

Actividades da OMS na Região Africana 2002

Relatório Anual do Director Regional

À Quinquagésima-terceira sessão
do Comité Regional Africano
Joanesburgo, África do Sul,
1 a 5 de Setembro de 2003

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
Escritório Regional Africano
Brazzaville • 2003



© Escritório Regional Africano da Organização Mundial de Saúde (2003)

As publicações da Organização Mundial de Saúde beneficiam da protecção prevista pelas disposições do Protocolo nº 2 da Convenção Universal dos Direitos de Autor. Reservados todos os direitos.

As designações utilizadas e a apresentação dos dados utilizados nesta publicação não implicam, da parte do Secretariado da Organização Mundial de Saúde, qualquer tomada de posição quanto ao estatuto jurídico dos países, territórios ou zonas, ou das suas autoridades, nem quanto à demarcação das suas fronteiras ou limites.

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

Impresso na República da África do Sul

O Director Regional tem a honra de submeter, à apreciação do Comité Regional, o Relatório das Actividades da Organização Mundial de Saúde na Região Africana durante o ano de 2002.

E. M. Samba

Dr. Ebrahim M. Samba
Director Regional



ÍNDICE

	Página
SIGLAS.....	vi
	Parágrafos
INTRODUÇÃO.....	1–8
PARTE I: EXECUÇÃO NO ANO DE 2002 DO ORÇAMENTO PROGRAMA PARA 2002–2003.....	9–208
REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS.....	9–201
Gestão e desenvolvimento do conjunto do programa geral.....	9–39
Desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde.....	40–59
Prevenção e controlo das doenças transmissíveis.....	60–97
Prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis.....	98–134
Saúde reprodutiva e da família.....	135–169
Ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável.....	170–188
Administração e finanças.....	189–201
FACTORES NA EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2002.....	202–208
Factores facilitadores.....	203–205
Factores de constrangimento.....	206–208
PARTE II: RELATÓRIO SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DO COMITÉ REGIONAL.....	209–281
Programa regional da tuberculose.....	209–215
Estratégia regional para acções humanitárias e de emergência.....	216–224
Vigilância epidemiológica integrada das doenças: Estratégia regional para as doenças transmissíveis.....	225–234
Estratégia regional para a saúde mental.....	235–241
Política de Saúde para Todos no Século XXI na Região Africana: Agenda 2020.....	242–253
Doenças não-transmissíveis: Estratégia regional para a Região Africana.....	254–260
Saúde dos adolescentes: Estratégia para a Região Africana.....	261–270
Estratégia regional de vacinação para o período 2003–2005.....	271–281
CONCLUSÃO.....	282–294

LISTA DAS FIGURAS

	Página
1. Áreas de estudo dos bolseiros da OMS, 1990-2001	12
2. Qualidade de dois antipalúdicos em seis países africanos.....	14
3. Dimensão da meningite por país na Região Africana, 2002	18
4. Número de casos de dracunculose notificados por ano na Região Africana entre 1989 e 2002.....	19
5. Actividades suplementares de vacinação contra o sarampo, 2001-2002	24
6. Políticas nacionais do tratamento da primeira linha do paludismo sem complicações, Dezembro de 2002	25
7. Rácios de mortalidade materna na Região Africana da OMS, 2002	37
8. Prevalência da mutilção genital feminina em países africanos seleccionados	42

LISTA DOS QUADROS

1. Implementação da Vigilância Integrada e Resposta às Doenças, 2002.....	18
---	----

ANEXOS

1. EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2002-2003 RÚBRICAS ORÇAMENTAIS.....	69
2. EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2002-2003 ÁREAS DE ACTIVIDADE.....	70
3. EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2002-2003 PAÍSES	73

SIGLAS

AACHRD	Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento e a Investigação em Saúde (CCADIS)
ADB	Banco Africano de Desenvolvimento
AFP	Paralisia Flácida Aguda (PFA)
AMS	Sistema de Gestão de Actividades
AOW	Área de Actividade
ARCC	Comissão Regional Africana de Certificação
ARICC	Comissão Regional Africana de Coordenação Interagências
ARV	Antiretroviral
ATM	Medicina Tradicional Africana
BE	Avaliação Bial
BTS	Serviços de Transfusão Sanguínea
CCM	Mecanismo de Coordenação dos Países
CCS	Estratégia de Cooperação dos Países
CDP	Programa de Doenças Crónicas
DDP	Programa e Iniciativas de Desenvolvimento da Directora-Geral e do Director Regional
DOTS	Tratamento sob observação directa de curta duração
EHA	Situações de Emergência e Acção Humanitária
EMRO	Escritório Regional para o Mediterrâneo Oriental
EOC	Cuidados Obstétricos de Emergência
EPI	Programa Alargado de Vacinação (PAV)
FGM	Mutilação Genital Feminina (MGF)
GAVI	Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação
GFATM	Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo
GIS	Sistema de Informação Geográfico
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/SIDA)
HQ	Sede
HRH	Recursos Humanos para a Saúde
HSR	Investigação em Sistemas de Saúde
IARC	Agência Internacional para Investigação do Cancro
ICOH	Centro Interpaíses de Saúde Oral
ICRC	Comissão Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho
IDP	Pessoas Internamente Deslocadas
IDSR	Vigilância e Resposta Integrada das Doenças
ILO	Organização Internacional do Trabalho

IMCI	Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI)
IPT	Tratamento Preventivo Intermitente
IRM	Gestão de Recursos Interagências
RSP	Instituto Regional de Formação em Saúde Pública
IT	Tecnologia de Informação
ITN	Redes Tratadas com Insecticida
LHD	Desenvolvimento Sanitário a Longo-Prazo
MAP	Programa Multipaíses para a SIDA
MCG	Grupo Pluridisciplinar de Colaboração
MDSC	Centro de Vigilância Pluripatológico
MIM	Iniciativa Multilateral para o Paludismo em África
MLM	Quadro Médio de Gestão
MMR	Taxa de Mortalidade Materna
MTR	Revisão de Médio-Prazo
NEPAD	Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano
NID	Jornadas Nacionais de Vacinação (JNV)
NORAD	Agência Norueguesa para o Desenvolvimento Internacional
NPEC	Comissão Nacional de Peritos em Poliomielite
NPO	Funcionário Nacional de Programa
PHAST	Transformação Participativa em Higiene e Saneamento
PLWHA	Pessoas que vivem com o HIV/SIDA
PMDS	Sistema de Desenvolvimento e Gestão do Desempenho
PMTCT	Prevenção da Transmissão Vertical do HIV
PPE	Planeamento, Monitorização e Avaliação
PRSP	Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza
PSC	Subcomité do Programa
RIACSO	Escritório Regional para a Coordenação Interagências
RO/AFI	Sistema Informativo de Administração e Finanças do Escritório Regional
RPM	Reunião do Programa Regional
SAM	Monitorização semianual
SIA	Actividades Suplementares de Vacinação
SOP	Procedimento Operativo Normalizado
STI	Infecção Sexualmente Transmitida (IST)
SWAP	Abordagem de Base Sectorial
TB	Tuberculose
TRIPS	Acordo sobre os Direitos de Propriedade Intelectual relativos ao Comércio
UCI	Vacinação Universal das Crianças (Iniciativa de)
UEMOA	União Económica e Monetária da África do Oeste
VCT	Aconselhamento e Teste Voluntários
WR	Representante da OMS



INTRODUÇÃO

1. Este relatório regional, correspondente ao ano de 2002, reflecte a actividade da OMS na Região Africana, como parte da implementação do Orçamento-Programa de 2002–2003. Sendo o primeiro a integrar o Décimo Programa Geral de Trabalho (2002–2005), o Orçamento-Programa de 2002–2003 representa a resposta da OMS aos desafios na Região Africana.
2. Os últimos anos testemunharam mudanças significativas no panorama internacional da saúde e uma melhor compreensão das causas e consequências dos problemas sanitários. Face aos limitados recursos para a saúde, os esforços combinados da OMS, Estados-Membros e outros parceiros concentram-se num número reduzido de prioridades claramente definidas, que reflectem as carências dos países. Tais esforços são orientados pela magnitude e persistência dos problemas sanitários na Região e pela Política Regional de Saúde para Todos no Século XXI: Agenda 2020.
3. A iniciativa da OMS centrada nos países concebeu a Estratégia de Cooperação com os Países (CCS) como elemento-chave para melhorar o contributo da OMS para a saúde e desenvolvimento das populações. Esta iniciativa visa acelerar as reformas sanitárias nos países para garantir um melhor desempenho dos sistemas de saúde, em termos de eficácia e equidade. As reformas do sector da saúde dependem de políticas e programas que promovam a boa governação, reduzam a pobreza por meio do desenvolvimento sustentável e promovam a cooperação, a nível sub-regional e regional, com organizações como a Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental, a Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral, a União Africana e a Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano.
4. A isso vieram juntar-se os esforços de várias iniciativas internacionais, como o *Relatório sobre Macroeconomia e Saúde*, a Cimeira Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável, o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo (GFATM), a iniciativa Travar a Tuberculose, a Iniciativa de Erradicação da Polio e a Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação (GAVI). Estas iniciativas concedem prioridade à Região Africana, possibilitando o reforço de parcerias e financiamentos.
5. No entanto, a Região Africana continua a ser vitimada por instabilidade política e lutas civis. Esta situação impõe à maioria das populações uma pobreza devastadora, a qual é um dos maiores obstáculos ao desenvolvimento sanitário. Os esforços para combater as condições sanitárias inadequadas são prejudicados por débeis sistemas nacionais e distritais de saúde, fraca capacidade de administração-geral, fuga de quadros, financiamentos desajustados e intervenções com limitada relação custo-eficácia. Ao mesmo tempo, são poucos os investimentos em investigação de intervenções orientadas para as doenças prioritárias na Região. O desempenho dos sistemas nacionais de saúde é também agravado por um insignificante desempenho macroeconómico dos países e por frequentes situações de emergência, naturais ou causadas pelo homem.

-
6. Porque a OMS não dispõe nem dos recursos, nem da capacidade para abordar todos os problemas sanitários da Região Africana, o Orçamento-Programa para 2002–2003 pretende:
- orientar os esforços e os recursos num número limitado de prioridades, de acordo com o mandato da OMS e as vantagens comparativas;
 - implementar mecanismos para mobilizar recursos adicionais que complementem o limitado orçamento ordinário;
 - promover parcerias eficazes com os Estados-Membros e os parceiros para o desenvolvimento, de modo a aproveitar as oportunidades existentes para a saúde e garantir a sinergia de esforços.
7. Ao implementar em maior escala uma abordagem de gestão baseada em resultados, o Orçamento-Programa de 2002–2003 pretende uma maior eficiência e eficácia das actividades da OMS na Região Africana. O Escritório Regional pode ser responsabilizado pelos resultados esperados que o Orçamento-Programa aponta, os quais definem um quadro pormenorizado de planeamento operacional, implementação, monitorização e elaboração de relatórios.
8. Este é um relatório dos progressos registados no primeiro ano do Orçamento-Programa de 2002–2003, reflectindo as actividades da OMS a nível regional e dos países. Contém duas partes. A Parte I descreve as principais realizações em diversas áreas de actividade (AOW). Refere os principais factores facilitadores que devem ser mantidos, bem como os factores de constrangimento a combater, para uma real implementação do Orçamento-Programa. A Parte II descreve os progressos efectuados na implementação das Resoluções aprovadas pelo Comité Regional nas suas sessões anteriores, as quais serão objecto de relatórios à Quinquagésima-terceira sessão. A conclusão resume as lições retiradas, após o primeiro ano da implementação do Orçamento-Programa de 2002–2003, bem como os progressos na implementação das Resoluções do Comité Regional. Acrescenta ainda algumas perspectivas para melhorar a actividade da OMS na Região Africana. Em Anexo, encontram-se os Quadros da implementação do Orçamento Ordinário e os fundos provenientes da rúbrica Outras Fontes.

PARTE I: EXECUÇÃO NO ANO DE 2002 DO ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2002–2003

REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS

Gestão e Desenvolvimento do Programa Geral

9. Sob a orientação do Director Regional, as funções desempenhadas pelos órgãos de gestão¹ do Escritório Regional visam garantir a eficácia dos programas e da cooperação técnica com os países da Região Africana. Assim, a gestão aplica eficazmente as quatro estratégias institucionais da Organização Mundial de Saúde para:
 - a) reduzir o excesso de morbidade, mortalidade e incapacidades, especialmente nos grupos populacionais pobres e marginalizados;
 - b) promover estilos de vida saudáveis e reduzir os factores de risco para a saúde humana decorrentes de causas ambientais, económicas e comportamentais
 - c) conceber sistemas sanitários que melhorem os resultados da saúde, respondam às legítimas aspirações das pessoas e, financiem equitativamente os cuidados;
 - d) enquadrar e favorecer a política e o ambiente institucional do sector da saúde e promover uma dimensão sanitária concreta nas políticas económica, social, ambiental e de desenvolvimento.
10. Além de coordenar o conjunto das actividades da OMS na Região Africana, a Gestão e Desenvolvimento do Programa Geral abrangeu áreas de actividade específicas (AOW), nomeadamente: Programa e Iniciativas para o Desenvolvimento da Directora-Geral e do Director Regional (DDP), Órgãos Directivos (GBS), Reforma Administrativa e Orçamental (BMR), Mobilização de Recursos e Cooperação Externa e Parcerias (REC), Bases Factuais para uma Política da Saúde (GPE), Divulgação e Gestão da Informação sobre Saúde (IMD) e Políticas e Promoção na Área da Investigação (RPC).
11. As prioridades destas áreas de actividade para o biénio 2002–2003 incluem:
 - a) avaliação dos progressos obtidos graças a uma gestão com base nos resultados, realizada através do reforço dos sistemas de planeamento, monitorização e elaboração de relatórios;
 - b) recorrer a bases factuais para garantir um equilíbrio adequado entre os recursos afectados às funções técnicas e administrativas; actividades normativas e apoio aos países; esforço de luta contra as doenças, promoção da saúde reprodutiva e abordagem aos principais determinantes da saúde;

¹ Os órgãos de gestão do Escritório Regional Africano são: Comité Regional, Subcomité do Programa, Comissão Executiva de Gestão, Reunião do Programa Regional, Comissão de Desenvolvimento da Gestão, Comissão de Monitorização e Avaliação, Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento e Investigação Sanitária, Comissão Permanente de Situações de Emergência, Comissão das Publicações e Comissão para o Desenvolvimento da Investigação.

-
- c) melhorar a relevância e capacidade de resposta dos programas da OMS às necessidades dos países, garantindo a adequada presença nos mesmos, maior descentralização de responsabilidades para as representações nos países, no contexto dos dados emergentes das Estratégias de Cooperação com os Países (CCS) e reorganizar o Escritório Regional, para melhor responder às carências e solicitações dos países;
 - d) coordenar a actividade das divisões e das representações da OMS nos países, à luz da Estratégia Institucional e da Política de Saúde para Todos na Região Africana: Agenda 2020 e facilitar o acesso a dados para a elaboração de programas;
 - e) melhorar o desempenho dos órgãos de gestão do Escritório Regional nos seus contributos para a política geral e estratégia das actividades da OMS na Região Africana;
 - f) mobilizar recursos de outras fontes para colmatar a falha de financiamento identificada nos planos de acção e garantir que os recursos sejam despendidos e usados de acordo com as prioridades do Escritório Regional;
 - g) reforçar parcerias no seio da família das Nações Unidas e com outras agências empenhadas no desenvolvimento sanitário da Região Africana;
 - h) organizar informação sanitária relevante e de boa qualidade e disponibilizá-la aos planificadores das políticas de saúde, profissionais e público em geral.
12. Foram implementadas várias alterações na organização, para melhorar o funcionamento do Escritório Regional. A área de actividade situações de Emergência e Acção Humanitária (EHA) foi transferida para a Divisão dos Ambientes Saudáveis e Desenvolvimento Sustentável, de modo a proporcionar uma âncora institucional ao considerável trabalho efectuado na avaliação de riscos ambientais e no desenvolvimento sanitário a longo prazo. A unidade Gestão dos Recursos Interagências (IRM) e os Órgãos Directivos (GBS) fundiram-se, dando lugar à unidade de Relações Externas e Órgãos Directivos, sob a supervisão do DPM, para promover a colaboração com os Estados-Membros, os parceiros externos e outras organizações internacionais; deste modo, harmonizou-se o planeamento conjunto do desenvolvimento sanitário, a troca de informações e a mobilização de recursos para apoio ao esforço dos países. A Divulgação e Gestão da Informação sobre Saúde foi transferida da Divisão de Administração e Finanças para a Divisão Gestão do Programa.

Programa e iniciativas para o desenvolvimento da Directora-Geral e do Director Regional (DDP)

13. O Fundo para o Desenvolvimento do Director Regional, destina-se prioritariamente a apoiar os Estados-Membros no financiamento de actividades imprevistas mas urgentes, promover boas práticas no espírito da cooperação técnica entre os países em desenvolvimento e lançar novas iniciativas que possam melhorar o nível sanitário das populações, em especial das mais carenciadas. Em 2002, este fundo foi usado do seguinte modo:
- a) Alguns países receberam apoio para enfrentarem situações de emergência, como a explosão de um paiol de munições na Nigéria; inundações e surtos de baixas temperaturas nas regiões de Saint Louis e Louga, no Senegal; epidemia de febre amarela na Guiné e Senegal; naufrágio do *ferry boat* "Joola" no Senegal; e o impacto da seca sobre a saúde, em Moçambique.

-
- b) Foram dados contributos para iniciativas destinadas a beneficiar pessoas em situação de carência grave, nomeadamente a criação e extensão do Projecto Biofarm na aldeia de Fistula, Etiópia; auxílio ao Grupo de Mulheres de Semé-Podji, Benim; apoio a um sector muito pobre da população de Cabo Verde, chamados Rabelados; apoio ao orfanato de Bawjiase no Gana; visita de estudo ao orfanato para as crianças com SIDA em Mutoko, Zimbabwe; apoio a um projecto de redução da pobreza no Burkina Faso.
 - c) Foi apoiada a implementação de programas e actividades prioritários, a saber: luta anti-tabaco na Côte d'Ivoire; reunião de Dakar, no âmbito da Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica; combate ao paludismo na República do Congo; prevenção, estudo e documentação do abuso sexual e violência sobre crianças, no Togo; prevenção e controlo do HIV/SIDA no Níger.
 - d) Foi apoiado o reforço da capacidade institucional de diversos Estados-Membros: apoio à comissão organizadora do Dia Internacional da Mulher, no Zimbabwe; ligação da OMS à *intranet* no Senegal; doação de equipamento ao Royal Victoria Hospital da Gâmbia; apoio ao Ministério da Saúde e Ambiente do Uganda; apoio à Comissão do Trabalho e Bem-Estar Social, na celebração do 25º aniversário da OUA, na Etiópia; reforço da capacidade institucional do Ministério da Saúde do Senegal; apoio à organização de dias de estudo da saúde no Níger.
 - e) Quanto a iniciativas de reforço das representações da OMS nos países, foi apoiada a recuperação dos gabinetes de coordenação da OMS em Goma, na zona oriental da República Democrática do Congo.
14. Esta lista de actividades, que de modo algum é exaustiva, dá uma panorâmica das novas preocupações manifestadas pelos Estados-Membros, as quais serão contempladas na elaboração de programas futuros.

Mobilização de recursos e cooperação externa e parcerias (REC)

15. As alterações no ambiente da actividade sanitária, a par da expectativa dos Estados-Membros, de que a OMS contribua mais eficazmente para a solução dos problemas sanitários nacionais, levaram a OMS a reconsiderar a resposta às necessidades e prioridades dos países. Na Região Africana, a Estratégia de Cooperação com os Países (CCS) surge como instrumento-chave para articular a resposta da OMS às necessidades de cada país. Dela se espera que seja a base para a elaboração dos orçamentos-programa nacionais e dos seus planos de actividade, coordenando também o apoio aos países por parte dos três níveis da Organização. Assim, a CCS é o quadro de reforço para a Cooperação Técnica com os Países. Uma resposta aos desafios sanitários nacionais exige também melhores parcerias com outros parceiros para o desenvolvimento, a mobilização de recursos para apoio aos esforços dos países e um maior acesso à informação sobre os programas da OMS na Região Africana.
16. Durante o período em análise, fizeram-se importantes esforços de colaboração para reforçar a capacidade das representações da OMS nos países e para uma melhor resposta às necessidades de cada país. Registaram-se grandes progressos. No Escritório Regional, como nas

representações, foram reforçadas as capacidades para a formulação e implementação da Estratégia de Cooperação com os Países. Foram criados mecanismos e instrumentos de apoio, constituíram-se equipas CCS a nível regional e nacional e foram documentadas e partilhadas informações sobre o processo de CCS. Os países receberam apoio para a elaboração e implementação dos seus documentos de CCS. Até Dezembro de 2002, o Director Regional aprovou e submeteu à aprovação da Directora-Geral um total de 19 documentos CCS²; outros quatro documentos (dos Camarões, Namíbia, Ruanda e Zimbabwe) estão finalizados e em processo de aprovação; numerosos países incluíram as orientações CCS nos seus planos de actividade.

17. Outro sucesso foi a melhoria da capacidade de liderança e gestão dos Representantes da OMS (WR) e do seu pessoal. Isso conseguiu-se reformulando os processos de selecção, rotação e formação dos Representantes da OMS, Funcionários de Ligação e outro pessoal; recrutando os funcionários essenciais; melhorando o apoio às representações nos aspectos financeiro, logístico e de comunicações; e organizando com regularidade retiros e reuniões interpaíses.
18. Houve um reforço na colaboração e coordenação entre os três níveis da OMS. A gestão do conjunto dos programas foi melhorada graças a reuniões do programa regional bem sucedidas, que reuniram todos os gestores principais do Escritório Regional, das representações nos países e da Sede, para analisarem aspectos fundamentais da política e da estratégia.
19. Na mobilização de recursos de outras fontes para apoio à implementação do programa, foram finalizados 10 acordos de projecto no valor de 48.712.857 dólares americanos. Foi dado apoio técnico às divisões e representações, para prepararem projectos de documentos, e aos Funcionários de Ligação da OMS junto da União Europeia e do Banco Africano de Desenvolvimento. Foi reforçada a capacidade da unidade de Gestão dos Recursos Interagências, tendo-se realizado seminários práticos sobre competência negocial no Togo e Quénia.
20. Para melhor disponibilizar aos países informações sobre a OMS, as representações foram apoiadas para implementarem a componente informação-educação-comunicação (IEC) nos seus planos de acção. A informação sanitária foi melhorada em 14 países³ através do apoio técnico prestado aos seminários para profissionais da comunicação social e do limitado apoio financeiro ao reforço dos programas sanitários nos meios de comunicação social nacionais. No Ruanda foi apoiada a elaboração de uma estratégia de IEC para a saúde. O *site* do Escritório Regional aumentou o volume de informação à comunicação social e ao público em geral. Isso contribuiu para manter na Região uma imagem pública positiva e a credibilidade profissional, junto dos parceiros da comunicação social e de outros.

² Os documentos de CCS foram recebidos da Argélia, Angola, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Chade, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Etiópia, Gâmbia, Gana, Quénia, Mali, Mauritânia, Nigéria, Senegal, Swazilândia, Tanzânia e Zâmbia.

³ Benim, Botswana, Cabo Verde, República Democrática do Congo, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Gana, Mali, Nigéria, República do Congo, Ruanda, Togo e Zâmbia.

Bases factuais para uma política da saúde (GPE)

21. Na área das Bases Factuais para uma Política da Saúde, o Escritório Regional tem vindo a colaborar com a Sede e as representações da OMS nos países, para uma melhor recolha e utilização de informação nas políticas de saúde. Durante o biénio 2002–2003, uma das prioridades consiste em coordenar a recolha e o uso de dados epidemiológicos e económicos para a elaboração do programa. Outra prioridade é o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária, bem como da capacidade analítica dos países face à epidemiologia e à economia da saúde.
22. Durante o período em análise, o Escritório Regional organizou o Seminário de Reforço da Economia da Saúde em 2002. Depois de divulgado o relatório da Comissão de Macroeconomia e Saúde (*Macroeconomia e Saúde: Investir na saúde para o desenvolvimento económico*), os Estados-Membros solicitaram que o conteúdo do seminário abrangesse a macroeconomia e saúde, contas nacionais da saúde, financiamento da saúde e os Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza. Os participantes passaram de 20 economistas da saúde para 100, incluindo médicos de saúde pública e economistas da saúde provenientes de 43 Estados-Membros.
23. Além disso, foi oferecida mais formação técnica. Nas Maurícias, codificadores clínicos receberam formação em classificação ICD-10; na Guiné e Guiné Equatorial tiveram lugar seminários práticos sobre análise e gestão de dados.
24. Para reforçar a divulgação dos dados, o *African Journal of Public Health* foi totalmente conceptualizado, tendo sido constituídas a Equipa Editorial e a Comissão Editorial. A brochura do Escritório Regional intitulada “Situação Sanitária na Região Africana da OMS: Indicadores de Base” foi finalizada e distribuída. Continuou, ao longo de 2002, a produção de boletins semanais sobre doenças de potencial epidémico. Foram produzidos e distribuídos dois números do “Relatório Epidemiológico das Doenças Transmissíveis” (*CDER AFRO Bulletin*), cujos temas foram o HIV/SIDA e a tuberculose. Também o “Boletim da Vigilância Integrada das Doenças Epidemiológicas” foi produzido e distribuído aos Estados-Membros e outros parceiros, quer impresso, quer em suporte electrónico.
25. Os países receberam apoio na recolha de dados para apoio da política sanitária e desenvolvimento de sistemas. Realizou-se um seminário de reforço de capacidades para estudo dos instrumentos e metodologias usados no inquérito mundial sobre a saúde, onde os participantes de 18 países⁴ aprenderam a usá-los. Seis países⁵ reforçaram os sistemas nacionais de informação sanitária. Tiveram lugar seminários de orientação sobre o uso do Sistema de

⁴ Burkina Faso, Chade, Comores, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Quénia, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícias, Namíbia, República do Congo, Senegal, África do Sul, Swazilândia, Zâmbia e Zimbabwe.

⁵ Eritreia, Quénia, Mali, Mauritânia, Swazilândia e Togo.

⁶ Angola, Comores, Lesoto, Malawi, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Seychelles, África do Sul, Swazilândia, Zâmbia e Zimbabwe.

Informação Geográfica (GIS) e PAV/INFO 2000, e 12 países⁶ conseguiram melhorar as suas bases de dados sobre as infraestruturas sanitárias. O Malawi e o Senegal foram apoiados na concepção de instrumentos para a monitorização dos serviços de saúde a nível distrital.

Órgãos Directivos (GBS)

26. A prioridade da área de actividade Órgãos Directivos é dar ao Comité Regional e ao Subcomité do Programa condições para contribuírem mais eficazmente para a actividade da OMS na Região Africana. Para isso, o Comité Regional vai privilegiar as prioridades sanitárias na Região Africana, sincronizadas com as da Assembleia Mundial da Saúde e do Conselho Executivo. Foram feitos esforços para preparar os delegados com vista a uma participação efectiva nas reuniões do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde.
27. Face às alterações na situação da segurança na República do Congo, a reunião do Subcomité do Programa e a 52ª sessão do Comité Regional, originariamente marcadas para Brazzaville, foram adiadas e tiveram lugar posteriormente em Harare. Foram investidos grandes esforços na preparação dos delegados e na garantia de que estes recebessem os documentos técnicos e de consulta pelo menos um mês antes das reuniões. Daí resultaram análises críticas dos documentos, contributos valiosos e propostas de elevada qualidade por parte dos delegados.
28. A participação dos delegados africanos nas reuniões dos órgãos directivos a nível mundial foi bem coordenada com a Sede e as representações da OMS nos países; os delegados presentes no Conselho Executivo e na 55ª Assembleia Mundial da Saúde foram devidamente preparados, por forma a assegurarem uma participação eficaz.

