEF: WHO/UNICEF estimates of National Immunization Coverage 2014, August 2015
11. revision. Geneva: WHO; 2015. URL: http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/
12. www.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveredtp3.html
13. Argélia, Botsuana, Burquina Faso, Burúndi, Cabo Verde, Congo, Eritreia, Gâmbia, Gana, Lesoto, Malawi, Maurícia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia e Zimbabwe.
14. Argélia, Botsuana, Burúndi, Cabo Verde, Eritreia, Gâmbia, Gana, Lesoto, Maurícia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia e Zimbabwe.
15. África do Sul, Argélia, Botsuana, Burúndi, Cabo Verde, Comores, Congo, Eritreia, Etiópia, Gana, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Nigéria, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal, Suazilândia, Togo.
16. Côte d'Ivoire, Guiné-Bissau, Togo, Níger, Namíbia, Nigéria, Libéria e Suazilândia.
17. Côte d'Ivoire, Guiné-Bissau, Togo, Níger, Namíbia, Nigéria, Libéria e Suazilândia.
18. Angola, Burquina Faso, Camarões, Congo, Eritreia, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Namíbia, Níger, Quénia, Senegal, Serra Leoa, Togo, Zâmbia e Zimbabwe.
19. Camarões, Chade, Comores, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Madagáscar, Níger, Nigéria, República Democrática do Congo e Senegal.
20. África do Sul, Botsuana, Burquina Faso, Burúndi, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gana, Lesoto, Malawi, Maurícia, Namíbia, Quénia, República do Congo, Ruanda, São Tomé, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
21. ONUSIDA; Como a SIDA Alterou Tudo: Relatório da ONUSIDA de 2015
22. Botsuana, Eritreia, Etiópia, Malawi, Quénia, Ruanda, Suazilândia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
23. África do Sul, Angola, Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Congo, Eritreia, Etiópia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Democrática do Congo, Senegal, Sudão do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.

24. Relatório Mundial de TB da OMS 2014.
25. Parar a incidência e começar a inverter a incidência de TB.
26. Relatório Mundial de TB da OMS 2014.
27. Argélia, Benim, Burúndi, Cabo Verde, Comores, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Mali, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, Seychelles, Serra Leoa, Tanzânia, Togo, Zâmbia
28. Angola, Botsuana, Côte d'Ivoire, Gabão, Gâmbia, Gana, Malawi, Quênia, Ruanda, STP, Seychelles, Uganda e Tanzânia.
29. Benim, Botsuana, Burúndi, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Madagascar, Malawi, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Quênia, Senegal, São Tomé e Príncipe, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia, Togo, e Uganda,
30. OMS: Relatório Mundial de TB 2014
31. Etiópia, Quênia, Uganda, Tanzânia e Zimbábue
32. Benim, Botsuana, Burquina Faso, Etiópia, Gana, Guiné, Madagascar, Malawi, Mauritânia, Maurícia, Namíbia, Níger, RCA, São Tomé e Príncipe, S/Leoa, Uganda, Tanzânia e Zâmbia
33. África do Sul, Botsuana, Cabo Verde, Eritreia, Namíbia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Suazilândia e Zanzibar.
34. Países com apoios para MTR: Benim, Burquina Faso, Côte d'Ivoire, Gabão (em curso), Madagascar, Mauritânia, Namíbia, Níger, República Centro-Africana, República Democrática do Congo (em curso), São Tomé e Príncipe e Togo.
35. Países com apoio para o desenvolvimento de PEP: Benim, Burquina Faso, Comores, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial (em curso), Libéria (em curso), Madagascar, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Quênia, República Centro-Africana, Serra Leoa (em curso), São Tomé e Príncipe, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia.
36. Angola (TB/VIH), Benim (TB, VIH), Botsuana (TB/VIH), Burquina Faso (TB/VIH, Paludismo, HSS), Burúndi (TB/VIH), Cabo Verde (TB/VIH), Camarões (TB/VIH), Chade (TB/VIH, Paludismo), Comores (VIH), Côte d'Ivoire (TB), Etiópia (TB/VIH), Gâmbia (TB, Paludismo), Gana (TB/VIH), Lesoto (TB/VIH), Mali (TB/VIH), Mauritânia (TB), Maurícia (VIH), Moçambique (TB/VIH), Níger (TB, VIH), Nigéria (TB/VIH), RDC (TB/VIH), Ruanda (TB/VIH), Sudão do Sul (VIH, HSS), Suazilândia (TB/VIH), Togo (TB/VIH), Uganda (TB/VIH), Zanzibar (TB/VIH).
37. Camarões, Etiópia, Guiné-Bissau, Níger, Quênia, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Zâmbia e Zimbábue.
38. Benim, Burquina Faso, Comores, Gana, Malawi, Mali, Níger, Tanzânia, Togo e Uganda. Benim, Etiópia, Gana, Madagascar, Nigéria, Quênia, RD Congo, Senegal, Tanzânia e Uganda.