Reforma administrativa e orçamental (BMR)

29. O Escritório Regional tem vindo a reformar a sua prática de gestão, para assegurar uma implementação efectiva e eficaz do Orçamento-Programa e dos planos de acção, em linha com a Estratégia Institucional. No biénio 2002–2003, a reforma prioritária consiste em implementar um sistema de gestão totalmente integrado e com base nos resultados, para o planeamento, implementação, monitorização e elaboração de relatórios. Assim, a vigésima-nona Reunião do Programa Regional (RPM) analisou as estratégias para uma gestão mais integrada do Orçamento-Programa. O objectivo era que as representações da OMS nos países adoptassem as orientações e instrumentos mundiais no planeamento, monitorização e elaboração de relatórios.
30. Além disso, as orientações do Escritório Regional para a monitorização e elaboração de relatórios foram adaptadas ao quadro da gestão com base nos resultados, em apoio à abordagem de uma “Uma OMS única”. As divisões e as representações da OMS nos países usaram essas orientações para prepararem os relatórios da monitorização semi-anual (SAM) e da revisão de médio prazo (MTR) de 2002. As orientações regionais do Orçamento-Programa de 2004-2005 e o contributo do Escritório Regional para a promoção e sucesso de “Uma OMS única” foram preparados e aprovados na 52ª sessão do Comité Regional. O relatório da avaliação bienal

consolidada (BE) e o relatório bienal do Director Regional foram também preparados depois de uma avaliação do Orçamento-Programa de 2000-2001 pelas divisões e as representações da OMS nos países.

31. Para ampliar a capacidade na gestão do programa, o Sistema de Gestão de Actividades (AMS) foi instalado em 15 representações da OMS nos países.⁷ Todos os funcionários do Escritório Regional e os administrativos de 15 representações da OMS nos países receberam formação em monitorização e elaboração de relatórios sobre o AMS. O Director Regional solicitou que o AMS fosse instalado em todas as representações até ao fim de 2003.
32. Para o AMS ser bem sucedido, é importante introduzir melhorias no inadequado ambiente da tecnologia de informação (IT) de algumas das representações da OMS nos países, o que se conseguirá pela substituição da infra-estrutura e o recrutamento de pessoal de IT para apoiar a equipa-país. Também a equipa do AMS no Escritório Regional deverá ser reforçada, para acelerar a implementação do AMS nos países e para responder à crescente procura de apoio técnico por parte dos países e das divisões. Por isso, o Director Regional deu instruções para que fosse reforçada a unidade responsável pelo planeamento, monitorização e avaliação no Escritório Regional.

Políticas e coordenação na área da investigação (RPC)

33. O Escritório Regional Africano da OMS está a promover o papel da investigação na elaboração dos programas e na tomada de decisões, coordenando as actividades de investigação, reforçando a capacidade institucional dos Estados-Membros para articularem as políticas e prioridades nacionais de investigação e facilitando o recurso à investigação na formulação de políticas e programas.
34. Durante o período em análise, as actividades de investigação nas divisões foram coordenadas associando o plano estratégico regional de investigação sanitária à investigação sobre combate às doenças, saúde reprodutiva e sistemas de saúde. Promoveram-se reuniões dos pontos focais de investigação nas divisões e a Comissão para o Desenvolvimento da Investigação reuniu, para coordenar as actividades de investigação na Região. O Escritório Regional continuou a celebrar parcerias com nove Centros de Colaboração da OMS na Argélia, Burkina Faso, África do Sul, Tanzânia e Zimbábwe. Teve lugar uma reunião da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento e a Investigação em Saúde (CCADIS), no âmbito dos esforços para reforçar o papel de liderança na Região Africana.

⁷ Receberam o AMS: Benim, Botswana, Camarões, Chade, Comores, República Democrática do Congo, Gana, Mali, Maurícias, Nigéria, República do Congo, Senegal, Uganda, Zâmbia e Zimbábwe.

Divulgação e gestão da informação sobre saúde (IMD)

35. Uma informação sanitária fiável é essencial para aumentar a consciencialização, formular planos e estratégias eficazes e adquirir as competências necessárias para a abordagem dos problemas da saúde. Assim, o Escritório Regional persegue o importante objectivo de disponibilizar e tornar acessível a informação sanitária valiosa e relevante para os planificadores da política de saúde, profissionais e público em geral. Neste sentido, cabe à Divulgação e Gestão da Informação sobre Saúde (IMD), a responsabilidade de editar, traduzir, imprimir, disseminar e arquivar toda a documentação produzida no Escritório Regional.
36. No período em análise, toda a documentação da Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional foi editada, traduzida, produzida e enviada aos Estados-Membros nas três línguas de trabalho da Região. Simultaneamente, as reuniões organizadas na Região dispuseram de interpretação sempre que solicitada.
37. Para melhorar a qualidade dos documentos técnicos, foram elaboradas instruções sobre a preparação e apresentação de relatórios técnicos. Está a ser criado um sistema de busca em colaboração com a unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação, para melhorar a produção de documentos e a qualidade do serviço prestado às divisões técnicas.
38. A Biblioteca do Escritório Regional foi reaberta e renovada, e os serviços de biblioteca nos países foram também reforçados. Foi dada formação aos directores do projecto "Biblioteca Azul" no Ruanda e Comores e os da República do Congo e Maurícias receberam visitas de apoio. Embora seja raro os países seleccionarem a IMD como área de actividade, houve em média 11 projectos de divulgação e gestão da informação sobre saúde por país, integrados em diversos programas técnicos.
39. Foram planeados, elaborados e estão já em distribuição manuais de formação, brochuras, orientações e módulos, que podem apoiar a implementação de programas. Estes instrumentos vêm preencher a falha de informação sanitária e biomédica que, de momento, afecta o desenvolvimento sanitário da Região.

Desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde

40. Uma das prioridades da OMS na Região Africana é o reforço dos sistemas de saúde para que prestem serviços de qualidade, em especial às populações pobres e desfavorecidas. Os países estão presentemente a receber apoio para elaborarem e actualizarem as suas políticas e estratégias sanitárias que visam melhorar o acesso a serviços essenciais de saúde, incluindo o acesso aos medicamentos essenciais para o tratamento de doenças prioritárias, como o paludismo, HIV/SIDA, tuberculose e doenças da infância. Além disso, estão em curso esforços para apoiar projectos de investigação que reforcem a colaboração entre os praticantes de medicina tradicional e convencional. Foram criadas, e encontram-se em utilização, metodologias para documentar as potencialidades etnomédicas de alguns medicamentos tradicionais.

-
41. Muitos países formularam políticas para a segurança do sangue e deram formação aos seus profissionais. Essas acções contribuíram para reduzir as mortes e infecções devidas à transfusão de sangue não-seguro. A inadequação do financiamento e dos recursos humanos para a saúde, incluindo a permanente fuga de quadros, são outros desafios a enfrentar. Para lhes dar resposta, os países receberam apoio para reformarem e reforçarem os sistemas de saúde, com especial atenção ao reforço dos sistemas distritais ou locais e procurando melhorar o desempenho desses sistemas no contexto da saúde para todos no século XXI. Foi uma tarefa assumida por três áreas de actividade: Organização dos Serviços de Saúde (OSD), Política Farmacêutica e Medicamentos Essenciais (EDM) e Segurança do Sangue e Tecnologias Clínicas (BCT).

Organização dos serviços de saúde (OSD)

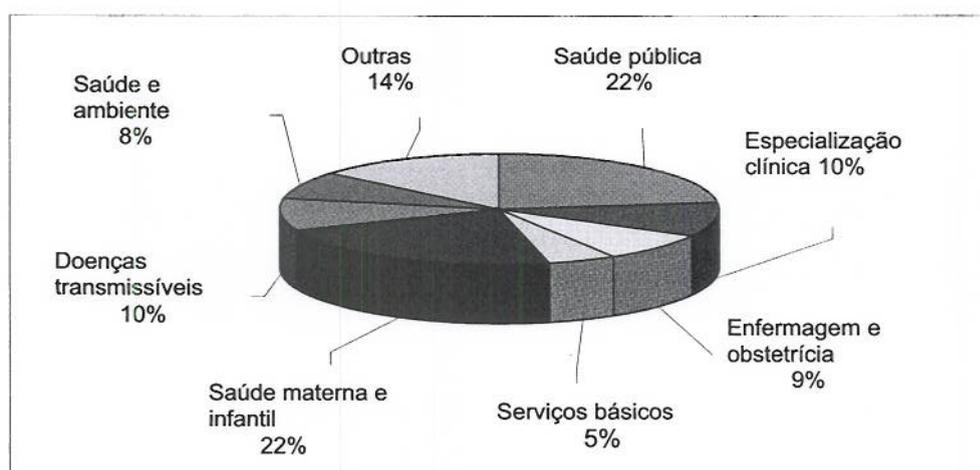
42. A grande prioridade desta área é o apoio aos Estados-Membros nos seus esforços de desenvolvimento dos sistemas de saúde. Daí deverão resultar progressos na administração-geral e na prestação de serviços, num financiamento equitativo e na criação de recursos sustentáveis, de modo a que respondam às necessidades das populações, em especial as pobres e desfavorecidas.
43. Foram elaborados diversos documentos, instrumentos e orientações para melhorar os sistemas de saúde, incluindo o desenvolvimento dos recursos humanos, tendo os países recebido o necessário apoio. Entre os documentos, inclui-se o quadro para a melhoria da função de administração-geral do governo, uma actualização do financiamento da saúde e outro documento sobre o reforço do papel dos hospitais nos sistemas nacionais da saúde da Região. Para melhorar o desempenho dos sistemas nacionais de saúde, o Botswana, Comores, Cabo Verde e Etiópia foram apoiados na revisão das suas políticas e planos estratégicos nacionais de saúde. Na Côte d'Ivoire, decisores políticos da área da saúde participaram num seminário prático sobre liderança e contratação.
44. Os países foram apoiados no reforço dos seus sistemas distritais de saúde, no âmbito dos programas nacionais de reforma deste sector. Foi finalizado o projecto de um guia para a definição de um pacote mínimo de cuidados de saúde a nível distrital. Onze países⁸ avaliaram a operacionalidade dos sistemas distritais de saúde; os dados obtidos serão usados para conceber intervenções que reforcem a capacidade de gestão nos distritos. Teve início, e encontra-se em implementação, um projecto trienal para reforço dos sistemas distritais de saúde, parcialmente apoiado pela Agência Norueguesa para o Desenvolvimento Internacional (NORAD).
45. Foram desencadeadas numerosas iniciativas para que os países pudessem fazer face à fuga de quadros e à fraca motivação dos profissionais da saúde. Nos Camarões, Gana, Senegal, África do Sul, Uganda e Zimbabwe fizeram-se estudos sobre a migração de profissionais da saúde qualificados, no período de 1990–2000. Estes demonstraram que a emigração afecta sobretudo os médicos e vários quadros de enfermagem e farmácia. Os motivos mais frequentes para a

⁸ Benim, Botswana, Burkina Faso, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, República do Congo, Serra Leoa, Swazilândia, Tanzânia e Zâmbia.

emigração eram: os salários, condições de vida, experiência e recessão económica no país de origem. Os profissionais da saúde que pretendiam emigrar oscilavam entre os 26% no Uganda e 68% no Zimbabwe. Esta é uma fonte de preocupações, sendo necessário que os decisores políticos resolvam os problemas destes profissionais. Em consequência da emigração, a qualidade dos cuidados de saúde diminuiu significativamente nos seis países estudados.

46. Foi elaborada uma brochura de advocacia dos problemas dos recursos humanos para a saúde (HRH). A Divisão dos Sistemas de Saúde e Desenvolvimento dos Serviços, em colaboração com o Escritório Regional para o Mediterrâneo Oriental (EMRO), produziu um documento para a União Africana, sobre os desafios e oportunidades no desenvolvimento dos HRH em África. Foi reforçada a capacidade das instituições regionais de formação, como o *Regional Public Health Training Institute* do Benim, além de Centros de Colaboração, no âmbito dos esforços para disponibilizar formação com qualidade na Região Africana.
47. Uma análise do programa de bolsas de estudo revelou uma crescente colocação de bolseiros nas instituições de formação africanas, com a formação a incidir sobretudo em saúde pública e áreas afins (ver Figura 1), o que está em sintonia com os objectivos do programa. Foram concedidas no total, 339 bolsas de estudo e 33 gestores de HRH provenientes de 30 países, receberam formação em gestão de recursos humanos. Foi dado apoio a 13 países⁹ para elaborarem e implementarem as suas políticas e planos de HRH. Uma nova parceria com a Organização Internacional para a Migração gere a problemática da fuga de quadros entre os profissionais africanos da saúde e outra parceria semelhante, com a União Africana, promete advogar continuamente a problemática dos HRH.

Figura 1: Áreas de estudo dos bolseiros da OMS, 1990–2001 (n = 3,553)



Fonte: Relatório de avaliação do programa de bolsas da OMS, Brazzaville, Novembro de 2002

⁹ Botswana, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Mali, Malawi, Mauritània, Namíbia, Ruanda, Senegal, África do Sul e Tanzânia.

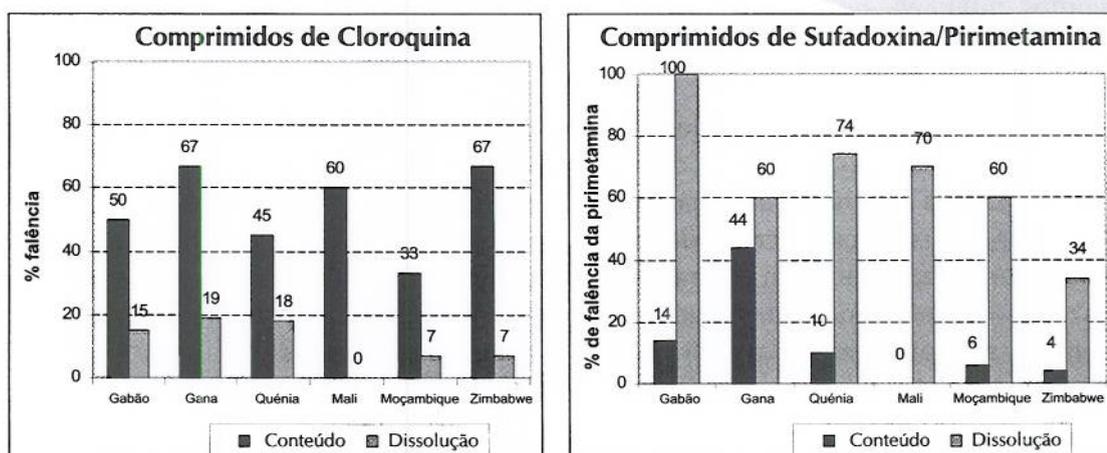
-
48. Foi efectuada uma avaliação da investigação em sistemas de saúde (HSR), para servir de base a um posterior apoio aos países. Os resultados mostram que os principais sucessos ocorreram na elaboração de materiais de formação, reforço de capacidades e instalação de pontos focais ou de unidades nos países. Contudo, em muitos casos os dados da investigação não foram aproveitados e os países da África Central e do Oeste ainda necessitam de apoio para o reforço das suas capacidades. A Eritreia definiu prioridades de investigação; participantes de 5 países, (Gâmbia, Eritreia, Guiné, São Tomé e Príncipe e Zâmbia) receberam formação em elaboração de propostas, análise de dados e elaboração de relatórios para a investigação dos sistemas de saúde (HSR); doze propostas de investigação da Gâmbia, Guiné, São Tomé e Príncipe e Zâmbia foram apoiadas.

Política farmacêutica e medicamentos essenciais (EDM)

49. Em África, 50% da população, em especial os pobres e desfavorecidos, não têm acesso aos medicamentos essenciais existentes e muitos mais não conseguem aceder aos novos medicamentos para o tratamento de doenças comuns, como o paludismo e o HIV. Quando os medicamentos essenciais estão disponíveis, a sua eficácia é duvidosa devido à má qualidade, falta de ética na sua promoção e irracionalidade na prescrição e utilização. Também os recentes acordos mundiais de comércio representam uma ameaça ao acesso aos medicamentos essenciais na Região.
50. Para apoiar eficazmente a implementação das políticas nacionais de medicamentos, foi necessário reforçar a capacidade dos recursos humanos, no Escritório Regional e em alguns países. Durante o período em análise, foram recrutados dez novos Directores de Programas Nacionais, para reforço da capacidade nas representações da OMS; para reforçar a capacidade do Escritório Regional foram contratados um coordenador de EDM e dois profissionais a curto-prazo. Foram publicadas e divulgadas nos países orientações para formulação, implementação, monitorização e avaliação das políticas nacionais de medicamentos.
51. O Botswana, Burkina Faso e Nigéria foram apoiados na revisão e actualização das suas políticas nacionais de medicamentos e das listas de medicamentos essenciais. Procedeu-se à avaliação do estado da indústria farmacêutica no Chade, Etiópia, Gana, Nigéria, Tanzânia e Uganda. Realizou-se uma acção de sensibilização sobre Aspectos Comerciais dos Direitos de Propriedade Intelectual (TRIPS) para decisores políticos de países francófonos, a fim de integrarem as salvaguardas TRIPS na legislação de saúde pública sobre os fármacos.
52. A Guiné Equatorial e a Mauritânia foram apoiadas na criação de armazéns centrais de medicamentos. Foi realizado, para participantes de países anglófonos, um seminário regional sobre o reforço dos sistemas nacionais de distribuição de medicamentos.

53. Para ajudar os países a melhorarem a qualidade dos medicamentos, foram testadas no terreno, finalizadas e aplicadas em oito países¹⁰ orientações para a inspeção de produtos farmacológicos. Inspectores de fármacos dos Camarões, Gâmbia, Lesoto e Nigéria receberam formação sobre inspeções a estabelecimentos farmacêuticos, como farmácias, fábricas e instalações de armazenagem. O modelo informatizado da OMS para registo de medicamentos, (SIAMED), foi instalado na República Centrafricana.
54. Foi finalizado e está em utilização nos países um manual de formação sobre a gestão dos medicamentos a nível central da saúde. Participantes de 7 países¹¹ receberam apoio para frequentarem um curso regional de formação em utilização racional dos medicamentos. Realizou-se um estudo-piloto sobre despiste de qualidade da cloroquina e sulfadoxina pirimetamina, em colaboração com a iniciativa Fazer Recuar o Paludismo e a Sede. Foram reveladas deficiências no ingrediente activo e nos perfis de dissolução destes medicamentos (ver Figura 2). Estas deficiências explicariam a falência terapêutica da cloroquina e sulfadoxina pirimetamina, observada em muitos países africanos. Considerou-se que as amostras “falhavam” se o conteúdo era < 93% ou > 107%, e a dissolução < 80% em 45 minutos.

Figura 2: Qualidade de dois antipalúdicos em seis países africanos



Fonte: Avaliação da qualidade dos antipalúdicos em 6 países africanos, Brazzaville, 2002. WHO/AFRO/EDP/02.7

55. Igualmente para garantir a qualidade, segurança e eficácia de medicamentos tradicionais, foram celebrados protocolos genéricos aprovados pela Comissão Regional de Peritos para Avaliação da Qualidade dos medicamentos tradicionais antipalúdicos. Estes protocolos são necessários para documentar as provas de natureza etnomédica e a avaliação clínica dos medicamentos tradicionais usados no tratamento do HIV/SIDA, anemia das células falciformes e diabetes.
56. Foram elaboradas e divulgadas nos países orientações gerais para a documentação da medicina tradicional africana. Dez países¹² foram apoiados na avaliação de medicamentos tradicionais ou

¹⁰ Benim, Burkina Faso, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Guiné, Mauritânia e Togo.

¹¹ Argélia, República Centrafricana, Chade, Guiné, Mali, Ruanda e Togo.

¹² Burkina Faso, Gana, Guiné, Quênia, Mali, Mauritânia, Nigéria, São Tomé e Príncipe, Tanzânia e Uganda.

na elaboração dos seus programas de medicina tradicional. Foi aprovada a criação de um Dia da Medicina Tradicional, para a respectiva advocacia; o primeiro será comemorado a 31 de Agosto de 2003, com o tema “Medicina Tradicional: a nossa Cultura, o nosso Futuro”.

Segurança do sangue e tecnologias clínicas (BCT)

57. Uma das prioridades do Escritório Regional da OMS está em colaborar com os países para garantir o acesso e a utilização do sangue e produtos sanguíneos num ambiente sanitário seguro. Em 2002, a Estratégia Regional para a Segurança do Sangue abrangeu todos os Estados-Membros; doze¹³ foram apoiados na elaboração ou implementação de políticas nacionais de transfusão de sangue. Em 35 países, procedeu-se à actualização da base de dados regional para monitorização da segurança do sangue.

Despiste de infecções no Centro Nacional de Transfusões Sanguíneas, Abidjan, Côte d'Ivoire, 2002



Fonte: Unidade de Segurança do Sangue, Divisão de Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde, OMS/AFRO, Brazzaville, 2002

58. Para melhorar os serviços de transfusão de sangue (BTS), 9 países¹⁴ reforçaram os seus programas de recrutamento de doadores. Nos centros de transfusão sanguínea da Côte d'Ivoire e do Zimbabwe realizaram-se três cursos de formação em gestão da qualidade, sendo um deles uma acção de seguimento para gestores de garantia da qualidade formados em 2001. O Gana, Guiné e as Maurícias elaboraram orientações nacionais para o uso clínico do sangue. Oito países¹⁵ avaliaram e reforçaram os seus programas de gestão da qualidade. No âmbito do apoio ao BTS, foram distribuídos em 23 países equipamento e reagentes para despiste do sangue.

¹³ Camarões, República Centrafricana, Comores, Etiópia, Gâmbia, Guiné-Bissau, Quênia, Maurícias, Níger, Seychelles, Swazilândia e Zanzibar (Tanzânia).

¹⁴ Benim, Burundi, Côte d'Ivoire, Gana, Guiné, Mauritânia, Moçambique, Níger, Ruanda.

¹⁵ Argélia, Benim, Camarões, Guiné, Quênia, Mauritânia, Moçambique, Níger.

-
59. Alguns países receberam apoio para instalarem programas de garantia da qualidade nos serviços de transfusão de sangue, na sequência da formação de 37 gestores de garantia da qualidade. Realizou-se um seminário sobre gestão da qualidade em laboratórios clínicos, que resultou na adopção de um pacote mínimo de serviços laboratoriais. Foi criado e testado no terreno um instrumento de avaliação dos laboratórios do sector da saúde. O Togo formulou uma política nacional de laboratórios e um programa de garantia da qualidade para os serviços de imagiologia.

Prevenção e controlo das doenças transmissíveis

60. Na Região Africana, as doenças transmissíveis representam o maior fardo da doença e continuam a impedir o desenvolvimento económico e social. Doenças como o paludismo, vírus da imunodeficiência humana (HIV), síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) e tuberculose afectam sobremaneira as populações pobres e marginalizadas, com um impacto devastador no capital humano e nos sobrecarregados sistemas de saúde.
61. A Região é propensa a epidemias de meningite meningocócica, cólera, Ébola e febre amarela, que afectam principalmente as populações mais pobres e estão associadas a elevadas taxas de morbidade e mortalidade. Também as doenças evitáveis pela vacinação e outras doenças tropicais, como dracunculose, lepra, oncocercose, filariase linfática, esquistossomíase, tripanossomíase, leishmaníase, parasitose intestinal e úlcera de Buruli contribuem para o elevado fardo da doença e da pobreza em África.
62. Embora os Estados-Membros continuem a responder ao desafio das doenças transmissíveis, os esforços de luta têm sido afectados pelo mau desempenho macroeconómico, pobreza generalizada, conflitos, infraestruturas em deterioração e emigração de técnicos de saúde. A despeito dos progressos nas tecnologias médicas, a sua adopção por parte dos sistemas nacionais de saúde tem sido lenta. Entretanto, instrumentos, métodos e estratégias anteriormente consideradas suficientes para o sucesso na prevenção e controlo das doenças transmissíveis estão a falhar, devido à resistência aos medicamentos e às dificuldades na sua implementação.
63. Para apoiar os esforços dos países, o Escritório Regional formulou várias estratégias de luta contra as doenças transmissíveis. No biénio 2002–2003, o Escritório Regional manteve a sua atenção direccionada para as populações pobres, ao apoiar os países na implementação das estratégias regionais. Os objectivos prioritários foram:
- a) implementar a vigilância integrada e resposta às doenças (IDSR) nos Estados-Membros e reforçar o Centro de Vigilância Pluripatológica (MDSC), Ouagadougou;
 - b) implementar o pacote sanitário do HIV/SIDA no quadro das intervenções multi-agências e aumentar a taxa de detecção de casos de tuberculose e o número de casos tratados com sucesso;

-
- c) aumentar as intervenções técnicas para a luta contra o paludismo;
 - d) reforçar a vacinação de rotina e acelerar a Iniciativa de Erradicação da Polio;
 - e) acelerar a erradicação ou eliminação de doenças transmissíveis específicas na Região e intensificar as actividades de controlo da filaríase linfática.
64. Este programa será implementado através de sete áreas de actividade: Vigilância das Doenças Transmissíveis (CSR), Prevenção, Erradicação e Controlo das Doenças Transmissíveis (CPC); HIV/SIDA, (HIV); Tuberculose (TUB); Paludismo (MAL); Vacinação e Desenvolvimento de Vacinas (IVD); e Investigação e Desenvolvimento de Produtos para as Doenças Transmissíveis (CRD). A supervisão caberá ao Director da Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis (DDC). Os objectivos serão alcançados através do seguinte:
- a) criação de novos instrumentos, orientações e estratégias para acelerar a implementação nos países;
 - b) reforço das capacidades de investigação e implementação a nível regional, interpaíses e de país;
 - c) manutenção das parcerias estratégicas existentes e criação de outras;
 - d) mobilização de apoio técnico e financeiro aos países;
 - e) vigilância, monitorização e avaliação dos programas das doenças transmissíveis.

Vigilância das doenças transmissíveis (CSR)

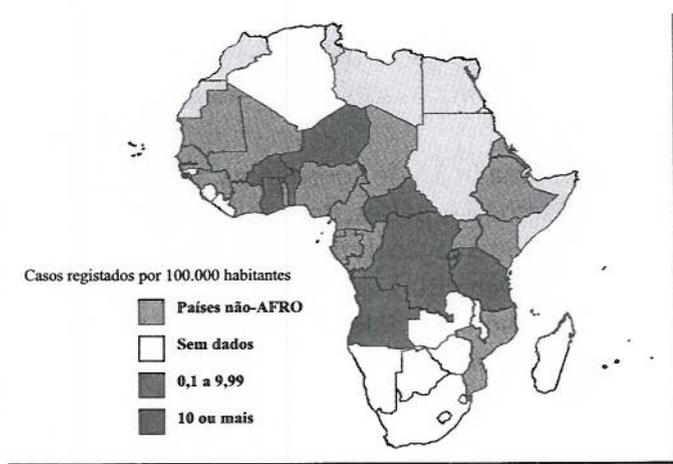
65. No quadro da Estratégia Regional para a Vigilância Integrada das Doenças (IDS), o Escritório Regional vem reforçando as capacidades dos países para implementarem sistemas eficazes de vigilância integrada. Apoiou também a resposta dos países às epidemias, facilitando o auxílio internacional onde necessário. O Centro de Vigilância Pluripatológica em Ouagadougou (MDSC) está a ser reforçado, para monitorizar a susceptibilidade antimicrobiana aos agentes etiológicos das doenças transmissíveis prioritárias, efectuar análises epidemiológicas prévias, incluindo testes aos modelos de previsão de epidemias, bem como para apoiar programas de garantia da qualidade nos laboratórios nacionais de saúde pública.
66. O Escritório Regional criou uma bolsa de consultores anglófonos e francófonos com formação em IDSR, para apoiar os esforços dos países. Realizou-se a terceira reunião do grupo de trabalho IDSR, para monitorizar a implementação da estratégia; quatro países produziram documentação sobre a implementação da mesma: Burkina Faso, Etiópia, Mali e Uganda. Os laboratórios de parasitologia, bacteriologia e biologia molecular do MDSC foram avaliados, iniciando-se a sua melhoria. O Escritório Regional tem apoiado os países na implementação da Estratégia Regional para a Vigilância Integrada das Doenças. Muitos países adoptaram as orientações técnicas e o material de formação, tendo alguns iniciado a formação dos profissionais do nível distrital (Quadro 1).

Quadro 1: Implementação da Vigilância Integrada e Resposta às Doenças, 2002

Avaliação	Benim, Burundi, Cabo Verde, República Centrafricana, Côte d'Ivoire, Níger, São Tomé e Príncipe, Senegal.
Plano estratégico elaborado	Camarões, Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, República Democrática do Congo, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe.
Orientações técnicas adoptadas	Burkina Faso, Camarões, Chade, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Gâmbia, Guiné, Quênia, Nigéria, República do Congo, Ruanda, Uganda.
Módulos de formação adoptados	Botswana, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Quênia, Malawi, Mali, Namíbia, Nigéria, República do Congo, Swazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia, Zimbabwe.
Início da formação de profissionais a nível de distrito	Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Quênia, Malawi, Mali, Zimbabwe.

67. Para melhorar os sistemas de comunicação e a elaboração de relatórios eficazes em devido tempo, a nível de país, 33 laboratórios nacionais de referência de saúde pública foram dotados com computadores portáteis e correio electrónico. O Burkina Faso, Gana, Guiné e Mali avaliaram e elaboraram planos de reforço dos sistemas nacionais de comunicações. Na área da luta contra as epidemias, o *Neisseria meningitidis* W135 foi identificado como agente etiológico emergente para as epidemias de meningite meningocócica na cintura africana da meningite (Figura 3), graças à vigilância longitudinal implementada no Burkina Faso, Níger e Mali. O Escritório Regional assumiu um papel fundamental na detecção precoce e resposta a várias doenças com potencial epidémico, como: *N. meningitidis* W135, Ébola, febre amarela que ocorreram na Guiné (20 casos e 17 mortes), República Centrafricana (1 caso), Côte d'Ivoire (156 casos e 23 mortes), Nigéria (20 casos e 11 mortes), Senegal (68 casos e 14 mortes).

Figura 3: Dimensão da meningite por país na Região Africana, 2002

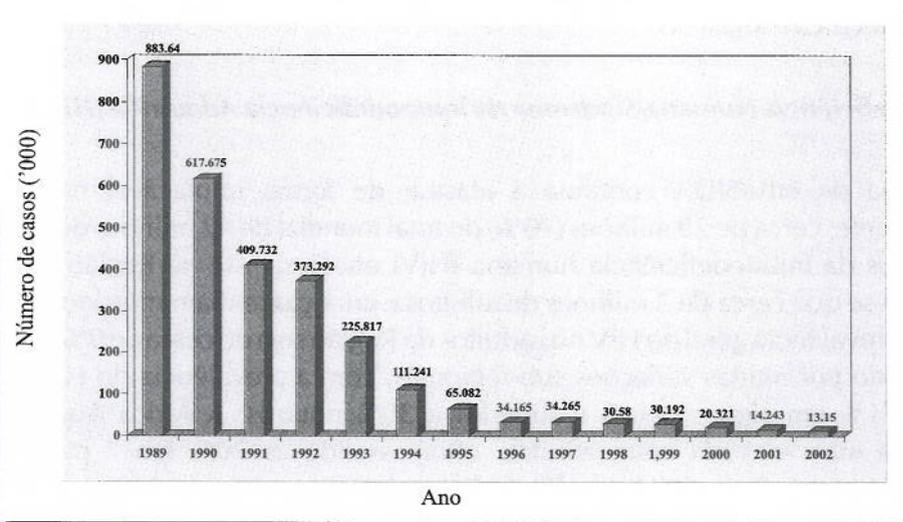


Fonte: Relatórios dos países, Ministérios da Saúde

Prevenção, erradicação e controlo das doenças transmissíveis (CPC)

68. O Escritório Regional definiu numerosos objectivos para a prevenção e controlo das doenças transmissíveis. A dracunculose será alvo de erradicação; a lepra, oncocercose e filaríase linfática, de eliminação; a esquistossomíase, tripanossomíase, leishmaníase, parasitose intestinal e úlcera de Buruli, de controlo. O controlo dos vectores, que constitui um problema transversal, merecerá destaque nos programas de luta contra as doenças.
69. O programa para erradicar a dracunculose da Região Africana atingiu uma fase crítica, após a redução em 98% na sua incidência. O Escritório Regional apoiou 8 países com endemia para intensificarem as actividades de erradicação da dracunculose; e nove países onde a doença não é endémica no lançamento do processo de certificação da erradicação. Em algumas das comunidades afectadas, as situações de guerra e o abrandamento da vigilância impedem uma maior redução no número de casos (ver Figura 4).

Figura 4: Número de casos de dracunculose notificados por ano na Região Africana entre 1989 e 2002



70. Progrediram em 2002 os esforços de combate à lepra. Angola, Madagáscar e Moçambique, com uma prevalência superior a 2 casos por 10.000 pessoas, conceberam planos estratégicos para intensificar as actividades de eliminação da lepra. Todos os programas nacionais foram reforçados com um suprimento de medicamentos para terapia multimedicamentosa durante um ano. Foram elaboradas e distribuídas aos Estados-Membros orientações para integrar a luta contra a lepra nos serviços gerais de saúde.
71. Quanto a outras doenças tropicais, 18 peritos africanos receberam formação para actuarem como consultores no apoio aos esforços nacionais de controlo da esquistossomíase e helmintíase transmitida pelo solo. Foram completadas bases de dados para a filaríase linfática, esquistossomíase e tripanossomíase, usadas para formar gestores nacionais na gestão e

monitorização dos programas. Foi criada uma base de dados sobre a resistência do vector do paludismo aos insecticidas. Com base nela, foi elaborado um mapa regional da distribuição da resistência.

72. Alguns países reforçaram os programas de eliminação da filaríase linfática¹⁶ (cerca de 9 milhões de pessoas receberam tratamento de massa em 9 países, durante 2002). O Escritório Regional Africano apoiou o controlo da tripanossomíase na Guiné e da esquistossomíase nos Camarões e Uganda. Dezassete peritos foram formados para apoio aos Estados-Membros na elaboração e implementação da gestão integrada do vector. Os países receberam auxílio para aumentar o uso de materiais tratados com insecticidas, em especial as redes mosquiteiras, num contributo para o controlo do paludismo, filaríase linfática, leishmaníase e tripanossomíase. No âmbito deste processo, 325 profissionais da saúde e trabalhadores comunitários de 6 países receberam formação em técnicas de tratamento de redes. Em distritos seleccionados de 5 países, foram tratadas mais de 500.000 redes; a cobertura do tratamento de redes aumentou de 10% para 50%.
73. É necessária uma permanente advocacia do combate às doenças tropicais, para manter o empenhamento dos Estados-Membros e celebrar parcerias com as agências para o desenvolvimento. Os profissionais no terreno, incluindo os voluntários, carecem de motivação e de apoio técnico e logístico.

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

74. A epidemia de HIV/SIDA continua a alastrar de forma implacável na Região Africana. Presentemente, cerca de 29 milhões (70%) do total mundial de 42 milhões de pessoas infectadas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) encontram-se na Região Africana da OMS, calculando-se que cerca de 3 milhões de adultos e crianças tenham morrido de SIDA em 2002. Embora a prevalência geral do HIV nos adultos da Região seja de cerca de 9%, a epidemia tem-se caracterizado por nítidas variações sub-regionais, com a prevalência do HIV entre os adultos abaixo de 1% em alguns países e superior a 30% noutros. A África Austral tem a taxa de prevalência mais elevada entre adultos, ultrapassando os 20% em 7 países e os 30% no Botswana, Lesoto, Swazilândia e Zimbábue. A interacção entre pobreza, malnutrição e HIV/SIDA foi dramaticamente ilustrada na África Austral, onde 13 milhões de pessoas padeceram de fome porque o HIV/SIDA minou a capacidade de famílias e comunidades para combaterem a seca.
75. As intervenções no HIV/SIDA para prevenção, tratamento que permita salvar vidas e prestar apoio são ainda reduzidas entre os africanos. Dos 4,5 milhões de pessoas que necessitam de terapia anti-retroviral, só 50.000 têm acesso ao tratamento, apesar da significativa redução no seu custo. O acesso a aconselhamento e testes voluntários (VCT) e aos serviços de prevenção da transmissão vertical (PMTCT) são de apenas 6% e 1%, respectivamente.

¹⁶ Benim, Burkina Faso, Comores, Gana, Quénia, Tanzânia, Togo e Zanzibar.

-
76. A prioridade do Escritório Regional Africano da OMS é o apoio aos Estados-Membros no reforço da implementação de programas do sector sanitário que ofereçam intervenções eficazes de saúde pública. Para tal, celebraram-se acordos para implementar planos do sector da saúde, logo que a Estratégia Regional para o HIV/SIDA foi disseminada nos países da África oriental, austral, ocidental e central.
77. Com base na estratégia regional e na necessidade de clarificar a resposta do sector da saúde ao HIV/SIDA, foi proposto um pacote essencial de intervenções sanitárias contra o HIV/SIDA. Definiram-se orientações para conceber diversas intervenções do sistema de saúde contra o HIV/SIDA e as infecções sexualmente transmitidas (IST). Entre estas contavam-se o planeamento, cuidados, disponibilidade de anti-retrovirais (ARV), cuidados nutricionais e apoio, aconselhamento e testes voluntários (VCT) e prevenção e tratamento das IST no contexto do comércio sexual. Dez países¹⁷ envolvidos na iniciativa italiana da OMS prepararam um pacote do sector da saúde destinado ao nível distrital. Com ele, aumentou o acesso aos serviços de cuidados, prevenção da transmissão vertical, aconselhamento e testes voluntários e tratamento das infecções sexualmente transmitidas. Ainda é possível obter mais recursos do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo (GFATM) e do Programa Multipaíses para a SIDA do Banco Mundial (MAP).
78. O Botswana, Camarões, Mauritânia, Swazilândia e Tanzânia elaboraram planos para o sector sanitário. As intervenções na área do HIV/SIDA foram ampliadas, com a criação de uma rede funcional de laboratórios que monitorizam a resistência do HIV aos anti-retrovirais; a criação de um programa externo de garantia da qualidade para os testes ao HIV; o crescimento da bolsa de peritos técnicos bem preparados relativamente às orientações da OMS para a vigilância do HIV/SIDA, o tratamento das IST e os cuidados a pessoas que vivem com HIV/SIDA (PLWHA); e o recrutamento de funcionários para os programas nacionais (NPO) em seis representações da OMS nos países. Profissionais do Secretariado e consultores apoiaram os Estados-Membros ao longo de 55 missões técnicas realizadas em 18 países.
79. O Escritório Regional e as representações da OMS nos países apoiaram os Estados-Membros na sua mobilização de recursos financeiros através do GFATM. O Escritório Regional participou activamente nos Mecanismos de Coordenação com os Países (CCM) e apoiou tecnicamente a elaboração de propostas e a negociação dos acordos de financiamento. Assim, 18 países terão aumentado substancialmente o financiamento dos seus programas.

Tuberculose (TUB)

80. Devido à epidemia de HIV/SIDA, a situação da tuberculose continua a piorar na Região Africana, apesar dos esforços da OMS e dos parceiros para controlarem a doença. Em 2000, 40 (85%) dos 46 Estados-Membros estavam a implementar a estratégia de terapia por observação directa de curta-duração (DOTS); 19 países dispunham de uma cobertura nacional dos serviços DOTS, em

¹⁷ Angola, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Moçambique, Ruanda, Swazilândia, Tanzânia, Uganda, Zimbábue.

especial nas unidades de saúde pública. Apesar do seu aumento progressivo na Região, a média de 44 % de detecção de casos, é ainda muito reduzida, quando comparada com a meta de 70%. Também a média de 68% de sucesso nos tratamentos está muito abaixo da meta de 85%. A frequente falta de medicamentos anti-tuberculose, a inadequada capacidade dos recursos humanos e a insuficiência de instalações para diagnóstico e tratamento são alguns dos obstáculos que se colocam ao esforço de controlo.

81. A prioridade do Escritório Regional é o apoio aos Estados-Membros para que acelerem a cobertura DOTS nas populações, aproveitando as oportunidades oferecidas pela parceria da iniciativa Travar a Tuberculose, a Distribuição Mundial de Medicamentos para a Tuberculose e o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo. O Escritório Regional está a apoiar especificamente os Estados-Membros no reforço da capacidade laboratorial, nos serviços de tratamento e na advocacia. Estes esforços deverão facilitar uma implementação eficaz de abordagens inovadoras, que envolvam as comunidades e o sector privado na expansão da DOTS e nas actividades de colaboração sobre a Tuberculose/HIV.
82. No ano em análise, 18 países¹⁸ iniciaram e reforçaram a implementação de planos estratégicos plurianuais para expansão da DOTS. Quanto às actividades de colaboração para a Tuberculose/HIV, o Escritório Regional apoiou 8 países¹⁹ com um elevado fardo destas doenças na elaboração de planos operacionais para implementação faseada de actividades de colaboração; dez países²⁰ prepararam actividades para cuidados de base comunitária à tuberculose. Para facilitar a implementação, 13 países²¹ foram apoiados para a obtenção de subsídios para medicamentos por parte da Provisão Mundial de Medicamentos Anti-tuberculose (GDF). Foi elaborado um relatório abrangente da vigilância da tuberculose na Região.

Vacinação e desenvolvimento de vacinas (IVD)

83. Apesar da disponibilidade de vacinas com eficácia comprovada, as doenças evitáveis pela vacinação ainda representam um dos grandes problemas sanitários da Região Africana. Por exemplo, o número de óbitos relacionados com o sarampo é ainda extremamente elevado, na ordem de 445.000 por ano; a tosse convulsa causa 106.000 a 190.000 óbitos anualmente; a febre amarela ainda é endémica em 34 países, causando cerca de 30.000 óbitos por ano; e a mortalidade por tétano neonatal ronda os 5–10 por 1.000 nados-vivos. Novas vacinas, como a da Hepatite B e Hib, foram incluídas em apenas alguns programas nacionais.
84. Apesar destes insucessos, os países conheceram progressos na erradicação da polio e inverteram a tendência para a diminuição na cobertura vacinal que se verificou depois da iniciativa da Vacinação Universal das Crianças (UCI). Partindo desta nota positiva, o Escritório Regional

¹⁸ Angola, Botswana, Burkina Faso, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Gabão, Libéria, Mali, Mauritânia, Nigéria, República do Congo, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Togo, Uganda e Zâmbia.

¹⁹ Etiópia, Quênia, Malawi, Moçambique, África do Sul, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.

²⁰ Botswana, República Democrática do Congo, Etiópia, Quênia, Malawi, Senegal, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia.

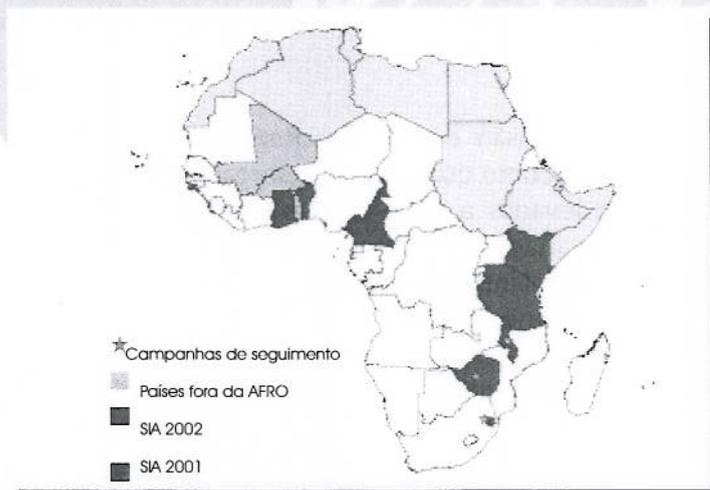
²¹ Angola, República Centrafricana, República Democrática do Congo, Gâmbia, Quênia, Libéria, Mauritânia, Nigéria, República do Congo, Serra Leoa, Togo, Uganda, Zâmbia.

apoia os Estados-Membros na aceleração da erradicação da polio, do tétano materno e neonatal e do sarampo, bem como no controlo da febre amarela; na implementação de estratégias sustentáveis e de qualidade na vacinação de rotina e na introdução de novas vacinas e tecnologias de modo sustentado.

85. A Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional aprovou a Estratégia Regional de Vacinação para 2003–2005, como quadro para reforçar os sistemas de apoio à vacinação nos Estados-Membros. Foram levadas a cabo muitas iniciativas para reforço das capacidades, melhorando o sistema de vacinação dos países. Por exemplo, foram finalizados 12 módulos para dar formação a gestores de nível intermédio (MLM) e aplicados em três acções de formação para participantes de países anglófonos, francófonos e lusófonos. Receberam formação um total de 47 pontos focais da OMS e UNICEF; 97 pontos focais nacionais, incluindo directores do PAV, receberam formação para constituírem uma base de formadores MLM. Posteriormente o Burundi, Chade, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana e Mauritânia receberam apoio na organização de cursos nacionais para MLM. O Escritório Regional apoiou também outros países na elaboração de propostas para financiamento pela Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação (GAVI). Desde então, foram concedidos fundos a 21 países para vacinas novas ou pouco aplicadas, a outros 21 países para apoio ao sistema de vacinação e a 10 países para a segurança das injeções. A monitorização da vacinação foi eficazmente implementada nos Estados-Membros da África Ocidental e lançada noutros.
86. Em 2002, os esforços para erradicação da polio progrediram e a Região alcançou a certificação do nível de vigilância, pela primeira vez. Pelo terceiro ano consecutivo, 16 países da África Ocidental sincronizaram as suas Jornadas Nacionais de Vacinação (JNV). Na África Central, 7 países²² realizaram duas ou três JNV sincronizadas. Esta sincronização repetida das JNV foi responsável pela redução de 50% no número de países com polio endémica, de 6 em 2001, para 3 em 2002.
87. Participantes de 42 dos 46 países receberam formação e foram apoiados na criação de Comissões Nacionais de Peritos em Polio (NPEC) e de Comissões Nacionais de Certificação. A Comissão Regional Africana de Certificação (ARCC) solicitou a 8 países que preparassem e apresentassem relatórios intermédios ou finais, até Agosto de 2003. Dos 16 laboratórios da rede regional da polio, 15 foram plenamente acreditados e um teve acreditação parcial. A sequenciação do poliovírus selvático melhorou, após a inclusão de 90% (134) dos vírus constantes do diagrama em árvore, do ano 2002.
88. O Escritório Regional Africano da OMS também apoiou os países na implementação de estratégias para controlo de outras doenças evitáveis pela vacinação. Nove países foram apoiados (Figura 5) na implementação de actividades suplementares de vacinação (SIA) para o sarampo. Sete países, representando 30% da população da Região, criaram sistemas de vigilância do sarampo com base nos casos. Os laboratórios dos países da África Austral foram apoiados na vigilância do sarampo e os da África Ocidental na vigilância do sarampo e da febre amarela.

²² Chade, Camarões, República Centrafricana, Guiné Equatorial, Gabão, República do Congo, São Tomé e Príncipe.

Figura 5: Actividades suplementares de vacinação contra o sarampo, 2001-2002



89. A vigilância do tétano neonatal foi integrada na vigilância da paralisia flácida aguda (PFA), pelo que 60% dos Estados-Membros estão a recorrer ao sistema de AFP para a vigilância de outras doenças com relevância para a saúde pública. Nove países²³ realizaram as SIA para o tóxido do tétano, abrangendo 6,5 milhões de mulheres em idade reprodutiva. As actividades do tétano materno e neonatal foram validadas no Malawi e África do Sul e revalidadas na Gâmbia.

Paludismo (MAL)

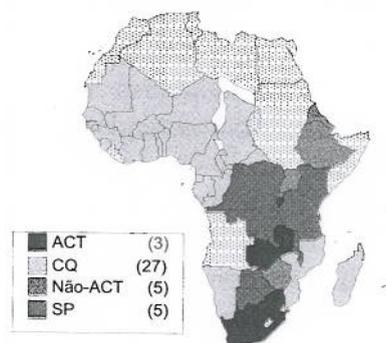
90. Na Região Africana, o paludismo causa anualmente mais de 270 milhões de episódios graves de doença, mais de 900.000 mortes e prejuízos significativos no rendimento das famílias. As perdas económicas anuais atribuídas ao paludismo estão avaliadas em 12 mil milhões de dólares americanos. A resistência do parasita do paludismo aos antipalúdicos normalmente usados, como a cloroquina, e a reduzida cobertura por redes tratadas com insecticida (ITN) nas populações em risco, são os principais desafios do controlo do paludismo nos sistemas nacionais de saúde.
91. Nos últimos dois anos, tem aumentado o empenhamento dos Chefes de Estado e de governo, bem como dos parceiros para o desenvolvimento, na iniciativa Fazer Recuar o Paludismo (FRP). A prioridade do Escritório Regional consiste em apoiar os países para que actuem em parcerias, a fim de melhorar a cobertura das intervenções de FRP. A capacidade dos Estados-Membros foi reforçada para um melhor tratamento dos casos (alguns países actualizaram a sua política de tratamento devido à resistência aos medicamentos) e aumentaram o uso das ITN pelos grupos vulneráveis. Os Estados-Membros receberam apoio para adoptarem estratégias eficazes na prevenção e controlo do paludismo durante a gravidez; reduzirem a mortalidade devida ao paludismo nas crianças com idade inferior a 5 anos; procederem a previsões, detecção precoce e

²³ Burkina Faso, Chade, Camarões, Etiópia, Gana, Quênia, Níger, Uganda, Zâmbia.

resposta rápida às epidemias; e iniciarem a investigação operacional e a gestão do programa, incluindo a celebração de parcerias.

92. A resistência aos medicamentos antipalúdicos tornou-se um grande obstáculo a um tratamento eficaz dos casos de paludismo. O Escritório Regional tem vindo a apoiar os países na recolha de informações sobre a resistência aos medicamentos, que orientem a alteração da respectiva política; assim, 13 países²⁴ já actualizaram as suas políticas de antipalúdicos e vários outros encontram-se na fase de recolha de dados (ver Figura 6).

Figura 6: Políticas nacionais de tratamento de primeira linha do paludismo sem complicações, Dezembro de 2002



Não-ACT: Combinação de CQ+SP ou AQ+SP.

CQ: Cloroquina

SP: Sulfadoxina-pirimetamina

ACT: Artemisinina (AS)+AQ, AS+SP, ou coartem.

Nos Camarões, recomenda-se amodiaquina

Países que alteraram a recomendação de CQ para SP

Malawi (1993)

Quênia (1998)

Botswana (1997)

Tanzânia (2001)

Países que adoptaram a ACT e implementaram completamente a política

Provincias seleccionadas na África do Sul: Coartem em KwaZulu-Natal e

artisanade + SP em Mpumalanga (2001)

Países que adoptaram a ACT mas ainda não implementaram plenamente a política

Tanzânia (Zanzibar) 2001

Zâmbia (2001)

Burundi (2002)

(Os números entre parêntesis indicam o ano de adopção da política)

93. Durante o ano de 2002, registou-se uma melhoria nos indicadores-chave de desempenho do controlo do paludismo, resultante do apoio que o Escritório Regional prestou aos países. A formação em tratamento de casos, que teve lugar a nível distrital em nove países,²⁵ fez subir a percentagem de crianças devidamente tratadas de 30% para 35%. A percentagem de crianças com idade inferior a 5 anos e de mulheres grávidas que dormem sob ITN subiu de 5% para 10% em distritos seleccionados de alguns países. A percentagem de re-tratamento das redes mosquiteiras aumentou de 5% para 80% nos distritos de cinco países onde foram organizadas campanhas de massa para tratamento de redes.

²⁴ Burundi, Botswana, Eritreia, Etiópia, República Democrática do Congo, Quênia, Malawi, Ruanda, África do Sul, Tanzânia (Zanzibar), Uganda, Zâmbia e Zimbábwe.

²⁵ Burkina Faso, Comores, Gana, Libéria, Mali, Senegal, Serra Leoa, República do Congo, Ruanda.

-
94. Foi reforçada a capacidade de monitorizar a implementação das actividades e avaliação das intervenções da iniciativa Fazer Recuar o Paludismo (FRP). Realizaram-se inquéritos de base em mais cinco países, aumentando assim o total para 21. Foi criada a nível regional uma base de dados geral sobre os indicadores fundamentais de FRP, tendo os países recebido apoio para criarem as suas próprias bases de dados. Concluiu-se a recolha dos dados sobre a morbilidade e mortalidade do paludismo entre os grupos-alvo de 25 países, no período entre 1998 e 2001. A capacidade nacional de gestão do programa foi reforçada graças a dois cursos internacionais, organizados para 32 participantes de países anglófonos e 30 de países francófonos. A percentagem de países com capacidade de mobilizar recursos para os orçamentos aprovados de FRP aumentou de 0% para 16%.

Investigação e desenvolvimento de produtos para as doenças transmissíveis (CRD)

95. Devido à resistência aos medicamentos e a dificuldades de implementação na Região Africana, instrumentos, métodos e tecnologias dantes consideradas eficazes no tratamento das doenças transmissíveis estão a falhar rapidamente. Ao mesmo tempo a aceitação, por parte dos sistemas nacionais de saúde, de medicamentos e vacinas novos e eficazes tem sido lenta, devido à inadequação dos investimentos. Para ajudar a resolver esta situação, o Escritório Regional pretende agir em parceria com organizações como a Iniciativa Multilateral para o Paludismo em África (MIM), reforçando as capacidades nacionais de investigação e formulação de programas. Destas parcerias nascerão novos conhecimentos quanto à melhor utilização dos instrumentos e estratégias existentes para prevenção e controlo das doenças transmissíveis que facilitarão também o desenvolvimento e integração de novos instrumentos nos sistemas nacionais de saúde.
96. Foi criada a iniciativa FRP/TDR/MIM do Escritório Regional, para investigação operacional em África, dotada com um capital inicial de 700.000 dólares americanos. Foi também constituído um grupo de investigação em AIDI/Paludismo, para se pronunciar sobre as prioridades da investigação e analisar as propostas de investigação. Foi identificada uma instituição de investigação para colaborar na investigação do paludismo, tendo-se iniciado o processo da sua designação como Centro de Colaboração da OMS.
97. O Escritório Regional apoiou igualmente várias actividades de investigação operacional. Por exemplo, foram concretizados 46 projectos de investigação em 18 países com paludismo endémico; desses, 21 estão a ser implementados com financiamentos do Escritório Regional. Foi criada uma base de dados para monitorizar a investigação operacional em África. Foi desenvolvido um plano genérico para a integração das doenças transmissíveis a nível distrital, que foi depois testado no Benim, Gana, Togo, Uganda e Zâmbia.

Prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis

98. As doenças não-transmissíveis (NCD), perturbações mentais e abuso de substâncias psicoactivas, incluindo o consumo de tabaco, estão a tornar-se grandes desafios de saúde

pública na Região Africana. A vigilância e prevenção primária das NCD não recebem o devido destaque nos Estados-Membros e o seu tratamento não se encontra disponível de forma generalizada a preços acessíveis. A ausência de empenhamento a longo-prazo na luta contra as doenças não-transmissíveis nos países, a par do seu crescimento progressivo, em especial entre as populações pobres e desfavorecidas, vêm contribuindo para alargar o fosso sanitário entre os países, e no seio de cada um deles. Todos estes aspectos ameaçam o desenvolvimento da Região Africana.

99. A ameaça das doenças não-transmissíveis e a necessidade de a saúde pública dar respostas urgentes e eficazes levou à formulação de estratégias mundiais e regionais, aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e o Comité Regional. No biénio 2002–2003, o Escritório Regional vem actuando com os Estados-Membros e os parceiros para o desenvolvimento, no sentido de:

- a) elaborar uma carta das epidemias emergentes das doenças não-transmissíveis, perturbações mentais, abuso de substâncias psicoactivas e analisar os seus determinantes;
- b) conceber instrumentos para melhorar a colaboração intersectorial, a participação comunitária, a formulação das políticas, o tratamento das doenças e a prevenção e tratamento de incapacidades;
- c) promover boas práticas e métodos e estratégias com base factual para promover a saúde e prevenir e controlar as doenças não-transmissíveis;
- d) elaborar ou actualizar as políticas e planos de acção nacionais;
- e) criar sistemas de vigilância das doenças não-transmissíveis;
- f) reforçar as capacidades nacionais para a elaboração e implementação de programas.

100. Esta agenda será implementada por seis áreas de actividade: Abordagem Integrada à Vigilância, Prevenção e Controlo das Doenças Não-Transmissíveis (NCD), Saúde Mental (MNH), Tabaco (TOB), Promoção da Saúde (HPR), Nutrição (NUT) e Prevenção e Reabilitação das Incapacidades e Traumatismos (DPR). A supervisão caberá ao Director da Divisão Prevenção e Controlo das Doenças Não-Transmissíveis (DNC) e às representações da OMS nos países.

Abordagem integrada à vigilância, prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis (NCD)

101. Esta área de actividade abrange três programas: doenças crónicas, saúde oral, saúde e envelhecimento.

Doenças crónicas

102. De acordo com a Estratégia Regional para as doenças não-transmissíveis, aprovada em 2000, e o respectivo plano de implementação elaborado em 2001, foi dada prioridade à prevenção e vigilância. Na área da vigilância, a abordagem STEPS, um instrumento concebido pela OMS, foi adoptada como quadro para a vigilância dos factores de risco das doenças não-transmissíveis. A abordagem STEPS caracteriza-se pelo seguinte:

-
- a) criação de instrumentos normalizados que permitam comparar dados entre períodos e entre países;
- b) uso da vigilância STEPS, dependendo dos recursos disponíveis;
- c) vigilância preferencial dos principais factores de risco comuns a muitas doenças não-transmissíveis.
103. Esta vigilância é modular e está organizada em três passos:
- 1º Passo: Avaliação com base em questionários;
- 2º Passo: Avaliação com base em questionários e medições físicas;
- 3º Passo: Avaliação com base questionários e medições físicas e avaliação bioquímica.
104. A passagem de uma fase a outra ou a decisão de começar num nível em vez de outro dependem dos recursos técnicos e humanos de que cada país dispõe. Há três módulos opcionais para cada passo, dependendo dos recursos disponíveis e da informação pretendida para cada factor de risco: módulo principal, módulo principal alargado e módulo opcional. Estão já disponíveis os instrumentos básicos normalizados para os dois primeiros módulos.
105. Em Março de 2002, 21 participantes de 7 países²⁶ receberam formação na metodologia STEPS e outros aspectos da vigilância das doenças não-transmissíveis. No Burkina Faso, Chade, Mauritânia e Níger efectuaram-se análises da situação recorrendo a diversas metodologias.
106. Foram criados em Luanda dois centros de despistagem, tratamento e acompanhamento do cancro do colo do útero, para os países lusófonos, e em Dar-es-Salaam para os anglófonos;²⁷ trinta e três profissionais de 7 países²⁸ receberam formação em duas acções que tiveram lugar em Luanda e Dar-es-Salaam sobre detecção precoce e tratamento do cancro do colo do útero. No âmbito do apoio do Escritório Regional à elaboração de registos do cancro, foi dado apoio financeiro que possibilitou a 17 peritos²⁹ a participação num curso de formação sobre registo do cancro, organizado pela Agência Internacional de Investigação do Cancro (IARC) de Lyon, França.
107. Foi implementada a Fase I do projecto dos cuidados paliativos aos doentes de HIV/SIDA e cancro, incluindo uma análise da situação e avaliação das necessidades dos seguintes países: Botswana, Etiópia, África do Sul, Tanzânia, Uganda e Zimbabwe. Começaram as actividades para a criação de uma base de dados sobre as doenças não-transmissíveis.
108. A Região Africana deu um contributo substancial à preparação da Estratégia Mundial sobre a Nutrição, Actividade Física e Saúde, como um grande passo para a adopção de medidas

²⁶ Argélia, Côte d'Ivoire, Gana, Moçambique, Nigéria, Senegal, Zimbabwe.

²⁷ No ano 2000, foi criado na Guiné um centro semelhante, para países francófonos.

²⁸ Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Tanzânia e Uganda.

²⁹ Do Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gabão, Gâmbia, Guiné, Quênia, Malawi, Mali, Maurícias, Níger, Nigéria, República do Congo, África do Sul, Swazilândia, Tanzânia, Uganda e Zimbabwe.

abrangentes, articuladas, acessíveis e eficazes que reduzam a incidência crescente das doenças não-transmissíveis, recorrendo a intervenções que visam reduzir os factores de risco bem conhecidos.

Saúde oral

109. A aprovação, em 1998, de uma estratégia regional sobre a saúde oral para o decénio seguinte foi um importante marco para a aplicação da nova abordagem política da saúde oral. O Escritório Regional continuou a apoiar os países na implementação desta estratégia. Mais dois países, Lesoto e Quênia, receberam apoio para a análise epidemiológica das doenças orais e a formulação e implementação de planos nacionais de saúde oral.
110. No âmbito do reforço das capacidades regionais para a saúde oral, o apoio do Escritório Regional traduziu-se em apoios técnicos sustentados para reforçar o *Intercountry Oral Health Centre* (ICOH) em Jos, Nigéria. Realizou-se uma consulta regional sobre a adequação da formação e da investigação em saúde oral às necessidades específicas da Região Africana. Essa reunião, onde participaram 22 reitores de faculdades de medicina dentária e 6 directores de escolas de auxiliares de medicina dentária, definiu a nova abordagem à saúde oral.
111. A República Democrática do Congo, Níger, Nigéria e Uganda receberam apoio para o reforço das suas actividades de luta contra o Noma. Em 2002, prosseguiu a preparação de materiais de ensino sobre métodos de prevenção, detecção e tratamento do Noma.

Saúde e envelhecimento (AHE)

112. A Etiópia, Tanzânia e Zâmbia receberam apoio técnico e financeiro para lançarem intervenções orientadas para os idosos afectados e/ou infectados pelo HIV/SIDA e para a elaboração de materiais didácticos, nessa área.

Nutrição (NUT)

113. No âmbito do programa de Nutrição, desenvolveram-se numerosas actividades e os programas regionais correlacionados, como a Atenção Integrada às Doenças da Infância e HIV/SIDA.
114. Os países continuaram a receber apoio para a adopção das políticas nacionais de alimentos e nutrição e a implementação dos planos de acção correspondentes. Em 2002, o apoio incluiu um seminário interpaíses em que participaram 7 Estados-Membros;³⁰ apoio técnico ao Togo para aprovação do seu plano nacional; e auxílio financeiro ao Chade, República Democrática do Congo e Lesoto para combate à malnutrição proteíno-energética. A metodologia dos

³⁰ Eritreia, Etiópia, Quênia, Libéria, Seychelles, Serra Leoa, Zimbabwe.

perfis³¹ foi usada nos Camarões e Zimbabwe como instrumento de advocacia para a obtenção de fundos para os programas de nutrição.

115. Realizaram-se dois seminários interpaíses. Um, sobre deficiências em micronutrientes, reuniu participantes de 20 países³² e foi organizado em colaboração com parceiros intervenientes nos programas de nutrição. O outro, sobre a alimentação de lactentes e crianças pequenas, reuniu 11 países³³ para formação de avaliadores da Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
116. Foi dado apoio específico à recolha de dados de base sobre a nutrição, abordando as carências em micronutrientes (na Eritreia e Guiné-Bissau) e os conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas com o aleitamento materno (no Burkina Faso). Além disso, foram apoiadas a nível nacional numerosas actividades de formação relacionadas com a nutrição. A Nutrição foi igualmente contemplada no apoio da OMS aos países da África Austral que se depararam com uma crise alimentar.

Promoção da Saúde (HPR)

117. As principais actividades no período em análise relacionaram-se com a formação de pontos focais nacionais no planeamento e implementação de actividades de promoção da saúde. Para tal, foram preparados documentos de formação, usados ao longo de dois seminários, um em Cotonou para 8 países francófonos³⁴ e outra em Harare para 11 países anglófonos.³⁵ Essa formação proporcionou aos participantes os conhecimentos e competências necessários para a formulação de políticas e programas de promoção da saúde.
118. Foram divulgados nos países a Estratégia Regional de Promoção da Saúde e vários guias correlacionados. O Botswana, Moçambique, Nigéria, África do Sul e Tanzânia receberam apoio técnico e financeiro para revisão das suas políticas e programas de promoção da saúde. As atribuições dos funcionários responsáveis pela informação e promoção da saúde nas Representações da OMS nos países, foram revistos, de modo a encorajar a sua participação nas actividades de promoção da saúde.
119. Em conjunto com a União Internacional para a Educação e Promoção da Saúde, foi organizada uma reunião sobre o papel das parcerias no desenvolvimento da promoção da saúde. O Escritório Regional coordenou também a celebração do Dia Mundial da Saúde nos países. Foram distribuídos documentos técnicos e promocionais, e publicados na internet. No campo da saúde escolar, foi apoiado técnica e financeiramente o lançamento do projecto

³¹ Os Perfis (ou perfis dos países) são uma descrição dos problemas de nutrição acompanhados de uma descrição pormenorizada dos benefícios que os países podem retirar da implementação de intervenções adequadas.

³² Argélia, Angola, Benim, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Gabão, Guiné, Mali, Mauritânia, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal e Togo.

³³ Benim, Burkina Faso, Camarões, República Centrafricana, Côte d'Ivoire, Gabão, Guiné, Mali, Níger, Senegal, Togo.

³⁴ Argélia, Benim, Cabo Verde, República Centrafricana, República Democrática do Congo, Côte d'Ivoire, Ruanda e Senegal.

³⁵ Botswana, Eritreia, Gâmbia, Gana, Quênia, Lesoto, Moçambique, Nigéria, África do Sul, Zâmbia e Zimbabwe.

LIFE em 6 países (Côte d'Ivoire, Gana, Guiné, Senegal, Ruanda e Swazilândia). Nove países³⁶ foram apoiados, para efectuarem a avaliação dos projectos "Escolas Saudáveis".

Prevenção e reabilitação das incapacidades e traumatismos (DPR)

120. Na sequência do lançamento do *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde* em Bruxelas, Bélgica, a 3 de Outubro de 2002, muitos Estados-Membros da Região Africana solicitaram que o relatório de 2003 fosse publicado nos seus países. O relatório foi largamente disseminado.
121. A Etiópia e Moçambique foram identificados para receberem apoio à criação de sistemas de vigilância da violência e traumatismos. A Etiópia implementou o projecto; Moçambique apresentou a proposta e os fundos estão na fase de disponibilização.
122. Realizou-se um seminário sobre a melhoria dos serviços de reabilitação para 8 países francófonos.³⁷ O Quénia apresentou uma proposta, para a qual foram disponibilizados fundos. Foi concedido apoio financeiro a Angola, Comores, República Democrática do Congo, Gana, Gâmbia e Tanzânia para procederem à análise da situação e recolherem informações sobre cegueira e surdez. Três instituições dedicadas à prevenção e reabilitação de lesões foram avaliadas em 2002, tendo as suas candidaturas a Centros de Colaboração da OMS sido objecto de estudo.

Saúde mental e abuso de substâncias psicoactivas (MNH)

123. Uma boa saúde mental é um recurso positivo, graças ao qual os indivíduos podem concretizar a sua capacidade de trabalhar com produtividade, vencer o *stress* do dia-a-dia e dar um contributo válido à comunidade. Espera-se que o fardo total das doenças devido às perturbações mentais e neurológicas e ao abuso de substâncias psicoactivas registe um aumento, passando dos 11,5% em 1998 para 15% em 2020.
124. As respostas do Escritório Regional às necessidades dos países foram orientadas pela integração da saúde mental e dos problemas da prevenção e luta contra o abuso de substâncias psicoactivas nas reformas do sector nacional da saúde, em especial quanto à elaboração de políticas, organização dos serviços, financiamento e legislação sobre direitos humanos. Estes princípios estão consignados na Estratégia Regional de Saúde Mental para 2000–2010 (Resolução AFR/RC49/R3), aprovada pelos Ministros da Saúde em 1999.
125. O tema para o Dia Mundial da Saúde de 2001 foi "Saúde Mental: Sim aos Cuidados, não à Exclusão". Também o *Relatório sobre a Saúde no Mundo de 2001* foi intitulado "Mental Health: New Understanding, New Hope". Estes destaques, adicionados às Mesas-Redondas

³⁶ Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guiné, Malawi, Mali, Ruanda, Senegal, Zâmbia e Zimbabwe.

³⁷ Benim, Burkina Faso, Burundi, Gabão, República do Congo, Ruanda, Senegal e Togo.

ministeriais da Assembleia Mundial da Saúde, influenciaram muitos países da Região a escolherem a saúde mental e abuso de substâncias psicoactivas como domínios prioritários da cooperação técnica com a OMS.

126. A implementação da Campanha Mundial contra a Epilepsia foi alargada aos 17 países francófonos que participaram numa reunião interpaíses em Lomé, em Março de 2002.³⁸ Foi dado apoio técnico a países seleccionados (Botswana,

República Centrafricana, Lesoto, Maurícias e Ruanda) para revisão das políticas e planos de saúde mental e abuso de substâncias psicoactivas. Representantes de 12 países participaram num seminário sobre epidemiologia da toxicod dependência e elementos de 15 países da Região³⁹ participaram na primeira acção de formação sobre elaboração de políticas e desenvolvimento de serviços, realizada em Tunis de 27 a 29 de Novembro de 2002. O Departamento de Psiquiatria da Universidade do Zimbabue foi apoiado nas actividades de prevenção do suicídio.

127. A disponibilização de recursos facilitou o sucesso da implementação das actividades planeadas para este período. Uma melhor interacção entre a Sede e as representações da OMS nos países, além de melhor colaboração com diversos parceiros, como o Centro de Colaboração da OMS para a Investigação e Formação, Liga Internacional contra a Epilepsia e Gabinete Internacional para a Epilepsia, contribuíram grandemente para uma implementação bem sucedida das actividades. O atraso na apresentação de propostas para projectos de qualidade, por parte dos países-alvo, continua a ser um importante factor negativo.

Questões da política de saúde mental

1. A política promove o desenvolvimento dos cuidados de base comunitária?
2. Os serviços são abrangentes e estão integrados nos cuidados nos cuidados primários de saúde?
3. A política estimula parcerias entre os indivíduos, famílias e profissionais da saúde?
4. A política promove a assunção de responsabilidades por parte de indivíduos, famílias e comunidades?
5. A política cria um sistema que respeite, proteja e promova os direitos humanos das pessoas com perturbações mentais?
6. Existem suficientes prestadores de serviços devidamente formados que assegurem a implementação da política?
7. As estratégias de prevenção e promoção recebem a atenção devida?
8. A política estimula ligações intersectoriais entre a saúde mental e os outros sectores?

Fonte: OMS, Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001—*Mental Health: New Understanding, New Hope*. Organização Mundial de Saúde, Genebra, 2002, p.80.

³⁸ Argélia, Benim, Burundi, Burkina Faso, Cabo Verde, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Gabão, Guiné, Mali, Mauritânia, Níger, Ruanda, Senegal, Togo.

³⁹ Angola, Botswana, Cabo Verde, Gana, Etiópia, Lesoto, Malawi, Mauritânia, Moçambique, Ruanda, África do Sul, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia.

Tabaco (TOB)

128. A utilização do tabaco provoca no mundo, 4,9 milhões de mortes, 70% das quais ocorrem nos países em desenvolvimento. Muitos Estados-Membros têm um conhecimento limitado da dimensão, profundidade e gravidade deste problema nos seus países, encontrando-se vários deles sob enorme pressão para aumentar a produção e o consumo do tabaco, devido à globalização e a problemas de ordem económica. Uma das grandes metas da luta contra o tabaco é melhorar a saúde de todos, eliminando ou reduzindo o consumo e a exposição ao tabaco.
129. As estratégias-chave da área de actividade do tabaco são: reforçar a acção comunitária na luta contra o tabaco, reduzir a sua oferta e distribuição, bem como a publicidade, implementar a legislação e os regulamentos, reduzir a exposição ao fumo do tabaco no ambiente e promover a cessação de utilização do tabaco.
130. Com uma maior consciência da mortalidade devida à utilização e exposição ao tabaco, os Estados-Membros responderam, manifestando preocupação crescente. Quase todos os países da Região Africana participaram nas sessões de negociação intergovernamental da Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica. A Região tem assumido fortemente a liderança na elaboração de um documento sólido e relevante. Na Côte d'Ivoire e Malawi ocorreram reuniões para obtenção de um consenso regional africano. A participação comunitária foi destacada no projecto "Channelling the Outrage", que financiou várias ONG no Malawi, Mauritânia, Moçambique, Nigéria, Togo e Zâmbia para concretizarem programas a nível nacional.
131. A crescente procura pelos países, de apoio técnico para a elaboração de políticas e legislação na luta contra o tabaco são também indicadores de que os Estados-Membros desejam controlar o tabaco, de que são exemplo as solicitações apresentadas pelo Benim, Botswana, Lesoto, Swazilândia e Uganda.
132. Doze países⁴⁰ receberam formação para realizarem o Inquérito Mundial sobre o Tabaco nos Jovens, e 16 países⁴¹ receberam formação na análise e elaboração do relatório para o referido inquérito. O projecto-piloto do Fundo das Nações Unidas para Proteger os Jovens do Tabaco, tem realizado progressos no Quénia e no Senegal. Muitos países continuam a participar no Dia Mundial Sem Tabaco, tendo o Malawi participado pela primeira vez com actividades de relevo. No Benim, realizou-se com sucesso um seminário prático para os profissionais dos principais meios de comunicação social e promotores da saúde. O objectivo era abordar os problemas da luta contra o tabaco nos países francófonos da Região, sensibilizando a comunicação social, os promotores da saúde e o público em geral.

⁴⁰ República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Guiné, Maurícias, Rwanda, Seychelles, Tanzânia, Togo e Zimbábue.

⁴¹ Botswana, Burkina Faso, Chade, Gana, Quénia, Lesoto, Malawi, Mali, Mauritânia, Nigéria, Níger, Senegal, África do Sul, Swazilândia, Uganda e Zâmbia.

-
133. A primeira Conferência Ministerial sobre a Luta contra a Droga em África teve lugar em Yamoussoukro, Côte d'Ivoire. Foi um encontro significativo, no qual os membros da União Africana elaboraram e aprovaram um plano de acção que incluía o controlo do álcool.
134. Reconhecendo os efeitos negativos das substâncias psicoactivas na população, o Botswana solicitou e obteve apoio para elaborar uma estratégia contra o abuso de substâncias psicoactivas. Para reforçar as capacidades sobre epidemiologia da toxicodependência, 13 países⁴² enviaram participantes a um seminário de formação de formadores sobre a epidemiologia da utilização das drogas, no Zimbabwe.

Saúde reprodutiva e da família

135. Os problemas da saúde reprodutiva e da família (RH) na Região Africana constituem uma preocupação de saúde pública, apesar da existência de intervenções com uma boa relação custo-eficácia e de várias resoluções e estratégias de nível mundial e regional, destinadas a apoiar as acções empreendidas nos Estados-Membros. Uma reunião de directores de programas e a criação de uma *task force* regional para a saúde reprodutiva, durante o ano de 2002, reforçaram a promoção da RH junto das famílias, dos adultos, dos adolescentes e das crianças, tendo também ajudado a prosseguir a integração das actividades das quatro áreas, a saber: Saúde da Criança e do Adolescente (CAH); Investigação e Elaboração de Programas sobre Saúde Reprodutiva (RHR), incluindo a formação em Prevenção da Transmissão Vertical do HIV (PMTCT), Tornar a Gravidez mais Segura (MPS) e Desenvolvimento e Saúde da Mulher (WMH, incluindo os aspectos sociais da Saúde Reprodutiva e da Família).
136. No período em análise, todas as áreas de actividade receberam dotações orçamentais muito reduzidas, o que constituiu um sério entrave à implementação das actividades programadas. Todavia, a Divisão cumpriu com a sua missão, independentemente da limitação dos recursos humanos, transferência dos escritórios de Harare para Brazzaville e da difícil situação de segurança no Escritório Regional.

Saúde da criança e do adolescente (CAH)

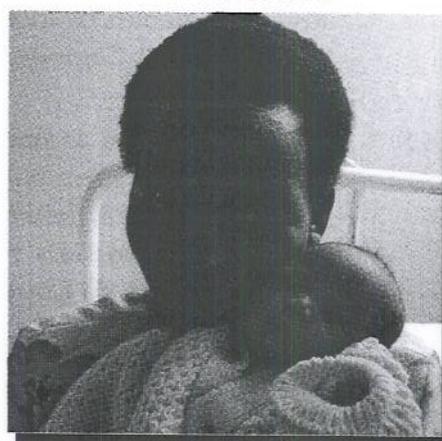
137. A área de actividade saúde da criança e do adolescente ocupou-se da elevada mortalidade e morbilidade perinatal e dos recém-nascidos, das consequências negativas dos maus-tratos e abandono das crianças e da redução da vulnerabilidade dos adolescentes à morbilidade associada a uma actividade sexual precoce e a outros comportamentos de risco. O apoio técnico e financeiro mais intenso, foi direccionado para os países da Região onde se registou 80% de mortalidade infantil. Esse apoio consistiu na melhoria das capacidades e na formação inicial aos níveis regional, nacional e distrital.

⁴² Botswana, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Quênia, Libéria, Namíbia, Seychelles, Serra Leoa, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.

138. Com base nos resultados da avaliação dos cuidados e do tratamento dos recém-nascidos, realizada em sete países no ano de 2001,⁴³ foram postas em prática intervenções destinadas a reduzir a mortalidade e a morbidade perinatal e dos recém-nascidos. O Burundi, a Namíbia, a Nigéria e a Swazilândia puseram em prática actividades destinadas a melhorar a saúde dos recém-nascidos, através da avaliação das necessidades, da formação e da aquisição de equipamento e material. Foi reforçada a advocacia da saúde dos recém-nascidos, bem como a sua integração nos programas de saúde materno-infantil.

139. Em colaboração com a *Academy of Education and Development*, elaborou-se, em três línguas, uma brochura intitulada "Os Recém-nascidos de África: as crianças esquecidas", sobre as causas mais comuns de morte entre os recém-nascidos e a capacidade dos estabelecimentos de saúde para prestarem cuidados de qualidade às mães e aos recém-nascidos.

140. A Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), componente da Saúde da Criança e do Adolescente, visa reduzir a morbidade e a mortalidade entre as crianças com menos de 5 anos de idade, através da melhoria dos sistemas de saúde, das capacidades dos agentes de saúde e das boas práticas no seio das famílias. Análises realizadas em 12 países,⁴⁴ revelaram que 60% dos profissionais de saúde com formação em AIDI sabiam tratar devidamente a pneumonia, a diarreia e a febre. Além disso, os resultados de inquéritos realizados em estabelecimentos de saúde na Tanzânia mostraram que, seguindo os conselhos dos agentes de saúde com formação em AIDI, os destinatários tinham melhorado os seus conhecimentos sobre os cuidados a prestar às crianças durante o período de doença. Recrutaram-se quinze funcionários para os programas nacionais de AIDI, com vista a reforçar as representações da OMS nos países e deu-se formação a 48 técnicos superiores de saúde em gestão de casos de AIDI, utilizando o recentemente criado curso de 6 dias.



Os recém-nascidos de África estão esquecidos?

Fonte: OMS/AFRO

141. Com vista à promoção das boas práticas de alimentação infantil, quatro países (Botswana, Etiópia, Gana e Zimbábue) elaboraram planos para a implementação da Estratégia Mundial para a Alimentação das Crianças e dos Jovens. No contexto do programa do HIV/SIDA, sete países receberam ajuda para reverem a sua política e legislação sobre alimentação infantil. Dezassete consultores receberam formação em aconselhamento sobre o HIV, no domínio da amamentação e da alimentação infantil; 44 consultores receberam formação para a planificação das componentes familiar e comunitária da AIDI. Realizou-se um estudo em 24

⁴³ Burundi, Etiópia, Mauritânia, Namíbia, Nigéria, Swazilândia e Uganda.

⁴⁴ Botswana, Etiópia, Gana, Quênia, Malawi, Mali, Níger, Nigéria, África do Sul, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.

escolas de saúde sobre formação inicial em AIDI, tendo os resultados sido aplicados na realização do planeamento em 10 países.⁴⁵ Oito países⁴⁶ iniciaram a planificação da formação inicial em AIDI. Realizou-se uma reunião interpaíses sobre orientações a seguir no âmbito da formação inicial, destinada aos países francófonos. Através da introdução de um instrumento de avaliação e de um manual, 11 países⁴⁷ abordaram a questão da qualidade dos cuidados ao nível de transferência.

142. Vinte e um países⁴⁸ receberam apoio no domínio da política de saúde dos adolescentes e da investigação e desenvolvimento de programas. O Botswana, os Camarões, o Lesoto, Madagáscar e a Namíbia receberam apoio para a prestação de serviços de saúde amigos dos adolescentes, incluindo a criação de um ambiente favorável no seio da família, da escola e da comunidade. Efectuaram-se análises da situação sobre as políticas e programas da saúde e desenvolvimento dos adolescentes em nove países,⁴⁹ em colaboração com o *Commonwealth Regional Health Community Secretariat*.
143. Em conjunto com as unidades técnicas relevantes do Escritório Regional e da Sede, 20 participantes de nove países⁵⁰ receberam formação, graças ao kit da OMS, *Working with Street Children: a training package on substance use, sexual and reproductive health, including HIV and STDs*. Nos Camarões, realizou-se a formação de melhoria das capacidades para a aplicação da Convenção sobre os Direitos da Criança nos programas de Saúde da Criança e do Adolescente, que envolveu 28 participantes de várias ONG e do sector público. Além disso, as unidades técnicas da Divisão de Saúde Reprodutiva e da Família, Divisão da Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis e da Divisão da Prevenção e Controlo das Doenças Não-Transmissíveis, deram o seu apoio a nove países,⁵¹ para desenvolverem e implementarem as propostas de projectos integrados de saúde sexual e reprodutiva, HIV/SIDA/IST e abuso de substâncias psicoactivas.
144. Entre os instrumentos criados para a advocacia e reforço da saúde dos adolescentes nos países contam-se o Quadro de Implementação da Estratégia Regional Saúde dos Adolescentes e o *kit de Informação sobre Saúde e Desenvolvimento dos Adolescentes*. O Quadro destina-se a acelerar a tradução da estratégia em intervenções aos níveis nacional e sub-nacional.

⁴⁵ Etiópia, Gana, Quênia, Malawi, Nigéria, África do Sul, Tanzânia, Uganda, Zâmbia, Zimbabwe.

⁴⁶ Quênia, Gana, Moçambique, Malawi, Níger, Madagáscar, Zâmbia, Zimbabwe.

⁴⁷ Botswana, Eritreia, Etiópia, Gana, Quênia, Malawi, Nigéria, Tanzânia, Uganda, Zâmbia, Zimbabwe.

⁴⁸ Angola, Benim, Botswana, Burkina Faso, Camarões, Eritreia, Etiópia, Gana, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Moçambique, Namíbia, Senegal, Serra Leoa, Swazilândia, Uganda, Tanzânia, Zâmbia, Zimbabwe.

⁴⁹ Benim, Burkina Faso, Eritreia, Lesoto, Malawi, Senegal, Uganda, Zâmbia, Zimbabwe.

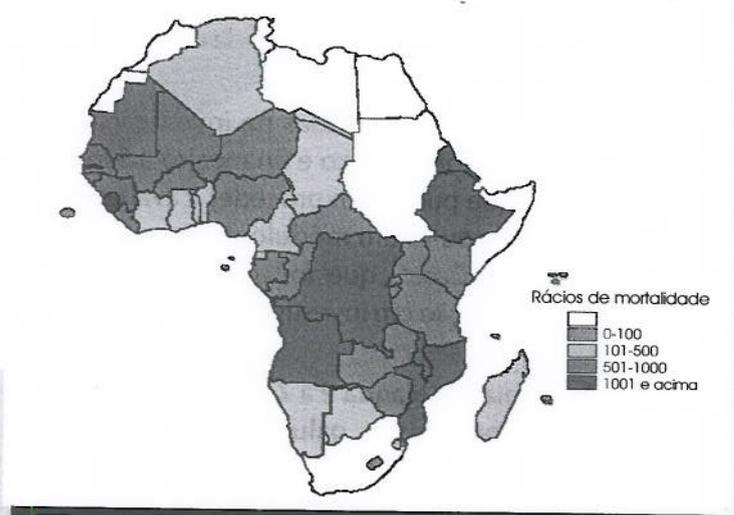
⁵⁰ Angola, Etiópia, Gana, Quênia, Lesoto, Serra Leoa, Uganda, Zâmbia, Zimbabwe.

⁵¹ Botswana, Etiópia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Swazilândia, Tanzânia, Zâmbia, Zimbabwe.

Investigação e elaboração de programas sobre saúde reprodutiva (RHR)

145. Como parte dos esforços destinados a acelerar a implementação da Estratégia Regional de Saúde Reprodutiva, criou-se um quadro para orientar os países a determinarem as suas prioridades, a definirem intervenções eficazes e acessíveis e a implementarem programas apropriados. Um plano de acção comum (POA) 2002-2003 com a Sede facilitou as missões, o financiamento e a implementação. Os gestores dos programas de saúde reprodutiva nas instituições governamentais e os pontos focais nas representações da OMS nos países de 44 Estados-Membros reuniram em Joanesburgo, em Junho de 2002, para rever, actualizar e harmonizar as actividades dos programas de saúde reprodutiva, tanto a nível regional como nacional. Além disso, trocaram informações sobre as boas práticas e as suas experiências no campo da saúde reprodutiva.

Figura 7: Rácios de mortalidade materna em África, 2001



Fonte: Ministérios da Saúde dos países

146. Em 2002, foi criada uma *Task Force* Regional para a Saúde Reprodutiva, composta por peritos e parceiros. Na sua primeira reunião, em Outubro, debateram-se áreas temáticas e programáticas como base para melhorar os serviços de saúde reprodutiva na Região.
147. Fixado em 940 por 100.000 nados-vivos,⁵² o rácio de mortalidade materna (MMR) em África é a mais elevada do mundo. Com base nos dados recebidos dos países, fez-se o mapeamento da mortalidade materna (Figura 7) e criaram-se cartazes nas três línguas de trabalho para serem distribuídos pelos decisores políticos, directores, investigadores, parceiros e representações da OMS nos países, com vista à sensibilização, advocacia e monitorização das tendências. Foi criada uma base de dados regional sobre saúde reprodutiva, para monitorizar as tendências dos respectivos indicadores nesta área.

⁵² OMS/UNICEF/FNUAP. Maternal mortality in 1995. OMS/RHR/01.9. Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2001.

-
148. Apesar do elevado número de consultas únicas nos serviços pré-natais (mais de 80% na Região), a taxa de partos efectuados por pessoal competente atinge os 42%. Os investigadores dos Camarões, Gana, Quénia, Moçambique, Nigéria e Senegal estão a receber apoio técnico e financeiro para investigação operacional destinada a aumentar a percentagem de parturientes assistidas nos estabelecimentos de saúde, por pessoal devidamente qualificado. Angola, Etiópia, Nigéria e Senegal receberam apoio para documentarem o padrão e os resultados dos partos no domicílio e a sua ligação com o sistema de saúde. Os resultados desse estudo ajudarão o Escritório Regional nas recomendações a efectuar sobre os partos em casa, na Região.
149. Prestou-se apoio técnico e financeiro às instituições e às associações médicas nacionais e sub-regionais para a promoção da investigação e das intervenções na área da saúde reprodutiva. Três instituições de investigação *Institute of Primate Research no Quénia; Karle-bu Teaching Hospital, Medical School no Gana e o Centre de Recherche pour la Population et le Développement no Mali* foram avaliados, com vista a uma nova designação, ou a uma primeira designação, como Centros de Colaboração da OMS.
150. Foram criadas redes das instituições envolvidas na investigação da saúde reprodutiva nos Camarões e na Nigéria. Deu-se apoio técnico e financeiro a São Tomé e Príncipe, África do Sul, Swazilândia e Togo, para que pudessem proceder à avaliação das suas necessidades na área da saúde reprodutiva. Elaborou-se um módulo de formação, “Evidence-Based Decision Making in Reproductive Health Care”, que foi aplicado na formação de 11 formadores regionais. No Benim, deu-se formação em investigação operacional aos médicos.
151. O Quénia, o Malawi, a Tanzânia, o Uganda e a Zâmbia receberam apoio para integrarem as actividades de prevenção e controlo do paludismo durante a gravidez nos respectivos programas de saúde reprodutiva. O Botswana, o Uganda e a Zâmbia receberam apoio semelhante para a integração dos cuidados IST nos serviços de saúde reprodutiva, e para elaboração de orientações de formação e gestão de síndromas. Sete países⁵³ receberam apoio para implementarem programas de detecção, através do exame visual, do cancro do colo do útero, com a utilização do ácido acético.
152. Após 18 meses de implementação, procedeu-se à avaliação do Projecto de Apoio Psicossocial às mulheres e famílias que vivem com HIV/SIDA, no Zimbabwe. Os resultados da avaliação confirmaram a utilidade do projecto. Foi feita uma recomendação no sentido de prolongar o projecto por mais um ano e uma segunda recomendação no sentido de se incorporar uma componente investigação que permitisse o desenvolvimento de um modelo. Foram elaborados quatro guias clínicos para o tratamento das mulheres grávidas infectadas com HIV, os quais incluem aconselhamento e testes voluntários, cuidados pré-natais, atenção no peri-parto, pré e durante o parto. Para alargar as actividades do programa de prevenção da transmissão vertical do HIV, procedeu-se ao recrutamento de um perito a nível regional.

⁵³ Etiópia, Lesoto, Nigéria, Tanzânia, Uganda, Zâmbia, Zimbabwe.

Tornar a Gravidez Mais Segura (MPS)

153. Na Região Africana, estima-se que o risco médio da mortalidade materna ao longo do ciclo de vida seja de 1 para 14. Tornar a Gravidez Mais Segura (MPS) é a iniciativa da OMS para reduzir a mortalidade materna, através do reforço das capacidades do sector da saúde, com vista à implementação de intervenções com uma boa relação custo-eficácia e ao controlo dos riscos associados à gravidez. Mais de 75% dos 600.000 óbitos anuais devido a causas relacionadas com a gravidez e os partos podem ser evitados, através do acesso atempado aos cuidados obstétricos de emergência (EOC).
154. Até agora, no biénio 2002–2003, 34 dos 46 Estados-Membros implementaram o programa Tornar a Gravidez mais Segura. Esses países receberam um apoio contínuo para reforçarem os seus sistemas de saúde com equipamento, incluindo os bancos de sangue e os suprimentos de sangue, a formação do pessoal de saúde em técnicas para salvar vidas e a criação de instrumentos e protocolos. O Uganda recebeu apoio para actualizar uma fábrica de medicamentos para a produção de fluídos intravenosos.
155. O paludismo é responsável por 15% dos casos de anemia grave nas mulheres grávidas. Dez países⁵⁴ receberam apoio para a criação de redes anglófonas e francófonas para a Integração da Prevenção e Controlo do Paludismo na Gravidez. Os serviços pré-natais foram reforçados e o pessoal de saúde recebeu formação sobre administração do tratamento preventivo intermitente (IPT) das mulheres grávidas.
156. A revisão de médio-prazo do programa Tornar a Gravidez mais Segura, efectuada no Distrito de Soroti, no Uganda, revelou uma diminuição de 16% para 8% na taxa dos casos fatais. Observou-se uma maior sensibilização das comunidades, maior utilização dos serviços clínicos pré-natais para tratamentos e partos, aumento da taxa de utilização dos contraceptivos e do tratamento preventivo intermitente do paludismo durante a gravidez.
157. A área de actividade Tornar a Gravidez mais Segura encorajou a utilização da tecnologia apropriada no fornecimento de transportes para um sistema eficaz de transferências. O Gana e o Malawi receberam apoio para a criação de sistemas comunitários de ambulâncias destinados ao transporte de emergência das mulheres grávidas para os estabelecimentos de saúde. Foi reconhecido o papel da comunidade num sistema de transferência eficaz, por forma a assegurar a continuidade dos

Ambulâncias tecnologicamente equipadas



Fonte: OMS/Gana

⁵⁴ Benim, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Malawi, Mali, Senegal, Tanzânia, Uganda, Zâmbia, Zimbabwe.

cuidados. No Uganda, criou-se uma comissão de ordem comunitária para gerir e garantir a utilização adequada das ambulâncias.

158. Na Nigéria, o Programa Tornar a Gravidez mais Segura trabalhou com a comunidade para definir o pacote mínimo de cuidados em cada um dos níveis, o que resultou no mapeamento dos serviços de cuidados obstétricos de emergência na zona administrativa *Yagba West Local Government Area*. Para melhorar o acesso financeiro aos cuidados de saúde materna, a Mauritânia pôs em prática um esquema de seguros baseado na comparticipação dos custos. Após a consolidação do MPS na Região de Nouakchott, este programa foi alargado à Região de Gorgol.
159. Deu-se assistência técnica e financeira ao Uganda, Swazilândia e África do Sul para a realização de auditorias às causas de óbitos maternos. Por forma a institucionalizar essas auditorias e reforçar as capacidades nacionais, foram apresentadas as orientações gerais da OMS, designadas “Para além dos números”, que permitem apurar as causas da mortalidade materna. Aquelas foram apresentadas durante a reunião da *Task Force Regional sobre Saúde Reprodutiva*, a várias associações profissionais.⁵⁵
160. As associações profissionais receberam também apoio para incluírem os instrumentos para o Tratamento Integrado da Gravidez e dos Partos (IMPAC) nas instituições de formação básica. A Adenda Africana ao manual sobre Tratamento Integrado da Gravidez e dos Partos foi finalizada e impressa. Foram igualmente finalizadas e enviadas para impressão as orientações destinadas à promoção e implementação das intervenções com base na comunidade. Profissionais da saúde e membros da comunidade de 10 países⁵⁶ receberam formação em Técnicas para Salvar Vidas, por forma a melhorar os cuidados obstétricos de emergência. Na Guiné, Nigéria, Serra Leoa e Uganda fez-se a revisão de protocolos, partogramas e módulos de formação, bem como a divulgação de documentos e instrumentos de referência. Na Côte d'Ivoire realizou-se uma campanha nacional a favor do acompanhamento dos partos por profissionais qualificados.
161. Em colaboração com o Projecto USAID/SARA, foram criados, para a Mauritânia e Região Africana, instrumentos de advocacia baseados no modelo REDUCE e onde se incluem os planos nacionais de advocacia para a redução da mortalidade materna. O modelo REDUCE foi apresentado na primeira reunião da *task force* e dos doadores para a saúde reprodutiva, que se realizou em Nairobi, e na reunião das Primeiras Damas, nos Camarões; desde então, tem sido distribuído a todas as Representações nos países, para a advocacia da saúde materna.

⁵⁵ Ethiopian Association of Surgeons; Association of Obstetricians and Gynaecologists from the East, Central and Southern African sub-Regions; Société Africaine des Gynécologues et Obstétriciens; Society of Obstetricians.

⁵⁶ Comores, Etiópia, Gana, Guiné, Libéria, Malawi, Mauritânia, Nigéria, Serra Leoa, Uganda.

Desenvolvimento e Saúde da Mulher (WMH)

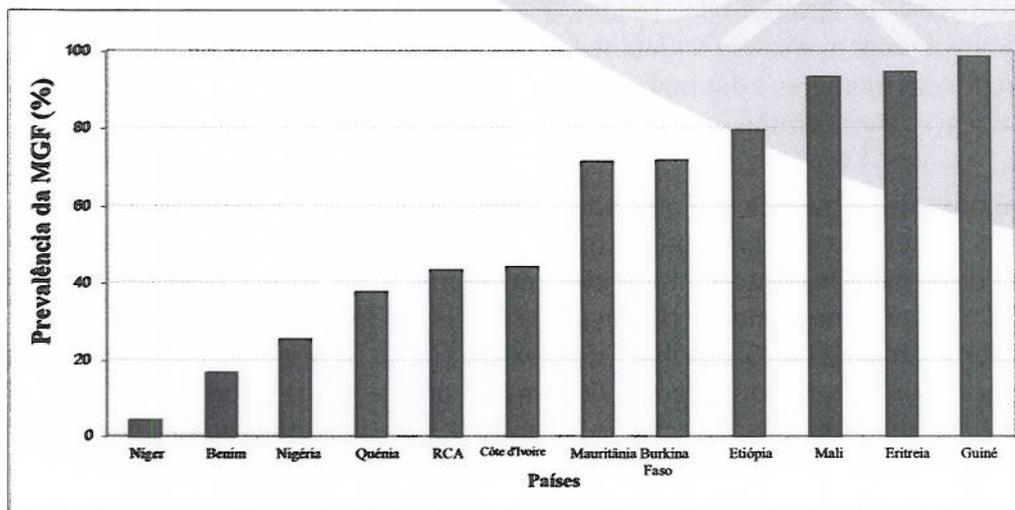
162. Os países receberam apoio para incorporarem as perspectivas do programa Desenvolvimento e Saúde da Mulher (WMH) nas políticas e programas nacionais e para adoptarem uma abordagem multisectorial e multidisciplinar à promoção e protecção da saúde da mulher. Foi igualmente dado realce aos programas que tratam das necessidades dos mais vulneráveis, marginalizados e desfavorecidos, bem como à redução de todas as formas de violência contra as mulheres.
163. Em 18 países,⁵⁷ realizou-se a compilação dos perfis nacionais do programa Desenvolvimento e Saúde da Mulher. Foram realçadas as diferenças entre as mulheres e os homens, no que se refere à procura de cuidados de saúde, ao acesso a serviços de saúde de qualidade e à compra de serviços de saúde. O Quênia e a Nigéria criaram políticas e orientações nacionais de WMH. O Lesoto e a Namíbia elaboraram programas destinados a integrar as questões dos sexos nos programas da saúde. Iniciou-se a preparação do perfil nacional do desenvolvimento e saúde da mulher em São Tomé e Príncipe. A Etiópia fez a avaliação dos direitos das mulheres e dos homens no domínio da saúde reprodutiva e recolheu dados sobre as doenças mais comuns que afectam as mulheres pobres.
164. Elaborou-se a Estratégia Regional para o Desenvolvimento e Saúde da Mulher, que foi revista pelos parceiros a nível nacional e regional. Durante a vigésima-nona Reunião do Programa Regional, foi apresentado um quadro conceptual sobre sexo, saúde e desenvolvimento, o qual realçava a necessidade de integrar a análise sobre os sexos e os respectivos resultados nos programas da OMS. A política dos sexos da OMS foi distribuída pelos países, após o que os pontos focais regionais envolvidos nessa área e na da Saúde e Desenvolvimento da Mulher, reuniram com a secção do pessoal da Sede para discutirem as metas, objectivos e estratégias de comunicação e integração dos sexos. Na Nigéria, os principais parceiros e decisores políticos foram alvo de acções de sensibilização para as questões de Saúde e Desenvolvimento da Mulher; na Guiné, comemorou-se o Dia Internacional da Mulher.
165. Com o objectivo de criar evidências sobre a violência com base nos sexos, a Argélia e a Guiné efectuaram inquéritos sobre a violência contra as mulheres, o Benim realizou um inquérito sobre a condição das jovens empregadas domésticas e Moçambique implementou actividades para a prevenção da violência contra as mulheres. Em colaboração com a unidade de Situações de Emergência e Acção Humanitária, da Divisão de Ambientes Saudáveis e Desenvolvimento Sustentável (EHA/DES), a Guiné recebeu apoio para a prevenção e tratamento dos casos de abuso sexual e de violência com base nos sexos nos campos de refugiados, e junto das pessoas deslocadas internamente na sub-região de Kissidougou. Prestou-se assistência técnica à República do Congo e à Zâmbia, para que pudessem elaborar relatórios sobre a componente WMH da Comissão para a Eliminação da

⁵⁷ Argélia, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Gana, Lesoto, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Seychelles, África do Sul, Tanzânia, Zimbábwe.

Discriminação contra as Mulheres. A África do Sul implementou programas para o aconselhamento e tratamento das mulheres vítimas de abusos e para a melhoria da participação dos homens nas questões da saúde reprodutiva.

166. A prevalência das mutilações genitais femininas (MGF) varia de país para país, oscilando de menos de 10% no Níger a mais de 98% na Guiné (Figura 8). O Escritório Regional continuou a prestar assistência técnica a sete países⁵⁸ que estão a investigar as mutilações genitais femininas e outras formas de práticas tradicionais nocivas. No Quênia e na Guiné-Bissau foram promovidos ritos alternativos de passagem sem a realização da excisão feminina. A advocacia, a mobilização social e o envolvimento dos líderes comunitários, decisores políticos e parlamentares foram usados como estratégias fundamentais para a eliminação das mutilações genitais femininas no Burkina Faso, Chade e Senegal.

Figura 8: Prevalência da mutilação genital feminina em países africanos seleccionados



Fonte: Compilação de inquéritos sobre saúde das populações nos países

167. Os materiais de formação da OMS sobre mutilações genitais femininas, para os programas de formação de enfermagem e de parteiras, foram traduzidos para francês, para ser distribuído em 2003. A Nigéria elaborou um plano de acção para a divulgação e utilização desse manual de formação. O Burkina Faso, Gana, Quênia e Tanzânia reviram os planos curriculares existentes nas escolas médicas, de enfermagem e de parteiras, com a finalidade de integrar a prevenção e tratamento da MGF nas escolas de formação básica. Foram distribuídos aos países materiais de informação-educação-comunicação (IEC) sobre mutilações genitais femininas.
168. Dez países⁵⁹ receberam apoio para criarem um grupo de colaboração multidisciplinar (MCG) sobre mutilações genitais femininas, com a finalidade de proceder à recolha de dados e

⁵⁸ Burkina Faso, Chade, Gana, Quênia, Mali, Nigéria, Tanzânia.

⁵⁹ Burkina Faso, Camarões, Chade, República Democrática do Congo, Gana, Quênia, Mali, Níger, Nigéria, Tanzânia.

resultados dos documentos e de promover as melhores práticas para a eliminação das mesmas. Criou-se uma base de dados regional sobre Mutilação Genital Feminina para a recolha, compilação e análise dos dados fornecidos pelos países, devendo os dados do grupo multidisciplinar ser analisados periodicamente.

169. Em Junho de 2002, 30 membros dos grupos multidisciplinares de colaboração sobre as mutilações genitais femininas, juntamente com representantes do Banco Mundial, USAID, Conselho das Populações e da Sede, reuniram no Mali para levarem a cabo uma revisão das actividades nos países, e que teria a duração de nove meses, tendo também proposto a realização de intervenções eficazes para a eliminação da mutilação genital feminina na Região Africana. Os progressos foram avaliados em termos de desenvolvimento das políticas, intervenções e envolvimento comunitário. Foram identificadas várias intervenções eficazes: a autonomia das aldeias, os ritos alternativos de passagem e o empenhamento dos governos na promoção de legislação e políticas destinadas à protecção dos direitos das mulheres e das crianças.

Ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável

170. A extensão e profundidade da pobreza, assim como as fracas condições ambientais representam enormes ameaças ao desenvolvimento da saúde na Região Africana, onde mais de 450 milhões de pobres não têm acesso a água potável, 490 milhões não dispõem de saneamento adequado e uma em cada cinco crianças morre devido a doenças transmissíveis, contraídas em virtude das condições ambientais. A pobreza é também a principal causa da falta de higiene alimentar e do consumo de alimentos não-seguros. No seu conjunto, estes factores contribuem para as complexas situações de emergência, naturais como provocadas pelo homem, que ocorrem em grande escala na Região.
171. A ligação entre pobreza, ambiente, alimentação e saúde, por um lado e entre a saúde e o desenvolvimento humano por outro, exige que os Estados-Membros, as organizações internacionais e as agências para o desenvolvimento alterem o paradigma médico prevalente no desenvolvimento dos sistemas de saúde, para um outro, que se baseie nas determinantes da saúde. O Escritório Regional Africano da OMS está a responder a este desafio, alargando as suas actividades no domínio da saúde e do desenvolvimento sustentável. A finalidade é fornecer aos Estados-Membros um elevado nível de políticas e o apoio técnico necessário para conferir uma dimensão sanitária às políticas e acções de carácter social, económico, ambiental e de desenvolvimento. As áreas-chave, são:
- a) o reforço da análise da relação existente entre pobreza e a má-saúde, de modo a assegurar que as questões da pobreza sejam consideradas nos esforços de desenvolvimento da saúde a nível nacional e regional;
 - b) a promoção de uma estratégia de longo prazo e de uma abordagem sustentável para o desenvolvimento da saúde;
 - c) a integração das dimensões eficazes da saúde e ambiente, na gestão do ambiente

-
- humano e na elaboração de outras políticas e acções de âmbito nacional;
- d) a preocupação com a elevada morbilidade e mortalidade atribuíveis à inadequada higiene e segurança dos alimentos;
 - e) o reforço da capacidade nacional para a preparação e resposta às situações de emergência e a prestação de apoio técnico e financeiro em situações de crise.
172. A agenda supracitada está a ser implementada através de quatro áreas de actividade: Desenvolvimento Sustentável (HSD), Saúde e Ambiente (PHE), Segurança dos Alimentos (FOS) e Preparação e Resposta às Situações de Emergência (EHA). Estas áreas encontram-se sob a supervisão do Director do Programa Ambientes Saudáveis e Desenvolvimento Sustentável (DES).

Desenvolvimento Sustentável (HSD)

173. Uma boa saúde, especialmente para os pobres, é um bem precioso que contribui de modo sustentável para a redução da pobreza. A pobreza é uma determinante e uma consequência da falta de saúde na Região Africana. Torna-se, por isso, necessário resolver o problema da pobreza através da saúde, para que se possa conseguir um desenvolvimento sustentável. Por essa razão, o Escritório Regional pretende apoiar os Estados-Membros, de modo a fazer da saúde o ponto-chave do desenvolvimento sustentável, através da promoção de uma abordagem estratégica, sistemática e integrada de luta contra a pobreza e outras determinantes da saúde. Mais concretamente, o Escritório Regional pretende reforçar a capacidade dos países, para fazerem face aos desafios de longo prazo que se colocam ao sector da saúde, incorporando na política e nos programas de saúde uma dimensão relativa à pobreza e relacionando a dimensão sanitária com as estratégias gerais de desenvolvimento nacional e regional.
174. Durante a Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional, foi aprovada a Estratégia sobre Pobreza e Saúde para a Região Africana. Realizou-se, igualmente, a reunião anual do Comité Consultivo Africano sobre Pobreza e Saúde. O Escritório Regional contribuiu para a elaboração do módulo de formação sobre pobreza e saúde no seminário sobre Bases Factuais e Informação para a elaboração de Políticas que se realizou na Grécia. Foi também dado apoio aos países para implementarem programas de base comunitária sobre pobreza e saúde. A República do Congo recebeu apoio para iniciar um projecto sobre desenvolvimento comunitário.
175. Realizou-se uma reunião com a União Económica e Monetária da África Ocidental (UEMOA) com a finalidade de rever o âmbito, mandato e modalidades de financiamento a longo prazo de um estudo sobre planeamento da saúde, para os países-membros. Por forma a melhorar as capacidades na Região, foi elaborado um módulo de formação sobre desenvolvimento a longo prazo para o sector da saúde (LHD), tendo sido dada formação aos participantes dos países francófonos. Realizaram-se quatro seminários nos países, com o objectivo de consciencializar para a abordagem LHD e vários países receberam apoio técnico para a sua implementação.

Saúde e Ambiente (PHE)

176. A Região Africana enfrenta várias ameaças ao ambiente: alterações climáticas, rápido crescimento demográfico, urbanização e grandes e repentinos movimentos populacionais. Além disso, os escassos recursos hídricos são contaminados por substâncias químicas tóxicas e perigosas, derivadas de processos industriais antiquados, por resíduos agrícolas e pelo lixo municipal. Consequentemente, as catástrofes naturais, as doenças transmitidas por vectores e as doenças transmissíveis, tais como a cólera, a diarreia e as infecções respiratórias, associadas às fracas condições ambientais, são uma constante na Região.
177. Para melhorar estas condições, o Escritório Regional Africano da OMS tenciona trabalhar com os parceiros do desenvolvimento e os Estados-Membros, para reduzir os efeitos adversos do ambiente sobre a saúde, através da promoção de uma gestão sustentável do ambiente. As áreas prioritárias são a criação de informação, através da avaliação dos riscos ambientais e do mapeamento dos riscos, melhoria da água e do saneamento, maior atenção à saúde ocupacional e promovendo uma abordagem de “cenários” saudáveis como instrumento de acção intersectorial.
178. A Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional aprovou a Estratégia Regional sobre Saúde e Ambiente; desde então, elaboraram-se orientações para a avaliação dos riscos ambientais, bem como orientações para a formulação de políticas de saúde e ambiente. Realizou-se uma reunião destinada aos pontos focais que trabalham na área da saúde e do ambiente, nas Representações nos países e nos ministérios da saúde e deu-se início à elaboração de um módulo de formação para a avaliação dos riscos ambientais. Consequentemente, a Swazilândia formulou uma política de saúde e ambiente, a Tanzânia elaborou orientações para o ambiente e a saúde, a Guiné Equatorial criou normas para a saúde pública e a Mauritânia aprovou legislação sobre água potável.
179. A capacidade dos países para a implementação de programas de saúde e ambiente foi reforçada por uma maior sensibilização e por acções de formação. No Burundi, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Quénia, República do Congo, África do Sul e Uganda deu-se formação ao pessoal essencial envolvido em actividades de saúde ambiental. Na República do Congo e no Malawi, organizou-se um seminário prático de orientação sobre Higiene Participativa e Transformação do Saneamento (PHAST), destinado aos profissionais de saúde pública. Na Etiópia, organizou-se um seminário sobre estabelecimentos prisionais saudáveis.
180. Em muitos países, iniciou-se ou deu-se continuidade aos projectos cidades saudáveis. A iniciativa dos mercados saudáveis, uma componente essencial do projecto cidades saudáveis, em Dar-es-Salaam, na Tanzânia, foi submetida a uma avaliação. Cabo Verde e os Camarões elaboraram planos de acção sobre cidades saudáveis. No contexto da abordagem dos ambientes saudáveis, o Quénia recebeu apoio para resolver a questão do tratamento dos resíduos sólidos nas áreas urbanas. A Côte d'Ivoire implementou duas iniciativas com base nas comunidades e o Benim recebeu apoio para construir incineradoras e tratar a água dos

poços. Em colaboração com o Centro de Colaboração da OMS para a saúde urbana, realizou-se na Cidade do Cabo, África do Sul, um curso de curta duração sobre urbanização e saúde nos países em desenvolvimento.

181. Para promover a saúde dos trabalhadores, o Escritório Regional iniciou conversações com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre a possibilidade de desenvolverem um Esforço Conjunto para a Saúde Ocupacional. O Escritório Regional deu, igualmente, início a um processo que permitirá às universidades da Cidade do Cabo e do Benim, funcionarem como Centros de Colaboração da OMS para a saúde ocupacional e realizou-se um inquérito sobre saúde dos trabalhadores na Região. O Botswana criou um plano estratégico sobre a saúde ocupacional e os funcionários na área da saúde e ambiente na Nigéria, receberam formação nessa área.

Preparação e resposta às situações de emergência (EHA)

182. As Resoluções AFR/RC47/R1 e WHA48.2 solicitavam à OMS que intensificasse a cooperação com os países, no domínio das situações de emergência e acção humanitária. Neste quadro, o Escritório Regional desempenha actualmente um papel de liderança na coordenação da preparação e resposta do sector da saúde às situações de emergência. Especificamente, o Escritório Regional apoia os Estados-Membros a prepararem-se para as situações de emergência e, quando necessário, a reduzirem os efeitos das catástrofes sobre a saúde.
183. Em virtude do aumento do número de catástrofes na Região, as actividades realizadas durante o ano de 2002 centraram-se no apoio da resposta nacional às situações de emergência. O Escritório Regional coordenou a resposta humanitária às situações de emergência na República Democrática do Congo, tendo fornecido medicamentos e vacinas. Foi dado apoio à Guiné para a prevenção e tratamento dos casos de abuso sexual e violência em Kissidougou. Os países receberam um total de 136 kits de emergência no valor de 811.652 dólares americanos. Foram fornecidas vacinas, medicamentos e material médico à Eritreia, Madagáscar, Togo e Uganda. A República do Congo recebeu apoio para efectuar uma avaliação rápida da saúde e recebeu ainda vacinas essenciais e material para o controlo da meningite.
184. Para resolver a crise humanitária na África Ocidental, o Burkina Faso e o Mali receberam apoio técnico necessário para a realização de uma avaliação rápida e a elaboração de planos de contingência. A Guiné recebeu apoio para a gestão do problema das pessoas deslocadas internamente (IDP) e outros grupos vulneráveis. Recrutou-se pessoal essencial para reforçar o *Regional Interagency Coordination Support Office* (RIACSO), que trata das crises humanitárias nos países da África Austral.

A importância da higiene dos alimentos nos mercados



Fonte:OMS/AFRO

185. Alguns países receberam apoio para melhorarem a sua preparação para as situações de emergência. Os Camarões, Guiné, Malawi e Swazilândia criaram planos nacionais de resposta às situações de emergência. Moçambique, Nigéria e Zimbabwe elaboraram orientações para a gestão das situações de emergência. Os principais parceiros em Cabo Verde, Moçambique e Zimbabwe foram sensibilizados para esta questão e, em Moçambique, os funcionários do nível distrital receberam formação sobre preparação e resposta às situações de emergência. A página intranet do EHA foi revista, de modo a fornecer informação pertinente sobre situações de emergência aos outros programas.

Segurança dos Alimentos (FOS)

186. Apesar de serem escassos os dados sobre a segurança dos alimentos na Região Africana e da fragilidade dos sistemas de vigilância, os frequentes surtos de envenenamento alimentar agudo, bem como a elevada incidência e prevalência de doenças diarreicas nos recém-nascidos e crianças pequenas, são indicadores da grande falta de higiene alimentar nos Estados-Membros. Assim, o Escritório Regional Africano da OMS, tem por objectivo ajudar os países a integrar a questão da higiene alimentar nos seus programas de saúde, através do reforço das capacidades no domínio da vigilância alimentar e do apoio à elaboração de legislação, de normas e projectos pertinentes que promovam a segurança e a higiene alimentares.

O manuseamento correcto dos alimentos é essencial para reduzir as doenças de origem alimentar



Fonte: OMS/AFRO

187. Durante o período em análise, o Escritório Regional levou a cabo um inquérito sobre higiene alimentar, que analisou os riscos para a saúde associados ao manuseamento dos alimentos. Como instrumento de sensibilização para esta questão, realizou-se um seminário em Bamaco e actualizou-se o *website* do Escritório Regional, que passou a incluir informação sobre segurança dos alimentos.
188. Como resultado destes esforços, os Estados-Membros começaram a responder positivamente à necessidade de proceder a melhorias nesta matéria. O Botswana realizou seminários em seis comunidades para as sensibilizar para o problema; o Quénia recebeu apoio para desenvolver instrumentos destinados à vigilância dos alimentos; na Argélia, Botswana e Quénia deu-se também formação aos inspectores da segurança alimentar e a outros funcionários interessados, de forma a criar capacidades nacionais para proceder a melhorias no domínio da segurança dos alimentos. O Chade e a Nigéria procederam a análises da situação, destinadas a desenvolver programas nacionais nesta matéria.

Administração e Finanças

189. Para o êxito da implementação da estratégia institucional da OMS através de programas e da cooperação técnica com os Estados-Membros é preciso melhorar e, em certos casos, reorganizar os procedimentos e sistemas empresariais, de forma a que estes possam apoiar mais adequadamente os resultados esperados, definidos no Orçamento-Programa e nos planos de acção. Para esse efeito, o Escritório Regional tem regularmente:
- ajustado e melhorado, na Região, os processos da gestão financeira, dos recursos humanos e outros;
 - implementado um programa para devolver determinadas funções administrativas e financeiras às representações da OMS nos países e às Divisões;
 - reforçado a capacidade administrativa, através do recrutamento ou formação de pessoal administrativo e de outro pessoal essencial de apoio, para permitir que as Divisões e as representações da OMS nos países cumpram as suas tarefas;
 - fornecido orientações e apoio pertinente ao cumprimento das funções das Divisões e das representações da OMS nos países.
190. O regresso a Brazzaville de todas as Divisões, à excepção de uma - a Divisão das Doenças Transmissíveis - resultou na necessidade de criar e reforçar serviços de apoio administrativo, tanto em Brazzaville como em Harare. Este apoio inclui serviços de recursos financeiros e humanos, de gestão logística e de infra-estruturas de informação e comunicação, sendo todos eles cruciais para a execução eficaz do Orçamento-Programa.
191. A agenda acima descrita está a ser implementada através das três áreas de actividade seguintes: Recursos Humanos (HRS), Gestão Financeira (FNS) e Serviços de Infra-Estruturas e Informática (IIS), supervisionadas pelo Director de Administração e Finanças (DAF).

Recursos Humanos (HRS)

192. Para uma eficaz execução do Orçamento-Programa e dos planos de acção, torna-se necessário promover o bem-estar dos funcionários, garantir o seu número adequado e a melhor combinação possível de funcionários qualificados, motivados e empenhados, quer sejam permanentes ou contratados a curto-prazo, bem como pessoal técnico e administrativo. Relativamente a esta questão, as políticas e os procedimentos de criação de postos de trabalho, recrutamento de pessoal, assinatura de contratos, avaliação do desempenho e gestão de benefícios e direitos deverão ser justos e equitativos. A implementação de políticas deverá ter em conta as assimetrias na distribuição geográfica e por sexos, existentes entre os funcionários, sem comprometer a qualidade dos recursos humanos.
193. Com a crescente necessidade de pessoal para executar o Orçamento-Programa e com uma transferência cada vez maior de funções de gestão dos recursos humanos da Sede para o

Escritório Regional, o volume de trabalho nos Recursos Humanos aumentou consideravelmente. Por esta razão, a unidade de pessoal do Escritório Regional foi reforçada para poder efectuar os serviços de gestão com maior eficiência. A unidade foi também equipada com uma sub-unidade de arquivos, com a respectiva congénere em Harare, por forma a fornecer serviços de gestão de pessoal no escritório sub-regional.

194. Para melhorar a gestão geral do pessoal, criou-se um novo procedimento de avaliação do pessoal temporário dos serviços gerais, intensificou-se a colaboração com as divisões técnicas, e deu-se formação em gestão de pessoal aos funcionários e assistentes administrativos, numa acção de formação realizada em Novembro. Para além disso, efectuaram-se, no Escritório Regional e em algumas representações da OMS nos países, sessões de informação sobre o novo sistema de avaliação do desempenho (Sistema de Desenvolvimento e Avaliação do Desempenho, ou PMDS). Foi igualmente iniciada uma estratégia para formação e desenvolvimento de pessoal em toda a Região.

Gestão Financeira (FNS)

195. O Escritório Regional Africano da OMS tem como objectivo a promoção de serviços de gestão financeira eficazes e transparentes que apoiem a gestão do programa, promovam a responsabilização e garantam uma distribuição de verbas de acordo com os procedimentos e normas institucionais. Para esse efeito, a capacidade da área de actividade Serviços de Gestão Financeira, responsável pela execução, está a ser reforçada e os sistemas aperfeiçoados, na Região.
196. Simultaneamente, foi alargado o processo de descentralização das funções de gestão financeira para as divisões e representações da OMS nos países, iniciado no biénio 1998–1999, quando as representações da OMS nos países podiam assumir compromissos financeiros. Em 2002, as divisões foram autorizadas a redigir documentos de compromissos e a emitir autorizações de pagamento. Para garantir a qualidade da descentralização dos serviços de gestão financeira, os funcionários administrativos nas divisões e nas Representações nos países receberam formação em gestão financeira.
197. Para uma implementação eficaz dos planos de trabalho, foram emitidas autorizações de dotação no início do biénio ou ao longo do ano, sempre que o Escritório Regional necessitou de mobilizar recursos extra-orçamentais. Às divisões e às representações da OMS nos países foram prestados serviços de gestão financeira, incluindo o processamento dos compromissos financeiros, créditos e benefícios; foram também preparados e partilhados com as divisões e representações da OMS nos países, relatórios financeiros sobre a execução do orçamento. Os quadros orçamentais para o Orçamento-Programa de 2004–2005, foram elaborados de acordo com as prioridades do Escritório Regional e com as orientações da Directora-Geral e do Director Regional.

Serviços de infra-estruturas e informática (IIS)

198. O Escritório Regional e as representações da OMS nos países necessitam de instalações adequadas, serviços de aquisição de bens, serviços de viagens, tecnologia de comunicações e logística, por forma a executarem o Orçamento-Programa e os planos de acção. Durante o período em análise, uma das principais prioridades foi a funcionalidade dos escritórios de Harare e de Brazzaville.
199. A partir de finais de 2001, cerca de duas centenas de funcionários e 300 toneladas de equipamento de escritório e de objectos pessoais foram transferidos com sucesso de Harare para Brazzaville. Simultaneamente, foram dados passos importantes para melhorar as instalações do Escritório Regional em Brazzaville (Djoué). Em 2002, foi disponibilizado no Djoué alojamento residencial para os funcionários internacionais; foram contratadas empresas de segurança e de limpeza para fazerem a manutenção das instalações; realizaram-se estudos de viabilidade para melhorar o abastecimento de água e de electricidade, tendo sido abertos dois poços, para minimizar os frequentes cortes de água, e adquiriram-se e instalaram-se geradores para suprimir as falhas de corrente. A fim de melhorar a segurança, iniciaram-se as obras de construção de uma vedação periférica para o complexo do Djoué. Foram também instalados detectores de incêndio e um sistema de alarme. Foram ainda ampliados os escritórios localizados nas Highlands, em Harare.
200. As infra-estruturas de informação e comunicação, em Harare e em Brazzaville foram melhoradas. A rede de computadores e de comunicações foi melhorada e protegida por sistemas de segurança em Harare e em Brazzaville; foi finalizada a instalação da intranet do Escritório Regional; foi criado e disponibilizado junto das representações da OMS nos países um pacote de programas informáticos de contabilidade, para gestão de verbas. O Sistema de Gestão de Actividades (AMS) e o Sistema de Gestão Contabilística e Financeira do Escritório Regional tornaram-se totalmente operacionais, tendo-se iniciado o projecto de ligação às representações da OMS nos países.
201. Para além de dar resposta às exigências decorrentes do regresso do Escritório Regional a Brazzaville, continuaram a desenvolver-se esforços para prestar apoio logístico relevante e atempado, o que incluiu a compra de bens e serviços aos melhores preços, a maximização de viagens com boa relação custo-eficácia e a organização da Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional em Harare.

FACTORES NA EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2002

202. Foi realizada a revisão de médio prazo do Orçamento-Programa de 2002–2003. Esta análise evidenciou os principais factores facilitadores e de estrangimento aos níveis regional e nacional.

Factores Facilitadores

203. O primeiro ano da execução do Orçamento-Programa foi facilitado pela vontade política a nível mundial e pelo empenho dos governos nos problemas da saúde. Várias iniciativas internacionais forneceram a oportunidade de financiamento das principais prioridades da Região, através de uma frutuosa cooperação com os parceiros externos. Para os progressos alcançados, foram fundamentais o maior empenho a nível mundial nas reformas do sector da saúde e nas questões ligadas ao desenvolvimento dos recursos humanos, bem como o reforço das parcerias com outras agências.
204. A estreita colaboração entre os vários parceiros e a OMS, aos níveis nacional e mundial, foi um importante factor que facilitou a execução do programa. Para além disso, o empenho e o entusiasmo dos profissionais de saúde ao nível nacional, constituiu um grande contributo. As consultas e negociações entre o Escritório Regional, governos e parceiros, foram bem integradas no processo de execução do Orçamento-Programa na Região, o que encorajou o empenhamento de todos os parceiros.
205. Os factores facilitadores inter-organizacionais incluíram a excelente colaboração entre a Sede, o Escritório Regional e as representações da OMS nos países, o empenho do pessoal, a administração positiva por parte da gestão do Escritório Regional e ainda um forte espírito de equipa e de colaboração entre o pessoal da OMS. Também uma melhoria na área dos recursos humanos e as mudanças na estrutura organizativa do Escritório Regional contribuíram para os resultados do primeiro ano. A atribuição de responsabilidades dos funcionários, a todos os níveis, facilitou a implementação das actividades.

Factores de constrangimento

206. Os problemas de segurança, as emergências complexas e as catástrofes naturais da Região Africana contribuíram para aumentar o número de actividades não implementadas. A transferência do Escritório Regional de Harare para Brazzaville interrompeu também a implementação de certos programas. A análise a médio prazo identificou como problema crucial o funcionamento do Escritório Regional a partir de dois locais diferentes (Brazzaville e Harare).
207. Apesar da estreita colaboração com os Estados-Membros, o frequente atraso nas respostas por parte destes foi identificado como factor negativo para a implementação das actividades.
208. A nível do Escritório Regional, os principais obstáculos foram a escassez de recursos humanos e financeiros. Muitas áreas de actividade carecem ainda de recursos humanos e financeiros adequados. Verificou-se uma pesada dependência de outras fontes de financiamento e de capacidades, e o tempo necessário para a mobilização de fundos constituiu um dos principais entraves. Foram ainda factores de constrangimento, a nível dos ministérios da saúde, a escassez de pessoal qualificado e a fuga de quadros entre os profissionais.

PARTE II: RELATÓRIO SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DO COMITÉ REGIONAL

Programa Regional da Tuberculose

209. A Resolução AFR/RC44/R6 do Comité Regional sobre o Programa Regional da Tuberculose, aprovada em Setembro de 1994, insta os Estados-Membros a manifestarem um maior compromisso político, criando programas nacionais de controlo com unidades centrais e atribuindo dotações orçamentais para a implementação da estratégia de luta da OMS. Os Estados-Membros deverão também reforçar a capacidade e a forma capaz de gestão dos seus programas nacionais, especialmente ao nível distrital, através da utilização dos módulos de formação, e aumentar as actividades de educação para a saúde, através de várias abordagens, incluindo a participação comunitária, sobretudo no que respeita ao estigma social associado à tuberculose. A resolução apela ainda às organizações internacionais, governamentais, não-governamentais e de voluntariado privadas, para que dêem maior apoio financeiro e técnico às actividades de luta contra a tuberculose na Região Africana.
210. Em finais de Dezembro de 2000, 40 dos 46 Estados-Membros tinham definido os seus programas nacionais de luta contra a tuberculose com unidades centrais. Destes países, trinta e cinco tinham já actualizado os seus planos estratégicos a médio prazo, baseados na terapia por observação directa de curta-duração (DOTS). Vinte desses países tinham conseguido uma cobertura nacional dos serviços DOTS (sobretudo no sistema de saúde pública). As dotações orçamentais provenientes do orçamento nacional de saúde e atribuídas à tuberculose tinham sido disponibilizadas para o pessoal, manutenção de infra-estruturas e aquisição de consumíveis e de medicamentos contra a tuberculose. Mais de 50% dos países está ainda extremamente dependente do financiamento externo para apoiar algumas actividades de luta contra a tuberculose, como é o caso da formação.
211. Em finais de 2000, tinham sido melhoradas as capacidades e competências de gestão dos programas nacionais de luta contra a tuberculose, tanto a nível nacional como distrital, através de acções de formação realizadas a nível nacional e interpaíses. Gestores dos programas nacionais de tuberculose de 46 países receberam formação, na área do desenvolvimento, implementação, monitorização e avaliação de programas. Nesses 46 países, pelo menos dois profissionais da saúde a nível de distrito receberam formação na área dos princípios de organização e gestão dos serviços de luta contra a tuberculose, a nível distrital. Foram também realizados vários seminários nacionais de formação direccionados para os profissionais de saúde a nível distrital, em pelo menos 35 países.
212. Foram também levadas a cabo, ao longo dos anos, várias actividades de educação para a saúde e de mobilização social. Desde 1995, o Dia Mundial da Tuberculose tem sido comemorado a 24 de Março, em todos os países e no Escritório Regional. Este evento tem contribuído significativamente para sensibilizar as comunidades para a tuberculose e para a estratégia DOTS, quer aos níveis nacional e regional, quer ao nível da comunidade internacional. O Escritório Regional preparou, igualmente, algum material educativo sobre a

saúde, tuberculose e a estratégia DOTS, sob a forma de cartazes e brochuras, os quais foram amplamente distribuídos em todos os países. Há quatro anos, por iniciativa do Escritório Regional em colaboração com os parceiros, foi lançada uma actividade específica de mobilização das comunidades para participarem na prestação de serviços DOTS. Esta iniciativa, conhecida por Cuidados Comunitários contra a tuberculose, foi já implementada com êxito em quatro países e, no final de 2002, 10 países tinham já iniciado a implementação dos seus planos para o alargamento desta abordagem.

213. Com a intensificação da advocacia aos níveis internacional, regional e nacional, iniciada em meados de 1997 e que culminou com o lançamento, pela Directora-Geral, da iniciativa mundial “Travar a Tuberculose”, em Novembro de 1998, a base da parceria para apoio às actividades de luta contra a tuberculose na Região alargou-se significativamente. Em finais de 2002, pelo menos, 24 dos 34 países mais afectados pela tuberculose na Região tinham, no mínimo, um parceiro financeiro de apoio ao governo nas actividades de luta contra a tuberculose. Dezasseis desses países criaram um órgão coordenador da iniciativa “Travar a Tuberculose” a nível nacional, constituído por parceiros financeiros e técnicos, com o objectivo de apoiar a expansão da DOTS. Espera-se que esta tendência aumente nos próximos anos.
214. Em 2000, a Parceria Mundial “Travar a Tuberculose” criou a Provisão Global de Medicamentos anti-Tuberculose, com a finalidade de colmatar o frequente problema da escassez de medicamentos para a tuberculose e facilitar a rápida expansão da DOTS. A Provisão Global pretende atingir as metas de controlo da tuberculose, aprovadas em 1993 pela Assembleia Mundial da Saúde. Desde o seu lançamento, e com a finalidade de expandir a estratégia DOTS, 18 países da Região Africana foram subsidiados com medicamentos anti-tuberculose.
215. O recentemente criado Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo (GFATM) também veio aumentar os recursos financeiros destinados à expansão da DOTS nos países da Região. Durante as duas primeiras fases de candidatura ao Fundo, foram atribuídos financiamentos para a tuberculose a 13 países da Região, os quais beneficiaram também do apoio técnico do Escritório Regional. Quatro países com propostas conjuntas sobre Tuberculose/HIV receberam também financiamento. Assim, foi atribuído aos países da Região um total de mais de 65 milhões de dólares americanos, para actividades de luta contra a tuberculose.

Estratégia regional para acções humanitárias e de emergência

216. A implementação da estratégia regional para acções humanitárias e de emergência, aprovada em 1997, continuou durante o biénio 2002–2003, através do reforço das capacidades dos países para a preparação e resposta às situações de emergência e ainda para a mobilização de recursos. A Resolução AFR/RC47/R1, que aprovou a estratégia, solicita ao Director Regional que preste o apoio necessário aos Estados-Membros nos seus esforços para desenvolver a

capacidade de gerir as situações de emergência e que coopere com os países-membros nas questões relacionadas com as situações de emergência e acção humanitária.

217. Na preparação para as situações de emergência, concentraram-se esforços na formação em avaliação da vulnerabilidade, através da criação de um grupo de consultores que preste apoio técnico aos países da Região. A avaliação da vulnerabilidade constitui o primeiro passo para a elaboração de programas sobre preparação e resposta às situações de emergência e sobre acção humanitária, a nível dos países.
218. A fim de reforçar a capacidade de planeamento, foi elaborado um guia técnico que foi debatido com os pontos focais dos programas sobre Situações de Emergência e Acção Humanitária (EHA) de todos os países da Região, tendo em vista o seu enriquecimento e a adopção dos seus princípios metodológicos.
219. O domínio dos processos de avaliação das vulnerabilidades e de planeamento para a gestão das emergências, permitiu aos Estados-Membros estarem na posse de dois instrumentos essenciais. Estas actividades requerem abordagens multissetoriais e multidisciplinares a nível dos países e das parcerias entre as agências das Nações Unidas, bem como de outras instituições que operam na esfera das emergências e da acção humanitária.
220. Através da colaboração entre a OMS e o Comité Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (ICRC), foi organizado um seminário sobre resposta às situações de emergência (HELP), no *Regional Public Health Training Institute*, em Ouidah, no Benim. Este esforço será diversificado e prosseguirá numa base a longo prazo, de forma a que a Região Africana, para que venha a possuir um importante grupo de recursos humanos bem formados em preparação e resposta às situações de emergência.
221. A fim de melhorar o apoio técnico e de garantir uma estreita colaboração entre os Estados-Membros em situações de emergência, os coordenadores da EHA foram colocados em Harare, para a África Austral, em Abidjan, para a África Ocidental, em Nairobi e Brazzaville, para a África Central e região dos Grandes Lagos, e em Addis Abeba, para o Corno de África. Esta descentralização deverá facilitar as acções próximo dos utentes, reduzir atrasos nas intervenções e melhorar a qualidade. Para além disso, estão armazenados em Brazzaville, Dakar e Harare, *kits* de emergência prontos a serem utilizados.
222. O Escritório Regional organizou reuniões interpaíses para preparar estratégias e respostas para a crise humanitária que assola determinadas zonas da África Austral e da África Ocidental. Foram elaborados planos de acção concretos que serviram de base para a implementação de estratégias de mobilização de recursos, como parte do Processo de Apelo Consolidado. O empenho cada vez maior dos países na gestão dos Apelos Consolidados permitiu mobilizar recursos substanciais, sobretudo para a África Austral. O Escritório Regional promoveu uma reunião de países da *Manu River Union*, conseguindo juntar a Serra Leoa, Guiné e a Libéria, com a finalidade de desenvolverem intervenções transfronteiriças comuns.

-
223. Todos os países afectados por situações de emergência receberam apoio técnico e financeiro. Este esforço deverá continuar, através de uma dotação adequada de recursos financeiros, de forma a garantir que, em caso de catástrofe, o Escritório Regional esteja presente de imediato, com uma resposta pronta, até que sejam organizadas intervenções conjuntas com os parceiros internacionais e iniciados os pedidos de financiamento.
224. Em todos os países da Região, estão a ser criadas em larga escala unidades de preparação e resposta às situações de emergência nos ministérios da saúde.

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

225. A Estratégia Regional para a Vigilância Epidemiológica Integrada das Doenças foi aprovada em Setembro de 1998, na Resolução AFR/RC48/R2. Esta resolução solicita ao Director Regional que forneça apoio técnico aos Estados-Membros, de forma a permitir-lhes que implementem a actual estratégia e sejam criadas equipas técnicas de epidemiologia, disponibilizando, assim, aos países o auxílio necessário à preparação e rápida resposta às epidemias, no quadro dos protocolos sub-regionais de cooperação e planos de acção correspondentes. A Resolução solicita igualmente aos Estados-Membros que mobilizem recursos de outras fontes para o orçamento ordinário, para apoiarem a implementação da estratégia aos níveis do país, bloco epidemiológico e regional.
226. Foi prestado apoio financeiro e técnico a 36 Estados-Membros, para a avaliação dos seus sistemas de vigilância. Destes, 32 prepararam os seus planos estratégicos nacionais, e 35 elaboraram orientações técnicas a nível nacional para a vigilância e resposta integrada às doenças (IDSR). Para assegurar uma melhor coordenação na implementação da vigilância e resposta integrada às doenças nos países, foram criadas em 36 países equipas multidisciplinares para a coordenação da IDSR; 20 destas equipas encontram-se a funcionar em pleno.
227. Foi ainda prestado apoio financeiro e técnico a todos os Estados-Membros, para reforçarem os seus sistemas de vigilância das doenças transmissíveis. Foram angariados fundos de diferentes programas apoiados pela OMS, para se poder fornecer às unidades de vigilância epidemiológica nos Estados-Membros, equipamento de processamento de dados (computadores) e serviços de comunicação (fax e e-mail). Para promover a análise e a utilização de dados de vigilância, formaram-se gestores de dados de todos os Estados-Membros, em *software* para a gestão de dados e mapeamento.
228. Vinte Estados-Membros receberam apoio para desenvolverem módulos de formação a nível nacional, dirigidos aos profissionais de saúde de distrito; 11 países iniciaram a formação dos profissionais de saúde de distrito, na área da vigilância integrada das doenças.

-
229. Todos os Estados-Membros receberam apoio para reforçar o diagnóstico das doenças prioritárias, através da melhoria de capacidades de pessoal de laboratório na área dos procedimentos-padrão de funcionamento, fornecimento de reagentes e de outros produtos essenciais. Para promover a rede laboratorial a nível regional e sub-regional, foram fornecidos aos laboratórios nacionais de saúde pública, computadores portáteis com ligação para correio electrónico. Foi instalada uma rede de laboratórios de referência para o diagnóstico das febres hemorrágicas.
230. Os Estados-Membros também receberam apoio financeiro e técnico para se prepararem para a detecção e resposta a todas as doenças prioritárias, particularmente as doenças de carácter epidémico. Os países têm acesso a um *stock* importante de medicamentos e material aos níveis regional e sub-regional. Consequentemente, em alguns países, tem havido uma melhoria significativa do sistema de vigilância das doenças prioritárias. Por exemplo, com a detecção precoce e a pronta confirmação e resposta à epidemia de meningite, registada na cintura da meningite; febre amarela na Côte d'Ivoire, Guiné, Libéria e Senegal; e ao Ébola no Gabão e no Uganda. Para detectar as epidemias, semanalmente efectua-se a notificação das doenças de carácter epidémico.
231. No total dos cinco blocos epidemiológicos, estão já instaladas as equipas interpaíses (África do Oeste, África Central, Grandes Lagos, África Austral e Corno de África). Estas equipas, constituídas por epidemiologistas, peritos de laboratório e gestores de dados, estão em pleno funcionamento no que respeita ao apoio na implementação da IDSR, no âmbito do protocolo de cooperação sub-regional. Além disso, foram já instaladas redes de consultores, com o objectivo de prestar apoio técnico, sempre que necessário.
232. Foi criado um Centro de Vigilância Pluripatológica, em Ouagadougou, no Burkina Faso. O centro foi reforçado, por forma a monitorizar a sensibilidade antimicrobiana dos agentes etiológicos das doenças transmissíveis prioritárias, para realizar análises epidemiológicas avançadas, incluindo o teste aos modelos de previsão das epidemias, e para garantir a qualidade dos laboratórios nacionais de saúde pública.
233. Foram angariados recursos de outras fontes através de uma advocacia sustentada para apoiar a implementação regional, interpaíses e nacional da Vigilância Integrada e Resposta às Doenças (IDSR). O apoio financeiro à implementação da IDSR, foi garantido pela intervenção de parceiros-chave, nomeadamente a *United States Agency for International Development (USAID)*, a Fundação Rockefeller e a Fundação Bill and Melinda Gates. Instaram-se os Estados-Membros a mobilizar os recursos de vigilância existentes para a implementação da IDSR.
234. Ao nível regional, a vigilância das doenças transmissíveis foi reorganizada de forma a reajustar os recursos da vigilância das diferentes unidades da Divisão de Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis. A *task force* da IDSR, criada pelo Director Regional, reúne anualmente para analisar a implementação das respectivas actividades, e fazer as suas

recomendações de melhoria. Esta *task force* é constituída por representantes dos Estados-Membros, parceiros técnicos e doadores.