39. África do Sul, Botsuana, Guiné-Bissau, Lesoto, Namíbia e Suazilândia.
40. Cabo Verde, Chade, Lesoto, Mauritânia, Quênia, Senegal, Suazilândia e Zâmbia.
41. <http://www.who.int/features/2014/senegal-ebola-sms/en/> (acedido a 6 de Agosto de 2015).
42. Angola, Camarões, Cabo Verde, Congo - Brazzaville, Congo - RDC, Etiópia, Guiné, Gabão, Libéria, Malawi, Namíbia, São Tomé e Príncipe, Seychelles, Suazilândia e Zâmbia.
43. Botsuana, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Eritreia, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Malawi, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Quênia, RCA, RDC, Ruanda, Senegal, São Tomé e Príncipe, Seychelles, Suazilândia, África do Sul, Tanzânia, Zâmbia e Zimbábue.
44. https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4&chapter=9&lang=en
45. Etiópia, Gabão, Madagascar, Namíbia, Nigéria, Senegal e Uganda.
46. Côte d'Ivoire, Burúndi, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Mauritânia, Níger, Quênia, Ruanda, Tanzânia e Uganda.

47. <http://www.afro.who.int/en/media-centre/pressreleases/item/7399-who-celebrates-10-years-of-tobacco-control-in-the-african-region.html>
48. http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9627&Itemid=2593
49. Benim, Burquina Faso, Côte d'Ivoire, Guiné, Guiné-Bissau, Mali, Níger, Senegal e Togo.
50. OMS/AFRO: Catálogo dos principais Indicadores de Saúde Ocular na Região Africana. Brazzaville: OMS/AFRO; 2015.
51. Angola, Benim, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gabão, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Níger, Senegal, Togo.
52. Botsuana, Etiópia, Moçambique, Quênia, Suazilândia e Uganda.
53. Argélia, Camarões, Comores, Gabão, Moçambique, Quênia, Senegal, Togo e Zimbábwe.
54. Burquina Faso, Etiópia, Mali, Moçambique, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Uganda, Zâmbia e Zimbábwe.
55. África do Sul, Benim, Burquina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, Guiné, Lesoto, Malawi, Mali, Mauritânia, Namíbia, Níger, Namíbia, Ruanda, Senegal, Sudão do Sul e Togo.
56. Benim, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Gabão, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Níger, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, São Tomé e Príncipe, Senegal, Togo, Zâmbia e Zimbábwe.
57. Angola, Burquina Faso, Camarões, Chade, Comores, Gana, Libéria, Nigéria, Níger, República Centro-Africana, Senegal, Tanzânia, Togo, Uganda e Zimbábwe.
58. Benim, Burquina Faso, Camarões, Etiópia, Malawi, Mali, Moçambique, Níger, Quênia, República Democrática do Congo, Senegal, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbábwe.
59. África do Sul, Benim, Burquina Faso, Burúndi, Congo, Chade, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Guiné, Libéria, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Quênia, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábwe.
60. África do Sul, Botsuana, Etiópia, Eritreia, Lesoto, Malawi, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Quênia, Ruanda, Seychelles, Sudão do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbábwe.
61. Botsuana, Lesoto, Moçambique, Namíbia, Suazilândia, Zâmbia e Zimbábwe.
62. Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Congo, Etiópia, Eritreia, Gabão, Malawi, Mali, Moçambique, Níger, Quênia, República Democrática do Congo, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábwe.
63. Benim, Botsuana, Burquina Faso, Côte d'Ivoire, Etiópia, Malawi, Mali, Níger, Ruanda, Sudão do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábwe.
64. África do Sul, Benim, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Côte d'Ivoire, Gana, Guiné, Malawi, Níger, Quênia, Senegal, Tanzânia e Togo.
65. Benim, Burúndi, Camarões, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Libéria, Malawi, Mali, Senegal, Serra Leoa e Togo.
66. Botsuana, Cabo Verde, Chade, Congo; Moçambique, Senegal, Serra Leoa e Zimbábwe.
67. Botsuana, Burúndi, Camarões, Comores, Guiné Equatorial, Lesoto, Madagáscar, Maurícia, Namíbia, Quênia, São Tomé e Príncipe, Senegal, Suazilândia, Uganda, Zâmbia e Zimbábwe.
68. OMS/AFRO e PNUA: Determinantes ambientais e sistemas de gestão da saúde humana e integridade dos ecossistemas em África: Relatório de síntese sobre a avaliação da implementação da Declaração de Libreville. Brazzaville: 2013.
69. ONU: Análise e avaliação mundiais do saneamento e da água potável (GLASS) 2014 – relatório Investimento na água e saneamento: melhorar os acessos, reduzir as desigualdades. Nova Iorque: ONU; 2014. (www.who.int/water_sanitation_health/publications/glaas_report_2014/en/)

70. OMS/UNICEF: 25 anos de Progressos no Saneamento e Água Potável – Atualização de 2015 e Avaliação de ODM. Genebra: OMS/UNICEF; 2015.