Estratégia regional para a saúde mental

235. A Estratégia Regional para a Saúde Mental 2000–2010 (Resolução AFR/RC49/R3) foi aprovada em 1999. Nesta resolução, o Comité Regional solicita ao Director Regional que forneça apoio técnico aos Estados-Membros, para o desenvolvimento de políticas e programas nacionais de saúde mental e de prevenção e luta contra o abuso de substâncias psicoactivas. Concretamente, a resolução propõe: desenvolver ou proceder à revisão da legislação sobre saúde mental; tomar as medidas adequadas para o reforço da capacidade da OMS, por forma a prestar atempada e eficazmente auxílio técnico, a nível regional e de país, aos programas nacionais de saúde mental e abuso de substâncias psicoactivas, aumentar o apoio à formação de profissionais de saúde mental e promover a medicina tradicional, no contexto da realidade africana. A Resolução solicita ainda ao Director Regional que facilite a mobilização de recursos adicionais para implementar a estratégia da saúde mental nos Estados-Membros, devendo ser apresentado um relatório sobre a implementação da estratégia regional à Quinquagésima-primeira sessão do Comité Regional.
236. Embora os programas de saúde mental existam em 74% dos países da Região, apenas metade destes adoptou políticas de saúde mental e abuso de substâncias psicoactivas.⁶⁰ O tema do Dia Mundial da Saúde de 2001 era “Sim aos cuidados, não à exclusão”. O Relatório Mundial da Saúde de 2001 intitulava-se “Mental Health: New Understanding, New Hope”. Esta sensibilização, em conjunto com as Mesas-Redondas ministeriais da Assembleia Mundial da Saúde, influenciaram cerca de 80% dos países da Região Africana a escolherem a saúde mental e o abuso de substâncias psicoactivas, como domínios prioritários para a cooperação técnica com a OMS. Estes países estão hoje a desenvolver ou a actualizar as suas políticas e programas de saúde mental e, simultaneamente, a melhorar o acesso aos respectivos serviços.
237. Alguns países⁶¹ receberam apoio para a formulação ou revisão das suas políticas e programas de saúde mental. Foi ainda encorajada a integração da saúde mental e da prevenção e luta contra o abuso de substâncias psicoactivas nas reformas em curso no sector da saúde. Foi constituído um grupo de especialistas africanos em saúde mental, que se tem vindo a familiarizar com os instrumentos da OMS para avaliação das necessidades, gestão e preparação do programa. Este grupo será utilizado para apoiar os países na implementação da estratégia da saúde mental.

⁶⁰ Questionário mundial sobre os recursos de saúde mental, efectuada durante o biénio 2000-2001 e agora disponível como publicação e na Internet.

⁶¹ Angola, Botswana, República Centrafricana, Chade, Gabão, Gâmbia, Lesoto, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa.

⁶² Angola, Botswana, Cabo Verde, Gâmbia, Gana, Etiópia, Lesoto, Malawi, Maurítânia, Maurícias, Moçambique, Ruanda, Serra Leoa, África do Sul, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia.

-
238. A OMS preparou e forneceu módulos sobre a elaboração de políticas e programas de saúde mental. Muitos países da Região⁶² tomaram parte em dois encontros mundiais, realizados com o objectivo de familiarizar os planificadores e gestores da saúde mental com os documentos.⁶³ Os relatórios dos países indicam que foram integrados módulos de saúde mental nos cursos de formação do pessoal não-qualificado e foram realizadas acções de formação em serviço, com bolsas atribuídas pela OMS. Alguns países seleccionaram candidatos para receberem formação em disciplinas de saúde mental (neuropsiquiatria, psicologia, psiquiatria, enfermagem psiquiátrica), em instituições regionais de formação.⁶⁴
239. Em colaboração com diversos parceiros, alguns países receberam apoio para a implementação de projectos específicos, nomeadamente: iniciativa mundial para a prevenção do abuso de substâncias psicoactivas entre os jovens; formação em epidemiologia para a utilização dos medicamentos; integração da saúde mental nos cuidados primários de saúde; saúde mental das crianças e dos adolescentes; prevenção do suicídio e reabilitação psicossocial de base comunitária, em situações de conflito ou pós-conflito. O Dia Mundial da Saúde Mental (10 de Outubro) é actualmente comemorado por todos os Estados-Membros e constitui uma oportunidade para promover a saúde mental.
240. A implementação da Campanha Mundial contra a Epilepsia foi alargada a muitos países, através de duas reuniões interpaíses⁶⁵ em que participaram pontos focais nacionais e ONG⁶⁶ ligadas ao tratamento da epilepsia. Com o apoio da OMS, esta campanha foi lançada em, pelo menos, 10 países seleccionados. As demais interacções com a Sede e as representações da OMS nos países, assim como uma melhor colaboração com diferentes parceiros⁶⁷, contribuíram significativamente para a implementação das actividades.
241. Este constitui o segundo relatório de progressos sobre a implementação da estratégia regional para a saúde mental, na sequência da recomendação efectuada na quinquagésima-primeira sessão do Comité Regional. Apesar dos progressos alcançados, a sensibilização para a componente saúde mental nos programas de saúde pública, continua a constituir um importante desafio. Há ainda outros obstáculos a ultrapassar, nomeadamente: a inadequação dos recursos humanos e financeiros; a falta de medicamentos psicotrópicos essenciais, acessíveis para tratar os distúrbios mentais e neurológicos mais comuns; e uma cultura de investigação insuficiente. Para se poder manter o processo de monitorização, será necessário incluir o próximo relatório dos progressos (avaliação a médio-prazo) na ordem de trabalhos da Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional, em 2006.

⁶³ Reunião de Miami, em Julho de 2002 e Reunião de Tunis, em Novembro de 2002.

⁶⁴ Universidades da Cidade do Cabo, Dakar e Abidjan.

⁶⁵ Harare, em Junho de 2001, e Lomé, em Março de 2002.

⁶⁶ Capítulos da Liga Internacional contra a Epilepsia (ILAE) e Gabinete Internacional para a Epilepsia (IBE).

⁶⁷ Centros de Colaboração da OMS para a Investigação e Formação, no Zimbabue e Cidade do Cabo, ILAE, IBE, Federação Mundial para a Saúde Mental, etc.

Política de Saúde para Todos no Século XXI na Região Africana: Agenda 2020

242. Através da Resolução AFR/RC50/R1 o Comité Regional aprovou a Política de Saúde para Todos no Século XXI na Região Africana: Agenda 2020. Esta resolução solicita ao Director Regional que mobilize os Estados-Membros e a comunidade internacional no sentido de actualizarem as suas políticas nacionais de saúde, inspirando-se nas políticas mundiais e regionais e contribuindo desse modo para a mobilização e a utilização racional de recursos destinados à implementação destas políticas. A resolução solicita também: apoio técnico aos Estados-Membros, para que estes possam continuar a rever as políticas e estratégias nacionais de saúde sempre que necessário; um mecanismo para monitorizar e avaliar os progressos na implementação da política Regional de Saúde para Todos: Agenda 2020; e a continuação de uma forte advocacia a favor do perdão das dívidas e a aplicação das poupanças no desenvolvimento sanitário. De acordo com a resolução, na Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional deverá ser apresentado um relatório dos progressos de implementação da Política de Saúde para Todos e posteriormente, de três em três anos.
243. A Declaração do Milénio, aprovada nas Nações Unidas pelos Chefes de Estado conduziu à elaboração das Metas para o Desenvolvimento do Milénio (MDG), algumas das quais dizem respeito à saúde: reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; controlar o HIV/SIDA, a tuberculose, o paludismo e outras doenças infecto-contagiosas; e reduzir a pobreza. As metas e objectivos do desenvolvimento do milénio, estão a ser integrados nas políticas nacionais de saúde e respectivos planos estratégicos.
244. Os Chefes de Estado africanos aprovaram a Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD) que tem, desde então, recebido auxílio de muitos quadrantes, incluindo os G8.⁶⁸ O Escritório Regional contribuiu para o desenvolvimento da componente sanitária do NEPAD, a qual centra a sua atenção no reforço dos sistemas de saúde e na redução do fardo das doenças. A Comissão de Macroeconomia e Saúde publicou o seu relatório, onde fica claramente evidenciada a articulação entre a saúde e o desenvolvimento. As discussões sobre esta questão processaram-se com a Sede e a implementação das recomendações na Região, foi já iniciada.
245. Os países receberam apoio para desenvolvimento de propostas para angariação de financiamento por parte do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, tendo já alguns países da Região recebido financiamento.
246. Efectuou-se uma análise de estudos de casos, por forma a recolher experiências para a reforma do sector da saúde e para a implementação de Abordagens de Base Sectorial (SWAP), tendo-se realizado uma reunião para partilha de experiências e proposta de acções futuras.

⁶⁸ Canadá, Itália, França, Alemanha, Japão, Rússia, Reino Unido, Estados Unidos da América.

-
247. A nível local, estão em curso esforços para tornar operacionais os sistemas distritais de saúde, os quais receberam o apoio de alguns parceiros, nomeadamente da Agência Norueguesa para o Desenvolvimento Internacional (NORAD). Para promover, reanimar e dar relevo a esses esforços de reforma, elaborou-se um quadro destinado à promoção do papel de liderança dos governos.
248. Foi elaborada uma estratégia africana sobre pobreza e saúde, que advoga a consolidação das parcerias mundiais para a saúde, incluindo as parcerias com agências bilaterais e multilaterais envolvidas na preparação dos Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza.
249. Realizou-se uma reunião conjunta OMS/Banco Mundial, para definir o quadro das contribuições que as profissões ligadas à saúde podem dar para a reforma do sector sanitário. Está a ser prestado auxílio técnico, tendo 34 países recebido apoio para reverem as suas políticas e planos nacionais de saúde ou reorganizar os seus sistemas nacionais de saúde, em colaboração com outros parceiros, nomeadamente o Banco Africano de Desenvolvimento e o Banco Mundial.
250. Foram criados e estão actualmente a ser utilizados instrumentos de monitorização e de avaliação para a reforma do sector da saúde. Elaborou-se o Quadro Regional para o Sistema de Gestão da Informação, que forneceu dados sobre os indicadores da saúde na Região, durante a Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional, em Harare. Graças à vigilância integrada das doenças, a notificação sobre os estados de saúde, melhorou substancialmente, em especial no que respeita às doenças transmissíveis. Dezoito países da Região realizaram inquéritos mundiais de saúde, destinados a recolher dados para avaliar o desempenho do sistema sanitário e para monitorizar e avaliar as metas de desenvolvimento do milénio (MDG).
251. Em 10 países, foram implementadas as Contas Nacionais da Saúde (NHA), que são usadas para monitorizar a adequação dos recursos financeiros, de acordo com as Metas de Desenvolvimento do Milénio, e a atribuição de verbas às intervenções prioritárias, conforme o estipulado no relatório da Comissão de Macroeconomia e a Saúde. Essa implementação prossegue em seis outros países da Região.
252. Foi dado apoio aos países para actualizarem as suas políticas nacionais de saúde e respectivos planos estratégicos, de modo a terem em conta os Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza (PRSP), a nível nacional. Alguns países também receberam apoio para elaborarem os seus Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza.
253. A implementação da resolução terá de ser efectuada de forma constante e melhorada. Para este efeito, é necessário aumentar o empenho político mundial ao mais alto nível, o financiamento do sector sanitário e o reforço das parcerias entre os países, a OMS e outras agências empenhadas no desenvolvimento do sistema de saúde. Para apoiar o

desenvolvimento sanitário na Região têm que ser mobilizados mais recursos. É preciso dar uma atenção especial à resolução do problema da inadequação e da fraca motivação dos recursos humanos. É preciso integrar iniciativas internacionais de saúde nos programas e estratégias nacionais e adoptar políticas adequadas que estejam em sintonia com as políticas mundiais e as Metas de Desenvolvimento do Milénio, de forma a otimizar e garantir recursos para a saúde. Embora a Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano forneça um excelente enquadramento político para implementar a Política de Saúde para Todos no Século XXI, em conformidade com o programa de desenvolvimento da União Africana. Torna-se ainda necessário reforçar a mobilização interna de recursos.

Doenças não-transmissíveis: Estratégia para a Região Africana

254. A Resolução AFR/RC50/R4 sobre doenças não-transmissíveis, foi aprovada pela Quinquagésima sessão do Comité Regional, realizada em Setembro de 2000, em Ouagadougou, Burkina Faso. Nesta resolução, o Comité Regional exorta o Director Regional a prestar auxílio técnico aos Estados-Membros na elaboração das suas políticas e programas nacionais de prevenção e luta contra as doenças não-transmissíveis (NCD). Solicita também ao Director Regional que aumente o apoio aos países para a formação de profissionais de saúde na área da prevenção e luta contra as doenças não-transmissíveis, incluindo a monitorização e avaliação de programas a diferentes níveis e a promoção para a utilização de instituições regionais de formação, que facilitem a mobilização de recursos adicionais para implementar a estratégia regional, que elaborem planos funcionais para a década 2001–2010 e que apresentem um relatório de progressos da implementação à Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional, em 2003.
255. Fez-se uma análise situacional das doenças não-transmissíveis em quatro países, nomeadamente Botswana, Burkina Faso, República Democrática do Congo e Zimbábue. Efectuou-se uma consulta regional para rever as orientações sobre hipertensão, elaboradas conjuntamente pela OMS, Sociedade Internacional de Hipertensão, e o pacote mundial da OMS para a luta contra as doenças cardiovasculares. O seu objectivo foi estudar a possibilidade da sua aplicação à Região Africana. Deu-se formação, a 26 participantes de 12 países, em metodologia da implementação dos programas nacionais de luta contra a diabetes, no quadro dos programas de prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis. Organizou-se uma acção de formação sobre a cobertura dos cuidados de saúde para a diabetes em África, que teve lugar em Zanzibar, na Tanzânia, para 22 participantes de 12 países anglófonos e lusófonos,⁶⁹ a qual foi actualizada com conhecimentos e competências na área da avaliação da cobertura e da qualidade dos cuidados para a diabetes, a nível dos países. Foi efectuada ainda uma segunda acção de formação para países francófonos.
256. Na prevenção e luta contra as doenças não-transmissíveis, foram criados três centros de formação sobre controlo do cancro do colo útero: o primeiro em Conakry (Guiné), para

⁶⁹ Angola, Botswana, Gâmbia, Gana, Quênia, Moçambique, Nigéria, África do Sul, Tanzânia, Uganda, Zâmbia, Zimbábue.

países francófonos, o segundo em Luanda (Angola), para países lusófonos, e um terceiro em Dar-es-Salaam (Tanzânia), para países anglófonos. Até hoje, formaram-se nestes centros participantes de 24 países. Em 12 países, criou-se um programa de controlo de cancro do colo do útero. Estas actividades foram organizadas conjuntamente com a Agência Internacional para a Investigação do Cancro (IARC).

257. Na área de investigação, foi dada prioridade à realização de inquéritos sobre factores de risco, tendo em consideração a escassez de dados sobre as doenças não-transmissíveis e a inexistência de sistemas de vigilância. Nove países foram técnica e financeiramente apoiados nesta área.
258. Relativamente à vigilância das doenças não-transmissíveis e dos seus factores de risco, 23 participantes de nove países receberam formação sobre a abordagem passo-a-passo (STEPS) da OMS à vigilância das doenças não-transmissíveis. A STEPS foi usada como um instrumento para recolha de dados nos inquéritos realizados, em nove países⁷⁰, com o apoio da Sede e do Escritório Regional Africano. O Programa das Doenças Crónicas (CDP) foi reforçado com o recrutamento de um profissional para lidar sobretudo com a vigilância e a criação de uma base de dados sobre doenças não-transmissíveis. Graças a uma forte advocacia, cerca de dois terços dos Estados-Membros possuem, actualmente, unidades de doenças não-transmissíveis nos ministérios da saúde.
259. Esta estratégia constitui uma resposta à crescente ameaça que são hoje as doenças não-transmissíveis na Região. Ela destina-se a aperfeiçoar a capacidade dos Estados-Membros para melhorar a qualidade de vida, aliviando o fardo das doenças não-transmissíveis e promovendo estilos de vida saudáveis, no seio das populações da Região Africana.
260. Na sequência de uma ampla divulgação da estratégia e da resolução junto dos Estados-Membros e instituições relevantes, o Escritório Regional, em colaboração com a Sede da OMS, levou a cabo em Abril de 2001, em Harare, no Zimbabwe, uma reunião consultiva sobre a implementação da estratégia no Zimbabwe, em Abril de 2001. Esta consulta resultou não só na concepção de um quadro destinado a dar resposta às áreas prioritárias de vigilância, prevenção e controlo das principais doenças não-transmissíveis e seus factores de risco, sublinhando os elementos-chave a incluir num plano de acção regional, para o período de 2002–2003, mas também na criação de uma rede de parcerias. O relatório final da reunião foi amplamente divulgado aos Estados-Membros e instituições relacionadas com as doenças não-transmissíveis, incluindo os Centros de Colaboração da OMS.

Saúde dos adolescentes: Estratégia para a Região Africana

261. Através da sua Resolução AFR/RC51/R3, o Comité Regional aprovou a estratégia regional sobre a saúde dos adolescentes. Esta resolução solicita ao Director Regional que continue a

⁷⁰ Argélia, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gana, Moçambique, Nigéria, África do Sul, Zimbabwe.

sua advocacia em prol dos programas de saúde dos adolescentes, mobilizando os recursos adequados para a sua implementação; que preste apoio técnico aos Estados-Membros na área da elaboração e implementação de políticas e programas nacionais; e que mobilize os governos, as agências das Nações Unidas, as ONG e outros parceiros, para que organizem seminários e conferências destinados aos jovens, para que estes possam debater os problemas e desafios que se colocam à melhoria da saúde e ao desenvolvimento dos adolescentes. A resolução solicita também apoio a instituições e a peritos nacionais, para que desenvolvam a investigação no domínio dos problemas e necessidades da saúde dos adolescentes. De acordo com a resolução, durante a Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional, deverá ser apresentado um relatório dos progressos, de implementação dos programas para a saúde dos adolescentes, aos níveis nacional e regional.

262. A estratégia regional sobre saúde dos adolescentes está hoje disponível nas três línguas de trabalho da Região, tendo sido distribuída pelos Estados-Membros e parceiros. Dada a sua importância e utilidade para a saúde dos adolescentes, vários países solicitaram e receberam cópias adicionais para distribuírem pelos seus parceiros. A saúde dos adolescentes está hoje incluída no plano de acção bienal (2002–2003) de 29 Estados-Membros.
263. Foram também elaborados cartazes nas três línguas de trabalho, para promoção dos serviços de saúde amigos dos adolescentes e da educação sobre qualidade de vida (desenvolvimento das competências sociais), que foram distribuídos pelos Estados-Membros e parceiros.
264. Foi criado um quadro para a implementação da estratégia da saúde dos adolescentes e um “kit de informação” sobre saúde e desenvolvimento dos adolescentes, de forma a facilitar a implementação da estratégia e a sua tradução para políticas e programas pertinentes nos Estados-Membros. Estes documentos serão traduzidos e distribuídos brevemente.
265. Procedeu-se a iniciativas de promoção, junto dos peritos e dos implementadores dos programas nacionais. A estratégia da saúde dos adolescentes e o seu quadro de implementação foram apresentados aos gestores do programa de saúde reprodutiva, de todos os Estados-Membros durante a reunião de Joanesburgo, em Junho de 2002. Na sequência, 34 dos 46 países pediram apoio técnico e financeiro ao Escritório Regional, para traduzirem a estratégia regional em programas a nível de país. Muitos deles estão já a implementar programas específicos para os adolescentes.
266. Como resultado desta sensibilização para a saúde dos adolescentes no seio do Escritório Regional, existe uma estreita colaboração para a implementação de intervenções, entre as divisões e unidades técnicas, nomeadamente, a Divisão da Família e Saúde Reprodutiva (DRH), a Divisão da Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis (DDC, com o Programa Regional da SIDA), Divisão das Doenças Não-Transmissíveis (DNC, com a Promoção da Saúde e Abuso de Substâncias Psicoactivas) e Divisão de Sistemas de Saúde e Desenvolvimento de Serviços (DSD, com as Reformas do Sector da Saúde e Recursos Humanos de Enfermagem). Além disso, a colaboração com parceiros, como a

Commonwealth Regional Health Community Secretary for Eastern and Southern Africa, tem dado maior destaque à questão da saúde dos adolescentes.

267. Prestou-se apoio técnico aos Estados-Membros, para desenvolverem competências capazes de lidar com as crianças de rua, através da mobilização e formação de gestores de ONG de nove países.⁷¹ Algumas destas ONG estão hoje a implementar intervenções específicas baseadas nessa formação, no Uganda e na Zâmbia. A Gâmbia e os Camarões receberam apoio para que integrassem as perspectivas dos direitos das crianças nos seus programas de saúde sexual e reprodutiva. Nove países⁷² receberam apoio para desenvolverem projectos integrados na área da saúde dos adolescentes.
268. Em colaboração com o *Commonwealth Regional Health Community Secretary*, foram analisadas, elaboradas ou reforçadas as políticas e os programas de saúde dos adolescentes em 15 países.⁷³ O resultado destas análises servirá de base para o desenvolvimento das orientações políticas da saúde dos adolescentes para a Região e o reforço das intervenções de saúde dos adolescentes nos países.
269. As reuniões, seminários e acções de formação regionais e nacionais sobre saúde dos adolescentes beneficiaram de apoio técnico. Durante a reunião da OMS para cooperação técnica interpaíses, realizada na Swazilândia, para oito países da África Austral, foi apresentada uma comunicação sobre a estratégia regional para a saúde dos adolescentes e sobre a cooperação do Escritório Regional com os países. Prestou-se apoio técnico e financeiro à realização do sétimo Congresso da Sociedade Africana de Ginecologia e Obstetrícia, no Mali, em 2003, em que se dedicou um dos dias às questões da saúde dos adolescentes. O Escritório Regional apresentou um documento sobre orientações estratégicas e perspectivas sobre a saúde dos adolescentes.
270. Foram formados jovens na área da investigação e elaboração de propostas de projectos. Foram elaborados seis projectos sobre os factores contributivos para os problemas de saúde prioritários entre os jovens: DST/HIV/SIDA (Camarões), gravidez na adolescência (Lesoto), aborto de risco (Malawi), exploração sexual (Moçambique), utilização e abuso de substâncias psicoactivas (Zâmbia) e comportamentos promotores da saúde entre os jovens (Quénia). Os países receberam financiamento para a implementação dos seus projectos. Os resultados estão a ser compilados a fim de serem divulgados aos países.

Estratégia regional para a vacinação para o período 2003–2005

271. Através da sua Resolução AFR/RC52/R2, o Comité Regional Africano da OMS aprovou a estratégia regional para a vacinação para o período 2003–2005. A resolução solicita ao Director Regional que seja monitorizada a implementação das estratégias para a aceleração

⁷¹ Angola, Etiópia, Gana, Quénia, Lesoto, Serra Leoa, Uganda, Zâmbia, Zimbabwe.

⁷² Botswana, Etiópia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Swazilândia, Tanzânia, Zâmbia, Zimbabwe.

das actividades de controlo das doenças, com especial relevo para a erradicação da poliomielite, eliminação do tétano neonatal, controlo do sarampo e da febre amarela e ainda o reforço dos sistemas de vacinação de rotina. Esta resolução pretende incentivar uma maior colaboração com todas as agências internacionais, organizações de doadores e parceiros do Programa Alargado de Vacinação, a fim de melhor coordenar as políticas e utilização de recursos de uma forma eficaz e sustentável. Anualmente, será apresentado ao Comité Regional um relatório dos progressos realizados.

272. O Escritório Regional forneceu apoio aos Estados-Membros para reforçarem os seus programas nacionais de vacinação e implementarem a estratégia “que permita chegar a todos os distritos”, incluindo o microplaneamento e a monitorização dos programas a nível distrital, em 17 países. Deu-se apoio à realização de revisões e à implementação de recomendações para inverter a tendência negativa da cobertura vacinal no Botswana, Namíbia e Swazilândia. Onze países receberam apoio para a planificação ou avaliação de vacinas, cadeia de frio, transporte e das injeções seguras (incluindo a gestão dos resíduos).
273. Deu-se assistência técnica a 18 países para elaborarem as suas propostas e candidaturas, a serem estudadas pela Comissão de Revisão Independente da Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação (GAVI). As propostas referem-se ao apoio aos sistemas de vacinação, segurança das injeções e às novas vacinas. O Escritório Regional deu o seu apoio a cinco países, para a realização da primeira avaliação, após a introdução de novas vacinas. As recomendações resultantes de algumas destas avaliações, estão já a ser implementadas. Em colaboração com o Secretariado da GAVI, o Escritório Regional apoiou sete países na elaboração e apresentação de planos de sustentabilidade financeira para os seus Programas Alargados de Vacinação.
274. Foi prestado auxílio aos Estados-Membros para a erradicação da poliomielite. Em Dezembro de 2002, havia apenas três países polio-endémicos na Região Africana, incluindo a Nigéria, onde se encontram mais de 97% dos poliovírus selváticos identificados. O padrão de certificação dos indicadores de vigilância da paralisia flácida aguda foi atingido pela primeira vez ao nível regional e, a nível nacional, em quase 70% dos países. Cerca de 60% dos países da Região usaram os recursos e a experiência de vigilância da PFA para apoiar a vigilância de outras doenças transmissíveis prioritárias.
275. As lições retiradas das revisões externas da vigilância da PFA, efectuadas em oito países prioritários em 2002, foram usadas como referência para preparar os planos de acção para a vigilância de 2003, por forma a melhorar a qualidade da vigilância em todos os países que ainda não têm um desempenho optimizado a nível nacional ou sub-nacional.
276. A Comissão para a Certificação da Região Africana (ARCC) examinou os relatórios apresentados por cinco Comissões Nacionais de Certificação e prestou orientações para a consecução da certificação livre de polio. O Escritório Regional deu formação a membros das Comissões Nacionais de Certificação (NCC) e das Comissões Nacionais de Peritos da

Poliomielite (NPEC), em 13 países. Em dois países, foram completados planos para a circunscrição da poliomielite.

277. No que respeita à aceleração da redução da mortalidade pelo sarampo, a OMS deu apoio técnico a oito países para vacinação suplementar e vigilância. Em conjunto com a UNICEF, a OMS apoiou quatro países na realização de uma segunda ronda de vacinação contra o sarampo. Foi garantido um fundo adicional de 20 milhões de dólares americanos para actividades a decorrerem em 2003, destinadas a 37 milhões de crianças em nove países, de modo a evitar o número anualmente estimado de 161.023 casos de sarampo. Mais cinco países intensificaram a vigilância do sarampo, fazendo com que o número total de países envolvidos nesta actividade suba para 18.
278. Relativamente à eliminação do tétano materno e neonatal, mais 14 países foram apoiados para a elaboração de planos plurianuais com o objectivo de eliminação do tétano materno e neonatal. Dez países levaram a cabo uma vacinação suplementar de toxóide tetânico, tendo a eliminação do tétano neonatal sido validada em três países.
279. Para melhorar o acesso à vacina da febre amarela, a proposta conjunta OMS/UNICEF apresentada ao Conselho da GAVI e que permitiria aumentar a nível mundial, de dois para seis milhões a reserva de vacinas para as situações de emergência, foi aprovada na reunião do Conselho, em Novembro de 2002.
280. As reuniões anuais de 2002 da *Task Force* para a Vacinação (TFI) e da Comissão de Coordenação Interagências da Região Africana (ARICC) realizaram-se em Abuja, na Nigéria. Participaram nestas reuniões dezoito parceiros que debateram as perspectivas futuras para o reforço das actividades de vacinação na Região Africana, incluindo as questões relativas a uma utilização eficaz dos recursos e a sua sustentabilidade.
281. Os Representantes da OMS nos países prosseguiram o seu apoio às Comissões Interagências de Coordenação (ICC), para promover a coordenação, mobilização e a monitorização de recursos, área em que a GAVI se tem revelado catalisadora. A OMS continua as actividades de liderança dos grupos de trabalho sub-regionais da GAVI. Neste âmbito, todos os parceiros mais relevantes têm realizado regularmente, reuniões para discutir os progressos e os planos de apoio técnico.

CONCLUSÃO

282. Os contributos e os progressos realizados pelo Escritório Regional Africano reflectem o trabalho da OMS na Região, conforme foi salientado em 2002, através da revisão de médio prazo do Orçamento-Programa para 2002–2003. Ao longo desse período, a tónica foi colocada, por um lado, na prestação de produtos e serviços e, por outro, no grau de implementação das resoluções do Comité Regional.

-
283. De uma forma geral, foram registados progressos notáveis em toda a Região. Estes traduziram-se no plano financeiro, por uma taxa média de implementação do orçamento de cerca de 67%, o que se situa, portanto, muito para além do objectivo previsto de 55%.
284. Entre as realizações notáveis, revelou-se excepcional o reforço da capacidade de gestão dos programas, obtido através da elaboração de novas Estratégias de Cooperação da OMS com os Países, para os quais foram já finalizados 23 documentos, e da implementação da abordagem da gestão baseada em resultados, com a implementação do sistema informático do Sistema de Gestão de Actividades (AMS).
285. No que se refere à gestão dos problemas prioritários de saúde, é oportuno mencionar o maior apoio prestado aos países, para a criação ou renovação das estratégias, orientações e protocolos de prestação de cuidados, a atribuição de recursos adicionais e a disponibilização de peritos para a luta contra as doenças transmissíveis, redução de factores de risco conhecidos para as doenças não-transmissíveis e a promoção da saúde reprodutiva, especialmente através da redução da mortalidade materna.
286. Merecem igualmente realce a aprovação das estratégias regionais para a redução da pobreza; saúde e ambiente e vacinação (2002–2005); a aceleração na implementação da estratégia regional para o desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde e a aprovação do Orçamento-Programa de 2004–2005.
287. Alguns outros resultados de relevo são o apoio continuado ao desenvolvimento dos recursos humanos na Região, o aperfeiçoamento das tecnologias da informação e comunicação no Escritório Regional e nos países e o êxito da transferência do pessoal e de todos os seus bens pessoais, de Harare para Brazzaville.
288. Relativamente às resoluções do Comité Regional, fizeram-se esforços substanciais para a sua implementação, mesmo verificando-se diferentes graus nas realizações efectuadas. Assim, as actividades recomendadas em algumas das resoluções encontram-se, actualmente, na fase de expansão ao nível da sua implementação. Temos como exemplo, a resolução da estratégia DOTS, que está hoje a ser aplicada em larga escala nos países, e ainda o melhor acesso da população aos serviços de saúde. Do mesmo modo, aumentou o acesso das populações aos serviços de saúde e a implementação da estratégia regional sobre saúde mental está em fase de franca expansão, em 74% dos países da Região.
289. A implementação de algumas resoluções foi iniciada com êxito. É o caso da resolução sobre vigilância epidemiológica integrada, que começou em 35 dos 46 países da Região. Relativamente às doenças não-transmissíveis estão, actualmente, a ser canalizados esforços para instalar estruturas específicas dentro dos ministérios da saúde, em cerca de dois terços dos países, bem como para analisar a situação epidemiológica dessas doenças, e os seus factores de risco. Foi prestado apoio técnico a 15 países, para desenvolverem ou actualizarem as políticas específicas da saúde dos adolescentes a algumas organizações não-

governamentais em nove países, para intensificarem os projectos das crianças de rua. A estratégia regional para as situações de emergência e acção humanitária tem ajudado a reforçar a capacidade dos países para a sua preparação em situações de emergência, organização da resposta e mobilização de recursos, especialmente no âmbito dos Apelos Consolidados.

290. No que respeita à implementação da Agenda 2020, as Metas para o Desenvolvimento do Milénio reflectem-se cada vez mais nas políticas nacionais de saúde (em 34 dos 46 países), verificando-se a existência de várias iniciativas, nomeadamente, a Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD) e o Fundo Mundial de Luta contra o HIV/SIDA, Tuberculose e Paludismo, que estão a contribuir para a sua implementação.
291. Também outras iniciativas, como a Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação (GAVI), estão a contribuir para acelerar a implementação do Programa Alargado de Vacinação (PAV) para 2003–2005, sobretudo no que respeita às actividades sistemáticas de vacinação. Os esforços para a erradicação da polio, permitem reduzir a três o número de países onde se identifica a persistência do poliovírus selvático, o que comprova os progressos realizados na luta para a erradicação da poliomielite. Envidaram-se também esforços para a vacinação contra o sarampo, tétano neonatal e febre amarela.
292. Independentemente das dificuldades encontradas no primeiro ano de implementação do Orçamento-Programa de 2002–2003, houve um certo número de factores favoráveis que contribuíram para os resultados registados neste e em muitos outros relatórios. O ano de 2002 foi assinalado por uma dedicação sem precedentes às questões relacionadas com a saúde dos Estados-Membros e das agências internacionais de cooperação. Além disso, houve uma maior compreensão do processo de gestão do programa da OMS na Região Africana. O conceito de “uma OMS única”, encontrou expressão, tanto na conjugação de esforços a todos os níveis da OMS, como no empenhamento dos seus funcionários.
293. Para fazer face aos numerosos desafios, orientámo-nos no sentido de canalizar os nossos esforços e recursos para as áreas em que a intervenção da OMS possa fazer a diferença. Por este motivo, fizemos um apelo aos Estados-Membros para entenderem melhor a nossa opção e prestarem o seu melhor apoio aos nossos esforços nesse sentido.
294. Em conclusão, e como é evidente neste documento, os funcionários da OMS, a quem dedico este relatório, efectuaram progressos notáveis, tendo todos dado o seu contributo em condições bem difíceis. Gostaria, por isso, de aproveitar esta ocasião para exprimir a minha gratidão pela sua dedicação.

ANEXO 1

EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2002-2003 - RUBRICAS ORÇAMENTAIS

Em 31 de Dezembro de 2002

#	Rubrica orçamental	Orçamento Ordinário				Fundos de Outras Fontes				Total				
		Aprovado	Transfe-rência	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa
01	Doenças transmissíveis	5.428,000	575,000	6,003,000	4,281,000	71%	104,500,000	30,854,000	16,728,000	54%	109,928,000	36,857,000	21,009,000	57%
	Doenças não-transmissíveis e saúde mental	5.226,000	473,000	5,699,000	3,060,000	54%	2,500,000	1,668,000	1,129,000	68%	7,726,000	7,367,000	4,189,000	57%
03	Saúde Comunitária	8,864,000	46,000	8,910,000	6,257,000	70%	38,684,000	12,717,000	7,622,000	60%	47,548,000	21,627,000	13,879,000	64%
	Desenvolvimento sustentável e ambientes saudáveis	5,443,000	300,000	5,743,000	4,122,000	72%	268,000	1,467,000	685,000	47%	5,711,000	7,210,000	4,807,000	67%
05	Tecnologias da saúde e produtos farmacêuticos	3,898,000	-140,000	3,758,000	2,504,000	67%	91,832,000	63,406,000	47,602,000	75%	95,730,000	67,164,000	50,106,000	75%
	Bases factuais e informação para as políticas	13,410,000	92,000	13,502,000	7,887,000	58%	268,000	2,858,000	871,000	30%	13,678,000	16,360,000	8,758,000	54%
07	Relações externas e órgãos directivos	3,979,000	408,000	4,387,000	3,143,000	72%	1,462,000	3,427,000	2,077,000	61%	5,441,000	7,814,000	5,220,000	67%
	Administração geral	18,977,000	6,063,000	25,040,000	17,102,000	68%	12,168,000	16,430,000	10,093,000	61%	31,145,000	41,470,000	27,195,000	66%
09	Director-Geral, Directores Regionais e Funções Independentes	1,714,000	-15,000	1,699,000	1,196,000	70%	0	0	0		1,714,000	1,699,000	1,196,000	70%
10	Países	119,533,000	-11,645,000	107,888,000	72,678,000	67%	1,458,000	123,533,000	81,038,000	66%	120,991,000	231,421,000	153,716,000	66%
Total		186,472,000	-3,843,000	182,629,000	122,230,000	67%	253,140,000	256,360,000	167,845,000	65%	439,612,000	438,989,000	290,075,000	66%

EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2002-2003 — ÁREAS DE ACTIVIDADE

Em 31 de Dezembro de 2002

Área de actividade	Orçamento Ordinário				Fundos de Outras Fontes				Total				
	Aprovado	Transfe-rência	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa
01.1.01 CSR	1,795,000	195,000	1,990,000	1,573,000	79%	3,000,000	8,354,000	3,598,000	43%	4,795,000	10,344,000	5,171,000	50%
01.2.01 CPC	1,141,000	675,000	1,816,000	1,425,000	78%	65,000,000	1,855,000	1,611,000	87%	66,141,000	3,671,000	3,036,000	83%
01.3.01 CRD	380,000	-9,000	371,000	158,000	43%					380,000	371,000	158,000	43%
01.4.01 MAL	1,131,000	-301,000	830,000	398,000	48%	34,500,000	17,470,000	10,463,000	60%	35,631,000	18,300,000	10,861,000	59%
01.5.01 TUB	981,000	16,000	997,000	727,000	73%	2,000,000	3,175,000	1,056,000	33%	2,981,000	4,172,000	1,783,000	43%
02.1.01 NCD	2,457,000	-87,000	2,370,000	1,119,000	47%	1,000,000	511,000	214,000	42%	3,457,000	2,881,000	1,333,000	46%
02.2.01 TOB	701,000	308,000	1,009,000	509,000	50%	1,000,000	819,000	749,000	91%	1,701,000	1,828,000	1,258,000	69%
02.3.01 HPR	442,000	124,000	566,000	566,000	100%		279,000	140,000	50%	442,000	845,000	706,000	84%
02.4.01 DPR	275,000	295,000	570,000	301,000	53%		26,000	3,000	12%	275,000	596,000	304,000	51%
02.5.01 MNH	1,351,000	-167,000	1,184,000	565,000	48%	500,000	33,000	23,000	70%	1,851,000	1,217,000	588,000	48%
03.1.01 CAH	1,221,000	255,000	1,476,000	559,000	38%	7,000,000	7,612,000	4,871,000	64%	117,654,000	44,225,000	25,198,000	57%
03.2.01 RHR	1,666,000	198,000	1,864,000	1,625,000	87%	1,684,000	1,577,000	839,000	53%	3,350,000	3,441,000	2,464,000	72%
03.3.01 MPS	2,098,000	-429,000	1,669,000	1,292,000	77%					2,098,000	1,669,000	1,292,000	77%



EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2002-2003 - ÁREAS DE ACTIVIDADE

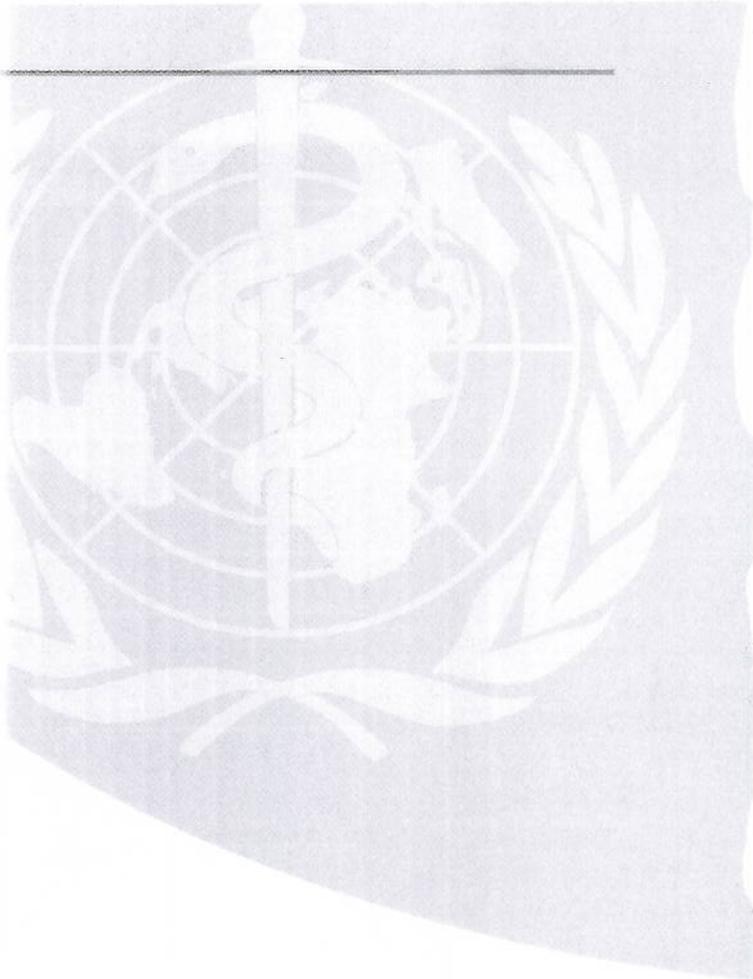
Em 31 de Dezembro de 2002

Área de actividade	Orçamento Ordinário					Fundos de Outras Fontes					Total		
	Aprovado	Transfe-rência	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa
03.4.01	862,000	92,000	954,000	535,000	56%		225,000	61,000	27%	862,000	1,179,000	596,000	51%
03.5.01	3,017,000	-69,000	2,948,000	2,247,000	76%	30,000,000	3,303,000	1,851,000	56%	33,017,000	6,251,000	4,098,000	66%
04.1.01	1,132,000	200,000	1,332,000	935,000	70%	268,000	280,000	189,000	68%	1,400,000	1,612,000	1,124,000	70%
04.2.01	682,000	152,000	834,000	659,000	79%	0	117,000	96,000	82%	682,000	951,000	755,000	79%
04.3.01	2,254,000	-374,000	1,880,000	1,375,000	73%		110,000	12,000	11%	2,254,000	1,990,000	1,387,000	70%
04.4.01	150,000	150,000	300,000	123,000	41%					150,000	300,000	123,000	41%
04.5.01	1,225,000	172,000	1,397,000	1,031,000	74%		960,000	389,000	41%	1,225,000	2,357,000	1,420,000	60%
05.1.01	1,609,000	-37,000	1,572,000	1,133,000	72%		469,000	446,000	95%	1,609,000	2,041,000	1,579,000	77%
05.2.01	415,000	240,000	655,000	397,000	61%	91,832,000	62,937,000	47,156,000	75%	92,247,000	63,592,000	47,553,000	75%
05.3.01	1,874,000	-343,000	1,531,000	974,000	64%					1,874,000	1,531,000	974,000	64%
06.1.01	1,505,000	25,000	1,530,000	604,000	39%	0	27,000	25,000	93%	1,505,000	1,557,000	629,000	40%
06.2.01	3,677,000	85,000	3,762,000	2,620,000	70%		25,000	21,000	84%	3,677,000	3,787,000	2,641,000	70%
06.3.01	716,000	-16,000	700,000	332,000	47%		5,000	1,000	20%	716,000	705,000	333,000	47%
06.4.01	7,512,000	-4,000	7,508,000	4,330,000	58%	268,000	2,801,000	824,000	29%	7,780,000	10,309,000	5,154,000	50%
07.1.01	1,374,000	318,000	1,692,000	1,570,000	93%					1,374,000	1,692,000	1,570,000	93%
07.2.01	2,605,000	90,000	2,695,000	1,573,000	58%	1,462,000	3,427,000	2,077,000	61%	4,067,000	6,122,000	3,650,000	60%
08.1.01	557,000	118,000	675,000	489,000	72%	0	229,000	98,000	43%	557,000	904,000	587,000	65%
08.2.01	2,442,000	0	2,442,000	988,000	40%	1,691,000	2,601,000	1,011,000	39%	4,133,000	5,043,000	1,999,000	40%

EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2002-2003 - ÁREAS DE ACTIVIDADE

Em 31 de Dezembro de 2002

Área de actividade	Descrição	Orçamento Ordinário				Fundos de Outras Fontes				Total				
		Aprovado	Transferência	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa
08.3.01	FNS	3,600,000	0	3,600,000	1,847,000	51%	3,141,000	3,241,000	2,553,000	79%	6,741,000	6,841,000	4,400,000	64%
08.4.01	IIS	12,378,000	5,945,000	18,323,000	13,777,000	75%	7,336,000	10,359,000	6,430,000	62%	19,714,000	28,682,000	20,207,000	70%
09.1.01	DCO	1,084,000	-25,000	1,059,000	675,000	64%	0	0	0	0	1,084,000	1,059,000	675,000	64%
09.2.01	DDP	630,000	10,000	640,000	521,000	81%	0	0	0	0	630,000	640,000	521,000	81%
Países		119,533,000	-11,645,000	107,888,000	72,678,000	67%	1,458,000	123,533,000	81,038,000	66%	120,991,000	231,421,000	153,716,000	66%
Total		186,472,000	-3,843,000	182,629,000	122,230,000	67%	253,140,000	256,360,000	167,845,000	65%	439,612,000	438,989,000	290,075,000	66%



ANEXO 3

EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA — PAÍSES

Em 31 de Dezembro de 2002

Países	Orçamento Ordinário				Fundos de Outras Fontes				Total						
	Aprovado	Transfe- rências	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Transfe- rências	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Transfe- rências	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa
Argélia	1,870,000	(94,000)	1,776,000	950,000	53%		48,000	48,000	29,000	60%	1,870,000	(46,000)	1,824,000	979,000	54%
Angola	3,135,000	(172,000)	2,963,000	2,207,000	74%		10,021,000	10,021,000	7,249,000	72%	3,135,000	9,849,000	12,984,000	9,456,000	73%
Benin	2,447,000	(156,000)	2,291,000	1,819,000	79%		1,011,000	1,011,000	190,000	19%	2,447,000	855,000	3,302,000	2,009,000	61%
Botswana	2,001,000	(46,000)	1,955,000	1,110,000	57%		160,000	160,000	61,000	38%	2,001,000	114,000	2,115,000	1,171,000	55%
Burkina Faso	2,927,000	(287,000)	2,640,000	1,780,000	67%		3,138,000	3,138,000	1,732,000	55%	2,927,000	2,851,000	5,778,000	3,512,000	61%
Burundi	2,894,000	(431,000)	2,463,000	1,647,000	67%		1,320,000	1,320,000	555,000	42%	2,894,000	889,000	3,783,000	2,202,000	58%
Camarões	2,239,000	(237,000)	2,002,000	1,460,000	73%	400,000	153,000	553,000	407,000	74%	2,639,000	(84,000)	2,555,000	1,867,000	73%
Cabo Verde	2,084,000	(273,000)	1,811,000	1,245,000	69%		63,000	63,000	12,000	19%	2,084,000	(210,000)	1,874,000	1,257,000	67%
República Centrafricana	2,699,000	(162,000)	2,537,000	1,763,000	69%		133,000	133,000	38,000	29%	2,699,000	(29,000)	2,670,000	1,801,000	67%
Chade	2,989,000	(219,000)	2,770,000	2,365,000	85%		1,040,000	1,040,000	794,000	76%	2,989,000	821,000	3,810,000	3,159,000	83%
Comores	2,420,000	(286,000)	2,134,000	1,593,000	75%		155,000	155,000	41,000	26%	2,420,000	(131,000)	2,289,000	1,634,000	71%
Congo	2,247,000	(272,000)	1,975,000	1,224,000	62%		770,000	770,000	513,000	67%	2,247,000	498,000	2,745,000	1,737,000	63%
Côte d'Ivoire	2,256,000	(252,000)	2,004,000	1,336,000	67%		1,228,000	1,228,000	771,000	63%	2,256,000	976,000	3,232,000	2,107,000	65%
República Democrática do Congo	3,206,000	(293,000)	2,913,000	2,489,000	85%	500,000	15,029,000	15,529,000	12,977,000	84%	3,706,000	14,736,000	18,442,000	15,466,000	84%
Guiné Equatorial	1,561,000	(136,000)	1,425,000	1,104,000	77%		201,000	201,000	166,000	83%	1,561,000	65,000	1,626,000	1,270,000	78%
Eritreia	2,245,000	(142,000)	2,103,000	1,419,000	67%		1,244,000	1,244,000	371,000	30%	2,245,000	1,102,000	3,347,000	1,790,000	53%
Etiópia	4,526,000	(540,000)	3,986,000	2,466,000	62%		15,219,000	15,219,000	10,390,000	68%	4,526,000	14,679,000	19,205,000	12,856,000	67%
Gabão	1,738,000	(246,000)	1,492,000	986,000	66%	326,000	58,000	384,000	219,000	57%	2,064,000	(188,000)	1,876,000	1,205,000	64%
Gâmbia	2,029,000	(197,000)	1,832,000	1,495,000	82%		762,000	762,000	434,000	57%	2,029,000	565,000	2,594,000	1,929,000	74%

EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA — PAÍSES

Em 31 de Dezembro de 2002

Países	Orçamento Ordinário					Fundos de Outras Fontes					Total				
	Aprovado	Transfe- rências	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Transfe- rências	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Transfe- rências	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa
Gana	2,245,000	(326,000)	1,919,000	1,175,000	61%		2,106,000	2,106,000	1,010,000	48%	2,245,000	1,780,000	4,025,000	2,185,000	54%
Guiné	2,900,000	(254,000)	2,646,000	1,750,000	66%		1,110,000	1,110,000	715,000	64%	2,900,000	856,000	3,756,000	2,465,000	66%
Guiné-Bissau	2,308,000	(109,000)	2,199,000	1,533,000	70%		56,000	56,000	31,000	55%	2,308,000	(53,000)	2,255,000	1,564,000	69%
Quênia	2,586,000	(209,000)	2,377,000	1,641,000	69%		4,429,000	4,429,000	2,432,000	55%	2,586,000	4,220,000	6,806,000	4,073,000	60%
Lesoto	2,454,000	(564,000)	1,890,000	729,000	39%		384,000	384,000	116,000	30%	2,454,000	(180,000)	2,274,000	845,000	37%
Libéria	2,724,000	(166,000)	2,558,000	2,127,000	83%		899,000	899,000	701,000	78%	2,724,000	733,000	3,457,000	2,828,000	82%
Madagáscar	2,532,000	(318,000)	2,214,000	1,175,000	53%		3,767,000	3,767,000	3,105,000	82%	2,532,000	3,449,000	5,981,000	4,280,000	72%
Malawi	2,685,000	(303,000)	2,382,000	1,426,000	60%		2,913,000	2,913,000	673,000	23%	2,685,000	2,610,000	5,295,000	2,099,000	40%
Mali	3,153,000	(372,000)	2,781,000	1,769,000	64%		913,000	913,000	707,000	77%	3,153,000	541,000	3,694,000	2,476,000	67%
Mauritânia	2,553,000	(255,000)	2,298,000	1,376,000	60%		807,000	807,000	457,000	57%	2,553,000	552,000	3,105,000	1,833,000	59%
Maurícias	1,609,000	(111,000)	1,498,000	627,000	42%		13,000	13,000	2,000	15%	1,609,000	(98,000)	1,511,000	629,000	42%
Mocambique	3,149,000	(172,000)	2,977,000	1,916,000	64%		2,529,000	2,529,000	1,118,000	44%	3,149,000	2,357,000	5,506,000	3,034,000	55%
Namíbia	2,103,000	(478,000)	1,625,000	1,331,000	82%		380,000	380,000	251,000	66%	2,103,000	(98,000)	2,005,000	1,582,000	79%
Níger	3,178,000	(123,000)	3,055,000	2,335,000	76%		1,408,000	1,408,000	1,118,000	79%	3,178,000	1,285,000	4,463,000	3,453,000	77%
Nigéria	4,255,000	(268,000)	3,987,000	2,789,000	70%		21,112,000	21,112,000	16,725,000	79%	4,255,000	20,844,000	25,099,000	19,514,000	78%
Reunião	196,000	(4,000)	192,000	37,000	19%		-	-	-	-	196,000	(4,000)	192,000	37,000	19%
Rwanda	3,085,000	(435,000)	2,650,000	1,395,000	53%		1,510,000	1,510,000	1,137,000	75%	3,085,000	1,075,000	4,160,000	2,532,000	61%
Santa Helena	144,000	(3,000)	141,000	15,000	11%		-	-	-	-	144,000	(3,000)	141,000	15,000	11%
São Tomé e Príncipe	1,812,000	(327,000)	1,485,000	995,000	67%		36,000	36,000	27,000	75%	1,812,000	(291,000)	1,521,000	1,022,000	67%
Senegal	2,450,000	(156,000)	2,294,000	1,370,000	60%		1,038,000	1,038,000	463,000	45%	2,450,000	882,000	3,332,000	1,833,000	55%



EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA — PAÍSES

Em 31 de Dezembro de 2002

Países	Orçamento Ordinário				Fundos de Outras Fontes				Total						
	Aprovado	Transfe- rências	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Transfe- rências	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Transfe- rências	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa
Seychelles	1,522,000	(135,000)	1,387,000	702,000	51%		6,000	6,000	(2,000)	-33%	1,522,000	(129,000)	1,393,000	700,000	50%
Serra Leoa	2,492,000	(130,000)	2,362,000	1,533,000	65%		3,101,000	3,101,000	1,105,000	36%	2,492,000	2,971,000	5,463,000	2,638,000	48%
África do Sul	3,733,000	(430,000)	3,303,000	2,185,000	66%		2,033,000	2,033,000	1,063,000	52%	3,733,000	1,603,000	5,336,000	3,248,000	61%
Swazilândia	2,077,000	(148,000)	1,929,000	1,278,000	66%		759,000	759,000	385,000	51%	2,077,000	611,000	2,688,000	1,663,000	62%
Togo	2,324,000	(140,000)	2,184,000	1,504,000	69%		640,000	640,000	127,000	20%	2,324,000	500,000	2,824,000	1,631,000	58%
Uganda	2,894,000	(356,000)	2,538,000	2,560,000	101%	200,000	2,887,000	3,087,000	2,140,000	69%	3,094,000	2,531,000	5,625,000	4,700,000	84%
República Unida da Tanzânia	2,894,000	(354,000)	2,540,000	1,700,000	67%		7,119,000	7,119,000	3,637,000	51%	2,894,000	6,765,000	9,659,000	5,337,000	55%
Zâmbia	2,997,000	(439,000)	2,558,000	1,653,000	65%		2,168,000	2,168,000	1,404,000	65%	2,997,000	1,729,000	4,726,000	3,057,000	65%
Zimbábue	2,966,000	(119,000)	2,847,000	1,594,000	56%	32,000	6,199,000	6,231,000	3,442,000	55%	2,998,000	6,080,000	9,078,000	5,036,000	55%
Total	119,533,000	(11,645,000)	107,888,000	72,678,000	67%	1,458,000	122,075,000	123,533,000	81,038,000	66%	120,991,000	110,430,000	231,421,000	153,716,000	66%