71. África do Sul, Botsuana, Burquina Faso, Cabo Verde, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Malawi, Mali, Maurícia, Namíbia, São Tomé e Príncipe, Suazilândia e Uganda.
72. África do Sul, Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Libéria, Madagascar, Mali, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda e Zâmbia.
73. Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Madagascar, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, Sudão do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
74. África do Sul, Botsuana, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Madagascar, Malawi, Quênia, Tanzânia, Zâmbia
75. África do Sul, Botsuana, Etiópia, Lesoto, Maurícia, Quênia, Suazilândia, Tanzânia e Uganda
76. África do Sul, Botsuana, Gâmbia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Suazilândia, Zâmbia e Zimbabwe
77. United Nations Sustainable Development Solutions Network (UNSDSN): Health in the Framework of Sustainable Development: Technical Report for the Post-2015 Development Agenda. New York: UNSDSN; 2014.
78. Burquina Faso, Cabo Verde, Comores, Gana, Guiné, Gâmbia, Madagascar, Malawi, Moçambique, Sudão do Sul, Suazilândia, Seychelles, Uganda e Zimbabwe.
79. Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Cabo Verde, Chade, Comores, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Serra Leoa, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, África do Sul, Sudão do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
80. Benim, Botsuana, Burquina Faso, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Guiné, Mali, Moçambique, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, Ruanda, Togo e Uganda
81. Referência ao 2.º Atlas da Saúde
82. Botsuana, Mali, Namíbia, Níger, Nigéria, Senegal, Tanzânia e Zimbabwe
83. Angola, Benim, Mali, Níger, República Democrática do Congo, e Togo
84. Angola, Benim, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Congo, Côte d'Ivoire, Gana, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda, Tanzânia, Togo e Uganda
85. Botsuana, Cabo Verde, Madagascar, Malawi e Senegal
86. Argélia, Benim, Chade, Eritreia, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe, Seychelles
87. Protótipo de plano de estudos de enfermagem geral baseado em competências para um diploma de três anos; Protótipo de plano de estudos de obstetrícia baseado em competências para um diploma de três anos; Protótipo de um plano de estudos baseado em competências e integrado para um programa acadêmico de enfermagem-obstetrícia; Quadro Regional Regulador da Profissão para Enfermagem e Obstetrícia
88. Burquina Faso, Camarões, Cabo Verde, Etiópia, Malawi, Moçambique, Nigéria, República Centro-Africana, Senegal, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.
89. Angola, Burquina Faso, Gâmbia, Gana, Quênia, Nigéria e Uganda.
90. OMS/AFRO: Relatório sobre a Saúde na Região Africana 2014. Brazzaville: OMS/AFRO; 2014.
91. OMS/AFRO: Atlas da Estatística da Saúde em África 2014. Brazzaville: OMS/AFRO; 2014.

92. OMS/AFRO: Edição especial: Vacinação na Região Africana. Monitor Africano da Saúde, Número 19, Março de 2015. Brazzaville: OMS/AFRO; 2015. URL: <https://www.who.int/en/ahm/issue/19>
93. Kebede D, Zielinski C, Mbondji PE, Sanou I, Kouvidila W, Lusamba-Dikassa PS: Narrowing the knowledge gap in sub-Saharan Africa. Journal of the Royal Society of Medicine. 2014; Volume 107 (supplement 1): pp. 1-114. URL: <http://www.who.int/en>.
94. Burundi, Camarões, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Guiné, Madagascar, Malawi, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, Tanzânia, Togo, Uganda e Zimbábue.
95. OMS/AFRO: Plano de acção regional sobre produtos médicos de qualidade inferior/adulterados/com rótulos falsos/falsificados/contrafeitos na Região Africana da OMS (2014-2017). Brazzaville: OMS/AFRO; 2014.
96. Burúndi, Camarões, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gana, Moçambique, Níger, Ruanda e Zâmbia.
97. OMS/AFRO: Guia para Criar um Sistema de Laboratórios Nacionais de Saúde, Brazzaville: OMS/AFRO; 2014. URL: <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/hss/blood-safety-laboratories-a-health-technology/htl-publications.html>
98. OMS/AFRO: Avaliação da implementação da estratégia regional para a segurança do sangue, de 2002 a 2012. Brazzaville: OMS/AFRO; 2015.
99. Camarões (5 casos), Guiné Equatorial (5 casos) e Etiópia (1 caso).
100. Angola, Côte d'Ivoire, RD Congo e Tanzânia.
101. Botsuana, Congo, Gana, Malawi, Mali, São Tomé e Príncipe, Senegal, África do Sul, Sudão do Sul, Uganda, Zâmbia e Zimbábue.
102. <http://www.afro.who.int/en/rdo/transformation-agenda.html>
103. África do Sul, Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Comores, Côte d'Ivoire, Etiópia, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné Equatorial, Lesoto, Libéria, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, Ruanda, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, Sudão do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábue.