

Actividades da OMS na Região Africana

2006-2007

Relatório Bienal do Director Regional



AFR/RC58/2
Original: Inglês

Actividades da OMS na Região Africana

2006-2007

Relatório Bienal do Director Regional

À quinquagésima-oitava sessão do
Comité Regional Africano
Yaoundé, República dos Camarões
1-5 de Setembro de 2008

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
Escritório Regional Africano
Brazzaville • 2008

Dados da Biblioteca AFRO para Catalogação na Publicação
Actividades da OMS na Região Africana 2006-2007
Relatório Bienal do Director Regional

1. Organização Mundial da Saúde
2. Administração em Saúde Pública
3. Regionalização
4. Prioridades em Saúde
5. Nível de Saúde
6. África

ISBN 92 9 034 017 7 (Classificação NLM : WA 540 HA1)

© Escritório Regional Africano da OMS, 2008

As publicações da Organização Mundial da Saúde beneficiam da protecção prevista pelas disposições do Protocolo nº 2 da Convenção Universal dos Direitos de Autor. Reservados todos os direitos. Cópias desta publicação podem ser obtidas na Unidade dos Serviços Linguísticos e de Publicações do Escritório Regional Africano da OMS, Caixa Postal 6 , Brazzaville, República do Congo (Tel: +47 241 39100; Fax: +47 241 39507; E-mail: afrobooks@afro.who.int). Os pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir esta publicação, quer seja para venda ou para distribuição não comercial, devem ser enviados para o mesmo endereço.

As designações utilizadas e a apresentação dos dados nesta publicação não implicam, da parte do Secretariado da Organização Mundial da Saúde, qualquer tomada de posição quanto ao estatuto jurídico dos países, territórios, cidades ou zonas, ou das suas autoridades, nem quanto à demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas nos mapas representam fronteiras aproximadas, sobre as quais é possível que ainda não exista total acordo.

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

A Organização Mundial da Saúde tomou as devidas precauções para verificar a informação contida nesta publicação. Todavia, o material publicado é distribuído sem qualquer tipo de garantia, nem explícita nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do referido material cabe exclusivamente ao leitor. Em caso algum, poderá a Organização Mundial da Saúde ser considerada responsável por prejuízos que decorram da sua utilização.

Impresso na Índia.....

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 período de 1 de Janeiro de 2006 a 31 de Dezembro de 2007.

Assinatura

*Dr. Luis Gomes Sambo
Director Regional*

ÍNDICE

Página

SIGLASviii

RESUMO X

Parágrafos

INTRODUÇÃO.....1-5

Parte I: EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA 2006-2007.....6-247

1.1 REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS

Gestão Global das Actividades do Secretariado 6-25

Gestão dos Programas 26-49

Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde..... 50-77

VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo 78-100

Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis 101-133

Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis..... 134-166

Saúde Familiar e Reprodutiva 167-198

Ambientes Saudáveis e Desenvolvimento Sustentável 199-223

Administração e Finanças.....224-238

1.2 FACTORES CONDICIONANTES NA EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA239-247

Factores facilitadores..... 239-243

Factores de constrangimento 244-247

Parte II PROGRESSOS REALIZADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DO COMITÉ REGIONAL.....248-314

AFR/RC53/R1: Macroeconomia e saúde: perspectivas futuras
na Região Africana.....248-251

AFR/RC53/R6: Intensificação das intervenções contra o HIV/SIDA,
tuberculose e paludismo na Região Africana.....252-258

AFR/RC54/R2: Reposicionamento do planeamento familiar nos serviços de
saúde reprodutiva: quadro estratégico para uma acção
acelerada, 2005-2014.....259-262

AFR/RC54/R3: Intervenções prioritárias para o reforço dos sistemas nacionais de
informação sanitária.....263-265

AFR/RC54/R4: Saúde e segurança ocupacional na Região Africana: análise
da situação e perspectivas.....266-269

AFR/RC54/R5: Melhorar o acesso aos cuidados e ao tratamento do HIV/SIDA na
Região Africana: a iniciativa ‘3 by 5’ e para além desta.....270-272

AFR/RC54/R6: Abuso sexual de crianças: uma urgência sanitária silenciosa.....	273-277
AFR/RC55/R2: Consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde: análise da situação e perspectivas na Região Africana.....	278-282
AFR/RC56/R1: Plano estratégico Regional para o programa alargado de Vacinação 2006-2009.....	283-288
AFR/RC56/R2: Sobrevivência infantil: uma estratégia para a Região Africana.....	289-293
AFR/RC56/R3: Prevenção do VIH na Região Africana: estratégia de intensificação e aceleração.....	294-295
AFR/RC56/R4: Pobreza, comércio e saúde: um problema emergente para o desenvolvimento sanitário.....	296-298
AFR/RC56/R5: Financiamento da saúde: estratégia para a Região Africana.....	299-303
AFR/RC56/R7: Gripe das aves: preparação e resposta à ameaça de uma pandemia.....	304-306
AFR/RC56/R8: Gestão dos conhecimentos na Região Africana: orientações estratégicas.....	307-311
AFR/RC57/R3: Controlo da oncocercose na Região Africana da OMS: situação actual e perspectivas.....	312-314
CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS.....	315-324
Conclusão.....	315-319
Perspectivas.....	320-325
	<i>Página</i>
ANEXOS:Execução do Orçamento 2006-2007 na Região Africana.....	71
Quadro 1: Execução do orçamento ordinário, por área de actividade, Dezembro de 2007	71
Quadro 2: Execução do orçamento das contribuições voluntárias, por área de actividade, Dezembro de 2007	72
Quadro 3: Execução do orçamento consolidado, por área de actividade, Dezembro de 2007	73
Áreas de actividade.....	74
LISTA DAS FIGURAS	<i>Página</i>
1. Adequação dos recursos e indicadores dos sistemas nacionais de informação sanitária dos países apoiados pela Rede de Metrologia da Saúde, 2007.....	10
2. Países com políticas nacionais de medicina tradicional, 2001-2007.....	12
3. Países que participam no esquema de avaliação externa da qualidade da hematologia e química clínica do Escritório Regional.....	13
4. Número de pessoas que vivem com o HIV/SIDA, em terapêutica antirretroviral, na Região Africana da OMS, 2004-2007.....	16
5. Número estimado de pessoas recém-infectadas pelo VIH na África Subsariana, 1990-2007.....	17
6. Tendências regionais das metas mundiais para o controlo da TB, 1994-2006.....	18

7.	Testes e tratamento do VIH entre os doentes de TB no Ruanda.....	18
8.	Adopção da política da associação medicamentosa à base de artesiminina e tendências da implementação.....	20
9.	Exemplos de países com menos casos de paludismo a nível das instituições de saúde, 2000-2006.....	21
10.	Número de casos de dracunculose na Região Africana da OMS, 2005-2007.....	22
11.	Situação da lepra na Região Africana, no final de 2007.....	23
12.	Úlcera de Buruli na Região Africana, 2007.....	24
13.	Países afectados pela cólera na Região Africana, 2007.....	25
14.	Tendências da cólera na Região Africana, 1978-2007.....	26
15.	Rede regional e nacional de laboratórios da gripe, Região Africana da OMS.....	27
16.	Cobertura da DTP3 notificada na Região Africana da OMS, 2006 e 2007.....	28
17.	Distribuição do poliovírus selvagem na Região Africana da OMS, 2006-2007.....	29
18.	Cobertura notificada da vacinação contra o sarampo na Região Africana da OMS, 1983-2006.....	30
19.	Inquéritos STEPS na Região Africana, Setembro de 2007.....	33
20.	Enfermeiros com formação oficial em saúde mental por 100.000 habitantes, 2007.....	37
21.	Ratificação da FCTC na Região Africana, Dezembro de 2007.....	38
22.	Jovens entre 13-15 anos expostos ao fumo passivo em locais públicos.....	39
23.	Expansão distrital da AIDI, em países seleccionados, 2004-2007.....	40
24.	Utilização de métodos contraceptivos por Sub-região, 2006.....	42
25.	Países orientados pelos novos padrões da OMS para o crescimento das crianças.....	46
26.	Novos padrões da OMS para o crescimento das crianças.....	46
27.	Tipos de situações de emergência notificadas pelos países da Região Africana, 2006-2007.....	49
28.	Recursos mobilizados para a Preparação e Resposta a Situações de Emergência, 2006-2007.....	50
29.	Casos por semana e taxas de casos fatais do Ébola na R.D. Congo, 2007.....	51
30.	Pessoal em acção durante o surto do Ébola na R.D. Congo.....	51
31.	Países participantes e locais de formação em vigilância de base laboratorial das doenças emitidas pelos alimentos, 2007.....	52

SIGLAS

ACT	Associação medicamentosa à base de artemisinina
AFRO	Escritório Regional Africano da OMS
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA)
APOC	Programa Africano para o Controlo da Oncocercose (PACO)
ART	Terapêutica Antirretroviral (TAR)
AU	União Africana (UA)
BFHI	Iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés
CCS	Estratégia de Cooperação com os Países
CDC	Centro de Prevenção e Controlo das Doenças (Atlanta, EUA)
CEMAC	Comunidade Económica e Monetária da África Central
CFR	Taxa de letalidade
CIDA	Agência Canadiana para o Desenvolvimento Internacional
CMH	Comissão para a Macroeconomia e Saúde
DALY	Ano de Vida Ajustado por Incapacidade
DANIDA	Agência Dinamarquesa para o Desenvolvimento Internacional
DFID	Agência Britânica para o Desenvolvimento Internacional
DOTS	Terapêutica por observação directa de curta duração
DPT3	Difteria, Tosse Convulsa e Tétano
ECOWAS	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEEAO)
EPI	Programa Alargado de Vacinação (PAV)
EQA	Avaliação externa de qualidade
EU	União Europeia
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
FCTC	Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica
GAVI	Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação
GFATM	Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo
GSM	Sistema Mundial de Gestão
GSS	Inquérito Mundial sobre a Salmonella
GTZ	Agência Alemã para a Cooperação Técnica
HHA	Harmonização para a Saúde em África
HIS	Sistema de Informação Sanitária
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)
HMN	Rede de Metrologia da Saúde
HRH	Recursos Humanos para a Saúde
HTC	Testes e aconselhamento sobre o VIH
IDSR	Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (VRID)
IHR	Regulamento Sanitário Internacional 2005
ILO	Organização Internacional do Trabalho (OIT)
IMCI	Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI)
IPTp	Tratamento preventivo intermitente na gravidez
IST	Equipa de Apoio Interpaís
ITN	Mosquiteiro tratado com insecticida
IYCF	Alimentação dos bebés e das crianças pequenas
MDG	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM)
MDR	Multirresistente aos medicamentos
MNCH	Saúde materna, neonatal e infantil
MTEF	Quadro de Despesas a Médio Prazo
MTSP	Plano Estratégico a Médio Prazo
NCD	Doenças não transmissíveis
NEPAD	Nova Parceria para o Desenvolvimento de África

NHA	Contas nacionais da saúde
NHIS	Sistema Nacional de Informação Sanitária
NORAD	Agência Norueguesa para o Desenvolvimento Internacional
OFID	Fundo da OPEP para o Desenvolvimento Internacional
OPEC	Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP)
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para a SIDA
PLWHA	Pessoas que vivem com o VIH/SIDA (PVVS)
PMTCT	Prevenção da transmissão vertical (do VIH) (PTV)
PRSP	Documento da Estratégia de Redução da Pobreza
SADC	Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral
SDH	Determinantes sociais da saúde
SIA	Actividades suplementares de vacinação
SWAp	Abordagem transectorial
TB	Tuberculose
TDR	Programa Especial da OMS para a Investigação e Formação em Doenças Tropicais
UK	Reino Unido
UN	Organização das Nações Unidas
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA (ONUSIDA)
UNDP	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)
UNECA	Comissão Económica das Nações Unidas para África
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para as Populações (FNUAP)
UNHCR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR)
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFEM	Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para as Mulheres
USAID	Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional
WFP	Programa Alimentar Mundial (PAM)
WHA	Assembleia Mundial da Saúde (AMS)
WHO	Organização Mundial da Saúde (OMS)
WPV	Poliovírus selvagem
XDR	Ultrarresistente aos medicamentos

RESUMO

1. Durante o biênio 2006-2007, de acordo com a agenda mundial da OMS, definida no Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho e nas *Orientações Estratégicas para a Acção da OMS na Região Africana 2005–2009*, o Secretariado prestou apoio aos Estados-Membros para: reforço dos respectivos sistemas de saúde; luta contra o VIH/SIDA, tuberculose e paludismo; combate às doenças transmissíveis e não transmissíveis; acção sobre os problemas da sobrevivência infantil e da mortalidade materna; criação de ambientes saudáveis; e resposta às situações de emergência.

2. Com a finalidade de fazer aproximar dos países a presença da OMS, o Escritório Regional procedeu à descentralização de funções e recursos e ao reforço das suas Representações. Criaram-se três Equipas de Apoio Interpaíses: uma em Harare, abrangendo a África Oriental e Austral, outra em Libreville, abrangendo os países da África Central e a terceira em Ouagadougou, para os países da África Ocidental.

3. O Escritório Regional continuou a expandir e a reforçar as suas parcerias na área da saúde. Para tal, em colaboração com o Banco Africano de Desenvolvimento, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA, o Fundo das Nações Unidas para as Populações, o Fundo das Nações Unidas para a Infância e o Banco Mundial, a OMS criou a iniciativa da Harmonização para a Saúde, para ajudar os Estados-Membros da Região Africana a mobilizarem e utilizarem com eficácia os investimentos destinados à área da saúde. As acções desenvolvidas no âmbito da Harmonização para a Saúde em África estão em plena conformidade com a Declaração de Paris sobre a eficácia da ajuda.

4. Em Junho de 2007, o Escritório Regional publicou a primeira edição do *Relatório sobre a Saúde na Região Africana: saúde das populações*, dando destaque à grande quantidade de doenças evitáveis, às soluções disponíveis, através do reforço das intervenções de eficácia comprovada no âmbito da saúde pública, e às realizações conseguidas. O relatório mereceu um reconhecimento generalizado, como constituindo uma reflexão imparcial e construtiva sobre a situação sanitária na Região.

5. Durante o biênio, o reforço dos sistemas de saúde mereceu uma atenção particular na agenda mundial da saúde. A OMS fez a sua advocacia em favor da mobilização de recursos e prestou apoio técnico aos países, daí resultando a concessão, a 15 países, pela Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação, de subvenções destinadas ao reforço dos respectivos sistemas de saúde, à revisão das políticas e elaboração de planos estratégicos nacionais, assim como à avaliação dos seus sistemas distritais. Os referidos esforços também tiveram como resultado o reforço das autoridades reguladoras dos medicamentos em 12 países, assim como a criação do Observatório Regional dos Recursos Humanos para a Saúde e o início da instalação de observatórios nacionais em seis países.

6. Relativamente à luta contra o VIH/SIDA, a OMS ajudou 17 países a actualizarem as suas orientações nacionais sobre tratamento dos casos de infecções sexualmente transmissíveis. O apoio dado à prevenção da transmissão vertical do VIH (PTV) resultou no aumento do número de mulheres com acesso aos serviços de PTV, de 190.000, em 2004-2005, para 300.000, em 2006-2007. Do mesmo modo, no final de Dezembro de 2007, 1,9 milhões de pessoas que vivem com o VIH/SIDA tinham recebido a terapêutica antirretroviral, representando 42% das pessoas que dela necessitavam. As estimativas epidemiológicas indicavam uma tendência global para a estabilização da ocorrência de novas infecções pelo VIH na África Subsariana e mesmo um declínio em alguns países. Os Estados-Membros reforçaram a implementação das actividades de colaboração relativas ao VIH-tuberculose. A percentagem média de doentes com tuberculose

submetidos ao rastreio do VIH aumentou de 2%, no final de 2005, para 14%, no final de 2007. Em alguns países, essa percentagem chegou aos 75%.

7. O Escritório Regional prestou apoio técnico para a preparação da Cimeira de Abuja, de 2006, sobre o VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo. No final de 2007, 41 países tinham adoptado a associação medicamentosa contra o paludismo, baseada na artemisinina. Durante o período de 2006-2007, o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo aprovou 27 propostas com uma componente do paludismo. Distribuíram-se mais de 33 milhões de redes impregnadas com insecticida, tendo os esforços desenvolvidos pelos Estados-Membros na luta contra o paludismo resultado num declínio significativo da morbilidade e da mortalidade associadas à doença.

8. A prevenção e o controlo de outras doenças transmissíveis continuou a constituir uma prioridade para a acção da OMS na Região Africana. O Escritório Regional fez a revisão da implementação das intervenções contra a dracunculose e certificou dez países como livres da transmissão local da doença. Entre 2005 e 2007, a incidência anual da doença diminuiu 28%. Os esforços desenvolvidos para a eliminação da lepra nos restantes países endémicos resultou numa redução de 30% da prevalência da lepra. No final de 2007, 44 países da Região tinham atingido o objectivo de eliminação da lepra.

9. A tendência decrescente da incidência anual da tripanossomiase humana africana manteve-se durante o biénio 2006-2007. Num grupo de 24 países, registou-se uma redução de 69%. Os governos aumentaram em 38% a sua contribuição para o Programa Africano de Controlo da Oncocercose; em 2007, as operações do programa evitaram os estimados 960.000 anos de vida ajustados por incapacidades.

10. No geral, o Programa Alargado de Vacinação conseguiu resultados significativos na Região. A cobertura da DPT3 atingiu níveis de, pelo menos, 90% em 15 países. Vacinou-se um total de 108 milhões de crianças contra o sarampo, em 2006-2007. Com uma redução de 91% dos óbitos por sarampo, a Região Africana ultrapassou o objectivo de eliminação do sarampo, estabelecido para 2009. Na sequência da introdução da vacina contra a febre amarela nos regimes de vacinação de rotina, 22 países atingiram coberturas vacinais iguais ou superiores a 80%, relativamente a este antígeno. O aumento dos esforços para a erradicação da poliomielite resultou num declínio de 70% do número de casos de polio notificados em 2007, em comparação com o ano de 2006. Em 2007, 41 países atingiram níveis de certificação relativamente à vigilância da paralisia flácida aguda.

11. Durante o biénio, reuniram-se, através de inquéritos STEP, novos dados sobre inúmeras doenças não transmissíveis. Os resultados indicavam, entre outras coisas, uma elevada prevalência da hipertensão e da hiperglicemia em alguns países, o que resultou na criação de programas integrados de controlo das doenças não transmissíveis, em quatro países. Em 2007, a OMS e a UNECA patrocinaram a Conferência Africana sobre Segurança Rodoviária, que se realizou em Acra. Os países participantes adoptaram as Recomendações e a Declaração de Acra sobre Segurança Rodoviária.

12. Em Dezembro de 2007, 35 países tinham feito a ratificação da Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabágica. O Escritório Regional ajudou esses países a criarem e implementarem legislação e planos de acção nacionais para a luta antitabágica. Trinta e um países fizeram a aplicação do Inquérito Mundial sobre Tabaco entre os Jovens. Os resultados revelaram que 30% a 80% dos jovens entre os 13–15 anos de idade estão expostos ao fumo passivo.

13. Os participantes da quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano adoptaram a estratégia da sobrevivência infantil, elaborada conjuntamente pela UNICEF, Banco Mundial e

OMS. Prosseguiram os esforços destinados a reforçar a implementação da Atenção Integrada às Doenças da Infância; conseqüentemente, 19 países expandiram a cobertura para mais de metade dos seus distritos. No final do biênio, um total cumulativo de 29 países tinha elaborado estratégias nacionais sobre alimentação infantil e juvenil. O Escritório Regional deu formação, a 37 participantes de 13 países, sobre utilização dos novos padrões de crescimento da OMS relativos às crianças.

14. No final de 2007, mais 21 países tinham elaborado os seus roteiros nacionais para acelerarem a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde materna e neonatal, elevando o total para 37 países. O FNUAP, a UNICEF e a OMS combinaram os seus esforços para dar formação, a peritos nacionais de oito países, destinada a permitir-lhes traduzir os referidos roteiros em planos operacionais de distrito. A prevenção e o controlo do cancro do colo do útero receberam uma maior atenção durante o biênio 2006-2007. Deu-se formação, a nível regional, tanto relativamente à inspecção visual com ácido acético, como ao tratamento por crioterapia.

15. Na sua quinquagésima-sexta sessão, o Comité Regional Africano adoptou a Resolução AFR/RC56/R4, sobre os desafios que a pobreza representa para a saúde. Na sua quinquagésima-sétima sessão, o Comité aprovou o documento intitulado “Principais determinantes sociais da saúde: um apelo à acção intersectorial para melhorar o estado de saúde na Região Africana”.

16. Metade dos Estados-Membros da Região Africana estiveram sujeitos a situações de emergência, durante o biênio. Por esse motivo, o Escritório Regional reforçou as capacidades dos países para darem resposta a essas situações e colocou pessoal internacional experiente nos países mais afectados e nas Equipas de Apoio Interpaíses. A advocacia e apoio aos países, para a angariação de fundos, resultou na mobilização de mais de 78 milhões de dólares, para as actividades humanitárias de emergência, durante o biênio.

17. Na sua quinquagésima-sétima sessão, o Comité Regional Africano adoptou a Resolução AFR/RC56/R2, sobre a implementação da estratégia regional para a segurança alimentar. Os países receberam o apoio do Escritório Regional para formação em segurança alimentar. Os surtos de doenças transmitidas por via alimentar, como o envenenamento por aflatoxinas agudas, no Quénia, e a intoxicação por brometos, em Angola, foram investigados através de um forte apoio técnico, que resultou na implementação de medidas de controlo adequadas.

18. No domínio da administração e finanças, o Escritório Regional implementou a reforma dos contratos da OMS, o que resultou na criação de mais de 1200 postos de trabalho a termo certo, em substituição de postos que eram anteriormente temporários. No biênio de 2006-2007, as despesas da OMS na Região Africana atingiram os 805,2 milhões de dólares, com base nos registos de 31 de Dezembro de 2007, o que representa 85,2% do orçamento aprovado.

19. O Escritório Regional monitorizou a implementação de 16 resoluções do Comité Regional Africano, tomadas durante o período 2003–2007. A segunda parte do presente relatório apresenta uma descrição pormenorizada das acções empreendidas e das realizações significativas que se obtiveram com a aplicação dessas resoluções.

INTRODUÇÃO

1. Os anos 2006-2007 constituem o primeiro biénio do Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho da OMS, que estabelece a agenda mundial da saúde para o período de 2006 a 2015¹. O Décimo-Primeiro Programa Geral de Trabalho descreve seis funções essenciais, com base no mandato e na vantagem comparativa da OMS, salientando os contributos da Organização para a resolução das insuficiências existentes na área da saúde, a nível mundial.
2. Para melhor ajudar os Estados-Membros a atingirem as metas da saúde, a nível nacional, regional e mundial, o Escritório Regional Africano da OMS formulou cinco orientações estratégicas², no início do biénio, e que são as seguintes: i) reforçar as Representações da OMS nos países; ii) melhorar e expandir as parceiras para a saúde; iii) apoiar o planeamento e a gestão dos sistemas distritais de saúde; iv) promover o reforço das intervenções essenciais relacionadas com os problemas prioritários de saúde; e v) reforçar os conhecimentos e a capacidade de resposta aos principais determinantes da saúde.
3. Para a implementação do programa de cooperação da OMS com os Estados-Membros da Região Africana, em 2006-2007, a estrutura organizacional incluía o Escritório Regional, com sete divisões dedicadas aos programas técnicos regionais, três equipas de apoio interpaíses (uma para a África Ocidental, outra para a África Central e a terceira para a África Austral e Oriental) e 46 Representações. O Orçamento-Programa bienal para 2006-2007 foi de 945 milhões de dólares, repartidos por 36 áreas de actividade.
4. O progresso conseguido na implementação do Orçamento-Programa foi monitorizado, de seis em seis meses, de acordo com a área de actividade. O relatório do Director Regional, *Actividades da OMS na Região Africana em 2006*, foi apresentado durante a quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional Africano da OMS. Esse relatório resumia a avaliação intermédia das actividades, durante o primeiro ano do biénio 2006-2007.
5. A finalidade do presente documento é informar sobre a execução do Orçamento-Programa 2006-2007. O relatório está estruturado em duas partes principais: a primeira, dedicada à execução do Orçamento-Programa, apresenta as principais realizações, os factores favoráveis e os obstáculos colocados às 36 áreas de actividade; a segunda parte informa sobre os progressos realizados na implementação das resoluções relevantes do Comité Regional Africano da OMS. Para além disso, o relatório inclui uma conclusão e as perspectivas de futuro. O anexo apresenta quadros que resumem a execução do orçamento no final do biénio.

¹ WHO, *Engaging for health, Eleventh General Programme of Work, 2006–2015: A global health agenda*, Geneva, World Health Organization, 2006.

² OMS, *Orientações Estratégicas para as actividades da OMS na Região Africana 2005–2009*, Brazzaville, Organização, Escritório Regional Africano, 2005.

PARTE I: EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA 2006-2007

1.1. REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS

GESTÃO GLOBAL DAS ACTIVIDADES DO SECRETARIADO

6. A gestão global do Secretariado da OMS na Região Africana é efectuada sob a liderança do Director Regional, sendo a implementação dos programas na Região coordenada pelo Director da Gestão dos Programas. As funções estratégicas são implementadas através de sete Divisões: Divisão de Prevenção e Controlo do VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo; Divisão de Administração e Finanças; Divisão de Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis; Divisão de Ambientes Saudáveis e Desenvolvimento Sustentável; Divisão de Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis; Divisão de Saúde Familiar e Reprodutiva; e Divisão de Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde. O Gabinete do Director Regional engloba três áreas de actividade, nomeadamente: Funções da Directora-Geral, do Director Regional e Funções Autónomas, Presença da OMS nos Países e Relações Externas.

Funções da Directora-Geral, Director Regional e Funções Autónomas (DGO)

7. No biénio de 2006-2007, o Escritório Regional Africano da OMS foi bastante produtivo, no capítulo das reformas destinadas a reforçar as capacidades da Região, para implementar a estratégia definida para o período 2005–2009. A nível institucional, fizeram-se algumas reformas, nomeadamente, a criação de uma nova carta organizacional mais adaptada às prioridades e desafios da Região, a reorganização da estrutura das Representações, para reforçar a presença da OMS a nível dos países, a elaboração de planos de recursos humanos mais eficazes para as Representações e Divisões e a criação de Equipas de Apoio Interpaíses, com o objectivo de descentralizar as actividades e delegar algumas competências do Escritório Regional. Esses processos foram entusiasticamente apoiados a todos os níveis da Organização.

8. As reuniões regulares da Comissão Executiva para a Gestão, presididas pelo Director Regional, serviram para melhorar a coordenação e a direcção do trabalho do Secretariado. As reuniões dos Programas Regionais proporcionaram a realização de debates regulares e a aprovação de recomendações destinadas a melhorar a eficiência dos programas.

9. Ao abrigo do princípio “Uma OMS Una”, foi reforçada a colaboração técnica com a Sede da OMS, através de interacções regulares da Comissão das Estratégias e da criação do Grupo Mundial para as Políticas. A colaboração com os outros Escritórios Regionais foi reforçada, através do intercâmbio de peritos de alto nível e da cooperação, com a finalidade de dar resposta às principais prioridades na área da saúde, tais como a erradicação da poliomielite, a gripe das aves e a gestão dos conhecimentos.

10. Realizaram-se sessões de informação sistemáticas e estruturadas sobre problemas e documentos técnicos, para preparação dos países-membros que representaram a Região no Conselho Executivo da OMS e na Assembleia Mundial da Saúde. Do mesmo modo, dos debates mantidos no Comité Regional resultou uma posição comum dos Estados-Membros da Região, que foi defendida durante as reuniões dos referidos Órgãos Directivos.

11. A advocacia de alto nível, levada a cabo pelo Director Regional junto das autoridades nacionais, foi fundamental para o êxito destas realizações. Durante o biénio, o Director Regional fez visitas de advocacia a 12 países da Região, discutindo as prioridades nacionais e regionais com os Chefes de Estado e de Governo, conseguindo compromissos para a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e para dar resposta a muitos outros dos principais

desafios na área da saúde. Além disso, foi desenvolvida uma forte advocacia para que o ano de 2006 fosse declarado como Ano da Aceleração da Prevenção do VIH na Região Africana.

12. Sob a liderança do Director Regional, foi estabelecido um diálogo sobre políticas com as organizações e agências multilaterais e bilaterais que trabalham em África. A excelente colaboração estabelecida, assim como os conhecimentos de alto nível disponibilizados pelo Escritório Regional, levaram ao reconhecimento da OMS como líder em matéria de saúde, pelas agências das Nações Unidas presentes em África. Estabeleceu-se uma importante colaboração com a União Africana e várias reuniões da OMS contaram com a presença do Presidente da Comissão da União Africana; a interacção com as comunidades económicas regionais foi otimizada.

Presença da OMS nos países (SCC)

13. A descentralização do Escritório Regional para as três Equipas Sub-regionais de Apoio Interpaíses (IST) foi uma das principais estratégias criadas, para levar o apoio técnico para mais perto dos países. Com o apoio material e logístico dos governos de acolhimento, as três IST começaram a funcionar em pleno em Harare, Libreville e Ouagadougou. Elaboraram-se orientações operacionais para as IST, de modo a garantir a coordenação das actividades entre o Escritório Regional, as IST e as Representações. Por conseguinte, o Escritório Regional passou a concentrar-se no trabalho normativo, nos padrões, monitorização, avaliação e mobilização de recursos, enquanto as IST se dedicaram mais a prestar um apoio técnico acrescido aos países. As experiências iniciais foram positivas; por exemplo, as respostas dadas às epidemias e às situações de emergência melhoraram consideravelmente.

14. Realizaram-se duas acções de reforço de capacidades, para actualizar os conhecimentos dos representantes da OMS sobre os actuais processos de saúde pública e de gestão. Devido ao êxito dessas acções, que utilizaram um novo instrumento interno, prevê-se, no futuro, a participação de mais representantes.

15. No final do biénio de 2004-2005, todas as Representações da Região Africana da OMS tinham concluído a elaboração dos seus documentos da Estratégia de Cooperação com os Países (CCS). No entanto, devido às alterações verificadas nos procedimentos de ajuda, no Décimo-Primeiro Programa Geral de Trabalho e no Plano Estratégico a Médio Prazo, tornou-se necessário preparar uma segunda geração de documentos de CCS, para o biénio de 2006-2007. Foram, por isso, elaboradas e publicadas *Orientações para actualizar os documentos da Estratégia de Cooperação com os Países na Região Africana da OMS*. No final de 2007, seis Representações da OMS tinham já concluído a primeira versão da sua segunda geração de documentos da Estratégia de Cooperação com os Países.

16. A Resolução WHA58.25 mandatava a Directora-Geral para colaborar no processo de reforma das Nações Unidas e harmonizar as actividades da OMS com as de outras agências da ONU. Cumprindo essa disposição, as várias Representações da OMS colaboraram com as Equipas dos Países das Nações Unidas e participaram na elaboração de novos documentos para o Quadro das Nações Unidas para Ajuda ao Desenvolvimento. Por outro lado, o Escritório Regional colaborou com a Sede na designação de quatro países-piloto para o projecto “Uma ONU Una”, ao abrigo do sistema de Coordenação de Residentes. Em conformidade com a Declaração de Paris, a Sede da OMS e os Escritórios Regionais criaram um conjunto de instrumentos de formação para harmonização e alinhamento, que foi testado, com êxito, em duas Representações da Região Africana.

17. Para a maioria dos países da Região Africana, a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio exige muito mais investimento. Por isso, criou-se a rede para a

Harmonização da Saúde em África, em parceria com o Banco Africano de Desenvolvimento, o Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA, o Fundo das Nações Unidas para as Populações, o Fundo das Nações Unidas para as Crianças, o Banco Mundial e a Sede da OMS. Durante o biénio de 2006-2007, essa rede ajudou 13 países a melhorarem os seus sistemas de saúde. Para facilitar a troca de informações com outras regiões da OMS, foi criado um *website* de comunicação.

Relações Externas (REC)

18. Constituir parcerias é uma função primária do apoio às actividades da OMS e uma das principais competências exigidas aos funcionários da Organização. Como resposta à crescente relevância das parcerias e da mobilização de recursos na Região Africana, o Escritório Regional Africano da OMS reestruturou e remodelou a unidade responsável pelas relações externas e pela mobilização de recursos, reforçando-a com a contratação de dois novos funcionários na categoria de pessoal profissional.

19. Um dos pontos mais importantes a que se deu relevo foi a constituição de parcerias a nível mundial. Em Março de 2007, realizou-se, em Nairobi, uma conferência destinada a examinar e estabelecer um acordo sobre novas abordagens de colaboração, com vista a melhorar a situação da saúde em África. Dessa reunião, resultou a preparação de comunicações claras interagências e interpaíses sobre os papéis e os mandatos de cada uma das partes envolvidas, tendo em atenção as respectivas competências, capacidades, qualificações e vantagens comparativas. Chegou-se, igualmente, a um consenso sobre: criação de mecanismos para a compilação de peritos; criação de mecanismos de colaboração e de avaliação, pelos pares, do desempenho e das parcerias; concentração da actividade dos parceiros no reforço das capacidades dos países, para assumirem a liderança das parcerias e uso da actual reforma do sistema das Nações Unidas, para dar apoio às reformas a executar, a nível nacional e regional.

20. Também se procurou reforçar as parcerias com a União Africana e várias Comunidades Económicas Regionais. Numa reunião realizada em Outubro de 2006, estas instituições concordaram em rever os acordos de colaboração existentes, tendo em conta as mudanças que se estão a observar, a nível internacional e regional, na área da saúde. Além disso, discutiram-se alguns domínios da cooperação técnica, tendo sido decidido actuar em determinadas áreas técnicas, como a do VIH/SIDA, regulação das vacinas, contrafacção e falta de qualidade dos medicamentos e violência baseada no género. Estes pontos ficaram dependentes da revisão de um acordo, a assinar no novo biénio.

21. Foram, igualmente, reforçadas as parcerias com a ONUSIDA, UNICEF, FNUAP, Banco Mundial e Banco Africano de Desenvolvimento. Realizaram-se, ainda, duas reuniões multiparceiros de alto nível: uma em Dakar, em Fevereiro de 2007 e outra em Nairobi, em Novembro de 2007. Nessas reuniões foi reconhecida a liderança da OMS, em matéria de saúde, na Região. Os principais resultados da reunião de Nairobi foram a aprovação do documento conceptual sobre Harmonização para a Saúde em África (HHA), a adopção do plano de trabalho da HHA para 2008–2010 e uma carta conjunta dos Directores Regionais, dirigida aos Representantes nos países e aos directores das seis agências. Nessa reunião, reafirmou-se que a participação nesta colaboração interagências estava aberta a outras agências que desejassem associar-se e apoiar a HHA. O Programa Alimentar Mundial participou como observador na reunião de Nairobi acima mencionada. O êxito da HHA será ainda maior com o empenho dos parceiros do desenvolvimento e do sistema de “Uma ONU Una”, se este for verdadeiramente forte.

22. Durante o biénio 2006-2007, o Escritório Regional assinou um total de 62 acordos bilaterais e multilaterais com os seguintes parceiros: governos da Áustria, Bélgica, Canadá, França,

Alemanha, Irlanda, Japão, Grão Ducado do Luxemburgo, Portugal, Coreia do Sul, Suécia e Suíça; Departamento para o Desenvolvimento Internacional (Reino Unido); Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional; Gabinete para a Coordenação dos Assuntos Humanitários (ONU); Fundo Central de Resposta às Situações de Emergência (CERF); Banco Africano de Desenvolvimento; Banco Mundial; Comissão Europeia; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Fundo das Nações Unidas para as Populações; Programa do Golfo Árabe para as Organizações de Desenvolvimento das Nações Unidas; Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo; *Save the Children*; e o Programa de Doações Mectizan. Em comparação com o biénio anterior, registou-se um aumento de 72% no número de acordos de parcerias que foram assinados.

23. Durante o biénio, realizaram-se duas acções de formação sobre mobilização de recursos e capacidades de negociação. Essas acções incidiram sobre os desafios que a OMS enfrenta relativamente à mobilização de recursos. Destinaram-se, também, a elaborar propostas de constituição eficaz de parcerias, assim como a apresentar uma panorâmica exaustiva das normas e procedimentos da OMS para a constituição e gestão dessas parcerias.

24. O Escritório Regional produziu mais de 100 comunicados de imprensa e 65 programas audiovisuais, que foram publicados e divulgados por meios impressos e electrónicos, dentro e fora da Região. Esses materiais, desenvolvidos no quadro da acção conjunta para a consecução dos ODM na Região Africana, incidiam, especialmente, sobre a advocacia e sensibilização para a prevenção e controlo das doenças na Região.

25. Organizaram-se conferências de imprensa, entrevistas nos meios de comunicação social e sessões de informação, assim como a distribuição de *kits* informativos, por ocasião das principais reuniões e eventos do Escritório Regional, designadamente a quinquagésima-sexta e a quinquagésima-sétima sessões do Comité Regional, o lançamento de 2006 como o Ano da Aceleração da Prevenção do VIH na Região Africana e a conferência internacional sobre reforço de parcerias, que teve lugar em Março de 2007 e que foi o primeiro fórum de parceiros da OMS realizado na Região. A Unidade de Informação e Comunicação Pública liderou o apoio dado pelos *media* às referidas reuniões.

GESTÃO DOS PROGRAMAS

26. O Director da Gestão dos Programas é responsável pela coordenação dos programas técnicos da OMS na Região. A Divisão tem, igualmente, a responsabilidade de supervisionar as seguintes áreas de actividade: Órgãos Directivos; Planeamento, Coordenação e Supervisão dos Recursos; Política de Informação, Dados Factuais e Investigação na Área da Saúde; e Gestão dos Conhecimentos e Tecnologias da Informação.

Órgãos Directivos (GBS)

27. Os delegados dos Estados-Membros participaram, com êxito, nas reuniões do Conselho Executivo da OMS e na Assembleia Mundial da Saúde. Durante as deliberações dos Órgãos Directivos da OMS, os delegados da Região Africana forneceram orientações decisivas para as políticas. O seu valioso contributo para os programas de trabalho e para os debates, sustentados por documentação técnica, conduziram à adopção de importantes resoluções e decisões.

28. A quinquagésima-sexta e a quinquagésima-sétima sessões do Comité Regional Africano da OMS realizaram-se, com sucesso, respectivamente, em Adis Abeba e Brazzaville. O Comité Regional adoptou um total de 13 resoluções de importância regional e mundial. Entre elas, contam-se resoluções sobre: sobrevivência infantil; pobreza, comércio e saúde; financiamento da

saúde; preparação e resposta para a gripe das aves; gestão dos conhecimentos; segurança alimentar e saúde; e prevenção e controlo da diabetes.

29. Para melhorar a eficácia, a eficiência e a coordenação das delegações africanas, durante as reuniões dos Órgãos Directivos, adoptaram-se importantes alterações processuais. O número de membros do Subcomité do Programa aumentou de 12 para 16, tendo o respectivo mandato sido revisto, para melhorar a preparação do Subcomité do Programa para as reuniões do Comité Regional.

30. O método de trabalho dos delegados da Região Africana ao Conselho Executivo e à Assembleia Mundial da Saúde foi revisto e adoptado na quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional. Em ligação com as missões diplomáticas dos Estados-Membros, em Genebra, o Comité Regional Africano da OMS atribuiu ao Coordenador da União Africana o importante papel de compilar as declarações feitas pelas delegações da Região Africana no Conselho Executivo e na Assembleia Mundial da Saúde.

Planeamento, Coordenação e Supervisão dos Recursos (BMR)

31. Os problemas e os desafios alvos desta área de actividade foram a melhoria da qualidade técnica dos planos operacionais, uma ligação mais estreita entre a execução dos programas técnicos e a utilização dos recursos orçamentais e a formação de capacidades para o planeamento, incluindo processos conjuntos de planeamento.

32. Com a elaboração do Plano Estratégico a Médio Prazo (MTSP) para 2008–2013 e do Orçamento-Programa para 2008-2009, no novo ambiente do Sistema Mundial de Gestão (GSM), o biénio 2006-2007 constituiu um período de transição para a introdução do novo quadro de gestão da OMS.

33. Os relatórios obrigatórios respeitaram os prazos estabelecidos. Contam-se, entre eles, os relatórios semestrais de monitorização, o relatório intermédio, o relatório da Comissão de Monitorização e Avaliação, os relatórios do Director Regional e o relatório bienal, os quais dão conta, todos eles, do desempenho da Região Africana da OMS, no que diz respeito à execução do Orçamento-Programa.

34. As capacidades de gestão dos directores dos programas do Escritório Regional e dos funcionários nacionais de categoria profissional, que são responsáveis pelo planeamento nas Representações, foram reforçadas, de acordo com a abordagem de gestão da OMS baseada nos resultados. As suas capacidades de planeamento operacional e auto-avaliação do desempenho foram igualmente melhoradas, através de sessões de informação periódicas, reuniões de análise pelos pares e acções de formação. A introdução de acções de formação sobre análise pelos pares no processo de elaboração e produção de planos e relatórios melhorou significativamente as capacidades de planeamento e monitorização dos funcionários. Além disso, melhoraram-se também os seus conhecimentos sobre o Sistema Mundial de Gestão (GSM) na Região Africana.

35. Fizeram-se progressos consideráveis na monitorização das despesas orçamentais, durante o biénio, apesar das dificuldades de controlar as contribuições voluntárias, que constituem a mais importante fonte de financiamento. A consciência que os directores de programas têm sobre a sua responsabilidade de justificação financeira foi reforçada, assim como a colaboração entre a Unidade de Orçamento e Finanças e os vários programas técnicos.

Política de Informação, Dados Factuais e Investigação na Área da Saúde (IER)

36. A informação e os dados factuais na área da saúde desempenham um papel muito importante na gestão dos recursos entrados e na direcção dos programas de saúde. No entanto, a falta de informação básica sobre saúde e a ignorância relativamente às melhores práticas são as principais causas do insucesso nos sistemas de saúde, incluindo os sistemas de investigação na área da saúde. A investigação está, muitas vezes, mal integrada nos sistemas de informação sanitária, os quais, por sua vez, raramente conseguem gerar o tipo de dados de que os investigadores e decisores das políticas necessitam. A ligação entre investigação, elaboração de políticas e tomada de decisões é muito fraca. A elaboração de políticas deverá também ser orientada por princípios de ética, de modo a assegurar justiça, capacidade de resposta, responsabilidade e coerência das políticas e programas relacionados com a saúde.

37. A OMS respondeu a estes problemas promovendo a formação de capacidades para: i) a avaliação da situação sanitária e suas tendências; ii) a síntese dos dados factuais, com vista a melhorar as práticas, inspirar as políticas e decisões e identificar as lacunas existentes nos dados factuais; iii) a investigação, visando reforçar a colaboração regional no domínio de determinadas prioridades específicas; iv) a melhoria da aplicação da investigação à elaboração das políticas e à tomada de decisões; e v) a garantia de que a investigação corresponderá aos padrões mais elevados de conduta ética.

38. As principais realizações foram: a publicação do *Relatório sobre a Saúde na Região Africana 2006: saúde das populações*. Este documento recebeu o reconhecimento da British Medical Association, por fornecer esclarecimentos sobre a situação da saúde a nível da Região e sobre a tendência dos indicadores dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Em estreita colaboração com os países, está a proceder-se ao aperfeiçoamento dos relatórios sobre os indicadores dos ODM.

39. Em 2006 e 2007, realizaram-se sessões do Comité Consultivo Africano para a Investigação e Desenvolvimento em Saúde. Em Março de 2006, foi lançado o projecto de Rede de Políticas baseadas em Dados Factuais (EVIPNet-Africa), envolvendo sete países, cuja principal finalidade é traduzir os conhecimentos em acção, para melhorar os resultados na área da saúde.

40. O Escritório Regional apoiou a criação de uma comissão directiva, constituída por oito países, com a missão de redigir um projecto de objectivos, programa e declaração, como preparação para a Conferência Ministerial sobre Investigação em Saúde, prevista para 2008, em Argel, na Argélia.

41. Um total de 15 países³ melhorou a produção e o uso de estatísticas da saúde. Os relatórios do Inquérito Mundial sobre Saúde, realizado em 2003, em 18 países, foram colocados no *website* da OMS e produziram-se fichas descritivas sobre os indicadores dos ODM relativas aos 46 Estados-Membros. Publicou-se um folheto sobre indicadores essenciais, com o título “Análise da situação sanitária: indicadores básicos de 2006”, que fornece um resumo estatístico completo sobre o estado actual da saúde pública e os sistemas de saúde a nível de país.

³ Argélia, Benim, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, República Centro-Africana, Chade, República Democrática do Congo, República do Congo, Gana, Guiné, Quênia, Mali, Mauritânia e Senegal.

Gestão dos Conhecimentos e Tecnologias da Informação (KMI)

42. Os actuais progressos feitos na gestão dos conhecimentos e os avanços registados nas tecnologias da informação e comunicação constituem, simultaneamente, desafios e oportunidades, para se tentar aliviar o pesado fardo das doenças na Região Africana. Entre os desafios contam-se: o limitado acesso às fontes de informação e conhecimentos sobre saúde; a falta de uma cultura de partilha de conhecimentos; a baixa qualidade dos conhecimentos gerados e publicados localmente; as limitações das infraestruturas e serviços; a iliteracia informática; e o deficiente fornecimento de energia eléctrica, em particular nas zonas mais remotas.

43. A resposta da OMS consistiu em fornecer orientações de natureza técnica e política e em reforçar a capacidade de gestão dos conhecimentos nos Estados-Membros. Fizeram-se esforços para melhorar o acesso aos conhecimentos científicos relacionados com a saúde, através da Internet, dos serviços da biblioteca e das redes de conhecimentos. Os países foram também encorajados a adoptarem estratégias de ciber saúde, como meio de reforço dos seus sistemas de saúde, para um melhor desempenho e melhores resultados na área da saúde.

44. Na sua quinquagésima-sexta sessão, o Comité Regional Africano analisou o documento intitulado “Gestão dos conhecimentos na Região Africana da OMS: orientações estratégicas” e adoptou uma resolução, exortando os Estados-Membros a prepararem e implementarem orientações estratégicas, a nível nacional, para a gestão dos conhecimentos, incluindo a ciber saúde.

45. Foram criados novos *websites* para três Representações da OMS (Cabo Verde, Ruanda e Tanzânia) e para o Observatório Africano dos Profissionais de Saúde. Foi, igualmente, criado o *website* SharePoint, no Escritório Regional, para facilitar a partilha da informação e a colaboração entre as Divisões e Unidades Técnicas.

46. O *Index Medicus Africano*, contendo mais de 8000 títulos, foi publicado na Internet, como parte da Biblioteca Mundial de Saúde. Os referidos títulos foram incluídos no *Google* e *Google Scholar*.

47. As reuniões dos Órgãos Directivos e dos programas técnicos contaram com o apoio de serviços de tradução e interpretação. Os relatórios correspondentes e outros documentos relevantes foram publicados nas três línguas oficiais.

48. A Equipa da Região Africana para a Telemedicina, cujo secretariado é o do Escritório Regional, publicou e apresentou os seus relatórios, *Medical eContent via satellite for the African health work force* e *Satellite-based tele-consultation service for rural areas*, à Comissão da União Europeia. A Comissão decidiu financiar dois projectos-piloto para orientar a criação faseada de uma rede de ciber saúde para a África Subsariana.

49. A infraestrutura de conexão à rede telefónica mundial da OMS foi padronizada em toda a Região, tendo a largura de banda sido ampliada, para melhorar a conexão. Concluíram-se os preparativos para a instalação, no Escritório Regional, do Sistema de Gestão de Identidade da OMS e para a criação de um centro regional de dados, destinado ao Sistema Mundial de Gestão.

Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde

50. O reforço dos sistemas de saúde continuou a ser uma prioridade dos esforços da OMS, para que os países tivessem mais possibilidades de atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, durante o biénio. O mau estado de saúde, conforme revelam os indicadores prevalentes, continua a constituir um desafio, agravado pela insuficiência de recursos

financeiros e humanos e pela competição existente entre as prioridades de desenvolvimento, aos níveis nacional, regional e mundial.

51. A Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde abordou os desafios acima mencionados, através de cinco áreas de actividade: Políticas de Sistemas de Saúde e Prestação de Serviços; Financiamento da Saúde e Protecção Social; Medicamentos Essenciais; Segurança do Sangue e Tecnologias Clínicas; e Recursos Humanos para a Saúde.

Políticas de Sistemas de Saúde e Prestação de Serviços (HSP)

52. O Escritório Regional continuou a apoiar os países nos esforços por estes desenvolvidos para: criarem políticas e planos nacionais de saúde; diagnosticarem e reforçarem os sistemas distritais de saúde; intensificarem a formação de capacidades; apoiarem iniciativas específicas; e reforçarem os sistemas nacionais de informação sanitária.

53. Cabo Verde criou a sua própria política nacional de saúde, 11 outros países⁴ fizeram a revisão das respectivas políticas e 16 países⁵ iniciaram a criação de planos nacionais estratégicos na área da saúde. Isso eleva para 17 e 20, respectivamente, o número de países que criaram ou fizeram a revisão das suas políticas e planos estratégicos, durante os últimos quatro anos. O Quênia, o Malawi, o Uganda e a Zâmbia reviram as suas estruturas de gestão do sector da saúde. A República Democrática do Congo procedeu à reforma do seu sector da saúde, com relevo para o reforço dos sistemas distritais.

54. Onze países⁶, no total, fizeram a revisão do papel dos hospitais nos seus sistemas de saúde, partilharam boas práticas, identificaram os indicadores de desempenho dos hospitais e fizeram recomendações para melhorar esse desempenho.

55. As políticas e os planos nacionais de saúde de 37 países foram analisados, para se avaliar até que ponto programas prioritários como o VIH/SIDA, tuberculose e paludismo e saúde materna e infantil mereceram alguma atenção. Criou-se um quadro para a análise das políticas, que foi aplicado, não só para analisar as políticas de saúde, mas também os planos estratégicos.

56. Um total de 24 países procedeu a uma rápida avaliação da operacionalidade dos sistemas distritais de saúde e avaliou a sua capacidade para reforçar as intervenções essenciais de saúde, a nível de distrito e subdistrito. Os resultados dessa avaliação serão utilizados para melhorar a prestação de serviços e servir de base ao processo de planeamento operacional. Outro foco de atenção foi o reforço das capacidades dos funcionários-chave nos países e Representações da OMS, em áreas como a liderança e gestão (nove países⁷), assim como a implementação da terceira orientação estratégica da OMS sobre políticas de saúde e prestação de serviços (14 países⁸). Sete entre 14 países⁹ concluíram o exercício de Mapeamento da Disponibilidade de Serviços de Saúde. O projecto OMS-NORAD foi avaliado em sete países, tendo os respectivos resultados sido documentados e divulgados.

⁴ Angola, Benim, Botsuana, Burundi, Chade, Comores, Eritreia, Gâmbia, Gana, Libéria e Suazilândia.

⁵ Argélia, Benim, Cabo Verde, República do Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Guiné-Bissau, Libéria, Madagascar, Nigéria, Serra Leoa, Suazilândia, Togo e Zâmbia.

⁶ Benim, Camarões, República do Congo, República Democrática do Congo, Gabão, Guiné, Níger, Nigéria, Uganda, África do Sul e Zâmbia.

⁷ Benim, Burkina Faso, Comores, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné, Madagascar, Níger, Senegal.

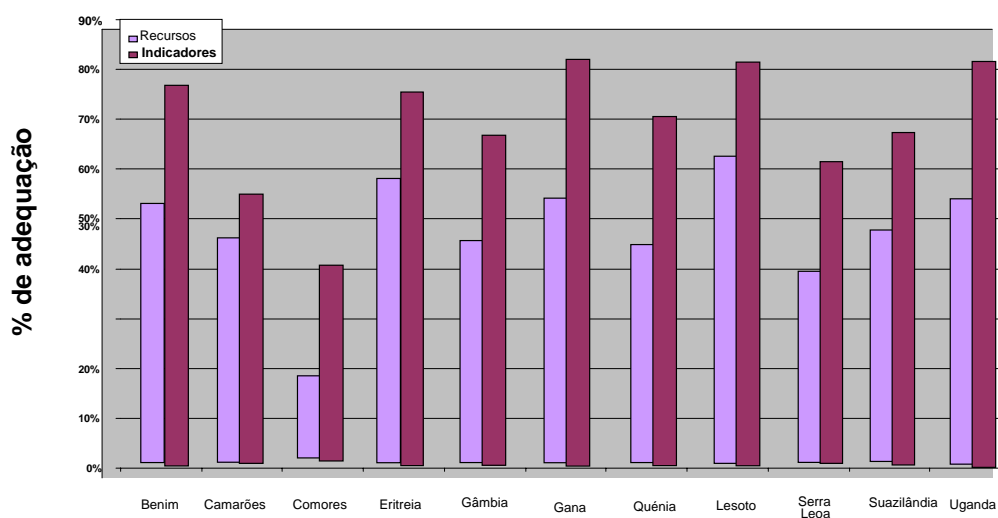
⁸ Cabo Verde, República Centro-Africana, República do Congo, República Democrática do Congo, Gana, Quênia, Madagascar, Malawi, Mali, Nigéria, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

⁹ República Centro-Africana, República do Congo, República Democrática do Congo, Gana, Quênia, Moçambique, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda e Zâmbia.

57. A Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação (GAVI) concedeu verbas a 15 países¹⁰, para que estes reforçassem os seus sistemas nacionais de saúde, no montante total de 282.112.000 dólares, para o período de 2007–2011. O Escritório Regional elaborou orientações para a monitorização e avaliação das reformas do sector da saúde e para um quadro destinado a intensificar as intervenções essenciais de saúde. Na sua quinquagésima- sexta sessão, o Comité Regional Africano aprovou o documento intitulado “Revitalização dos sistemas de saúde no contexto dos cuidados primários de saúde na Região Africana” e adoptou a Resolução AFR/RC56/R6, com ele relacionada.

58. A Rede de Metrologia da Saúde (RMS) deu formação a 77 participantes dos 27 países que financia, para que passassem a usar o quadro da RMS e o instrumento de avaliação do sistema de informação sanitária (SIS). A referida formação destinou-se a desenvolver capacidades, para a melhoria dos sistemas nacionais de informação sanitária. Como *follow-up*, 15 dos países fizeram a avaliação dos seus sistemas. Os resultados da avaliação dos recursos e indicadores, feita em 11 países, revelam que 50% dos países avaliados terão de reforçar os seus recursos para o SIS, apesar de ser adequado manter os indicadores (Figura 1). Com base nesses resultados, a Serra Leoa formulou um plano estratégico nacional do SIS e iniciou a sua implementação, com o apoio do DFID e do Banco Mundial.

Figura 1: Adequação dos recursos e indicadores dos sistemas nacionais de informação sanitária dos países apoiados pela Rede de Metrologia da Saúde, 2007



Financiamento da Saúde e Protecção Social (HFS)

59. A capacidade dos países para assegurarem um financiamento sustentável na área da saúde continuou a ser reforçada durante o biénio. Na quinquagésima- sexta sessão do Comité Regional Africano, os Estados-Membros aprovaram o documento intitulado “Financiamento da saúde: estratégia para a Região Africana”, que se destinava a fornecer orientações relativas ao financiamento da saúde, tendo também adoptado a Resolução AFR/RC56/R5.

60. Um total de 15 nacionais do Burkina Faso, Gana, Moçambique, Nigéria e Tanzânia receberam formação em análise dos mecanismos de financiamento da saúde. Esses participantes começaram a implementar as propostas de investigação sobre financiamento sustentável do

¹⁰ Burundi, Camarões, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Etiópia, Gana, Quênia, Libéria, Madagáscar, Malawi, Nigéria, Ruanda, Serra Leoa, Uganda e Zâmbia.

VIH/SIDA. Em duas acções de formação, realizadas em Bamaco e Brazzaville, deu-se formação a um total de 30 participantes de 20 países, para a utilização e institucionalização das contas nacionais de saúde (CNS).

61. Catorze países¹¹ receberam apoio técnico para fazerem a avaliação das contas nacionais de saúde. No entanto, apenas sete deles concluíram essa avaliação, tendo divulgado os seus resultados¹². Esta acção aumentou, de 13 para 20, o número de países que realizaram, pelo menos, uma avaliação das CNS. Continuam a ser feitos estudos nos restantes países. A Eritreia e a Nigéria formularam políticas abrangentes de financiamento da saúde.

62. Os seguintes documentos técnicos sobre economia da saúde foram produzidos e divulgados, através de publicações revistas por pares: i) uma panorâmica dos padrões de financiamento da saúde e perspectivas de futuro na Região Africana da OMS; ii) o preço da fuga de profissionais de saúde no Quénia; iii) o preço, para a Região Africana da OMS, da fuga de quadros relacionados com a saúde; iv) equidade na saúde e nos cuidados de saúde no Malauí; v) gestão eficaz dos recursos humanos nos centros de saúde da Zâmbia; vi) eficácia técnica, mudanças de eficácia, progresso técnico e aumento da produtividade nos sistemas nacionais de saúde dos países do continente africano; e vii) transferência, para África, da biotecnologia relacionada com a saúde: questões da relação entre responsável principal e agência.

63. O Uganda criou uma base de dados sobre o financiamento da saúde e produziu um relatório sobre a disponibilidade das pessoas para pagarem as prestações de saúde da segurança social. Criou-se a Rede de Economia da Saúde para a África Ocidental, cuja primeira conferência se realizou em Agosto de 2007, na Universidade da Nigéria.

Medicamentos Essenciais (EDM)

64. Os Estados-Membros¹³ da Comunidade Económica e Monetária da África Central (CEMAC) adoptaram uma política nacional de medicamentos harmonizada. O Quénia, a Gâmbia, o Malauí e a Suazilândia reviram e finalizaram as suas políticas nacionais de medicamentos, elevando para um total de 40 os países que dispõem dessas políticas. Deu-se apoio a 13 países¹⁴ para criarem políticas nacionais de medicina tradicional, quadros legais para a prática da medicina tradicional, códigos de ética e planos estratégicos, o que eleva para um total de 23 o número de países que criaram políticas nacionais (Figura 2), desde a adopção da estratégia regional sobre a promoção do papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde, em 2000. Os participantes da quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional Africano da OMS adoptaram a Declaração de Brazzaville sobre Medicina Tradicional.

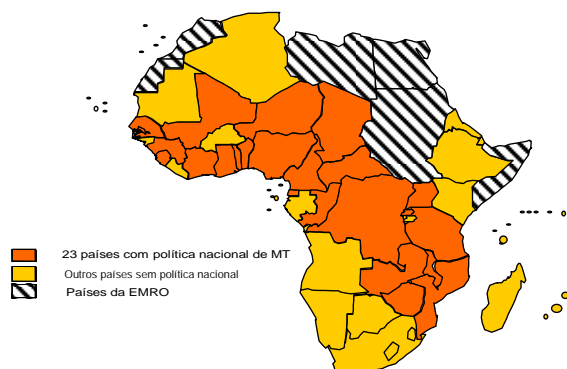
¹¹ Botsuana, Burkina Faso, República do Congo, Chade, Gâmbia, Guiné, Malauí, Níger, Ruanda, Serra Leoa, São Tomé e Príncipe, Senegal, Tanzânia e Zimbabué.

¹² Botsuana, Burkina Faso, Gâmbia, Malauí, Níger, Ruanda e Serra Leoa.

¹³ Camarões, República do Congo, República Centro-Africana, Chade, Guiné Equatorial e Gabão.

¹⁴ Camarões, República Centro-Africana, República do Congo, República Democrática do Congo, Côte d'Ivoire, Gana, Quénia, Nigéria, Ruanda, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

Figura 2: Países com políticas nacionais de medicina tradicional, 2001–2007



65. O manual de formação do Escritório Regional sobre gestão dos medicamentos a nível dos centros de saúde foi revisto, por forma a integrar um capítulo sobre a gestão dos medicamentos antirretrovirais e outros produtos para o VIH/SIDA. Criaram-se programas informáticos, como complemento ao manual de formação. Publicou-se a quarta edição da publicação *AFRO essential medicines price indicator*. Em colaboração com a Sede, criaram-se e submeteram-se a testes prévios, no Gana e Senegal, instrumentos próprios para o mapeamento dos parceiros e dos fluxos financeiros destinados aos medicamentos e procedeu-se a uma avaliação aprofundada dos sistemas de compras e abastecimento; esses instrumentos foram, posteriormente, aplicados em mais seis países¹⁵. Em nove países¹⁶, testaram-se no terreno as orientações destinadas a formar estudantes de ciências da saúde, a dar formação contínua em medicina tradicional aos praticantes da medicina convencional e a formar os praticantes da medicina tradicional em cuidados primários de saúde.

66. Organizou-se uma reunião consultiva regional sobre saúde pública, inovação e propriedade intelectual, com vista a melhorar a actividade do Grupo de Trabalho Intergovernamental da OMS na finalização do projecto de estratégia mundial e plano de acção.

67. Deu-se apoio aos Estados-Membros e às comunidades económicas regionais (Comunidade da África Oriental, Comunidade Económica e Monetária da África Central, Comunidade de Desenvolvimento da África Austral e Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental), para harmonizarem os regulamentos e as políticas nacionais de medicamentos e para implementarem os seus planos de trabalho. Os participantes da quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano aprovaram o documento AFR/RC56/11, intitulado “Autoridades reguladoras farmacêuticas: situação actual e perspectivas” e destinado a fornecer orientações para reforçar as autoridades reguladoras dos medicamentos. Doze países¹⁷ avaliaram e reforçaram as suas autoridades reguladoras, o que elevou para 24 o número de países que têm em funcionamento sistemas reguladores básicos, enquanto 26 países produziram regulamentação para os medicamentos herbais.

¹⁵ Burundi, Camarões, Etiópia, Nigéria, Ruanda e Zâmbia.

¹⁶ Camarões, República do Congo, República Democrática do Congo, Gana, Mali, Senegal, África do Sul, Tanzânia e Uganda.

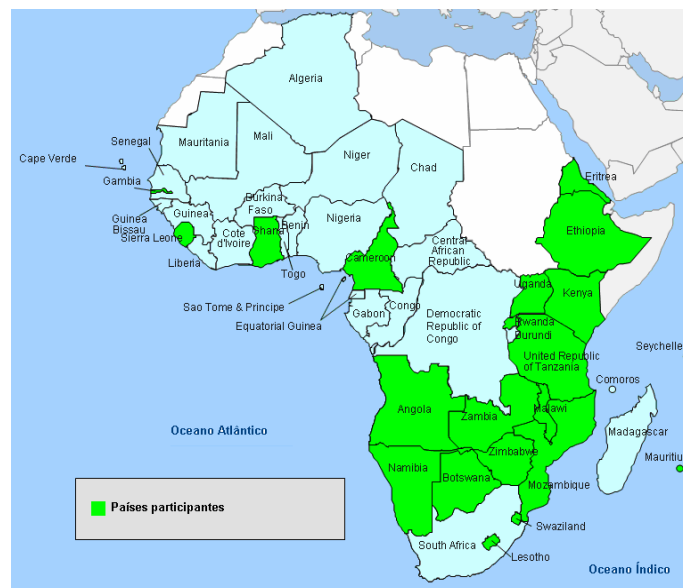
¹⁷ Botsuana, Burkina Faso, Camarões, Chade, Côte d’Ivoire, Quénia, Malawi, Mali, Moçambique, Ruanda, Senegal e Zâmbia.

68. O Escritório Regional elaborou orientações para a formulação de políticas nacionais, destinadas a proteger os conhecimentos sobre medicamentos tradicionais e a facilitar o acesso aos recursos biológicos, e para a elaboração de um projecto de lei da OMS, destinado a proteger os conhecimentos sobre medicina tradicional. Durante o biênio, 40 dos 46 países da Região criaram formulários nacionais de medicamentos essenciais e 17¹⁸ actualizaram os formulários que já possuíam.

Segurança do Sangue e Tecnologias Clínicas (BCT)

69. Fizeram-se esforços para melhorar os serviços dos laboratórios clínicos, a segurança dos doentes, a gestão das tecnologias da saúde, a imagiologia de diagnóstico e a segurança do sangue. Iniciou-se um esquema regional de avaliação externa da qualidade (AEQ) da hematologia e química clínica, envolvendo 21 laboratórios de hospitais universitários (Figura 3). Doze microbiólogos superiores de seis países¹⁹ receberam formação e apoio financeiro, para criarem esquemas nacionais em laboratórios periféricos. Por outro lado, o programa integrado de AEQ da microbiologia, que teve início em 2002, passou a ser extensivo aos laboratórios de paludismo e tuberculose de 44 países. Durante o biênio, mais de 70 laboratórios estiveram envolvidos neste esquema integrado de AEQ da microbiologia.

Figura 3: Países que participam no esquema de avaliação externa da qualidade da hematologia e química clínica do Escritório Regional



70. Em Bamaco, no Mali, deu-se formação a auditores para os serviços de transfusão sanguínea. A República Centro-Africana, o Mali, as Maurícias e a Namíbia iniciaram, com êxito, a implementação dos seus programas de gestão da qualidade. No total, 54 participantes, tanto dos laboratórios de saúde pública, como dos laboratórios veterinários nacionais de referência, receberam formação em biossegurança laboratorial.

71. Os centros de excelência de formação contínua em imagiologia de diagnóstico, dos Camarões e do Quênia, foram reactivados. A segurança dos doentes beneficiou do lançamento de

¹⁸ Burkina Faso, Cabo Verde, República Centro-Africana, Chade, Comores, República do Congo, Gâmbia, Libéria, Mali, Mauritânia, Senegal, Seychelles, África do Sul, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbábue.

¹⁹ Mali, Níger, Ruanda, Senegal, Uganda e Zâmbia.

uma rede regional, tendo sido organizada a primeira acção de formação sobre o tema. No Quénia e na África do Sul, concluíram-se projectos de estudo sobre os efeitos adversos que ocorrem durante os tratamentos clínicos, no sector da saúde pública e privada.

72. Oito países²⁰ receberam apoio para finalizar as suas políticas nacionais sobre segurança do sangue. Angola, Gâmbia, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Serra Leoa elaboraram planos estratégicos, para reforço dos seus programas de segurança do sangue. O Gana recebeu apoio para formular a sua política nacional de gestão das tecnologias da saúde. Moçambique, Lesoto e Libéria começaram a elaborar as suas políticas nacionais de laboratórios, com o apoio do Escritório Regional.

73. Recolheram-se dados sobre segurança do sangue nos 46 Estados-Membros e actualizou-se a base de dados regional. O número de unidades de sangue recolhido e a percentagem de dadores voluntários aumentou significativamente. Por outro lado, publicou-se o relatório do inquérito, realizado em 2004, sobre a segurança do sangue na Região Africana da OMS. O Dia Mundial do Dador de Sangue foi comemorado com êxito na Região. Produziram-se materiais de sensibilização, sobretudo vídeos, que foram disseminados pelos Estados-Membros, e realizou-se uma acção de formação regional para recrutadores de dadores de sangue, que envolveu 50 participantes.

Recursos Humanos para a Saúde (HRH)

74. O Escritório Regional continuou a apoiar os países nos seus esforços para: formularem políticas e planos abrangentes de recursos humanos; reforçarem as instituições, para que estas possam formar os recursos humanos necessários na área da saúde; criarem quadros reguladores; gerirem os recursos humanos para a saúde; gerarem dados factuais para o planeamento e implementação; e advogarem a criação de políticas macroeconómicas favoráveis.

75. Durante o biénio 2006-2007, reforçaram-se as parcerias com a União Africana, a Nova Parceria para o Desenvolvimento da África, a Comissão Europeia, a Agência Alemã para a Cooperação Técnica, a Comunidade da Saúde da África Oriental, Central e Austral, a Comunidade de Desenvolvimento da África Austral, a Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental e a *Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale*, com a finalidade de acelerar o desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde (HRH), na Região. Isso conduziu a um aumento do apoio aos países, incluindo apoio à componente de HRH dos programas prioritários, nomeadamente o VIH/SIDA, Tornar a Gravidez Mais Segura e Vacinação.

76. Registou-se um aumento significativo da informação e de dados sobre os HRH, recolhidos através da criação do Observatório Regional, tendo sido iniciada a criação de observatórios nacionais em seis países²¹. Estes dados serviram de base à elaboração das várias orientações, estratégias e quadros de HRH utilizados pelos países.

77. As capacidades nacionais para a criação de políticas, planeamento, produção, gestão e implementação de HRH foram reforçadas em algumas reuniões. Uma reunião interministerial de alto nível (saúde, finanças, educação, serviço público), destinada a responsáveis pela elaboração de políticas e visando reforçar as capacidades nacionais de desenvolvimento de HRH, contou com a presença de mais de 100 participantes do continente. Uma reunião regional destinada a reforçar a enfermagem e a obstetria contou com 60 participantes e a reunião de reitores das escolas médicas da Região Africana teve, igualmente, a presença de 60 participantes.

²⁰ Angola, República Centro-Africana, Eritreia, Gabão, Namíbia, Nigéria, São Tomé e Príncipe, e Senegal.

²¹ Benim, Burkina Faso, Camarões, Etiópia, Gana e Uganda.

VIH/SIDA, TUBERCULOSE E PALUDISMO

78. O VIH/SIDA, a tuberculose e o paludismo continuam a constituir graves ameaças à saúde pública e ao desenvolvimento na Região Africana. A morbilidade directa e indirecta, a mortalidade e o impacto socioeconómico destas doenças transmissíveis continuam a entravar o progresso para a consecução das metas da União Africana, estabelecidas em Abuja, e dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, da ONU.

79. Neste contexto, a prestação de um apoio, em tempo útil e de alta qualidade, para uma programação e implementação aceleradas de intervenções comprovadas e custo-eficazes na área do VIH/SIDA, tuberculose e paludismo, nos Estados-Membros, constituiu uma parte fundamental das actividades da OMS, na Região Africana, durante o biénio 2006-2007. Isso foi conseguido em colaboração com os vários parceiros que trabalham na Região.

Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA)

80. O VIH/SIDA continua a constituir um enorme impedimento ao desenvolvimento económico e social na África Subsariana, que é responsável por mais de 68% das infecções pelo VIH, a nível mundial, e por mais de 76% das mortes relacionadas com a SIDA. Em 2007, estima-se que 1,7 milhões de adultos e crianças tenham sido infectados pelo VIH.

81. Para resolver esta situação, a resposta da OMS consistiu em fornecer orientações normativas e em dar apoio técnico aos países. Os Estados-Membros adaptaram políticas e instrumentos, reforçaram as capacidades destinadas a mobilizar recursos técnicos e financeiros, concentraram-se em acelerar a prevenção do VIH e melhoraram a prestação de cuidados completos para o VIH/SIDA, incluindo o fornecimento de antirretrovirais, especialmente em situações de urgência.

82. Como consequência das intensas campanhas de advocacia e das orientações técnicas, a aceleração da prevenção do VIH foi incluída, como uma prioridade, na agenda dos países e dos parceiros do desenvolvimento, em particular no seio do sistema das Nações Unidas. Deu-se especial atenção ao apoio aos países, para reforçarem as intervenções com uma boa relação custo-eficácia e de base factual, e ao aperfeiçoamento dos programas de VIH/SIDA, com base num bom conhecimento dos factores causadores da epidemia.

83. Com o apoio do Escritório Regional, 17 países²² procederam à actualização das suas orientações nacionais sobre a gestão abrangente dos casos de infecções sexualmente transmissíveis. Seis países²³ integraram a gestão de casos nos seus serviços de saúde reprodutiva. Enviaram-se para os países orientações actualizadas sobre novas abordagens, tais como os testes e aconselhamento por iniciativa do prestador de serviços. Metade dos países da Região (23) receberam apoio para expandirem os testes e o aconselhamento sobre o VIH (TAV) e a prevenção da transmissão vertical (PTV), o que resultou no aumento, de 5%, em 2004-2005, para 60%, em 2006-2007, da percentagem de distritos que têm, pelo menos, um serviço de TAV. O número total de grávidas que têm acesso a serviços de PTV aumentou de 190 000, em 2004-2005, para mais de 300 000, em 2006-2007. Apesar desta evolução significativa, os níveis de cobertura dos TAV e da PTV permaneceram em torno dos 10%.

84. Na sequência da publicação das recomendações da OMS-ONUSIDA sobre circuncisão masculina e prevenção do VIH, em Março de 2007, implementou-se um plano conjunto da ONU,

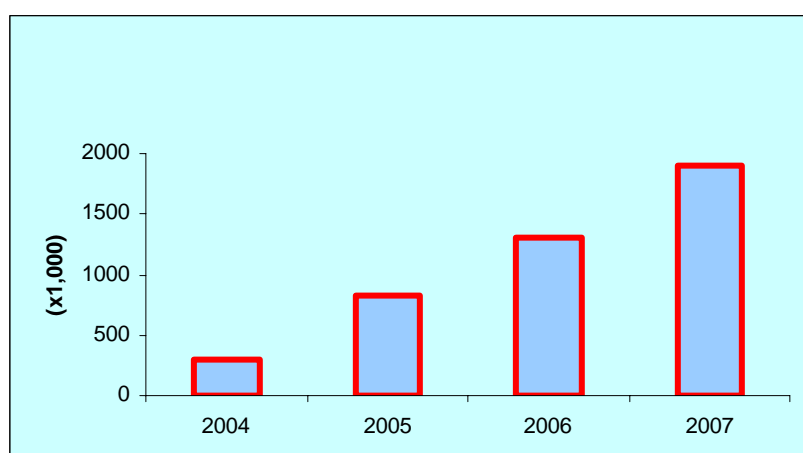
²² Camarões, República Centro-Africana, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Etiópia, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Moçambique, Ruanda, Nigéria, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

²³ Benim, Camarões, Nigéria, Tanzânia, Zâmbia e Zimbabué.

sob a liderança do Escritório Regional. Deu-se particular atenção aos países da África Oriental e Austral, onde a prevalência do VIH/SIDA é mais elevada e onde as taxas de circuncisão masculina são muito baixas. Na sequência das recomendações da quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional, ficou agendada para Março de 2008, numa reunião de peritos africanos, a discussão das orientações estratégicas para aumentar a taxa de circuncisão masculina, com vista à prevenção do VIH.

85. Desenvolveram-se esforços para a expansão da terapêutica antirretroviral (TAR), no contexto do acesso universal aos cuidados necessários. Até à data, 23 países²⁴ estão a implementar a abordagem da Atenção Integrada às Doenças dos Adultos e dos Adolescentes, a fim de expandirem a TAR. Aproximadamente 1,9 milhões de pessoas que vivem com o VIH/SIDA (PVVS) estavam a receber TAR, no final de Dezembro de 2007, o que representa 42% das pessoas necessitadas desse tratamento, em comparação com a cobertura de 28%, no final de 2006 e de 17%, no final de 2005 (Figura 4). Sete países²⁵ atingiram uma cobertura de 50% ou mais. Um aumento semelhante da cobertura em cuidados e tratamento das crianças está documentado, embora a cobertura global, de cerca de 11%, seja ainda muito baixa.

Figura 4: Número de pessoas que vivem com o VIH/SIDA, em terapêutica antirretroviral, na Região Africana da OMS, 2004–2007



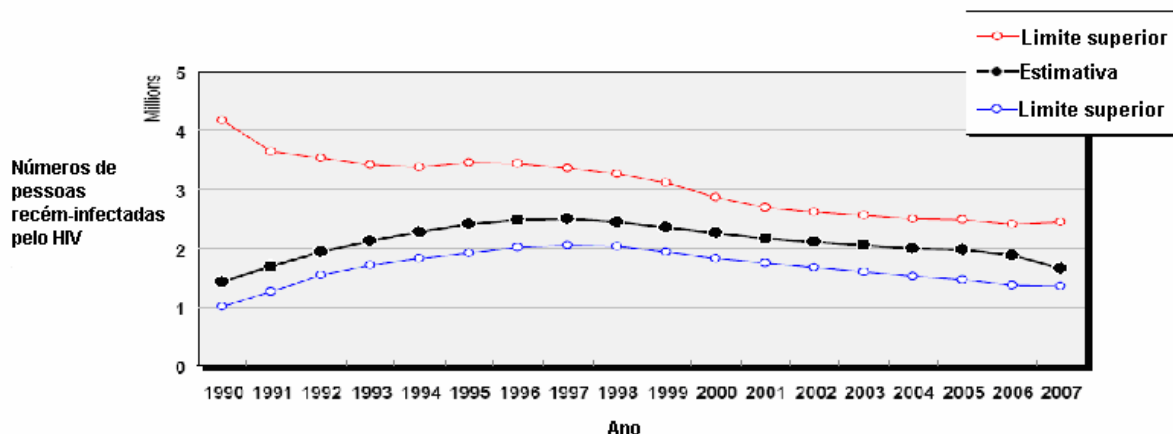
Fonte: Base de dados regional, Escritório Regional Africano da OMS, 2007.

86. Os Estados-Membros adoptaram, na quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional, uma estratégia regional para combater a dupla epidemia de TB/VIH. A actualização sobre a epidemia da SIDA, de Dezembro de 2007, feita pela ONUSIDA e OMS indicava que, na maioria dos países da África Subsariana, a prevalência nacional do VIH tinha estabilizado ou mostrava sinais de declínio (Figura 5). No entanto, a SIDA continuou a ser a principal causa de mortalidade na África Subsariana, ilustrando os desafios que, a longo prazo, a prestação de cuidados, tratamento e apoio, particularmente ao nível dos cuidados primários, terá de enfrentar no futuro.

²⁴ Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Eritreia, Etiópia, Gana, Guiné, Quénia, Lesoto, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Ruanda, Senegal, Seychelles, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

²⁵ Botsuana, Quénia, Malauí, Namíbia, Ruanda, Suazilândia e Zâmbia.

Figura 5: Número estimado de pessoas recém-infectadas pelo VIH na África Subariana, 1990–2007



Fonte: Relatório OMS/ONUSIDA sobre a epidemia do VIH, Novembro de 2007.

87. Para continuar a avançar no sentido do acesso universal, é importante prosseguir a advocacia para a aceleração da prevenção do VIH, a integração plena de todos os cuidados de PTV nos serviços de saúde materna e infantil e o reforço da terapêutica antirretroviral. É necessário que se proceda a uma monitorização e avaliação mensal da implementação das actividades e da utilização do orçamento, devendo as parcerias continuar a ser promovidas a todos os níveis.

Tuberculose (TUB)

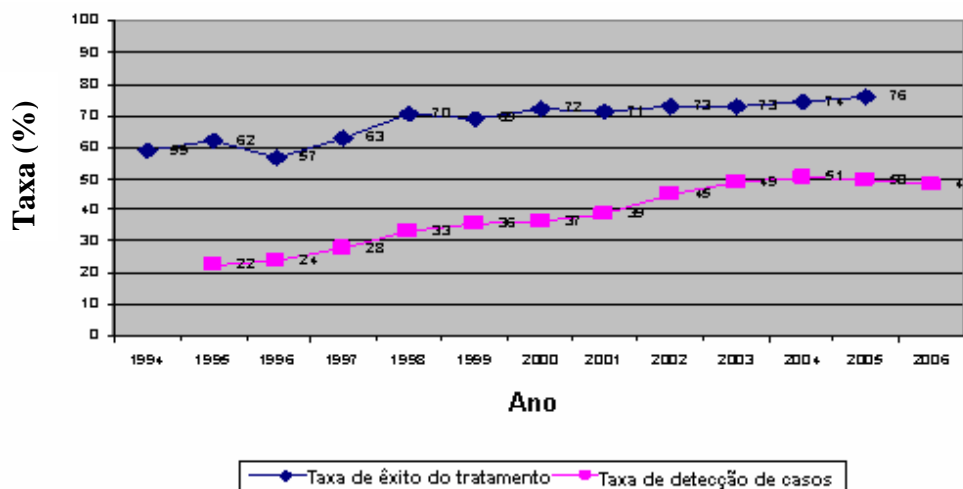
88. A melhoria da qualidade e cobertura da terapia directamente observado de curta duração (DOTS) é o objectivo da luta contra a tuberculose na Região. No entanto, o impacto negativo do VIH/SIDA sobre a incidência da TB inverteu os avanços conseguidos num passado recente. Por outro lado, a notificação da existência de casos de TB multirresistente (MDR) e ultrarresistente (XDR) agravou o problema. Em 12 países, a inadequação dos serviços de laboratório existentes limita a capacidade destes para fazerem análises de rotina à TB multirresistente.

89. Durante o biênio de 2006-2007, a resposta da OMS concentrou-se no seguinte: i) apoio à elaboração e implementação de planos de acção de emergência, para a expansão da DOTS; ii) apoio técnico, para aumentar e melhorar os serviços de diagnóstico de TB; iii) promoção de intervenções de colaboração na área da TB/VIH; iv) constituição de parcerias públicas-privadas e iniciativas de cuidados comunitários para a TB; v) melhoria do acesso a medicamentos anti-TB de elevada qualidade; e vi) melhoria da vigilância e monitorização, nomeadamente da resistência aos medicamentos.

90. Todos os países receberam apoio para elaborarem e implementarem planos e estratégias destinados a facilitar a consecução do objectivo de controlo da TB, da Assembleia Mundial da Saúde, e dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. A percentagem de 34 países da Região gravemente afectados, que atingiram uma taxa de detecção de casos de 70%, aumentou de 12% (4/34), em 2005, para 29% (10/34), em 2007. Do mesmo modo, a percentagem de países que atingiram uma taxa de êxito dos tratamentos de 85%, registou apenas um pequeno aumento, de 20% (7/34), em 2005, para 23% (8/34), em 2007. No entanto, a percentagem de países gravemente afectados que implementam a DOTS, a nível das comunidades em, pelo menos, 50% dos distritos, aumentou de 6% (2/34), em 2005, para 44% (15/34), em 2007. Por conseguinte, a percentagem de países com taxas cumulativas de abandono e transferência iguais ou inferiores a

10%, passou de 35%, em 2005 (12/34), para 73% (25/34), em 2007. A Figura 6 apresenta as tendências regionais na detecção de casos e as taxas de êxito dos tratamentos.

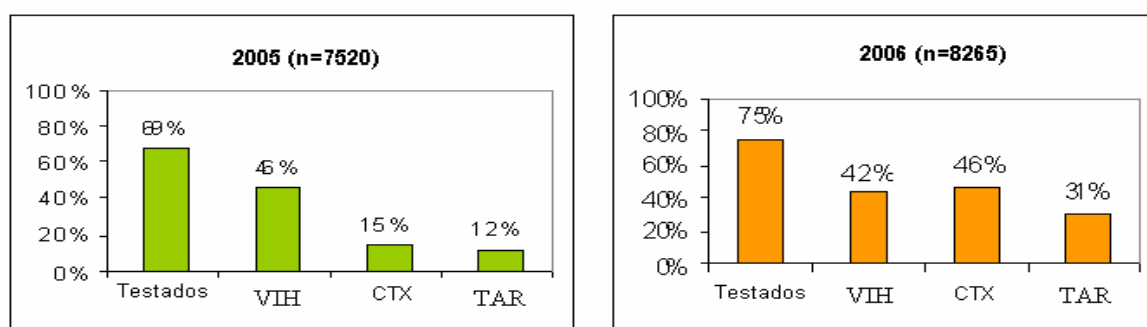
Figura 6: Tendências regionais das metas mundiais para o controlo da TB, 1994–2006



Fonte: Compilado a partir dos dados anuais da vigilância dos programas de controlo da TB, 1994–2006.

91. O número de países que implementaram actividades de colaboração na área da TB/VIH, aumentou de 15, em 2005, para 34, em 2007, como resultado do apoio técnico recebido. A consequência foi o aumento da percentagem de doentes com TB, submetidos ao rastreio do VIH, de uma média de 2% para 14%. Esta percentagem aumentou para 75%, em alguns países, como o Ruanda (Figura 7). Para dar orientações sobre o modo de reforçar a colaboração TB/VIH, o Escritório Regional criou uma estratégia regional, que foi adoptada pelos Estados-Membros, na quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional Africano da OMS.

Figura 7: Testes e tratamento do VIH entre os doentes de TB no Ruanda



Fonte: Compilado a partir dos dados anuais da vigilância dos programas de controlo da TB, 2005-2006

92. O apoio prestado aos países, para reforçarem os seus sistemas de vigilância da TB, permitiu a 45 países apresentarem à OMS relatórios regulares, rigorosos e atempados sobre a TB, para facilitar a compilação de relatórios mundiais sobre a luta contra a tuberculose. Por outro lado, foi notificado um total de 7023 casos de TB multirresistente em 19 de 22 países que levaram a cabo uma vigilância activa da TB multirresistente. A maioria dos países conseguiu aceder a medicamentos anti-TB de segunda linha, quer na *Global Drug Facility* ou em fontes próprias. Pela primeira vez na Região, foram notificados 393 casos de TB ultrarresistente, em Moçambique

e na África do Sul. Como resposta a esta ameaça ao controlo da TB, o Escritório Regional criou um quadro para o tratamento da TB multirresistente; os países continuam a ser apoiados, para criarem planos de acção de luta contra a TB.

Paludismo (MAL)

93. O paludismo exerce um forte impacto negativo sobre o desenvolvimento africano, causando taxas de morbilidade e mortalidade intoleráveis e dificultando o crescimento económico. Apesar das várias estratégias adoptadas para o controlo do paludismo, a disponibilidade de intervenções custo-eficazes e o aumento do financiamento para as populações de risco permanecem a um nível inaceitavelmente baixo.

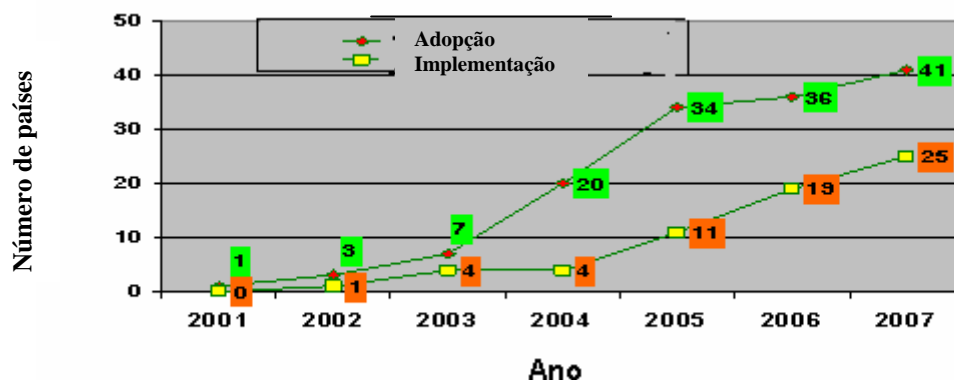
94. Durante o biénio 2006-2007, pretendeu-se especialmente: i) promover o reforço de um conjunto abrangente de medidas de luta contra o paludismo, que incluíam: o tratamento eficaz dos casos; a prevenção, com tratamento preventivo intermitente durante a gravidez; o uso de redes impregnadas com insecticida (RII) e da pulverização residual interna; e a preparação e resposta às epidemias; ii) melhorar a prestação dos serviços integrados, através do melhor aproveitamento possível das oportunidades oferecidas por estratégias e programas, como a Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), o Programa Alargado de Vacinação (PAV) e as clínicas pré-natais; iii) reforçar as parcerias, com a finalidade de reunir recursos suplementares e de melhorar a coordenação e harmonização dos parceiros, em torno das prioridades, planos e quadros de monitorização e avaliação dos países; iv) reforçar a monitorização, a avaliação e a planificação baseada em dados factuais.

95. Deu-se apoio técnico à União Africana para preparar e organizar a Cimeira Especial de Chefes de Estado sobre VIH/SIDA, TB e Paludismo, em Maio de 2006, em Abuja. Em 2006 e 2007, deu-se apoio técnico a 16 países²⁶, para formularem uma segunda geração de planos estratégicos de luta contra o paludismo, tendo em conta a necessidade do acesso universal aos serviços de prevenção e controlo.

96. Relativamente ao reforço das intervenções de luta contra o paludismo, no final de Dezembro de 2007, 41 países tinham adoptado a política da associação medicamentosa à base de artemisinina (ACT) (Figura 8), em comparação com 34 países, no início de 2005. Destes 41 países, 25 implementaram o tratamento do paludismo com ACT, recomendado pela OMS, e 20 comunicaram a sua implementação em todo o território, enquanto, no início do biénio, apenas sete países o tinham feito.

Figura 8: Adopção da política da associação medicamentosa à base de artesiminina e tendências da implementação

²⁶ Botsuana, Burundi, Burkina Faso, Comores, República do Congo, Etiópia, Guiné-Bissau, Madagáscar, Mali, Moçambique, Níger, Nigéria, Senegal, Tanzânia (Zanzibar), Uganda e Zâmbia.

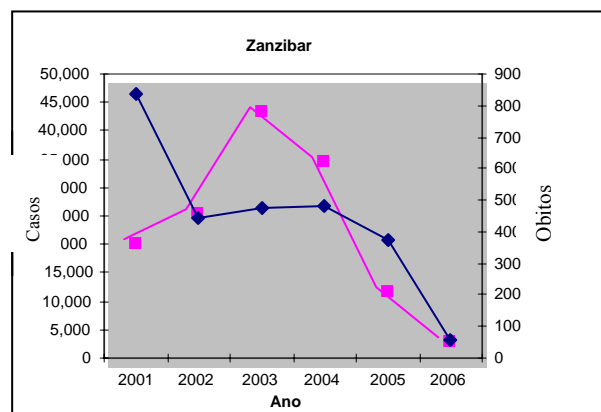
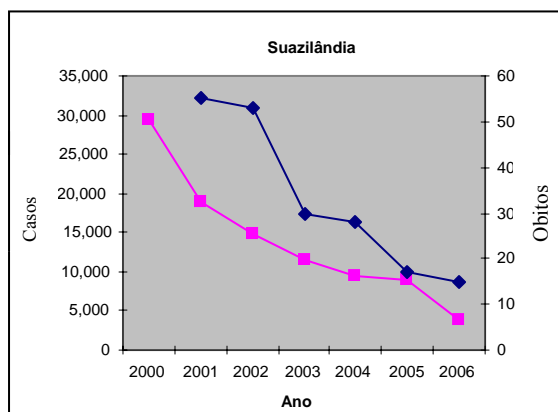
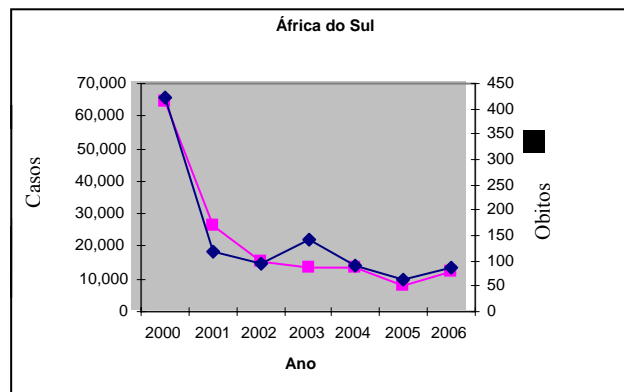
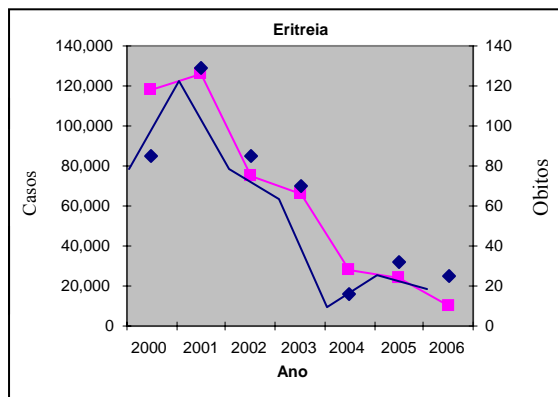


97. A estratégia do tratamento preventivo intermitente durante a gravidez foi adoptada em todos os 35 países endémicos em que foi recomendada e 20 países implementaram-na em todo o seu território. Distribuíram-se mais de 33 milhões de redes impregnadas com insecticida, através de vários mecanismos, nomeadamente, a integração com outras intervenções na área da sobrevivência infantil.

98. Como consequência da implementação, em larga escala, de intervenções comprovadas e com uma boa relação custo-eficácia, registou-se uma redução do número de casos de paludismo em alguns países, designadamente a Eritreia, o Quênia, a África do Sul, a Suazilândia e a Tanzânia (Zanzibar) (Figura 9).

99. A política sustentada da implementação integrada, em larga escala, de redes impregnadas com insecticida de longa duração e de ACT, reduziu acentuadamente o peso do paludismo na Gâmbia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Togo e outros países da África Central e Ocidental. Por outro lado, o êxito documentado das iniciativas transfronteiriças, como a Iniciativa de Desenvolvimento Espacial do Lubombo, entre os governos de Moçambique, África do Sul e Suazilândia, reduziram a transmissão do paludismo em toda a zona-alvo, o que constitui um forte argumento para o investimento na luta contra o paludismo na Região. No Quênia, a distribuição livre e maciça de RII teve efeitos positivos sobre a sobrevivência infantil, confirmando os resultados dos ensaios controlados aleatórios, anteriormente realizados.

Figura 9: Exemplos de países com menos casos de paludismo a nível das instituições de saúde, 2000–2006



Chave: Azul: óbitos; Rosa: casos

100. Fizeram-se progressos significativos no reforço das parcerias destinadas a combater o paludismo. O Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo (GFATM) aprovou 27 propostas que incluíam componentes do paludismo. Com um melhor apoio para a elaboração de propostas, foram aprovadas 13 das 19 propostas apresentadas para a 7ª Rodada, o que explica o louvor público do Fundo Mundial, à OMS e à parceria Fazer Recuar o Paludismo, pelo esforço desenvolvido. Além disso, o reforço da colaboração com parceiros, como a Iniciativa do Presidente dos EUA para o Paludismo e o Programa de Luta contra o Paludismo, do Banco Mundial, resultou num aumento da disponibilidade e utilização dos recursos a nível de país.

PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

101. A Divisão de Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis, do Escritório Regional Africano da OMS, dispensa orientações técnicas e apoio aos países da Região, com base nas resoluções e recomendações dos Órgãos Directivos, respeitantes à prevenção e controlo das doenças transmissíveis. Durante o período 2006-2007, a Divisão foi responsável por quatro áreas de actividade, nomeadamente: Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis; Alerta e Resposta às Epidemias; Vacinação e Desenvolvimento de Vacinas; Investigação sobre Doenças Transmissíveis.

Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis (CPC)

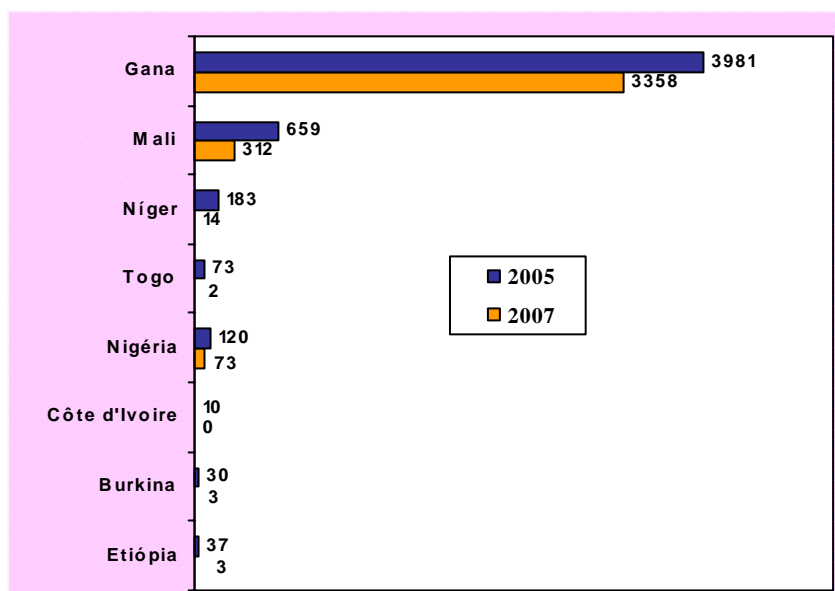
102. No biénio 2006-2007, o Escritório Regional concentrou-se no apoio aos países para a

implementação dos programas de: erradicação da dracunculose; eliminação da lepra, filaríase linfática e tripanossomíase; e controlo da oncocercose, úlcera de Buruli, esquistossomíase, parasitoses intestinais, leishmaníase e raiva. Estas doenças afectam um bilião de pessoas, 90% das quais em África. A luta contra estas doenças sofre de um subfinanciamento muito acentuado, o que explica a designação de *doenças tropicais negligenciadas*.

103. A OMS, em colaboração com os parceiros, forneceu apoio técnico e financeiro aos países afectados, para que pudessem conceber estratégias e planos de acção apropriados de advocacia e controlo das doenças. Foram desenvolvidas actividades específicas de apoio ao abastecimento de medicamentos e à monitorização e avaliação.

104. **Dracunculose:** Os funcionários das Divisões do Escritório Regional efectuaram 17 missões e realizaram oito reuniões de análise interpaíses, as quais resultaram na certificação de dez países como livres da transmissão local da dracunculose. A incidência anual diminuiu 28%, durante o biénio. Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Etiópia e Togo reportaram zero casos indígenas, em 2007 (Figura 10).

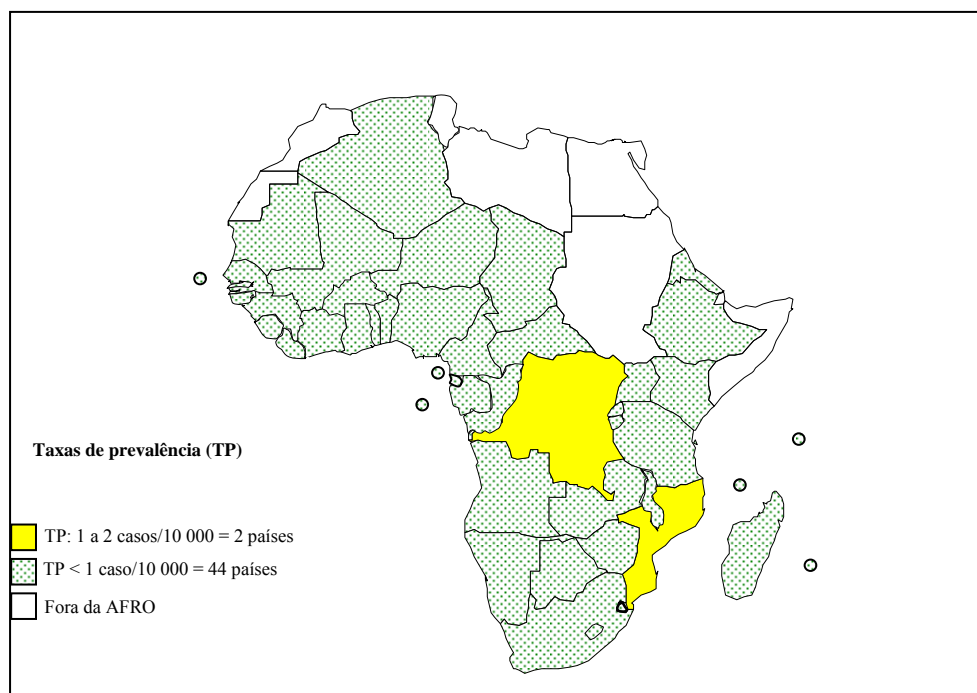
Figura 10: Número de casos de dracunculose na Região Africana da OMS, 2005–2007



Nota: Os casos no Burkina Faso, Etiópia e Togo são casos importados.

105. **Lepra:** Os sete restantes países, em que o objectivo de eliminação da lepra não foi atingido, receberam apoio para formularem, implementarem e avaliarem planos intensificados de luta contra a lepra. O resultado foi a diminuição da prevalência, de 53.952 para 37.663 casos registados, o que representa uma redução de 30% da prevalência. A taxa média de prevalência da lepra na Região é de 0,51 casos por 10.000 habitantes. No final de 2007, 44 dos 46 países tinham atingido o objectivo da eliminação (Figura 11).

Figura 11: Situação da lepra na Região Africana, no final de 2007



106. **Quimioterapia preventiva integrada:** Burkina Faso, Gana, Mali, Níger e Uganda foram pioneiros na administração maciça integrada de medicamentos na Região, usando um conjunto de medicamentos gratuitos ou de baixo custo, para tratar quatro das doenças tropicais negligenciadas mais frequentes: a filaríase linfática, a oncocercose, a esquistossomíase e os helmintas transmitidos pelo solo.

107. **Filaríase linfática:** Os programas de administração maciça de medicamentos abrangeram 33 milhões de pessoas, em 12 dos 39 países endêmicos da Região. Zanzibar, na Tanzânia, teve o segundo programa mais bem sucedido de interrupção da transmissão da filaríase linfática, depois do Togo. Cinco países conseguiram fazer o tratamento integrado da filaríase linfática, esquistossomíase, helmintíase transmitida pelo solo e oncocercose. Em 16 países endêmicos, implementou-se a desparasitação, nas escolas, da helmintíase transmitida pelo solo. Alguns desses países integraram a desparasitação com suplementos de vitamina A, campanhas de vacinação e outras intervenções relativas à saúde das crianças.

108. **Oncocercose:** A partir de Dezembro de 2006, em parceria com profissionais dos sistemas de saúde, distribuidores orientados para as comunidades trataram mais de 48,6 milhões de pessoas, em 111.210 comunidades, em 15 países com oncocercose endêmica. O Programa Africano de Controlo da Oncocercose (PACO) evitou uma estimativa de 960.000 anos de vida ajustados por incapacidades (DALYs), em 2007. O tratamento com a estratégia da ivermectina, orientado para as comunidades, foi também usado em múltiplas intervenções na área da saúde, incluindo a administração de suplementos de vitamina A, a distribuição de redes impregnadas com insecticida e o tratamento doméstico do paludismo. A contribuição financeira dos governos para as actividades de controlo da oncocercose em 13 países APOC tinha aumentado 38%, no final do biénio 2006-2007.

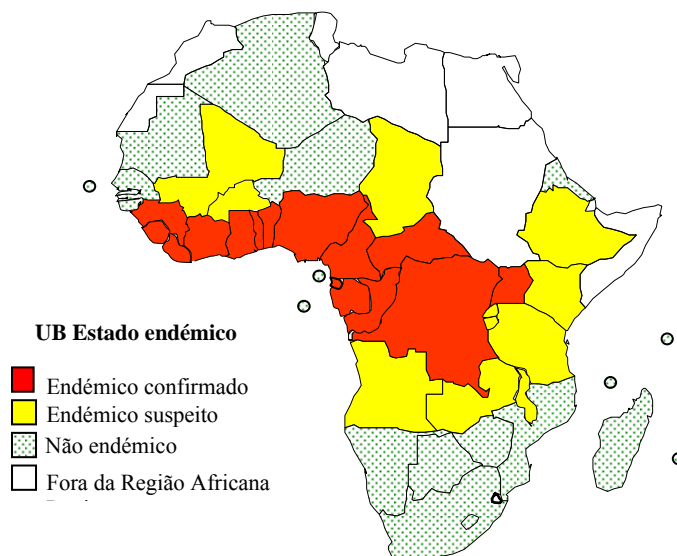
109. **Tripanossomíase humana africana:** A vigilância activa foi reforçada, tendo tido como resultado uma tendência decrescente da incidência anual da doença, durante os últimos cinco anos. Em 15 países²⁷, a transmissão parece ter sido interrompida, visto que há muitos anos não é notificado nenhum caso novo. Observou-se uma redução de 69% no número de novos casos, em

²⁷ Benim, Botsuana, Burundi, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Libéria, Mali, Namibia, Níger, Senegal, Serra Leoa, Suazilândia e Togo.

24 países com *Trypanosoma gambiense* endémica. Dez países²⁸ notificaram menos de 50 novos casos por ano; oito países²⁹ notificaram 50 a 1000 casos; e dois países (Angola e República Democrática do Congo) notificaram mais de 1000 casos. Todos os pacientes com a doença do sono foram tratados gratuitamente.

110. **Úlcera de Buruli:** O Escritório Regional ajudou três países a avaliarem a situação da úlcera de Buruli e a planearem actividades de vigilância. Na Região Africana, 15 países foram confirmados como endémicos, tendo implementado actividades de controlo (Figura 12).

Figura 12: Úlcera de Buruli na Região Africana, 2007



Alerta e Resposta às Epidemias (CSR)

111. Os desafios da estratégia de alerta e resposta às epidemias foram: o reforço e a sustentação dos sistemas de vigilância das doenças, para uma informação epidemiológica em tempo útil; a criação de sistemas de resposta, para um rápido controlo das emergências de saúde pública nacional e internacionalmente preocupantes; e o reforço das capacidades laboratoriais, para confirmar os agentes causadores dos surtos ocorridos.

112. O êxito da implementação da estratégia de Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (IDSR) nos países contribuiu grandemente para a detecção precoce e o rápido controlo das epidemias. Fez-se formação em IDSR em, pelo menos, 60% dos distritos de 33 dos 46 Estados-Membros. Além disso, a formação em IDSR foi introduzida no Instituto Regional de Saúde Pública, em Ouida, no Benim, e nas instituições de formação em saúde de nível médio de seis países³⁰. A OMS também forneceu apoio técnico e financeiro aos países, para organizarem sessões de formação sobre a gripe das aves causada pelo H5N1.

113. O Escritório Regional e as Equipas de Apoio Interpaíses deram apoio técnico, em tempo útil, aos países atingidos pelas principais epidemias, tais como a cólera, a meningite, as febres hemorrágicas do Ébola e de Marburgo e a gripe das aves. Estes países receberam apoio para elaborarem e implementarem os seus planos nacionais de preparação e resposta às epidemias. Os membros da Rede Regional de Resposta Rápida às Epidemias receberam orientações destinadas a actualizar os seus conhecimentos sobre os novos desenvolvimentos, incluindo a infecção humana

²⁸ Burkina Faso, Camarões, Guiné Equatorial, Gabão, Quênia, Moçambique, Nigéria, Ruanda, Zâmbia e Zimbabué.

²⁹ República Centro-Africana, Chade, República do Congo, Côte d'Ivoire, Guiné, Malauí, Tanzânia e Uganda.

³⁰ Benim, Eritreia, Gâmbia, Gana, Guiné e Malauí.

pelo A/H5N1 e o *Regulamento Sanitário Internacional de 2005*. As equipas nacionais de resposta rápida de 28 países receberam formação sobre a contenção da gripe pandémica. Deu-se apoio técnico e financeiro aos países, para criarem e orientarem equipas nacionais de resposta rápida às epidemias. As três Equipas de Apoio Interpaíses receberam equipamento de protecção pessoal de emergência.

114. Em 2007, 30 dos 46 países da Região notificaram epidemias de cólera ao Escritório Regional (Figura 13). O número cumulativo de casos foi de 106.141, tendo-se registado 2.172 óbitos. A taxa global de casos mortais foi de 2,05%, oscilando entre menos de 1% e 12,5%. Angola, a República Democrática do Congo e a Etiópia notificaram 68 401 (64,4%) casos e 1.364 (12,8%) óbitos. Os principais factores de risco foram a falta de água potável, o mau saneamento, a instabilidade social e política e os conflitos internos, que obrigaram à deslocação maciça das populações e suspenderam o funcionamento dos serviços sociais. A incidência da cólera aumentou desde a década de 1990. As taxas de casos mortais estão a diminuir, mas ainda são inaceitavelmente elevadas (2,05%) (Figura 14).

Figura 13: Países afectados pela cólera na Região Africana, 2007

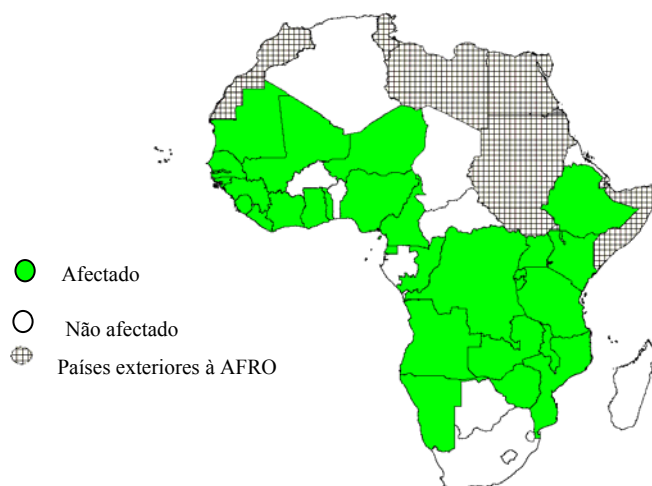
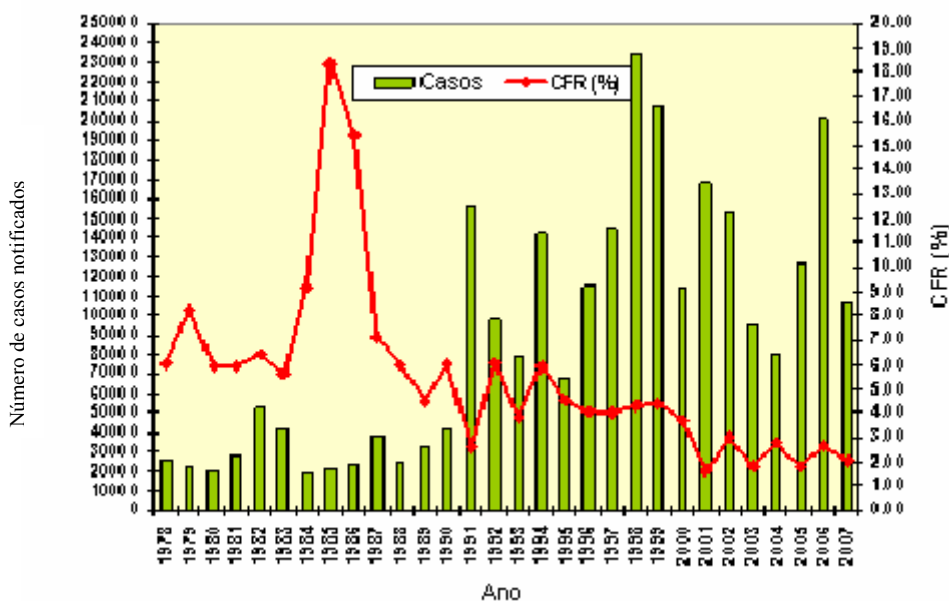


Figura 14: Tendências da cólera na Região Africana, 1978–2007

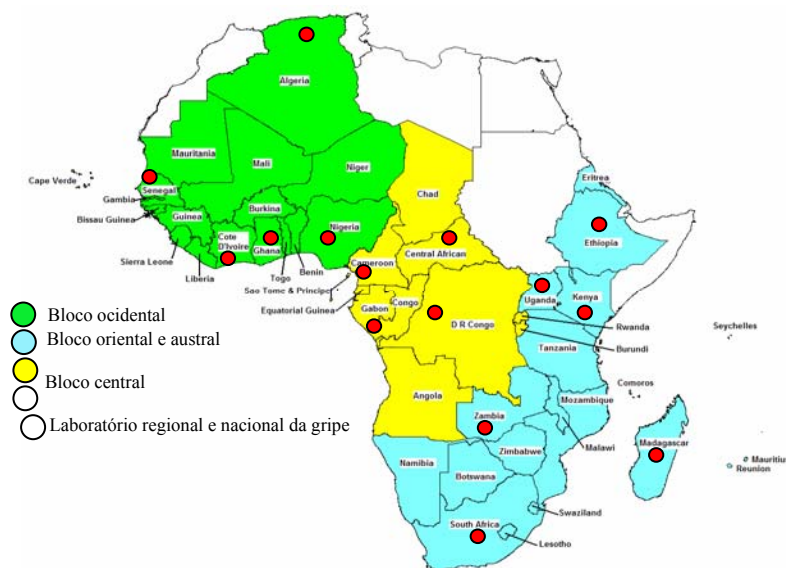


115. Foram identificados, na Região, 15 laboratórios nacionais e regionais de referência para a gripe (Figura 15). Deu-se formação a chefes e técnicos superiores dos laboratórios para a vigilância e diagnóstico do vírus da gripe, incluindo a gripe das aves altamente patogénica. Em 2007, mais de 70 laboratórios de 44 países africanos participaram no Programa Regional de Avaliação Externa da Qualidade em bacteriologia e seis laboratórios nacionais da gripe participaram no Programa de Avaliação Externa da Qualidade da OMS, para a detecção do vírus da gripe do tipo A, por reacção em cadeia da polimerase.

116. O Escritório Regional continuou a fornecer informação factual para a monitorização das tendências das doenças e avaliação das intervenções de saúde pública. Por outro lado, elaborou, adaptou e divulgou instrumentos de gestão de dados, incluindo aplicações Epi-info e manuais do utilizador.

117. Foi criada uma parceria para a implementação do *Regulamento Sanitário Internacional de 2005* (RSI). Essa parceria preparou um quadro regional, forneceu informação aos pontos focais nacionais do RSI e aos funcionários das Divisões e elaborou um plano de comunicação regional, para fazer a devida advocacia e sensibilizar as partes envolvidas. Além disso, os 46 Estados-Membros designaram pontos focais nacionais para o RSI. Criou-se um grupo de peritos e elaboraram-se materiais de informação, educação e comunicação.

Figura 15: Rede regional e nacional de laboratórios da gripe, Região Africana da OMS



118. Em 2007, o Centro de Vigilância Multidoenças, em Ouagadougou, continuou a dedicar-se à vigilância da meningite e da oncocercose e a prestar apoio técnico à vigilância e resposta à meningite nos países afectados, incluindo a produção e fornecimento de meios de transporte para amostras isoladas. A melhoria da vigilância da meningite, em 13 países, permitiu a detecção precoce e a resposta atempada às epidemias de meningite meningocócica. Esta meningite foi dividida em subtipos, para melhor se orientarem as campanhas de vacinação. A resistência antimicrobiana dos agentes patogénicos da meningite foi monitorizada, para facilitar a gestão dos casos.

119. O rastreio em grupo dos vectores, usando a reacção em cadeia da polimerase, permitiu a identificação das taxas de prevalência em vectores que eram intermediários, para monitorizar qualquer recrudescência ou reemergência da doença em populações humanas. A falta de fundos constituiu o maior obstáculo à consecução das metas propostas por parte do Centro de Vigilância Multidoenças.

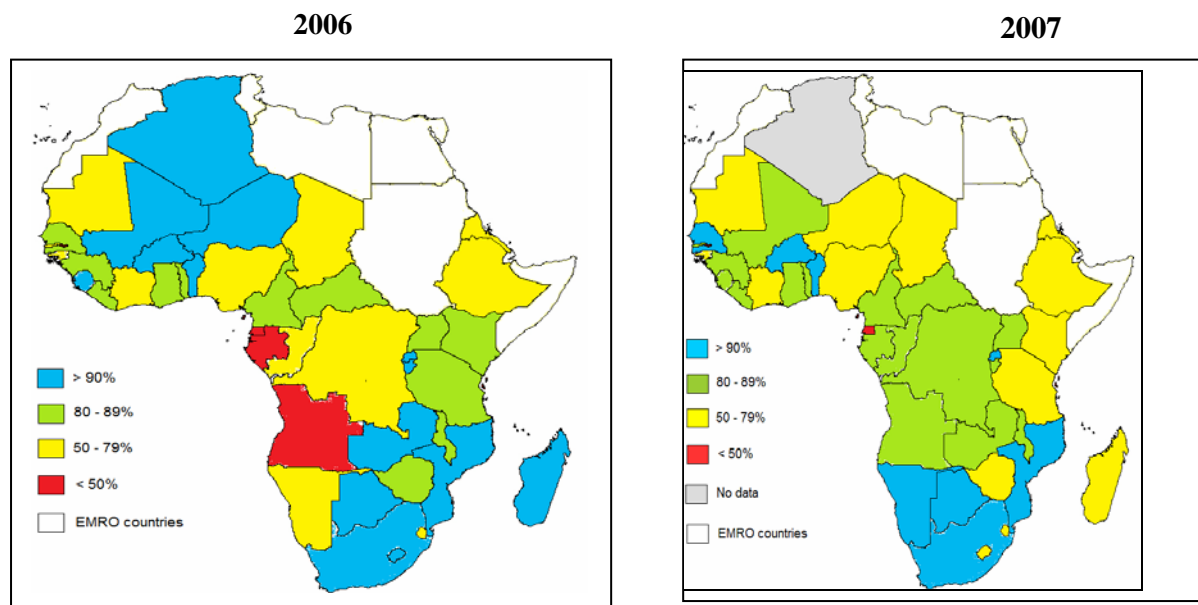
Vacinação e Desenvolvimento de Vacinas (IVD)

120. No final de 2006, 15 Estados-Membros³¹ notificaram uma cobertura de, pelo menos, 90% da terceira dose da vacina da difteria, tosse convulsa e tétano (DPT3) e em 14 países³² registou-se uma cobertura dessa vacina igual ou superior a 80%, em, pelo menos, 80% dos distritos (Figura 16). Os dados provisórios para 2007 indicavam que dez países tinham atingido uma cobertura pela DPT3 de, pelo menos, 90%, e 28 países tinham chegado aos 80% ou mais.

³¹ Argélia, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Lesoto, Madagáscar, Mali, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Seychelles, Serra Leoa, África do Sul e Zâmbia.

³² Botsuana, Burkina Faso, Cabo Verde, Lesoto, Madagáscar, Malauí, Maurícias, Moçambique, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Seychelles, Togo e Zâmbia.

Figura 16: Cobertura da DPT3 notificada na Região Africana da OMS, 2006 e 2007



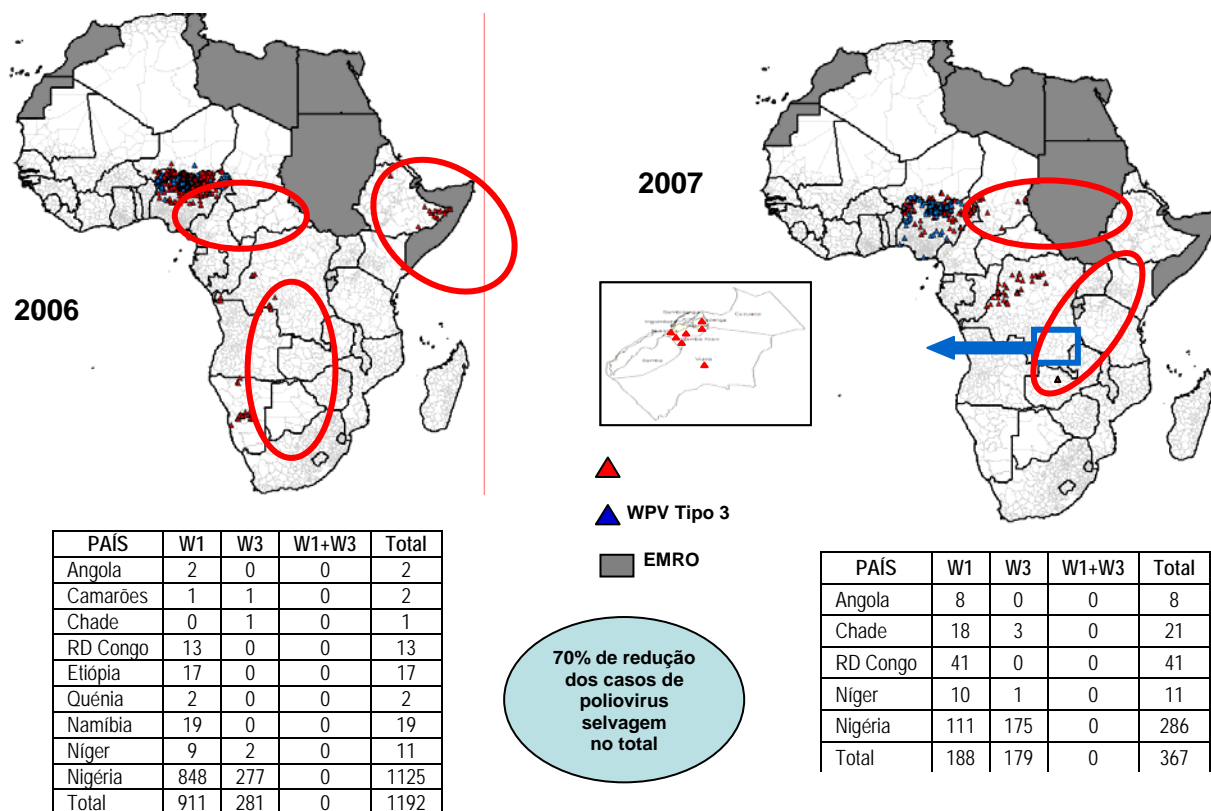
121. Em Dezembro de 2007, 38 países tinham introduzido a vacina da hepatite B e 30 países tinham introduzido a vacina Hib no seu calendário de vacinação de rotina. No total, 38 países (83%) completaram os seus planos multianuais abrangentes e receberam apoio para usar as iniciativas de alívio da dívida, a fim de reforçarem os seus sistemas de saúde, incluindo os programas de vacinação.

122. **Poliomielite:** Em 2007, foram notificados 367 casos de poliovírus selvagem, em cinco países, em comparação com 1.192, em nove países, durante o mesmo período do ano de 2006, o que representa uma redução de 70%. Além disso, o número de casos de poliovírus selvagem do tipo 1, durante o mesmo período, desceu 80%, de 911 para 188 (Figura 17). A resposta dada por Angola, República Democrática do Congo e Níger às importações de poliovírus selvagem foi encorajadora, enquanto que no Chade os desafios permanecem.

123. Em 2007, 41 países atingiram o nível de certificação relativa à paralisia flácida aguda. A Comissão de Certificação da Região Africana aceitou, em 2007, documentação de mais seis países³³, comprovando a eliminação da poliomielite, o que eleva para 21 o número total de países com documentação completa.

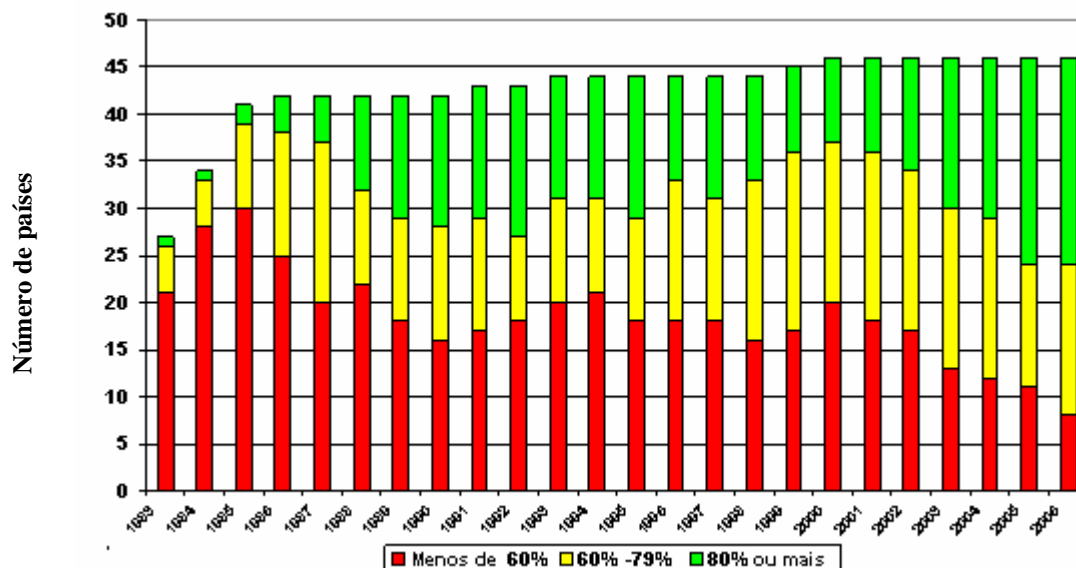
³³ República do Congo, Gana, Guiné, Mauritânia, Serra Leoa e Togo.

Figura 17: Distribuição do poliovírus selvagem na Região Africana da OMS, 2006-2007



124. **Sarampo:** No biénio 2006-2007, 108 milhões de crianças foram abrangidas pelas actividades de vacinação suplementar contra o sarampo, em 35 países. Durante as referidas actividades, 34 dos 35 países integraram, pelo menos, uma intervenção adicional de sobrevivência infantil, nomeadamente, a distribuição de redes impregnadas com insecticida, suplementos de vitamina A e desparasitação. Em 2006, 22 países atingiram 80% ou mais de cobertura da vacinação de rotina contra o sarampo (Figura 18). No final de 2006, a Região tinha atingido uma redução de 91% dos óbitos estimados por sarampo, em comparação com as estimativas de 2000, ultrapassando assim os objectivos estabelecidos para 2009.

Figura 18: Cobertura notificada da vacinação contra o sarampo na Região Africana da OMS, 1983–2006



125. **Tétano materno e neonatal:** Todos os países da Região, excepto a Guiné Equatorial e o Gabão, actualizaram os seus planos de eliminação do tétano materno e neonatal. Em 2007, 16 países implementaram actividades de vacinação suplementar contra o tétano toxóide, em distritos de alto risco. Na Região Africana, a eliminação do tétano materno e neonatal foi certificada em 13 países.

126. **Febre amarela:** Dos 31 países em risco de febre amarela na Região Africana, 22 introduziram a vacina da febre amarela nos seus Programas Alargados de Vacinação de rotina. Nove países atingiram uma cobertura de 80% ou mais, em 2006. As equipas dos 12 países que beneficiaram do apoio da Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação, para desenvolverem actividades de controlo da febre amarela, receberam a informação necessária sobre a situação; os países elaboraram planos experimentais para a realização de campanhas de prevenção, avaliação dos riscos e reforço da vigilância. No final de 2007, cinco países tinham completado o seu exercício de avaliação dos riscos. O Togo vacinou as populações nos distritos assinalados como de alto risco, atingindo uma cobertura média de 96%.

127. **Apoio aos sistemas de vacinação:** Pelo menos, 10 países fizeram avaliações dos seus sistemas de compra e gestão das vacinas e 18 países formularam planos de gestão do lixo hospitalar. Neste momento, estuda-se a possibilidade de usar os fundos do alívio da dívida, para financiar a vacinação e criar um fundo renovável para a compra de vacinas. O reforço das capacidades em recursos humanos prosseguiu, com a criação de módulos de formação integrada sobre a saúde das crianças.

Investigação sobre Doenças Transmissíveis (CRD)

128. Durante o biénio 2006-2007, o Escritório Regional concentrou-se nas actividades destinadas a manter e reforçar as capacidades nacionais para a investigação, através da formação e implementação de projectos de investigação, para que os países pudessem formular e implementar novas e melhores abordagens ao controlo das doenças transmissíveis. Foram também exploradas novas formas de colaborar e trabalhar com o Programa Especial da OMS para a Investigação e Formação em Doenças Tropicais (TDR).

129. O Escritório Regional finalizou uma estratégia de investigação sobre doenças transmissíveis. Dessa estratégia resultou o documento “Investigação sanitária: agenda para a acção na Região Africana da OMS”, o qual foi adoptado na quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano da OMS. A respectiva Divisão actualizou as bases de dados sobre instituições de investigação e investigadores na Região e partilhou-as com as partes interessadas. Seis países³⁴ criaram bases de dados sobre actividades de investigação e desenvolvimento.

130. Esta área de actividade convocou duas reuniões de alto nível, para identificar os principais problemas e uma perspectiva africana sobre a investigação na área da saúde. Os resultados conduziram à nova visão e estratégia decenal para a TDR. Essa estratégia constituirá a base para uma agenda africana na Conferência Mundial sobre Investigação para a Saúde, a realizar em Bamaco, no Mali, em 2008.

131. Deram-se contribuições para a vigésima-quarta sessão da Comissão Consultiva Africana para a Investigação e Desenvolvimento na área da saúde. Como resultado do interesse e participação activa do Escritório Regional nos grupos de trabalho e nas reuniões da TDR, instituições e nacionais de 18 países receberam 33 bolsas para investigação e formação. Em Fevereiro de 2007, organizou-se uma reunião, em conjunto com alguns parceiros (Programa Africano para o Controlo da Oncocercose e Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais), destinada a identificar o controlo da oncocercose como uma prioridade da investigação.

132. No total, 23 países implementaram novas ou melhores abordagens para prevenir, diagnosticar, tratar e controlar as doenças transmissíveis. Efectuaram-se ensaios clínicos e organizaram-se acções de formação de capacidades para o paludismo e a tuberculose, com o apoio da Parceria entre a Europa e os Países em Desenvolvimento na área dos Ensaio Clínicos. Continuou a manter-se um debate vivo sobre a criação do esquema de pequenas bolsas do Escritório Regional para a TDR, destinadas aos países que recebam verbas do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo.

133. O Escritório Regional encetou esforços para aumentar os recursos humanos na área da investigação, de forma a melhor ajudar os países a reforçarem as suas capacidades e competências nessa área. Para tal, deu-se apoio financeiro aos participantes dos países, para que pudessem estar presentes na reunião do Conselho Coordenador Conjunto da TDR.

PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

134. A quantidade de doenças não transmissíveis (NCD), traumatismos, problemas de saúde mental e abuso de substâncias psicoactivas, incluindo o tabaco e o consumo excessivo de álcool, está a aumentar na Região, constituindo actualmente um grave problema de saúde pública. A situação epidemiológica na Região Africana é caracterizada por um duplo problema: o das doenças transmissíveis e o do aumento das doenças não transmissíveis.

135. A malnutrição continua a ser um dos principais factores de risco de doenças na Região. No entanto, a obesidade está a aumentar e é já uma das principais causas de doenças crónicas, especialmente nas zonas urbanas. A violência e os traumatismos estão entre as dez principais causas de morte e incapacidades em África. Os distúrbios mentais e o abuso de substâncias psicoactivas constituem grandes preocupações em toda a Região. Esta situação coloca grandes exigências aos serviços de saúde, já de si muito sobrecarregados. O significado das doenças crónicas na Região ainda não é devidamente reconhecido.

³⁴ Gana, Quênia, Mali, África do Sul, Tanzânia e Zâmbia.

136. A Divisão de Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis dá apoio aos Estados-Membros na recolha de dados sobre os factores de risco das doenças crónicas e não transmissíveis, sobre a morbilidade e a mortalidade e na implementação de intervenções de base factual para a prevenção, gestão e controlo das doenças. Durante o biénio 2006-2007, a Divisão foi responsável por cinco áreas de actividade: Gestão e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis; Violência, Traumatismos e Incapacidades; Promoção da Saúde; Saúde Mental; e Tabaco.

Gestão e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis (NCD)

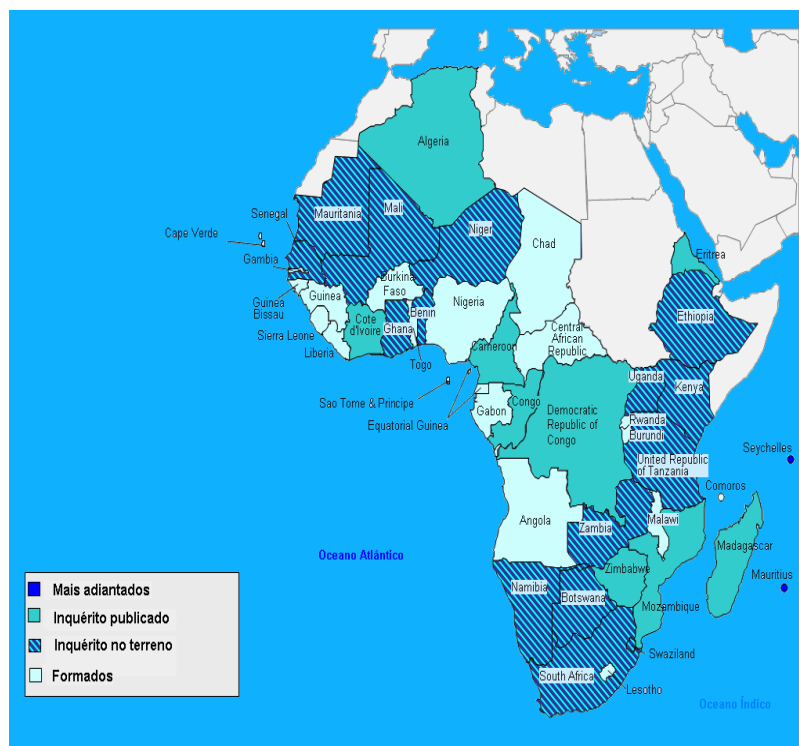
137. As doenças não transmissíveis, tais como doenças cardíacas, AVC, cancro, diabetes, doenças respiratórias crónicas, problemas de saúde oral e distúrbios sensoriais só muito recentemente foram reconhecidas como tendo um impacto muito forte sobre a morbilidade e a mortalidade nos países em desenvolvimento, incluindo a Região Africana. Já confrontados com o elevado número de doenças transmissíveis, os Estados-Membros da Região têm que lidar, ainda, com o crescente peso das doenças não transmissíveis.

138. Durante o biénio, 16 Estados-Membros receberam formação em metodologia STEPS, para a vigilância das NCD (Figura 19). No final de 2006, todos os Estados-Membros da Região tinham beneficiado desta formação, tendo os países recebido apoio técnico ou financeiro, para a realização de inquéritos. No total, 15 países³⁵ completaram e publicaram os resultados dos seus inquéritos sobre os factores de risco das NCD. Além disso, sete³⁶ países aplicaram o inquérito, cujos resultados deverão ser divulgados muito em breve; noutros oito países, o inquérito está ainda a decorrer. Os dados STEPS, relativos à população adulta de alguns países, indicam que cerca de 30% das pessoas tem hipertensão. Em alguns outros países, como o Zimbabué, 10% dos inquiridos tem hiperglicemia. A prevalência da cegueira evitável é, actualmente, de 1% na Região (a cegueira é evitável, em 80% dos casos). Se não se agir, a consequência dos referidos níveis de prevalência será, no futuro, uma elevada taxa de diabetes, AVC, cancros e mortes relacionadas com doenças cardiovasculares.

³⁵ Argélia, Benim, Botsuana, Camarões, República do Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Madagáscar, Mauritània, Maurícias, Moçambique, Seychelles e Zimbabué.

³⁶ Cabo Verde, Gana, Níger, São Tomé e Príncipe, Suazilândia, Tanzânia e Zâmbia.

Figura 19: Inquéritos STEPS na Região Africana, Setembro de 2007



139. Durante o biênio, registaram-se progressos na criação de programas de NCD. No final de 2007, a Côte d'Ivoire, Eritreia, Madagáscar e Moçambique tinham criado programas integrados de controlo das NCD. Os pequenos estados insulares iniciaram uma troca de experiências no terreno sobre as suas NCD e aprovaram a Declaração das Seychelles, um compromisso assumido pelos Ministros da Saúde no sentido de prevenir e controlar as NCD, com o apoio do Escritório Regional Africano da OMS. Alguns Estados-Membros, como Cabo Verde, usaram esse quadro para formularem intervenções multisectorais e multidisciplinares de prevenção e controlo das NCD. A prevenção primária das NCD, com base no regime alimentar e na actividade física, usando as abordagens da promoção da saúde, foi iniciada em oito países,³⁷ tendo três países começado a sua implementação. Benim, Camarões, Madagáscar, Maurícias e Seychelles comunicaram que tinham executado intervenções destinadas a aumentar o consumo de fruta e vegetais.

140. Os esforços de prevenção do cancro do colo do útero foram intensificados. Deu-se formação a participantes de 15 países³⁸ para a inspecção visual do colo do útero, depois da aplicação de ácido acético/lugol e da crioterapia, para o tratamento de lesões displásicas de baixo grau; alguns países receberam material de rastreio. Deu-se apoio a 12 países para criarem registos oncológicos. Com o apoio do Escritório Regional, a Guiné criou um centro de formação para a prevenção do cancro do colo do útero. Três Estados-Membros usaram o documento do quadro regional da OMS, sobre a elaboração de programas nacionais, para o tratamento da drepanocitose.

141. Oito Estados-Membros³⁹ concordaram em implementar a estratégia da OMS para controlar a cegueira evitável, criando os seus próprios planos nacionais e assinando a Declaração Mundial de Apoio à Visão 2020: o Direito à Visão. Num dos países, realizaram-se inquéritos

³⁷ Argélia, Camarões, Eritreia, Gana, Maurícias, Senegal, Seychelles e África do Sul.

³⁸ Benim, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Guiné, Guiné-Bissau, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Nígeria, Togo, Senegal, África do Sul, Zâmbia e Zimbabué.

³⁹ Angola, Comores, República do Congo, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Mauritânia, São Tomé e Príncipe, e Seychelles.

sobre surdez e deficiências auditivas. Através do fornecimento de equipamento ao centro de colaboração da OMS, na Nigéria, reforçaram-se as capacidades de formação para a prevenção da cegueira evitável.

142. Criou-se um catálogo dos indicadores essenciais de saúde oral, que foi enviado aos países, para a vigilância e monitorização. Oito países⁴⁰ implementaram programas nacionais para o noma.

143. O Escritório Regional encetou uma colaboração com os seguintes parceiros: Fundação Mundial da Diabetes, Federação Internacional da Diabetes, Programa de Acção para a Terapêutica do Cancro, Agência Internacional de Investigação sobre o Cancro, União Internacional contra o Cancro, Federação Mundial do Coração, Agência Internacional para a Prevenção da Cegueira, Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura e outros. Estas parcerias incentivaram a criação de programas nacionais para a prevenção secundária e a gestão integrada das principais doenças não transmissíveis.

Violência, Traumatismos e Incapacidades (INJ)

144. Os traumatismos intencionais (violência) resultantes de conflitos armados, a violência interpessoal (incluindo a violência baseada no género e a violência contra as crianças) e o suicídio são graves problemas de saúde pública na maioria dos países da Região. Quando há dados disponíveis, como é o caso na Tanzânia, o homicídio surge como uma importante causa de morte não natural. As lesões provocadas por minas terrestres e armas de fogo são as principais causas das incapacidades. Na maioria dos países, os traumatismos não intencionais, particularmente os causados por acidentes rodoviários, são os que provocam mais mortes não naturais. Os dados apresentados pelo Gana, Quênia, Maurícias, África do Sul e Uganda, entre outros, colocam os acidentes rodoviários entre as cinco principais causas de internamentos hospitalares e de mortes não naturais. Outros traumatismos resultam de afogamento, quedas e queimaduras.

145. Em Setembro de 2006, o Escritório Regional iniciou a elaboração de um Relatório sobre Violência e Saúde em África. Esse relatório apresentará os últimos dados sobre a violência e será publicado em 2008.

146. Em Fevereiro de 2007, o Escritório Regional da OMS, em conjunto com a Comissão Económica das Nações Unidas para África, convocou 34 países africanos para a Conferência Africana sobre Segurança Rodoviária, durante a qual os países adoptaram as Recomendações e a Declaração de Acra sobre Segurança Rodoviária. O Escritório Regional ajudou os países a criarem estratégias para melhorar a segurança rodoviária, que vão desde a melhoria dos sistemas de dados sobre tráfico rodoviário (na Etiópia, Moçambique e Uganda) até à instituição de uma abordagem multisectorial e formulação de planos estratégicos sobre segurança rodoviária (na Etiópia, Quênia e Moçambique). Com a advocacia do Escritório Regional, alguns países adoptaram nova legislação sobre segurança rodoviária (por ex., o Quênia, o Níger, o Ruanda e o Uganda) e outros⁴¹ intensificaram a aplicação da legislação rodoviária. Alguns países (por ex., o Quênia e a África do Sul) registaram baixas taxas de acidentes rodoviários. Em Abril de 2007, a OMS e outras agências da ONU comemoraram a Semana Mundial da Segurança Rodoviária. A OMS coordenou a Assembleia Mundial da Juventude sobre Segurança Rodoviária. Trataram-se, ambos, de eventos de muita visibilidade e de advocacia eficaz, que reforçaram o compromisso assumido pelos Estados-Membros no domínio da segurança rodoviária.

⁴⁰ Angola, Comores, República do Congo, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Mauritânia, São Tomé e Príncipe, e Seychelles.

⁴¹ Benim, Burkina Faso, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Mali, Níger, Senegal, Togo e Uganda.

147. As incapacidades continuam a ser negligenciadas, em parte devido à escassez de dados. Recorrendo à base de dados das Nações Unidas, sobre estatísticas relativas às incapacidades, a OMS estima que mais de 81 milhões de pessoas em África sofram de incapacidades. Não existem números precisos para a Região Africana da OMS, mas pensa-se que serão ainda mais elevados. As incapacidades estão, muitas vezes, relacionadas com a pobreza e representam um sério problema social e económico. A profunda inadequação da resposta a estes desafios está relacionada com políticas e estratégias mal definidas ou inexistentes.

148. A abordagem estratégica da OMS relativamente às incapacidades baseia-se: na Convenção de 2006 da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência; nas Normas-Padrão da ONU sobre a Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência; e na Resolução WHA58.23, da Assembleia Mundial da Saúde, sobre incapacidades. O Escritório Regional prestou apoio técnico e financeiro à Eritreia, Etiópia, Gana e Moçambique, para que estes países pudessem cumprir as suas obrigações e trabalhou com os seguintes parceiros no domínio do planeamento estratégico, desenvolvimento de capacidades e melhoria dos serviços para as pessoas com incapacidades: Instituto Africano de Reabilitação, Associação Panafricana dos Construtores de Cadeiras de Rodas, Rede Africana de Reabilitação com base nas Comunidades e a Federação Africana dos Técnicos Ortoprotésicos. Outros países implementaram actividades de reabilitação com base nas comunidades.

Promoção da Saúde (HPR)

149. Os países da Região Africana estão a passar por uma rápida transformação social, como resultado do crescimento populacional, da maior concentração urbana, das mudanças ambientais e outras, da globalização dos mercados e das comunicações e das situações de emergência. Estas mudanças estão a afectar os determinantes subjacentes à saúde, consoante as diferentes circunstâncias específicas dos países.

150. Durante o biénio 2006-2007, oito países⁴² expandiram as suas capacidades no domínio da promoção da saúde, para iniciarem a elaboração de políticas e planos estratégicos nacionais de promoção da saúde, com o apoio do Escritório Regional, sob a forma de supervisão técnica e financiamento inicial de arranque. Sete outros países⁴³ continuaram a elaborar documentos de política, enquanto o Gana e a Nigéria concluíram o processo.

151. Deu-se formação a equipas multissetoriais das Comores, Madagáscar, Maurícias e Seychelles para a elaboração e a implementação de actividades abrangentes de promoção da saúde. Ofereceram-se cursos de orientação no Instituto Regional de Saúde Pública (Benim), Instituto de Cuidados Primários de Saúde de Iringa (Tanzânia) e Universidade de Ibadan (Nigéria), com supervisão e financiamento do Escritório Regional. A criação de cursos genéricos de promoção da saúde nas universidades do Quênia, Moçambique, Tanzânia, Uganda e Zimbabué recebeu apoio através da formação e de materiais didácticos.

152. Criou-se um quadro para a promoção integrada da saúde a nível comunitário, que inclui um elemento de prevenção das doenças não transmissíveis; as intervenções no âmbito do referido quadro constituíram um útil apoio para os programas prioritários da OMS sobre a Saúde das Crianças e dos Adolescentes, Vigilância e Resposta às Doenças, VIH/SIDA, Paludismo, Tuberculose, Vacinação, Tornar a Gravidez Mais Segura e Saúde Sexual e Reprodutiva. Elaborou-se um módulo de promoção da saúde, destinado a dar novas orientações aos formadores de formadores sobre o Plano Regional de Preparação e Resposta à Gripe das Aves. Deu-se formação a pontos focais de promoção da saúde sobre o uso de abordagens e métodos nessa área, com o fim de acelerar a prevenção, o tratamento e os cuidados com o VIH. Com a *Education*

⁴² Guiné-Bissau, Madagáscar, Malawi, Namíbia, Senegal, Suazilândia, Zâmbia e Zimbabué.

⁴³ Argélia, Camarões, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia e Zâmbia.

International, Inc., o Escritório Regional apoiou a implementação de actividades de prevenção e de atenuação do VIH/SIDA com base nas escolas, em 23 países;⁴⁴ as intervenções incluíam os principais factores de risco das doenças não transmissíveis, nomeadamente o tabaco, os maus regimes alimentares e a inactividade física no Benim, Burundi e Gana. Noutros 12 países⁴⁵, implementaram-se actividades abrangentes de saúde escolar.

153. Em Moçambique, Namíbia e Zimbabué implementaram-se projectos de promoção da saúde dos jovens. Na África do Sul e Uganda, deu-se apoio à publicação de documentação sobre as melhores práticas. A União Internacional para a Promoção e Educação para a Saúde recebeu ajuda para compilar um relatório regional sobre a eficácia da promoção da saúde. Treze países⁴⁶ reportaram um aumento geral nas actividades de promoção da saúde e 10 países⁴⁷ reportaram um reforço da implementação dessas actividades a nível das comunidades.

Saúde Mental (MNH)

154. De acordo com os dados publicados no *Relatório sobre a Saúde na Região Africana de 2006*, em 2002 os distúrbios mentais foram responsáveis por 5% do total das doenças na Região e por 19% do total das incapacidades em África. Apesar desta problemática situação, fizeram-se alguns progressos, embora lentos, em especial na elaboração de legislação e planos nacionais de saúde. Os países fizeram progressos significativos na criação de políticas.

155. Durante o biénio 2006-2007, Burundi, Gâmbia, Lesoto, Mali e Namíbia concluíram as suas políticas e planos nacionais de saúde mental, o que elevou para 30 o número de países com políticas nessa área, continuando o processo a decorrer noutros sete países⁴⁸. O Gana e as Maurícias finalizaram a sua legislação sobre saúde mental. No total, 15 países⁴⁹ comemoraram o Dia Mundial da Saúde Mental, destinado a reforçar a sensibilização das pessoas para o estigma e a discriminação de que são alvo os problemas de saúde mental.

156. Sete países fizeram uma avaliação com base no *Instrumento de avaliação da Organização Mundial da Saúde para os sistemas de saúde mental*, tendo a República do Congo, a Eritreia, a Etiópia e a Nigéria publicado os seus resultados. Esses resultados foram, principalmente: a falta de informação rigorosa sobre as doenças mentais; os insuficientes recursos humanos e financeiros; a falta de medicamentos psicotrópicos; a necessidade de formação de agentes de saúde, que, normalmente, têm menos de 1% do tempo total de formação dedicado à saúde mental. Alguns países tomaram disposições no sentido de garantir o abastecimento de medicamentos psicotrópicos às instituições de cuidados primários e de reforçar as capacidades dos agentes de saúde para os usar.

157. Reconhecendo o papel dos enfermeiros e das parteiras na melhoria dos cuidados prestados às pessoas com perturbações mentais, os 46 países da Região participaram no “Atlas: Inquérito sobre os Enfermeiros na Saúde Mental” (Figura 20), o qual revelou que o número de enfermeiros com formação em cuidados de saúde mental era muito reduzido, em comparação com as necessidades. Estes resultados reflectem a baixa prioridade atribuída aos cuidados de saúde mental e realçam a necessidade de mais investimento e de uma maior atenção.

⁴⁴ Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, Côte d’Ivoire, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Lesoto, Malauí, Mali, Mauritânia, Namíbia, Ruanda, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

⁴⁵ Argélia, Benim, Madagáscar, Malauí, Maurícias, Nigéria, Ruanda, Senegal, Seychelles, África do Sul, Uganda e Zâmbia.

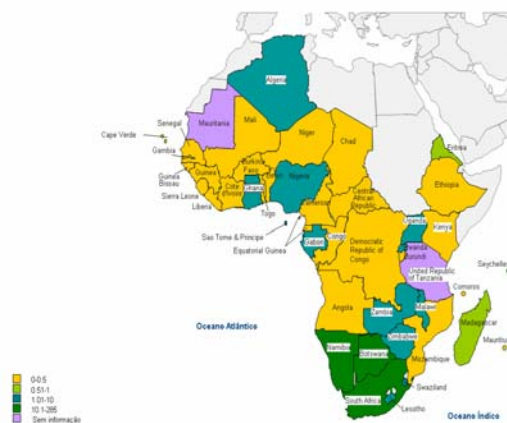
⁴⁶ Argélia, Angola, Camarões, Eritreia, Gâmbia, Gana, Lesoto, Madagáscar, Moçambique, Ruanda, Senegal, África do Sul e Zâmbia.

⁴⁷ Argélia, Angola, Camarões, Eritreia, Gâmbia, Gana, Moçambique, Ruanda, Senegal e Uganda.

⁴⁸ Benim, República Centro-Africana, Eritreia, Etiópia, África do Sul, Uganda e Zâmbia.

⁴⁹ Benim, Burundi, Cabo Verde, República do Congo, República Democrática do Congo, Gabão, Guiné, Mali, Mauritânia, Níger, Ruanda, Senegal, Togo, Zâmbia e Zimbabué.

Figura 20: Enfermeiros com formação oficial em saúde mental por 100.000 habitantes, 2007



Fonte: Atlas: Enfermeiros na Saúde Mental, 2007

158. No total, 35 países participaram no inquérito mundial “Atlas: Recursos mundiais para as pessoas com incapacidades intelectuais”. O inquérito revelou uma falta de resposta adequada, ao nível das políticas e da legislação, e uma grave deficiência dos serviços e dos recursos atribuídos aos cuidados das pessoas com perturbações mentais, na Região. Estas fragilidades contribuem para um aumento da exposição às violações dos direitos humanos e para a falta de acesso a serviços básicos de educação e saúde para essas pessoas.

159. A integração da saúde mental no sistema geral de cuidados de saúde é uma das principais estratégias recomendadas para as actividades sobre saúde mental na Região. Na sequência de uma reunião consultiva com especialistas, o Escritório Regional começou a preparar orientações e módulos de formação.

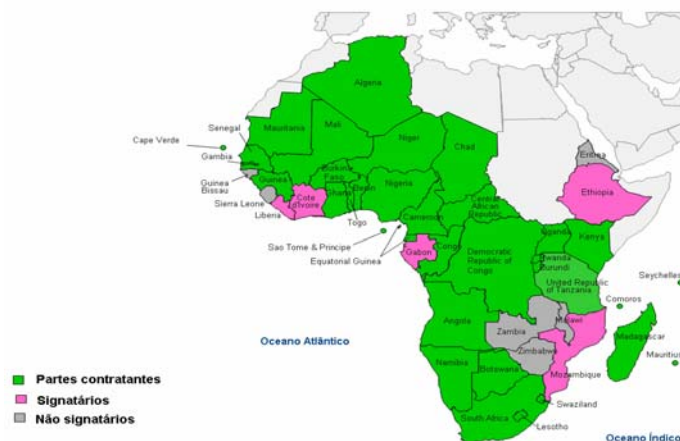
160. Deu-se formação a profissionais de saúde de sete países, para usarem o Teste de Rastreo do Consumo de Álcool, Fumo e Substâncias Psicoactivas e instrumentos e estratégias de intervenção rápida, para o tratamento do abuso de substâncias psicoactivas. Estes profissionais darão formação a outros, ao nível dos cuidados primários e comunitários, durante o próximo biênio, como forma de reforçar as capacidades de rastreio e prevenção dos problemas causados pelo abuso de substâncias psicoactivas.

Tabaco (TOB)

161. Actualmente, mais de um bilião de pessoas em todo o mundo consome tabaco, que é a segunda principal causa de morte a nível mundial, responsável por cerca de 5 milhões de óbitos por ano, a maioria dos quais ocorre nos países em desenvolvimento. As projecções da OMS indicam que o número de fumadores na Região aumentará de 84 milhões, em 2000, para 208 milhões, em 2030. As empresas tabaqueiras transnacionais estão a explorar a possibilidade de expansão do seu mercado em toda a Região. Para alguns países da Região, a dependência das receitas geradas pela exportação de tabaco constitui um sério problema.

162. A OMS ajudou os países a tornarem-se Partes da Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica (FCTC), através da formação de capacidades, assim como da preparação de orientações e materiais de vigilância, investigação, legislação, economia, promoção da saúde e cessação do fumo. Em Dezembro de 2007, 35 países tinham ratificado a Convenção-Quadro (Figura 21).

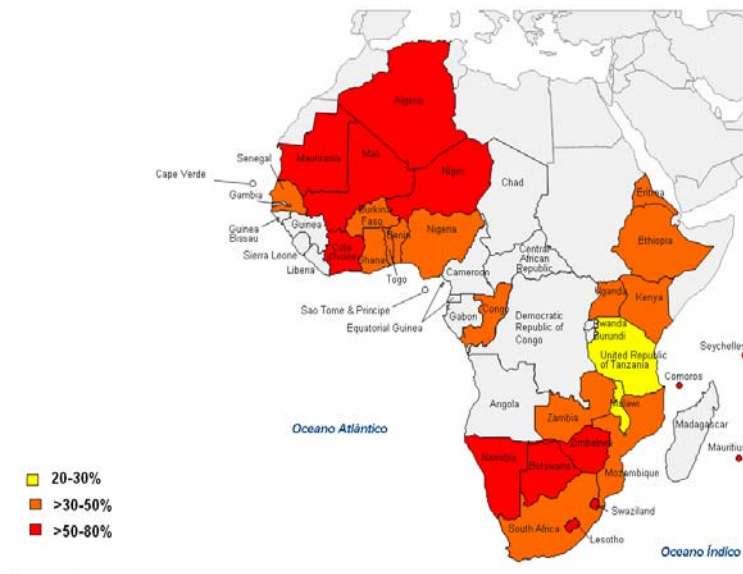
Figura 21: Ratificação da FCTC na Região Africana, Dezembro de 2007



163. Durante o biênio 2006-2007, o Escritório Regional acelerou os esforços para a implementação da FCTC. A base para essa implementação está, neste momento, firmemente instalada na Região. Trinta das Partes Contratantes da FCTC receberam apoio para desenvolverem e implementaram legislação e planos nacionais de acção para a luta antitabágica, elevando para 44 o número de países que dispõem de legislação e regulamentação sobre o tabaco. Entre estes, quatro elaboraram e estão a implementar legislação abrangente e 16 adoptaram legislação mais limitada; 20 países redigiram planos nacionais de acção. A maioria dos países tem um ponto focal e uma comissão multisectorial para a luta antitabágica.

164. A recolha de dados foi reforçada durante o biênio. Deu-se formação a um total de 26 países, para prepararem e aplicarem o Inquérito Mundial sobre o Tabaco entre os Jovens e o Inquérito Mundial aos Funcionários das Escolas. Na Região Africana, 31 países completaram o inquérito sobre o tabaco, cujos resultados confirmam elevadas taxas (30%–80%) de exposição ao fumo passivo, em locais públicos, entre os jovens de 13 a 15 anos (Figura 22). Os países utilizaram os resultados dos inquéritos para o planeamento, criação, implementação e avaliação dos seus programas abrangentes de luta antitabágica.

Figura 22: Jovens entre 13–15 anos expostos ao fumo passivo em locais públicos



Fontes: Inquérito Mundial sobre Tabaco entre os Jovens, 2007

165. Os Estados-Membros participaram activamente nas duas primeiras Conferências das Partes, com o apoio financeiro da OMS. A Região acolherá a terceira dessas conferências, na África do Sul, no último trimestre de 2008. Com o apoio financeiro do Escritório Regional, o Dia Mundial sem Tabaco foi comemorado, com êxito, em toda a Região, e 30 países apresentaram relatórios devidamente fundamentados.

166. A advocacia continuada e a sensibilização das populações são a melhor forma de aumentar o número de Estados-Membros que ratificam ou se associam à Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica. A formação de capacidades para a luta antitabágica nos Estados-Membros é crucial para a implementação da FCTC na Região e o envolvimento dos decisores políticos e das partes relevantes na luta antitabágica é fundamental para a mobilização das comunidades e para a implementação da Convenção.

SAÚDE FAMILIAR E REPRODUTIVA

167. A morbidade e a mortalidade materna, neonatal e infantil constituem grandes problemas de saúde pública em todos os países africanos. Através da Divisão de Saúde Familiar e Reprodutiva, o Escritório Regional Africano da OMS ajuda os países a atingirem a cobertura e o acesso universal a intervenções custo-eficazes, para reduzir a morbidade e a mortalidade e melhorar os resultados na área da saúde, durante as principais fases da vida: gravidez, nascimento, período neonatal, infância, adolescência, idade reprodutiva e terceira idade.

168. Durante o biénio 2006-2007, a Divisão da Saúde Familiar e Reprodutiva foi responsável por cinco áreas de actividades, nomeadamente: Saúde das Crianças e dos Adolescentes; Saúde Reprodutiva; Tornar a Maternidade Mais Segura; Género, Mulheres e Saúde; e Nutrição.

Saúde das Crianças e dos Adolescentes (CAH)

169. Em África, todos os anos, aproximadamente 4,6 milhões de crianças menores de cinco anos morrem de doenças evitáveis e tratáveis, como pneumonia, paludismo, diarreia, sarampo, malnutrição, VIH/SIDA e doenças neonatais. Aproximadamente, 27% dos óbitos de menores de

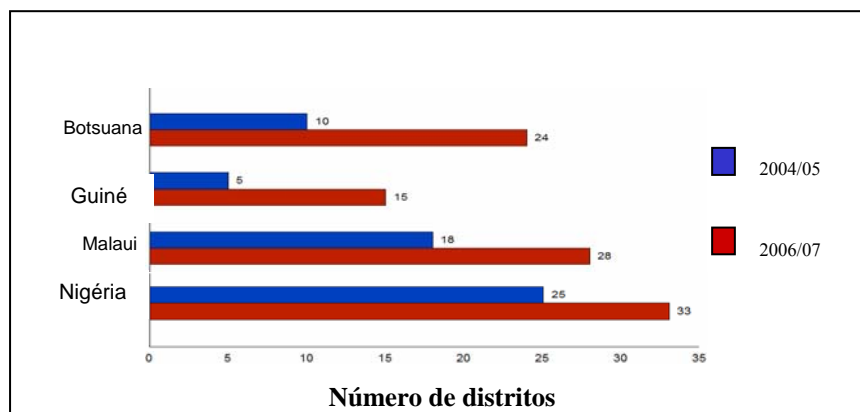
cinco anos são de recém-nascidos. Os adolescentes continuam a ser vítimas de infecções sexualmente transmissíveis, do VIH/SIDA, gravidezes não desejadas e abortos. Na Região Africana, 50% das novas infecções pelo VIH e 30% da mortalidade materna ocorrem entre adolescentes e jovens, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos.

170. A resposta da OMS consiste em dar apoio aos países, para melhorar a sobrevivência infantil, através do reforço das intervenções na área da saúde dos recém-nascidos, da Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), da promoção da saúde dos adolescentes e do reforço das parcerias para o desenvolvimento e saúde materna, infantil e dos adolescentes.

171. Os participantes da quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano adoptaram a estratégia desenvolvida conjuntamente entre a UNICEF, o Banco Mundial e o Escritório Regional da OMS, intitulada “Sobrevivência infantil: uma estratégia para a Região Africana”. Como *follow-up*, o Escritório Regional ajudou 17 países⁵⁰ a formularem estratégias e planos estratégicos nacionais de sobrevivência infantil. Além disso, realizaram-se, em 12 países⁵¹, cursos de formação de formadores sobre cuidados essenciais aos recém-nascidos e, em seis países⁵², levaram-se a cabo cursos nacionais de formação.

172. Em 24 países, adaptaram-se materiais de formação em AIDI, de modo a incluírem actualizações de base factual sobre: novas formulações para as soluções de reidratação oral; suplementos de zinco; VIH/SIDA nas crianças e saúde dos recém-nascidos; e formação de capacidades em gestão dos conhecimentos. A República Democrática do Congo, Madagáscar, Namíbia, Níger e África do Sul procederam a uma avaliação da formação inicial em AIDI. Em vários países, prosseguiram os esforços para reforçar a AIDI (Figura 23). Actualmente, 19 países⁵³ alargaram a cobertura geográfica da AIDI a mais de 50% dos seus distritos.

Figura 23: Expansão distrital da AIDI, em países seleccionados, 2004–2007



173. Com o apoio do Escritório Regional, sete países⁵⁴ formularam planos nacionais de AIDI para as comunidades. Madagáscar e Níger também elaboraram materiais de formação sobre tratamento de casos de doenças infantis nas comunidades. Nos esforços que desenvolveram para

⁵⁰ Angola, Benim, Burkina Faso, Eritreia, Gana, Libéria, Malawi, Mali, Moçambique, Níger, Nigéria, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

⁵¹ Angola, Cabo Verde, Quênia, Malawi, Moçambique, Nigéria, São Tomé e Príncipe, Suazilândia, Tanzânia (Zanzibar), Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

⁵² Quênia, Malawi, Nigéria, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.

⁵³ Benim, Botsuana, Burkina Faso, Eritreia, Gâmbia, Gana, Quênia, Madagáscar, Malawi, Mali, Moçambique, Níger, Senegal, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda e Zâmbia.

⁵⁴ Burkina Faso, República do Congo, Gabão, Guiné-Bissau, Madagáscar, Mauritània e São Tomé e Príncipe.

apresentar um conjunto integrado de intervenções sobre saúde e nutrição das crianças, nove países⁵⁵ organizaram Semanas da Saúde Infantil. O Quênia, o Níger, o Senegal e o Zimbabué aplicaram inquéritos às instituições de saúde.

174. Os directores de programas de saúde dos adolescentes, de 38 países, receberam orientações para a implementação sistemática das actividades de saúde e desenvolvimento dos adolescentes, o que facilitou a formulação de planos estratégicos na República Democrática do Congo, Eritreia, Mali e São Tomé e Príncipe. Seis países⁵⁶ iniciaram ou expandiram os seus Serviços de Saúde Amigos dos Adolescentes. Moçambique, Namíbia e Zimbabué reforçaram as suas abordagens relativas à Aliança de Pais, Adolescentes e Comunidades, documentando e partilhando os ensinamentos obtidos.

175. Investiram-se esforços na criação de algumas orientações e instrumentos, em particular: *Orientações para a gestão dos programas; Ferramenta informática para a adaptação e formação em AIDI; Matriz de combinação de capacidades para a implementação das intervenções orientadas para a saúde das mães, das crianças e dos adolescentes; Orientações para a gestão dos casos de abuso sexual de menores; e Instrumentos de monitorização e supervisão comuns para as estratégias Saúde das Crianças e dos Adolescentes e Tornar a Gravidez Mais Segura.*

176. Sete países⁵⁷ reforçaram as parcerias para a saúde materna, neonatal e infantil. Vários países conseguiram uma boa mobilização de recursos. Por exemplo, a República Democrática do Congo e a Etiópia mobilizaram fundos da GAVI e da GlaxoSmithKline, o Quênia mobilizou fundos da DANIDA e o Burkina Faso, o Malauí e Moçambique começaram a implementar programas com financiamento da Fundação Bill e Melinda Gates.

Saúde Reprodutiva (RHR)

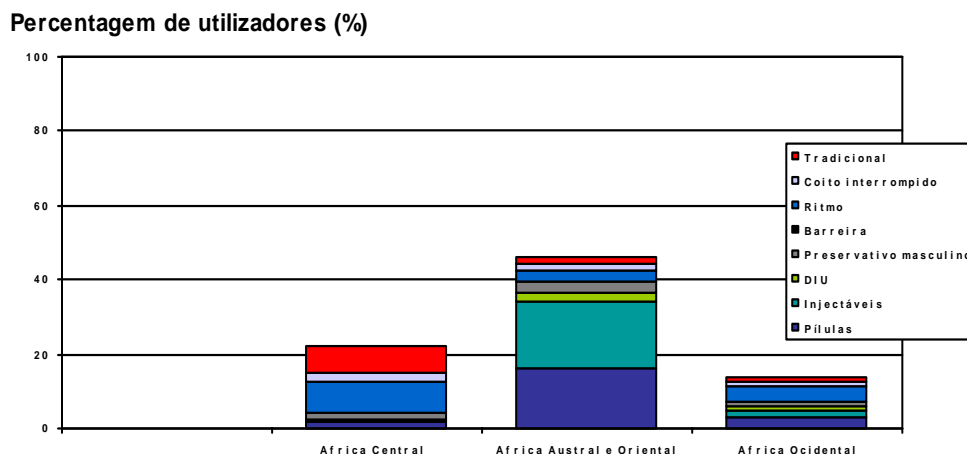
177. O mau estado de saúde reprodutiva é responsável por cerca 18% do fardo mundial das doenças e por 32% do fardo total das doenças nas mulheres em idade reprodutiva. Entre os indicadores contam-se a elevada taxa de mortalidade materna, a não satisfação das necessidades em matéria de planeamento familiar, a falta de segurança nas interrupções da gravidez e a falta de acesso a serviços chave de saúde reprodutiva, como o rastreio do cancro do colo do útero. Na Região Africana, estima-se que a baixa prevalência do uso de contraceptivos entre mulheres casadas seja de 13% (Figura 4) e que 89% dos casos de cancro do colo do útero sejam diagnosticados tardiamente. Neste contexto, a Assembleia Geral da ONU adoptou a meta de acesso universal para a saúde reprodutiva até ao ano 2015, como uma meta adicional do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio número 5.

⁵⁵ Botsuana, Quênia, Gana, Malauí, Madagáscar, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabué

⁵⁶ Burkina Faso, Malauí e Suazilândia iniciaram; Lesoto, Senegal e Tanzânia expandiram.

⁵⁷ Etiópia, Quênia, Malauí, Moçambique, Nigéria, Tanzânia e Zâmbia.

Figura 24: Utilização de métodos contraceptivos por Sub-região, 2006



178. As acções empreendidas pelo Escritório Regional Africano para fazer face aos problemas de acesso, má qualidade e fraca utilização dos serviços de saúde reprodutiva inspiraram-se nas resoluções “Saúde reprodutiva: estratégia para a Região Africana 1998–2007”, adoptada na quadragésima-sétima sessão do Comité Regional Africano, e “Reposicionamento do planeamento familiar nos serviços de saúde reprodutiva: quadro estratégico para uma acção acelerada 2005-2014”, adoptada na quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional Africano.

179. Em 2006-2007, foram conduzidos, em seis países⁵⁸, projectos de demonstração sobre a prevenção e o controlo do cancro do colo do útero, em serviços de saúde primários, que utilizaram inspecção visual com ácido acético e crioterapia. Após uma avaliação positiva dos projectos, os países desenvolveram planos de intensificação, tendo a Nigéria elaborado planos de formação e Madagascar alargado os serviços de inspecção a um segundo distrito. Foi ministrada formação regional, em moldes semelhantes, em mais oito países⁵⁹.

180. Entre outros êxitos alcançados, referem-se a finalização e a divulgação de orientações e materiais de formação sobre saúde sexual e reprodutiva, incluindo “Critérios médicos de selecção para a utilização de preservativos” em 15 países⁶⁰, o “Quadro regional para serviços integrados de saúde sexual e reprodutiva” e um instrumento para a advocacia do planeamento familiar. Para uma melhor colaboração entre a OMS e os centros de investigação, o Escritório Regional avaliou os centros de investigação sobre saúde reprodutiva existentes no Burkina Faso, no Gana, Malawi, Nigéria e Senegal.

181. Foram conduzidas sessões destinadas ao reforço de capacidades sobre (i) criação de programas de saúde materna e neonatal, para os directores de programas de Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe, no âmbito do “Roteiro”; (ii) utilização de instrumentos integrados de monitorização e supervisão da saúde materna, neonatal e infantil, para directores de programas de 12 países⁶¹; (iii) aplicação prática da investigação, destinada a investigadores e profissionais de nove países⁶²; (iv) integração de medicamentos essenciais de saúde sexual e reprodutiva nos formulários nacionais de medicamentos essenciais, para directores

⁵⁸ Madagascar, Malawi, Nigéria, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.

⁵⁹ Benim, Cabo Verde, Côte d’Ivoire, Guiné, Mali, Mauritânia, Senegal e Togo.

⁶⁰ Benim, Botsuana, Camarões, Guiné, Quénia, Lesoto, Madagascar, Namíbia, Nigéria, Ruanda, Suazilândia, África do Sul, Tanzânia, Zâmbia e Zimbabué.

⁶¹ Benim, Burkina Faso, República do Congo, Eritreia, Quénia, Mali, Moçambique, Níger, Tanzânia, Togo, Uganda e Zimbabué.

⁶² Etiópia, Malawi, Moçambique, Nigéria, África do Sul, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

de programas da Etiópia, Quênia, Gana, Nigéria e Zâmbia; v) metodologias para aferir os rácios de mortalidade materna e planos de acção para reforçar os sistemas de informação sanitária, de modo a monitorizar e avaliar os indicadores de saúde sexual e reprodutiva, para peritos de 20 países⁶³.

Tornar a Gravidez Mais Segura (MPS)

182. Os níveis de mortalidade materna e neonatal são ainda inaceitavelmente elevados na Região Africana. A descida da taxa de mortalidade materna, entre 1990 e 2005, na África Subsariana, foi de apenas 0,1% por ano, sendo a meta do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio uma redução, no mínimo, de 5,5% por ano. Tal situação exige maiores esforços na intensificação de intervenções prioritárias, com vista a melhorar o acesso e a disponibilidade de acompanhamento por profissionais qualificados. Entre outras questões, contam-se também a debilidade dos sistemas de saúde, a falta de fundos, fraca participação comunitária em intervenções de saúde materna e neonatal, e aumento de paludismo e das infecções por VIH.

183. Durante o biénio de 2006-2007, a resposta por parte do Escritório Regional da OMS foi orientada pelo “Roteiro para acelerar a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde materna e neonatal”. A ênfase consistiu em: apoiar os países, por forma a que estes aumentassem o número de parteiras qualificadas; melhorar a participação comunitária; reforçar as capacidades de planeamento, gestão, monitorização e avaliação de programas; e intensificação da prevenção da transmissão vertical (PTV) do VIH.

184. Entre as principais realizações, refira-se que 21 países⁶⁴ elaboraram Roteiros nacionais, aumentando o número total de países para 37. Vinte e cinco destes países receberam apoio para implementarem os seus Roteiros, principalmente através da elaboração de planos operacionais, reforço das capacidades dos profissionais de saúde na área de cuidados obstétricos de urgência, reforço dos cuidados neonatais e institucionalização de estudos sobre os óbitos maternos. Em colaboração com o FNUAP e a UNICEF, formaram-se 54 peritos nacionais, oriundos de oito países⁶⁵, na conversão dos Roteiros nacionais em planos operacionais de distrito.

185. A Etiópia, o Gana, o Malawi e a Tanzânia reforçaram a formação inicial de parteiras. Dez novos países⁶⁶ participaram em duas sessões de formação interpaíses sobre tuberculose multirresistente, elevando para 25 o número total de países com especialistas devidamente formados. O Escritório Regional orientou 58 participantes de oito países⁶⁷, na prestação de serviços integrados de saúde materna, neonatal e infantil (MNCH) de qualidade, dando especial atenção aos cuidados pré-natais. Em 12 países⁶⁸, introduziram-se instrumentos e orientações sobre Atenção Integrada à Gravidez e ao Parto junto dos directores dos programas das Representações de 10 países. Introduziram-se instrumentos integrados de MNCH, com vista às actividades de monitorização e supervisão. Em colaboração com a Sociedade Africana de Ginecologia e Obstetrícia e o FNUAP, 20 peritos de 11 países examinaram e adaptaram as *Orientações da OMS sobre gravidez, parto, pós-parto e cuidados neonatais*.

⁶³ Angola, Benim, Burundi, Camarões, República Central Africana, República Democrática do Congo, Etiópia, Gâmbia, Gana, Quênia, Libéria, Madagáscar, Mali, Níger, Nigéria, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Togo e Uganda.

⁶⁴ Angola, Botsuana, Burkina Faso, República do Congo, Côte d’Ivoire, Guiné Equatorial, Gabão, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Mali, Moçambique, Namíbia, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Suazilândia, Togo e Zimbabué.

⁶⁵ Benim, Burkina Faso, Côte d’Ivoire, Guiné, Mali, Mauritânia, Senegal e Togo.

⁶⁶ Burundi, Camarões, Cabo Verde, República do Congo, República Democrática do Congo, Gabão, Guiné-Bissau, Madagáscar, Mauritânia e Maurícias.

⁶⁷ Gabão, Gana, Quênia, Mali, Níger, Ruanda, Tanzânia e Zâmbia.

⁶⁸ Benim, Burkina Faso, República do Congo, Eritreia, Quênia, Mali, Moçambique, Níger, Tanzânia, Togo, Uganda e Zimbabué.

186. Onze países⁶⁹ reforçaram as capacidades dos seus peritos para acelerar a intensificação de programas de PTV e dos cuidados, apoio e tratamento pediátrico das crianças com o VIH. Em colaboração com parceiros, 14 países⁷⁰ adaptaram os seus planos de estudo e começaram a planificar a formação. Foram levadas a cabo missões técnicas conjuntas com parceiros, em sete países⁷¹, para avaliar o estado da implementação da PTV e para fazer recomendações; o resultado foi a iniciativa UNITAID, que fornecerá 20 milhões de dólares para acelerar a PTV e os cuidados pediátricos para crianças com SIDA, em sete países⁷². Realizaram-se acções de formação, com vista ao reforço de capacidades relativamente a: institucionalizar os testes e aconselhamento sobre VIH na PTV; utilizar regimes antirretrovirais mais eficazes; e integrar e associar os programas de saúde materna e infantil.

Género, Mulheres e Saúde (WMH)

187. A vulnerabilidade biológica, baixo estatuto social, problemas de acesso aos serviços de saúde, baixo nível de literacia, falta de autonomia económica e pouco poder de tomada de decisão contam-se entre os principais determinantes da má saúde das mulheres. As desigualdades com base no género e a violência expõem as mulheres ao VIH/SIDA e outras doenças. Práticas tradicionais prejudiciais, como a mutilação genital feminina e o casamento precoce de meninas aumenta o risco de morbilidade e mortalidade materna. Em África, uma mulher em 26 morre por complicações relacionadas com a gravidez, o parto ou o período pós-parto.

188. A implementação da estratégia regional para a saúde das mulheres foi facilitada por meio de apoio técnico aos países. Foi conduzido um inquérito regional, com base no quadro da saúde das mulheres, em 16 países⁷³. Os resultados foram debatidos durante uma reunião consultiva regional, realizada em Brazzaville, em Maio de 2007. Os assistentes sociais e profissionais de saúde dos países seleccionados definiram, igualmente, os passos essenciais para a integração efectiva da igualdade de género e do reforço do poder das mulheres em cada um dos oito Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

189. Ao longo de 2006, as seis regiões da OMS trabalharam em conjunto para formular a estratégia de integração da análise e de acções relativas à dimensão do género nas actividades da OMS. A estratégia foi adoptada numa resolução da Assembleia Nacional da Saúde, em Maio de 2007. O plano de implementação inclui a sensibilização sobre género, mulheres e saúde, ao nível mundial, regional e nacional, bem como a integração da dimensão do género nos programas de saúde pública. Os instrumentos de análise de políticas de género, da OMS, foram divulgados na Etiópia, no Ruanda, na Tanzânia, no Uganda e no Zimbabué, e junto dos pontos focais das comunidades económicas regionais⁷⁴.

190. Foi prestado apoio técnico à República Democrática do Congo, Libéria e ao Uganda, para formar agentes de saúde na prevenção e gestão dos casos de violência de sexual e baseada no género. Realizaram-se acções de formação no Burkina Faso, Quênia e Tanzânia sobre questões relativas às dimensões legais e protecção das crianças, no contexto da mutilação genital feminina.

⁶⁹ Burkina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Quênia, Malawi, Nigéria, Senegal, Zâmbia e Zimbabué.

⁷⁰ Burkina Faso, República do Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Quênia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Suazilândia, Tanzânia (Zanzibar), Uganda e Zâmbia.

⁷¹ Burkina Faso, Botsuana, Camarões, Lesoto, Nigéria, Suazilândia e Zâmbia.

⁷² Burkina Faso, Camarões, Côte d'Ivoire, Malawi, Ruanda, Tanzânia e Zâmbia.

⁷³ Burkina Faso, Cabo Verde, República Democrática do Congo, Etiópia, Gana, Lesoto, Mali, Maurítania, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Seychelles, África do Sul, Tanzânia e Zimbabué.

⁷⁴ Organização da África Ocidental para a Saúde, Mercado Comum para a África Oriental e Austral, Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental, Nova Parceria para o Desenvolvimento de África, Comissão Económica das Nações Unidas para a África, e Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para as Mulheres.

A Guiné estabeleceu um protocolo para a prevenção e cuidados integrados às vítimas de violação e violência sexual.

191. A advocacia pela saúde das mulheres constituiu uma das áreas de atenção durante o período do presente relatório. A República Democrática do Congo produziu um documentário sobre a OMS e a prevenção da violência sexual e baseada no género, incluindo actividades geradoras de receitas. Em colaboração com a *People's TV*, o Escritório Regional criou um documentário sobre a saúde das mulheres e a violência sexual e baseada no género, na República Democrática do Congo, Libéria e Mauritânia. O filme foi transmitido em mais de 50 canais de televisão em todo o mundo. Além disso, as conclusões de um estudo sobre as consequências obstétricas da mutilação genital feminina foram publicadas em *The Lancet* e lançadas no Burkina Faso, Gana, Quênia, Tanzânia e Uganda.

Nutrição (NUT)

192. Na África, mais de 50% dos óbitos de crianças menores de cinco anos estão directa ou indirectamente associados à malnutrição e a subnutrição continua a ser preocupante nas mulheres grávidas. A subnutrição levanta também graves problemas nas populações deslocadas, incluindo os refugiados, e nas pessoas que vivem com o VIH/SIDA. As doenças relacionadas com a dieta estão a aumentar. Um dos maiores desafios reporta-se ao investimento em intervenções eficazes na área da nutrição, as quais são ainda claramente inadequadas.

193. Para responder a estes desafios, no biénio 2006-2007 as actividades do Escritório Regional da OMS incluíram a elaboração de estratégias, normas, modelos e orientações técnicas para a alimentação, a nutrição e o VIH de bebés e crianças pequenas, bem como para a malnutrição grave. Estes esforços vieram apoiar a implementação, nos países, de políticas e planos nacionais para promover uma nutrição adequada.

194. Entre as principais realizações neste biénio, mencionam-se a finalização de políticas e planos para os alimentos e a nutrição no Botsuana, Eritreia, Guiné, Quênia e Malauí. As políticas de nutrição materna e infantil foram actualizadas em oito países⁷⁵. Em colaboração com a União Africana, foi elaborado o plano regional de acção para implementar a estratégia regional africana para a nutrição. Um total de 18 países formularam planos nacionais de implementação da Estratégia Mundial para a Dieta, Actividade Física e Saúde.

195. Sete países⁷⁶ formularam estratégias nacionais para a alimentação de bebés e crianças pequenas (IYCF), aumentando o total para 29 países. Onze países prepararam planos de acção para a Iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés (BFHI), no contexto do VIH/SIDA; Botsuana, Malauí, Níger, Uganda e Zâmbia procederam a avaliações da BFHI, tendo designado instalações amigas dos bebés. Catorze países⁷⁷ procederam à formação de formadores a nível nacional e 22 consultores regionais receberam formação num curso integrado de aconselhamento sobre a IYCF. A Gâmbia e a Zâmbia deram força de lei ao Código Internacional da Comercialização dos Sucedâneos do Leite Materno e a Nigéria reformulou a sua legislação. Doze países deram formação a funcionários sobre a implementação e monitorização do Código.

196. Dezasseis países receberam orientação técnica e 37 participantes de 13 países beneficiaram de acções de formação sobre os novos padrões da OMS para monitorizar o crescimento infantil (Figuras 25 e 26). A fim de melhorar a vigilância da nutrição, foram elaborados projectos de

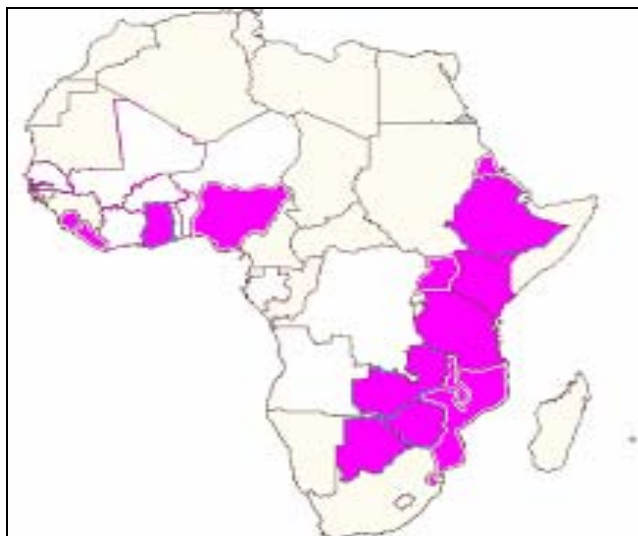
⁷⁵ República Democrática do Congo, Etiópia, Quênia, Madagascar, Nigéria, África do Sul, Tanzânia e Uganda.

⁷⁶ Benim, Burundi, Mali, Níger, Ruanda, Togo e Zâmbia.

⁷⁷ Benim, Camarões, Côte d'Ivoire, Gana, Mali, Níger, Nigéria, Serra Leoa, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

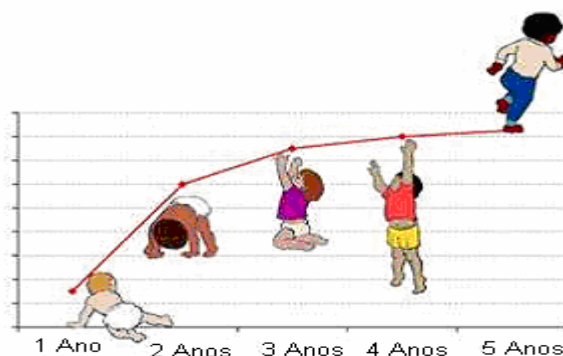
orientações para integrar a nutrição na Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (IDSR). Trinta consultores regionais de oito países receberam formação sobre o tratamento da malnutrição grave.

Figura 25: Países orientados pelos novos padrões da OMS para o crescimento das crianças



197. Um total de 58 peritos de nove países foram actualizados sobre as actuais recomendações da OMS para o VIH e a alimentação dos bebés. Além disso, 94 participantes de 13 países analisaram os progressos quanto à consulta de Durban sobre as recomendações para a nutrição e o VIH/SIDA, num encontro regional sobre VIH e nutrição. Foram elaborados quadros para a integração da nutrição nos serviços de saúde materna, neonatal e infantil e nas propostas do Fundo Mundial para as PLWHA; esses quadros foram também usados em acções de formação, conjuntas, das divisões do Escritório Regional, que abordaram a elaboração de propostas para o Fundo Mundial. Foram reforçadas, com vista à mobilização de recursos, parcerias no seio da OMS e desta com intervenientes chave⁷⁸. Foram recrutados três nutricionistas para as Equipas de Apoio Interpaíses.

Figura 26: Novos padrões da OMS para o crescimento das crianças



198. É essencial que a OMS apoie os países na implementação de políticas, planos e estratégias; no reforço das capacidades para combater a malnutrição; na elaboração do perfil da malnutrição; e no reforço de parcerias estratégicas para a mobilização de recursos.

⁷⁸ UA; UNICEF; FAO; Comunidade da África Oriental, Central e Austral para a Saúde; Organização da África Ocidental para a Saúde; Helen Keller Internacional; Rede Internacional de Acção dos Alimentos para Bebés; USAID; WFP.

AMBIENTES SAUDÁVEIS E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

199. A pobreza, os conflitos e os riscos associados a más condições ambientais e a alimentos contaminados são grandes ameaças à saúde e ao desenvolvimento da Região Africana. Mais de 45% da população da Região vive na pobreza, com menos de 1 dólar americano por dia. Para a OMS, o desafio consiste em ajudar os países da Região a elaborar e implementar políticas e estratégias que aumentem o investimento na saúde, incidindo nos pobres, reduzindo as desigualdades e promovendo capacidades institucionais.

200. No biénio 2006-2007, o Escritório Regional reforçou a inclusão dos temas relacionados com a pobreza e o planeamento de longo prazo, nos esforços regionais e nacionais para o desenvolvimento da saúde; facilitou programas visando a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) relacionados com a saúde; reforçou a integração da saúde do meio ambiente na formulação das políticas e actividades nacionais; combateu a alta morbilidade e mortalidade associadas a contaminantes microbianos e químicos dos alimentos; e reforçou a preparação e resposta às crises. Estas diversas acções foram enquadradas nas quatro seguintes áreas de actividade: Definição de Políticas para a Saúde no Desenvolvimento; Saúde e Meio Ambiente; Preparação e Resposta a Situações de Emergência; e Segurança dos Alimentos.

Elaboração de Políticas para o Desenvolvimento da Saúde (HSD)

201. A saúde é essencial para a consecução dos ODM. No entanto, o desenvolvimento sanitário e o nível da saúde da Região Africana continuam a ser menos favoráveis, quando comparados com outras partes do mundo. Os ODM representam uma grande oportunidade para promover a integração das prioridades da saúde nos processos de desenvolvimento a nível nacional, regional e internacional. Tendo em mente o contributo e a liderança da OMS na consecução dos ODM relacionados com a saúde e de outros objectivos internacionalmente acordados, o Escritório Regional traduziu esta oportunidade em políticas e estratégias, proporcionando aos países orientações, advocacia e apoio técnico nas questões relacionadas com a saúde e os direitos humanos, a pobreza, a eficácia da ajuda, macroeconomia, equidade, ética e globalização, entre outras.

202. Em colaboração com outros parceiros, o Escritório Regional deu apoio técnico a vários países⁷⁹ na elaboração de estratégias para reforçar os sistemas de saúde, com vista à consecução dos ODM relacionados com a saúde. Esta área de actividade avaliou os progressos dos países quanto aos ODM relacionados com a saúde e preparou um projecto de relatório. Através do programa da parceria UE-OMS, seis países⁸⁰ receberam apoio financeiro para a consecução dos ODM. Cidadãos dos Camarões, Quênia, Moçambique, Ruanda e Uganda participaram numa acção de formação de capacidades sobre saúde, direitos humanos e estratégias de redução da pobreza. Muitos países da Região participaram em, pelo menos, uma das três acções de formação das capacidades em saúde, redução da pobreza e desenvolvimento económico. O Escritório Regional apoiou os países⁸¹ em abordagens de âmbito transectorial (SWAp) e no Quadro de Despesas a Médio Prazo, bem como no financiamento da componente sanitária nos Documentos da Estratégia de Redução da Pobreza.

203. Com o apoio recebido, o Burkina Faso, Gana, Mali e Moçambique documentaram as melhores práticas quanto a SWAp no sector da saúde, apoio ao orçamento e Quadro de Despesas a Médio Prazo. Os países foram sensibilizados para a necessidade de fazer face aos determinantes sociais da saúde. A área de actividade elaborou um projecto de quadro que descreve as actividades do Escritório Regional relativamente aos determinantes sociais da saúde (SDH) na

⁷⁹ Benim, Burkina Faso, Burundi, Chade, Etiópia, Madagáscar, Mali, Moçambique, Nigéria, São Tomé e Príncipe, Zâmbia.

⁸⁰ Angola, Burkina Faso, Quênia, Malauí, Níger e Tanzânia.

⁸¹ Camarões, Chade, Etiópia, Quênia, Madagáscar e Moçambique.

Região. Em Janeiro e Dezembro de 2006, ocorreram duas reuniões de facilitadores da sociedade civil africana na Comissão da OMS para os Determinantes Sociais da Saúde, a fim de elaborarem um plano de trabalho para a intervenção da sociedade civil nos SDH na Região. O Escritório Regional elaborou um relatório sobre desigualdades na saúde na Região Africana, com dados de 30 países.

204. Os participantes na quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano adoptaram o documento intitulado “Pobreza, comércio e saúde: um problema emergente para o desenvolvimento sanitário” e a Resolução AFR/RC56/R4, para enfrentar os desafios que a pobreza e o comércio internacional colocam à saúde. O Escritório Regional apoiou 20 Estados-Membros⁸² na realização de estudos preliminares sobre comércio nos serviços de saúde e preparou termos de referência para orientar estudos em profundidade sobre as trocas comerciais nos serviços de saúde. Os participantes na quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional Africano adoptaram o documento intitulado “Principais determinantes sociais da saúde: apelo à acção intersectorial para a melhoria do estado de saúde na Região Africana da OMS”.

Saúde e Ambiente (PHE)

205. As doenças infecciosas e parasíticas transmitidas por vectores são influenciadas por factores ambientais que podem ser controlados. O fardo das doenças devidas aos riscos sanitários tradicionais é agravado pela disseminação de estruturas urbanas não planeadas e mal construídas, bem como pelas alterações climáticas. Cerca de 288 milhões de pessoas da África Subsariana continuam sem melhor acesso a água potável e 437 milhões não dispõem de saneamento básico. Usam-se substâncias químicas, com pouca ou nenhuma compreensão dos seus efeitos imediatos e a longo prazo. Todos os anos, o uso errado de produtos químicos provoca um significativo fardo de lesões, má saúde e mortalidade. Isso acontece num contexto de deficiente tratamento de lixos, sobretudo os lixos decorrentes dos cuidados de saúde, a par de doenças e lesões ocupacionais.

206. Durante o biénio 2006-2007, o contributo da OMS para melhorar a situação da saúde ambiental na Região Africana concretizou-se numa maior consciencialização e melhor resposta aos principais determinantes, e na promoção de intervenções de prevenção primária. Daí resultou que mais 10 países finalizaram as suas políticas nacionais para a saúde e o ambiente, a partir das orientações elaboradas pelo Escritório Regional. Esta área de actividade deu apoio técnico a mais de dois terços dos países da Região para implementarem os seus programas de saúde ambiental. Onze municípios de cinco países elaboraram planos de Projectos de Cidades Saudáveis. Um total de 18 países reforçaram as capacidades de elaboração de planos nacionais de acção para o tratamento dos lixos decorrentes dos cuidados de saúde.

207. A Região contribuiu para a produção do “Boletim Informativo Africano da Saúde e Segurança no Trabalho”; vários documentos sobre a saúde e segurança do ambiente foram enviados aos países, para aumentar a consciencialização e estimular o conhecimento. Participantes de oito países⁸³ frequentaram uma acção de formação sobre a saúde dos trabalhadores em África, organizado em conjunto pela OMS e centros colaboradores da Finlândia e do Reino Unido. A Gâmbia e a Suazilândia elaboraram políticas e estratégias de implementação. Outros centros colaboradores ocuparam-se de áreas identificadas como prioritárias, tais como a saúde ocupacional de base e o pacote de segurança. Na Tanzânia (Zanzibar), a área de actividade colaborou com a Divisão de VIH/SIDA na elaboração de um documento estratégico para a pós-exposição. Esta área de actividade também contribuiu para duas reuniões da Organização Internacional do Trabalho sobre segurança e saúde ocupacional. Melhorou a colaboração com a OIT sobre saúde ocupacional e temas de segurança.

⁸² Burundi, Comores, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Quénia, Madagáscar, Malauí, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Ruanda, Senegal, Seychelles, África do Sul, Suazilândia, Uganda, Tanzânia, Zâmbia, Zimbabué.

⁸³ Benim, Botsuana, Gâmbia, Quénia, Namíbia, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia.

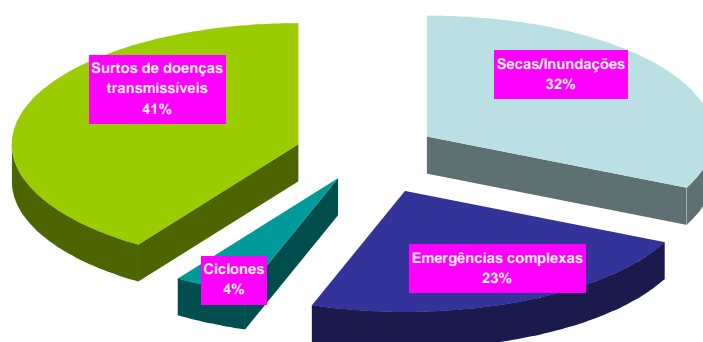
208. Foi criado um conjunto de instrumentos para a educação ambiental das crianças. Quatro países implementaram projectos piloto para a saúde das crianças em vários ambientes; as experiências e os ensinamentos colhidos foram documentados. Foi elaborado um conjunto nuclear de Indicadores da Saúde Ambiental das Crianças, cujos níveis foram documentados nos Camarões, Quênia e Zimbabué.

209. Na área do controlo dos vectores, o Escritório Regional, em colaboração com a Sede e outros parceiros, preparou um conjunto de orientações e instrumentos para melhorar a implementação das actividades de controlo dos vectores. Tendo recebido apoio, os Comores, Gabão, Madagáscar, Reunião e Seychelles controlaram com sucesso os vectores de Chikungunya durante surtos. Os Camarões, República do Congo, República Democrática do Congo, Etiópia e Nigéria elaboraram perfis entomológicos. O Escritório Regional deu apoio técnico a 26 países na execução de serviços de controlo dos vectores, com ênfase específica na pulverização residual de interiores e distribuição em massa de redes tratadas com insecticida, no âmbito de campanhas de vacinação. A área de actividade elaborou relatórios regionais dos progressos na implementação e cobertura das duas principais intervenções, a pulverização residual de interiores e as redes tratadas com insecticida. A Rede Africana da OMS para a Resistência do Vector aos Insecticidas continuou a monitorizar essa resistência. A área de actividade elaborou um projecto de quadro para acelerar o controlo e eliminação do pauldismo.

Preparação e Resposta a Situações de Emergência (EHA)

210. Durante o biénio, metade dos Estados-Membros⁸⁴ da Região Africana da OMS notificaram uma situação de emergência. Vários países⁸⁵ notificaram mais de uma. As situações de emergência mais comunicadas foram surtos de doenças transmissíveis, secas e inundações (Figura 27). A malnutrição continuou a ser um problema nos países afectados por crises e por secas. Em alguns países⁸⁶, o impacto da violência sexual foi um grave problema.

Figura 27: Tipos de situações de emergência notificadas pelos países da Região Africana, 2006-2007



211. Nas Representações da OMS em 10 países⁸⁷, as unidades de Preparação e Resposta a Situações de Emergência reforçaram a capacidade de responder às emergências, nomeadamente

⁸⁴ Angola, Burundi, Burkina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Libéria, Madagáscar, Mauritânia, Moçambique, Níger, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Uganda e Zimbabué.

⁸⁵ Angola, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Quênia, Moçambique e Uganda.

⁸⁶ República Centro-Africana, Chade, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné e Uganda.

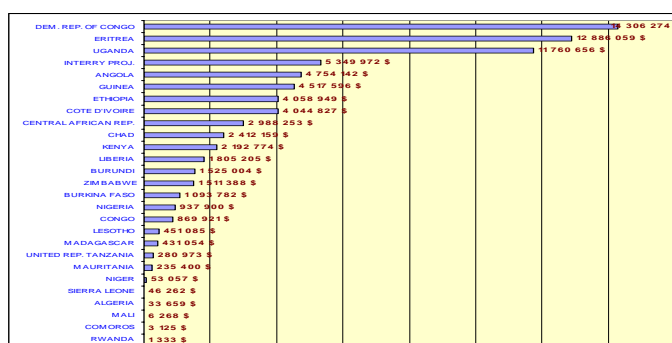
⁸⁷ Burundi, Chade, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Quênia, Libéria, Níger e Uganda.

com a adição de pontos focais recrutados internacionalmente. Além disso, seis Representações⁸⁸ abriram subgabinetes de Preparação e Resposta a Situações de Emergência. As equipas dos países foram apoiadas por pessoas focais nas Equipas de Apoio Interpaíses. Sete pessoas focais participaram em formações de pré-posicionamento, o que as qualifica para serem escaladas internacionalmente para emergências.

212. Durante o biénio 2006-2007, foram recolhidos, junto de vários doadores, mais de 78 milhões de dólares americanos, para combater situações de emergência nos países (Figura 28). Os progressos na presença no terreno e na mobilização de recursos resultaram em melhor capacidade de resposta. A componente da Acção Sanitária em Situações de Crise apoiou todos os países afectados por crises; o apoio incluiu uma avaliação das carências com monitorização da situação sanitária, coordenação das respostas do sector da saúde, o colmatar de deficiências críticas para salvar vidas e o reforço de capacidades para uma preparação e resposta eficazes.

213. O Escritório Regional apoiou os países afectados por crises procedendo a avaliações de vulnerabilidades, avaliações rápidas, avaliações da segurança dos alimentos, inquéritos à nutrição e mortalidade e reforço da Vigilância e Resposta Integrada às Doenças. A área de actividade publicou boletins periódicos de informação sanitária, partilhando-os com todos os parceiros. Entre os serviços de saúde vitais para as populações afectadas por crises mencionam-se a distribuição de suprimentos médicos, colocação de profissionais da saúde, distribuição de orientações, formação de profissionais da saúde, revitalização de actividades de cuidados de saúde primários, vacinações na periferia e alimentação terapêutica com base na comunidade.

Figura 28: Recursos mobilizados para a Preparação e Resposta a Situações de Emergência, 2006-2007



214. A reforma humanitária das Nações Unidas tem três elementos principais: coordenação humanitária, sistema de agrupamentos e o Fundo Central de Resposta às Situações de Emergência. Os agrupamentos são grupos humanitários criados para aumentar a eficiência, responsabilidade e coordenação das intervenções. Dos nove agrupamentos mundiais, o da saúde encontra-se sob a liderança da OMS. Durante o biénio, o Escritório Regional dirigiu agrupamentos da saúde em nove países⁸⁹; os agrupamentos continuam a ser usados em mais países afectados por crises.

215. A unidade da Preparação e Resposta a Situações de Emergência apoiou a unidade de Alerta e Resposta a Epidemias (Divisão da Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis) na resposta à febre hemorrágica de Marburg no Uganda, ao Ébola na República Democrática do Congo e a outros surtos em outras Subregiões. O surto do Ébola na República Democrática do Congo ocorreu nos distritos de Mweka, Luebo e Bulape, entre Abril e meados de Outubro de

⁸⁸ República Centro-Africana, Chade, República Democrática do Congo, Guiné, Libéria e Uganda.

⁸⁹ Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Quênia, Libéria, Madagáscar, Moçambique, Uganda e Zimbabué.

2007, resultando em 264 casos e 187 óbitos. A curva da epidemia (Figura 29) mostra que a epidemia continuou por mais de 20 semanas, com picos múltiplos e taxas elevadas de fatalidade. Os mesmos distritos sofreram surtos de febre tifóide e shigelose no mesmo período.

216. Como em todos os surtos de doenças transmissíveis, a unidade de Preparação e Resposta a Situações de Emergência deu o seu apoio, elaborando projectos de propostas para mobilização de recursos, através do Fundo Central de Resposta às Emergências e de *flash appeals*. Os recursos mobilizados antes do surto do Ébola foram usados para apoiar investigações de surtos; custos logísticos, incluindo o transporte de pessoal e equipamento; mobilização social; compra e transporte de medicamentos; e formação de trabalhadores da saúde e sua colocação (Figura 30).

Figura 29: Casos por semana e taxas de casos fatais do Ébola na R. D. Congo, 2007

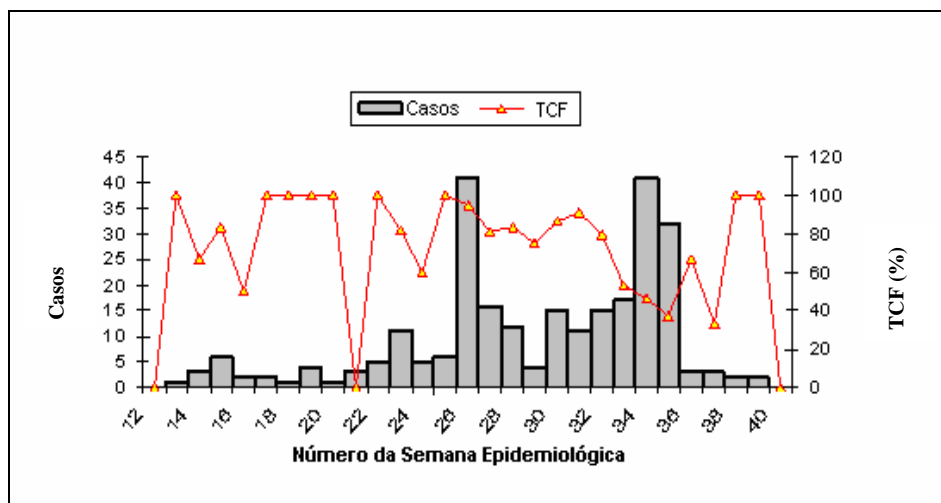


Figura 30: Pessoal em acção durante o surto do Ébola na R. D. Congo

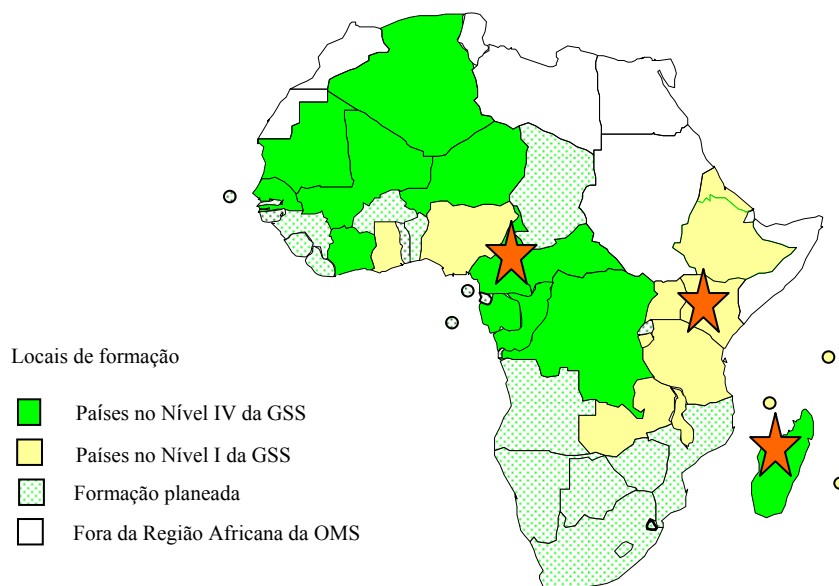


Segurança Alimentar (FOS)

217. Durante o biénio 2006-2007, a área de actividade da Segurança Alimentar combateu debilidades nos sistemas de controlo dos alimentos e a recorrência de surtos devidos ao consumo de contaminantes microbianos e químicos nos alimentos. Foram privilegiados os seguintes aspectos: o reforço das capacidades de vigilância das doenças transmitidas pelos alimentos; a real participação dos países na Comissão do *Codex Alimentarius*; a legislação sobre os alimentos e a aplicação das leis; e a informação, educação e comunicação.

218. Os participantes na quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional Africano da OMS adoptaram um documento intitulado “Segurança alimentar e saúde: Estratégia para a Região Africana da OMS” e a correspondente Resolução AFR/RC57/R2. Com apoio, participantes dos Camarões, Gana, Nigéria e Uganda participaram nas acções de formação do Estudo Internacional da Dieta Total, para detecção de produtos químicos nos alimentos. Participantes dos Comores, Maurícias e Seychelles frequentaram, em Madagáscar, o curso de formação do Nível I do Inquérito Mundial às Salmonelas (GSS) e 30 microbiologistas de 10 países⁹⁰ frequentaram o Nível I no Quénia. Prosseguiu a formação do Nível IV para 25 participantes de 12 países.⁹¹ Assim, passam a ser três os locais de formação na Região (Figura 31). Os Camarões e Côte d’Ivoire receberam formação em produção de antissoros para o envenenamento por salmonelas.

Figura 31: Países participantes e locais da formação em vigilância de base laboratorial das doenças transmitidas pelos alimentos 2007



219. O Escritório Regional apoiou tecnicamente o Quénia na investigação, gestão e controlo de um surto de aflatoxicose. Foram concedidos recursos, de modo específico, para reforçar a capacidade do Laboratório Nacional de Referência da Saúde Pública para que pudesse monitorizar alimentos, soro e outros espécimes biológicos para aflatoxinas. O Escritório Regional apoiou igualmente Angola e a Etiópia durante surtos de cólera. Na Etiópia, os técnicos avaliaram as condições de higiene em empresas alimentares e deram formação a vendedores de alimentos

⁹⁰ Eritreia, Etiópia, Gana, Quénia, Malawi, Nigéria, Ruanda, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.

⁹¹ Argélia, Camarões, República Centro-Africana, República do Congo, Côte d’Ivoire, República Democrática do Congo, Gabão, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Níger e Senegal.

sobre o seu manuseio seguro; em Angola, avaliaram o sistema de controlo dos alimentos e a formação de formadores em higiene alimentar. Esta área de actividade apoiou igualmente a Côte d'Ivoire num incidente químico ocorrido em Agosto de 2006. O Escritório Regional apoiou Angola durante um surto de envenenamento por bromo, atribuído ao uso de brometo de sódio, em lugar de cloreto de sódio, como sal de mesa.

220. Para reforço das capacidades de segurança dos alimentos, vários países realizaram acções de formação sobre vigilância das doenças transmitidas pelos alimentos, Análise dos Perigos, Pontos Críticos de Controlo, inspeção alimentar e *Codex Alimentarius*. Seis países⁹² participaram num seminário conjunto OMS/FAO, que introduziu o *Guia de reforço da Análise de Perigos e de Pontos Críticos de Controlo em negócios alimentares de pequena dimensão e pouco desenvolvidos*.

221. Foi organizado, para 50 participantes de 35 países, uma acção de formação sobre as actividades do Codex. A Comissão Coordenadora do Codex para África teve 79 participantes de 36 países; o Gana foi eleito como novo país coordenador. Um total de 38 representantes de 35 países participaram em 17 reuniões do *Codex*, com o apoio do *Codex Trust Fund*. A República do Congo e o Lesoto relançaram os seus Comitês Nacionais do *Codex*; enviados do Chade, República do Congo e República Democrática do Congo participaram numa acção de formação sobre informação acerca do *Codex*. A Serra Leoa criou grupos de trabalho para a segurança dos alimentos e deu formação sobre normas e padrões. Doze países⁹³ formularam ou reformularam as suas políticas, planos de acção, legislação e estratégias de aplicação das normas de segurança dos alimentos. Angola, Botsuana, Etiópia e Quênia receberam apoio para investigar e controlar surtos relacionados com alimentos, incluindo aflatoxicose aguda e cólera.

222. Um total de 13 países⁹⁴ implementaram o instrumento da OMS, Cinco Chaves para Alimentos mais Seguros, tendo traduzido o cartaz correspondente para as línguas locais. O Malauí e a Nigéria estabeleceram programas de mercados com alimentos saudáveis. O Mali e o Senegal organizaram festividades na “Semana da Segurança Alimentar” e proclamaram o “Dia de Lavagem das Mãos com Sabão”.

223. A área de actividade preparou dois manuais regionais: um sobre como formular e implementar a legislação dos alimentos e, outro, sobre detecção e controlo de situações de emergência relacionadas com os alimentos. Entre outros instrumentos, menciona-se uma adaptação do Manual das Cinco Chaves da OMS, materiais de informação e advocacia, um boletim informativo regional, documentação sobre actividades de segurança alimentar nos países e uma base de dados sobre segurança alimentar, localizada em <http://www.afro.who.int/des/fos/index.html>.

ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

224. A Divisão de Administração e Finanças é responsável por garantir um uso otimizado e uma gestão racional dos recursos financeiros, técnicos e humanos da Organização. Presta serviços eficientes, eficazes e flexíveis a todos os programas e actividades regionais e assume uma supervisão que assegura a aplicação das normas financeiras e dos princípios éticos da Organização. Durante o biênio 2006-2007, a Divisão cumpriu estas responsabilidades através de três áreas de actividade: Infraestruturas e Logística; Gestão dos Recursos Humanos da OMS; e Orçamento e Gestão Financeira. A Divisão esteve organizada em seis unidades funcionais: Serviços de Infraestruturas e Logística; Orçamento e Finanças; Serviços de Recursos Humanos;

⁹² Botsuana, Lesoto, Namíbia, África do Sul, Zâmbia e Zimbabué.

⁹³ Argélia, Burundi, Guiné Equatorial, Etiópia, Guiné, Quênia, Malauí, Moçambique, Ruanda, Tanzânia, Uganda, Zâmbia.

⁹⁴ Angola, Camarões, República do Congo, República Democrática do Congo, Gana, Guiné, Quênia, Lesoto, Mali, Maurítânia, Moçambique, Ruanda, África do Sul.

Tecnologias de Informação e Comunicação; Serviços de Publicações e Línguas; e Serviços de Abastecimentos.

Infraestruturas e Logística (IIS)

225. A área de actividade de Infraestruturas e Logística é responsável pela prestação de serviços administrativos e logísticos. Durante o biénio 2006-2007, o seu principal desafio consistiu em conseguir, em Brazzaville, condições aceitáveis de alojamento e trabalho para instalar o pessoal vindo de Harare. Embora fossem disponibilizados, nos edifícios anexos ao Escritório Regional (Estate), novos gabinetes para instalar os funcionários de Harare, o principal problema manifestou-se na escassez de habitações. As limitações da oferta hoteleira, juntamente com alguma falta de espaços no Escritório Regional, para reuniões, afectaram o esforço de apoiar adequadamente a realização de encontros e conferências.

226. Apesar disso, um dos principais sucessos neste biénio foi o apoio concedido a mais de 90 reuniões realizadas no Escritório Regional, incluindo a quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional. A área de actividade conseguiu mais espaços para gabinetes, reformulando e ampliando o edifício do Estate para instalar os funcionários recentemente chegados. Também conseguiu instalações adequadas para as Equipas de Apoio Interpaíses, recentemente criadas em Libreville e Ouagadougou.

227. Os Serviços de Compras estão intimamente associados aos serviços logísticos e têm o objectivo de assegurar serviços e suprimentos eficientes e com boa relação custo-eficácia. Durante o biénio, o seu principal desafio foi a implementação do novo serviço global de compras da OMS para a aquisição de suprimentos e equipamento com boa relação custo-eficácia. O processo de contratação para compras a nível local melhorou grandemente, tanto no Escritório Regional como nas Representações nos países. Foi também criada uma base de dados actualizada de fornecedores, bem como um sistema de registo de dados estatísticos.

228. Durante o biénio, os Serviços de Publicações e Línguas assumiram a edição, tradução, impressão e distribuição dos documentos estatutários das quinquagésima-sexta e quinquagésima-sétima sessões do Subcomité do Programa e do Comité Regional, em Adis Abeba e Brazzaville. Esta unidade colaborou de perto com todas as Divisões, na produção de orientações, estratégias, políticas, boletins informativos e outros documentos técnicos.

229. Na área da segurança, foi instalada com sucesso a base de dados do Sistema Integrado de Serviços, que orienta a gestão da segurança de todos os 436 funcionários do Escritório Regional. O sistema está disponível na Intranet da AFRO e pode ser consultado por todo o pessoal.

Gestão dos Recursos Humanos na OMS (HRS)

230. A área de actividade da Gestão dos Recursos Humanos lida com todas as questões dos recursos humanos da Região Africana da OMS, tanto no Escritório Regional, como nas 46 Representações nos países. Os principais desafios enfrentados durante o biénio estiveram relacionados com exercícios de *re-profiling* no Escritório Regional e nas Representações, o encerramento da componente do Escritório Regional em Harare, o processo de descentralização e criação de três Equipas de Apoio Interpaíses, a implementação do plano de desenvolvimento e aprendizagem dos funcionários da Região, preparativos para o Sistema Mundial de Gestão (GSM) e a implementação da reforma contratual.

231. A solução destes desafios implicou a orientação dos procedimentos, processos e actividades dos recursos humanos, de modo a que abrangessem a implementação da reforma contratual; a descentralização de diversas actividades para as Equipas de Apoio Interpaíses; a

implementação do plano de desenvolvimento e aprendizagem dos funcionários da Região; a implementação do GSM a nível mundial; e o lançamento da rede regional de aprendizagem.

232. Entre os principais sucessos alcançados no biénio, referem-se: serviços de recursos humanos eficazes e em tempo oportuno, prestados aos programas técnicos e, individualmente, aos membros do pessoal; apoio e aconselhamento para os exercícios de *re-profiling*, nas divisões técnicas e nas Representações nos países; um contributo eficaz ao encerramento sem problemas do Escritório Regional em Harare; apoio oportuno e eficaz à criação das três Equipas de Apoio Interpaíses, incluindo três subunidades de recursos humanos nesse nível; implementação de diversas actividades de aprendizagem e formação, no Escritório Regional e nas Representações; participação, com apoio eficaz, na implementação do GSM, incluindo a participação de um dirigente de recursos humanos a nível mundial; implementação da reforma contratual, incluindo a assinatura de novos acordos contratuais e a criação de mais de 1200 postos de trabalho a termo fixo.

Gestão Orçamental e Financeira (FNS)

233. Durante o biénio 2006-2007, a área de actividade de Gestão Orçamental e Financeira incidiu na implementação da gestão do orçamento; na garantia de responsabilização de todas as fontes de financiamento; em supervisionar a descentralização das funções de gestão orçamental e financeira para as 46 Representações nos países, divisões técnicas e Equipas de Apoio Interpaíses; e na garantia de pagamento atempado das verbas devidas aos funcionários e das facturas dos fornecedores.

234. Entre os principais problemas deste biénio, citam-se a monitorização dos escassos recursos financeiros, em especial a nível dos países; o reforço dos controlos orçamentais e financeiros, para minimizar os relatórios desfavoráveis de auditorias e reduzir os riscos; e a prestação de apoio administrativo e financeiro, de modo descentralizado, em especial às três Equipas de Apoio Interpaíses.

235. A área de actividade elaborou relatórios do orçamento, que passaram a estar acessíveis na Intranet da AFRO, para uso das pessoas focais no Escritório Regional e dos Representantes da OMS nos países, permitindo monitorizar os recursos orçamentais. Foram também elaborados e amplamente divulgados relatórios mensais de monitorização do orçamento.

236. Com o apoio da Sede, a área de actividade procedeu à formação em gestão orçamental e financeira de todos os quadros administrativos dos vários escritórios e unidades técnicas, para reforçar os controlos financeiro e de gestão. Cada Equipa de Apoio Interpaíses foi dotada com um quadro profissional de finanças, que apoiou os países da sua Subregião em gestão financeira.

237. Notaram-se progressos evidentes no apoio à gestão orçamental e financeira, em resultado da consolidação da unidade de Orçamento e Finanças, em Brazzaville, e do recrutamento de pessoal para preencher os lugares vagos. Verificou-se o reforço atempado das contas *imprest* dos países, com o recurso a operações bancárias via internet. Com o apoio de um auditor consultor de curto prazo e do inspector, recentemente recrutado, o Escritório Regional conseguiu cumprir mais de 80% das principais recomendações da auditoria interna.

238. Um total de 203,6 milhões de dólares americanos foi aprovado para o orçamento ordinário, no biénio 2006-2007. Esta verba representava 21,4% do orçamento realmente necessário. Foi previsto que 741,1 milhões de dólares americanos seriam recebidos de Outras Fontes. Até Dezembro de 2007, as despesas do orçamento aprovado totalizavam 805,2 milhões de dólares americanos, representando 85,2% do total previsto para o biénio.

1.2 FACTORES CONDICIONANTES NA EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA

Factores facilitadores

239. O reforço do diálogo, decorrente de visitas, e o apoio directo do Director Regional facilitaram uma colaboração eficaz e a celebração de parcerias com a Comissão da União Africana, instituições regionais e subregionais, a Comissão da União Europeia e a Sede da OMS. Também os funcionários foram motivados por esses contactos e pelo ambiente favorável criado pelos governos. A participação activa dos ministérios da saúde na implementação do programa contribuiu imensamente para as realizações neste biénio. De modo específico, o reforço da parceria a nível mundial, regional e de país facilitou as realizações dos programas da saúde reprodutiva⁹⁵.

240. A boa colaboração entre os diversos programas do Escritório Regional e a Sede facilitou o planeamento e implementação conjunta das actividades, com máximo aproveitamento dos recursos e harmonização do apoio aos países. As respostas às crises nos Estados-Membros foram facilitadas pelo crescente empenho dos governos e das autoridades nacionais pertinentes.

241. O actual interesse pela monitorização dos progressos na via dos ODM motivou os países a acelerar as intervenções correspondentes. As *Orientações estratégicas para as actividades da OMS na Região Africana, 2005–2009* proporcionaram mais directrizes sobre as prioridades regionais, incluindo o reforço das respostas aos principais determinantes da saúde.

242. A nível das Representações nos países, as redes específicas de pessoas focais designadas para certos programas técnicos revelaram-se muito eficazes. Uma rede criada durante o biénio reuniu pessoas focais para a informação sanitária, a investigação e a gestão dos conhecimentos. Foi criada uma segunda rede para os 46 quadros profissionais dos países, encarregados do planeamento em todas as Representações da OMS.

243. Quanto à implementação dos programas, uma forte advocacia, a apropriação, por parte dos países, a liderança, a coordenação, harmonização e alinhamento dos parceiros contribuíram para acelerar os progressos na via do acesso universal. Além disso, a resposta pronta dos quadros profissionais nacionais às solicitações de apoio técnico por parte dos países possibilitou uma implementação bem sucedida dos programas.

Factores de constrangimento

244. Atrasos no desembolso de fundos e pedidos tardios, ou não planeados, de apoio técnico por parte dos países forçaram vários programas do Escritório Regional a actuar continuamente em modo de emergência. Além disso, para a maioria das áreas de actividade, a indisponibilidade de fundos provindos de contribuições voluntárias foi uma constante preocupação durante o biénio, em especial nas Representações da OMS. Ao mesmo tempo, algumas áreas de actividade acusaram fraca capacidade de absorção dos fundos disponíveis, limitando a expansão das intervenções.

245. Em relação aos países, deficiências na quantidade e qualidade dos recursos humanos para apoiarem a aceleração das intervenções prioritárias a nível da periferia dos países, constituíram os obstáculos mais importantes. Essas deficiências resultam da migração, de produção inadequada e de perdas devidas ao impacto negativo da pandemia do VIH/SIDA, sobretudo na África Austral.

⁹⁵ A declaração conjunta sobre a mutilação genital feminina da OMS, FNUAP e UNICEF, de 1997, foi alargada de modo a incluir a ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, ACNUR e UNIFEM, em 2007.

246. A capacidade de vigilância, monitorização e avaliação continuou a ser deficiente a nível de país. Em consequência, os países sentiram dificuldades em obter informação em devido tempo, assim como em dispor de relatórios periódicos trimestrais e anuais dos progressos e do desempenho, na utilização e cobertura dos serviços. Esta situação ficou a dever-se à debilidade dos sistemas de gestão da informação sanitária. Especificamente no caso da vigilância das doenças, a fraca capacidade dos laboratórios e dos sistemas de aprovisionamento e distribuição, bem como a informação obsoleta e a infraestrutura das tecnologias de comunicação, surgiram como os maiores problemas e factores de constrangimento.

247. Entre outros obstáculos à intensificação de intervenções chave, em alguns países, referem-se a inadequada administração geral e coordenação dos países para intervenções transversais nos programas prioritários, em especial os que dizem respeito aos ODM relacionados com a saúde.

PARTE II: PROGRESSOS REALIZADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DO COMITÉ REGIONAL

Resolução AFR/RC53/R1: Macroeconomia e saúde: perspectivas futuras para a Região Africana

248. A resolução solicitou ao Director Regional que: continuasse a advogar a favor de maiores investimentos na saúde, como meio eficaz de reduzir a pobreza e acelerar o desenvolvimento económico; que ajudasse os países a reforçar as actuais medidas institucionais de planeamento, implementação e monitorização das recomendações apresentadas pela Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMH); monitorizasse e documentasse os ensinamentos retirados da implementação das recomendações da CMH nos diferentes países e facilitasse a partilha dos ensinamentos; que prestasse apoio a instituições regionais que formam economistas da saúde e efectuem investigação nessa mesma área; e apresentasse relatórios anuais ao Comité Regional sobre os progressos feitos na implementação das resoluções.

249. Prosseguiu a divulgação das recomendações da CMH e documentos com elas relacionados. O website AFRO Intranet foi objecto de manutenção e melhoria. O Escritório Regional ligou a agenda da CMH directamente ao trabalho a ser realizado sobre os determinantes sociais da saúde, dado terem algumas áreas em que se sobrepõem e alguns objectivos em comum, e ligou-as ainda ao trabalho relativo aos ODM. Foi fornecido apoio técnico a Moçambique, à Nigéria e ao Uganda.

250. A necessidade de maiores recursos financeiros para ajudar a gerar recursos humanos e fortalecer os sistemas de saúde é actualmente um dado reconhecido pelos principais parceiros do desenvolvimento, em especial o Banco Mundial. Acresce que existe uma consciência crescente, por parte dos países, da necessidade de ligar as políticas sectoriais às suas políticas macroeconómicas. Os recursos financeiros destinados ao financiamento de lançamento nos países dispostos a implementar as recomendações da CMH são insuficientes. Em alguns países, existe também uma capacidade técnica insuficiente, um baixo nível de advocacia e sensibilização, e uma multiplicidade de processos, sem que as ligações entre eles tenham sido devidamente definidas.

251. Estão a ser postos em prática planos para envolver parceiros internacionais e advogar a favor de mais recursos para o sector da saúde. Os ministérios da saúde estão a ser apoiados para: reforçarem a componente da saúde das estratégias de redução da pobreza; advogarem e participarem, com eficácia, em acções intersectoriais e debates sobre políticas macroeconómicas; e reafectarem recursos para áreas prioritárias.

Resolução AFR/RC53/R6: Intensificação de intervenções contra o VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo na Região Africana

252. A resolução solicitou ao Director Regional que: prestasse apoio técnico aos Estados-Membros na formulação e implementação de planos estratégicos; fornecesse apoio à investigação operacional e documentação, e divulgasse informação sobre abordagens eficazes para a intensificação das intervenções; advogasse a favor de mais recursos e apoio internacional de longo prazo; colaborasse com o GFATM, advogando a favor de mecanismos que facilitem a rápida disponibilização de fundos aos países; e monitorizasse a intensificação das intervenções e apresentasse relatórios anuais sobre os progressos realizados.

253. Na área do VIH/SIDA, forneceram-se a todos os países orientações actualizadas para novas abordagens, tais como os testes e aconselhamento por iniciativa dos prestadores de serviços, a circuncisão masculina e o tratamento e cuidados pediátricos para crianças com o VIH.

Foi dado apoio a 14 países⁹⁶ para avaliarem e actualizarem os seus planos nacionais de saúde relativamente ao VIH/SIDA. Prestou-se também apoio a 24 países⁹⁷ para desenvolverem Roteiros nacionais para a aceleração da prevenção do VIH, e mais de metade (24) países membros actualizaram os seus planos estratégicos para reforçarem a componente de prevenção de VIH/SIDA. Foram efectuados consideráveis esforços de advocacia e parcerias para a mobilização de recursos, a todos os níveis, para intensificar as intervenções na área do VIH/SIDA. Tal esforço teve como resultado a obtenção de fundos adicionais da parte de vários doadores, tais como PEPFAR, CIDA, DFID, OFID, o governo italiano, o governo espanhol e a cooperação francesa, entre outros.

254. A percentagem de países que apresentaram candidaturas ao Fundo Mundial com algum êxito está a aumentar—de 40%, na Ronda 6, para 62%, na Ronda 7. A colaboração com o GFATM tem sido reforçada, através da realização de várias reuniões destinadas a identificar e fornecer respostas para os impasses que dificultam a implementação adequada das subvenções.

255. No que diz respeito à tuberculose, 34 países da região gravemente afectados pela tuberculose receberam apoio para desenvolverem ou actualizarem os seus planos estratégicos, através do novo instrumento de planeamento e orçamento da OMS. Foi lançado, em 2007, um estudo multipaíses, em colaboração com a TDR, sobre as interacções medicamentosas em doentes co-infectados com tuberculose-VIH, esperando-se que os resultados forneçam dados factuais para o tratamento destes doentes. Os principais parceiros da luta contra a tuberculose estão decididamente empenhados em apoiar os países a implementarem programas de expansão da DOTS de qualidade, incluindo a vigilância e gestão de tuberculose resistente aos medicamentos.

256. Mais 19 países tiveram êxito nas suas candidaturas ao Fundo Mundial, elevando para 26 o número total de países com propostas por ele aprovadas para o controlo da tuberculose. A intensificação das intervenções teve como resultado uma média regional de 89% para a cobertura da DOTS e uma melhoria nas taxas de sucesso de tratamento de 72%, em 2000, para 76%, em 2006. A maioria dos Estados-Membros (40/46) apresentou relatórios precisos e atempados à OMS, para a compilação dos relatórios de vigilância da tuberculose a nível mundial.

257. Relativamente ao paludismo, apoiaram-se 16 países⁹⁸ para avaliarem e actualizarem os seus planos estratégicos com vista à aceleração do acesso universal. No domínio da investigação operacional, documentaram-se intervenções de base comunitária em 20 países, assim como a abordagem inovadora de intensificação da distribuição de redes mosquiteiras tratadas com insecticida, através das campanhas de vacinação ou outras intervenções de sobrevivência infantil. Os recursos financeiros destinados à luta contra o paludismo, ao nível dos países, aumentaram significativamente com o apoio de parceiros como GFATM, Banco Mundial, Iniciativa do Presidente dos E.U.A. para o Paludismo e Fundação Bill e Melinda Gates.

258. Os parceiros da OMS e da iniciativa “Fazer Recuar o Paludismo” ajudaram os países na elaboração de propostas tecnicamente sólidas, com acesso a fontes de financiamento conhecidas. A colaboração com o GFATM, para melhorar a taxa de desembolso, foi muito activa. Organizaram-se reuniões com os diferentes agrupamentos geográficos e países do GFATM, para identificar os pontos de estrangulamento que estavam a dificultar a implementação apropriada das

⁹⁶ Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República do Congo, Gabão, Gâmbia, Guiné-Bissau, Libéria, Maurícias, São Tomé e Príncipe, Tanzânia, Togo e Uganda.

⁹⁷ Angola, Botsuana, Burundi, Camarões, Cabo Verde, Comores, República do Congo, Côte d’Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Etiópia, Guiné, Quênia, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Suazilândia, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.

⁹⁸ Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Comores, República do Congo, Etiópia, Guiné-Bissau, Madagáscar, Mali, Moçambique, Níger, Nigéria, Senegal, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.

subvenções e para implementar acções correctivas. Na área da monitorização e avaliação, foram apresentados os relatórios habituais.

Resolução AFR/RC54/R2: Reposicionamento do planeamento familiar nos serviços de saúde reprodutiva: quadro estratégico para uma acção acelerada, 2005–2014

259. A Resolução do Comité Regional AFR/RC54/R2 solicitou ao Director Regional que: continuasse a advogar a favor de uma abordagem estratégica para a redução da morbilidade e mortalidade maternas e do papel central do planeamento familiar; prestasse apoio técnico aos Estados-Membros para o planeamento, implementação, monitorização e avaliação do quadro estratégico para o reposicionamento do planeamento familiar; formulasse orientações relevantes a serem seguidas pelos Estados-Membros, para advogar a favor do quadro estratégico e acelerar a sua implementação. Com vista a intensificar a advocacia, a OMS, em colaboração com parceiros, preparou um conjunto de instrumentos para advocacia do planeamento familiar, junto dos diferentes actores, incluindo os decisores políticos e os líderes comunitários. Estes instrumentos foram distribuídos em todos os países e, alguns, como a Nigéria, utilizaram-nos para iniciar o diálogo entre consumidor e prestador de serviços, com a finalidade de melhorar os serviços de planeamento familiar.

260. A OMS, em colaboração com o FNUAP, deu apoio aos países para reforçarem capacidades ao nível nacional, em matéria de prestação de serviços de planeamento familiar, incluindo a formação inicial e em serviço, através de sessões de orientação sobre actualização dos instrumentos e orientações de planeamento familiar. Até agora, 18 países⁹⁹ beneficiaram deste apoio. Após as referidas sessões, foi prestado apoio financeiro aos países para adaptarem e adoptarem as orientações e protocolos de planeamento familiar, de modo a melhorar a qualidade dos serviços de planeamento familiar.

261. Além disso, para responder às necessidades por satisfazer em matéria de planeamento familiar, os directores dos programas nacionais de saúde reprodutiva e medicamentos essenciais, de seis países¹⁰⁰, receberam orientação sobre metodologias para a integração de medicamentos essenciais de saúde reprodutiva nos formulários nacionais dos medicamentos essenciais, bem como sobre a avaliação da disponibilidade de medicamentos de saúde sexual e reprodutiva, para melhorar a compra de medicamentos e dispositivos de planeamento familiar.

262. Com o objectivo de fornecer orientação para o planeamento, implementação, monitorização e avaliação do quadro estratégico de reposicionamento do planeamento familiar, a OMS, em colaboração com o FNUAP, começou a preparar um conjunto de instrumentos para a integração do planeamento familiar nos serviços de saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente: o quadro estratégico para a integração do planeamento familiar nos serviços de saúde materna, neonatal e infantil, e um instrumento para a avaliação das ligações entre saúde sexual e reprodutiva e infecções sexualmente transmissíveis, VIH e SIDA.

⁹⁹ Benim, Botsuana, Camarões, República Centro-Africana, Côte d'Ivoire, Guiné, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Zâmbia e Zimbabué.

¹⁰⁰ Etiópia, Gana, Quênia, Nigéria, África do Sul e Zâmbia.

Resolução AFR/RC54/R3: Intervenções prioritárias para o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária

263. O Comité Regional, por meio da sua Resolução AFR/RC54/R3, solicitou ao Director Regional que: prestasse apoio aos Estados-Membros, permitindo-lhes implementar as intervenções prioritárias com vista ao reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária; promovesse alternativas tecnológicas para facilitar o trabalho em rede, comunicação, acesso, utilização e retro-informação sobre informação sanitária; e prestasse apoio aos países para a mobilização de recursos e o reforço de capacidades dos sistemas nacionais de informação sanitária.

264. Seis países¹⁰¹ realizaram uma avaliação abrangente dos seus sistemas nacionais de informação sanitária (NHIS), para identificar as suas fraquezas e necessidades em termos de recursos humanos, financeiros e materiais. Todos os 46 Estados-Membros foram sensibilizados para a utilização do quadro da Rede de Metrologia da Saúde (HMN), de modo a alinharem os seus NHIS com as normas e padrões internacionais adoptadas na Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2006. O Mapeamento de Disponibilidade dos Serviços e outros sistemas de informação geográficos foram implementados em 13 países¹⁰², para facilitar a comunicação, o acesso, a utilização e a retro-informação sobre informação sanitária.

265. O Escritório Regional tem trabalhado de perto com a HMN e a Sede da OMS, em colaboração com agências multilaterais e bilaterais, fundações, outras parcerias mundiais para a saúde e peritos técnicos, para apoiar os países no reforço dos seus sistemas nacionais de informação sanitária. Foram organizadas cinco acções de formação para 41 países, através do quadro de desenvolvimento de sistemas de informação sanitária dos países, que descreve os padrões dos NHIS e o instrumento de avaliação e monitorização do mesmo. Por conseguinte, formaram-se mais de 170 participantes de 26 países, com base nestes padrões. Outros 15 países financiados pela HMN avaliaram os seus NHIS. A Serra Leoa elaborou o seu plano estratégico NHIS e iniciou a implementação deste com o apoio do DFID e do Banco Mundial. O apoio financeiro fornecido aos países totalizou 2 milhões de dólares, no primeiro ano, e cerca de 500.000 dólares, no segundo ano.

Resolução AFR/RC54/R4: Saúde e segurança ocupacional na Região Africana: análise da situação e perspectivas

266. A Resolução AFR/RC54/R4 do Comité Regional solicitou ao Director Regional que: prestasse apoio técnico para a formulação e o reforço de políticas, legislação e programas de saúde e segurança ocupacional; mantivesse o diálogo com a Organização Mundial do Trabalho (OIT); promovesse e apoiasse a investigação e vigilância; apoiasse a mobilização de recursos.

267. A OMS e a OIT publicaram uma carta comum de intenção, na qual as duas organizações se comprometiam a unir esforços e trabalhar conjuntamente, em áreas seleccionadas da saúde e segurança ocupacional, para o benefício dos Estados-Membros.

268. Além disso, a OMS forneceu apoio financeiro e técnico ao Botsuana, Comores, Gâmbia, Namíbia e Suazilândia, para a recolha de dados e informações iniciais sobre saúde e segurança ocupacional, para dar início ao processo de formulação de políticas e implementação dos respectivos planos. Em resultado deste apoio, o Botsuana e a Namíbia elaboraram os seus documentos sobre políticas. A Gâmbia e a Suazilândia iniciaram o processo, e as Comores encarregaram-se de analisar e interpretar os dados recolhidos. A Nigéria encontra-se também em

¹⁰¹ Botsuana, Chade, República do Congo, Libéria, Ruanda e Senegal.

¹⁰² República Centro-Africana, Gana, Quênia, Malawi, Moçambique, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda e Zâmbia.

fase de formulação da sua política. Em todos estes países, o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho envolveram todos os outros sectores nesta actividade, nomeadamente organizações não governamentais, empregadores e outras instituições, tais como universidades e investigadores.

269. O processo incluiu a mobilização de recursos no sector da saúde e para além dele, e a colaboração com outras partes interessadas para a manutenção dos programas. Trata-se, assim, de um processo que incluiu pequenas, médias e grandes empresas, bem como os sectores formal e informal, e que, além disso, toma em consideração o tratamento de doenças como a tuberculose, o paludismo e o VIH/SIDA.

Resolução AFR/RC54/R5: Melhorar o acesso aos cuidados e ao tratamento do VIH/SIDA na Região Africana: a iniciativa “3 by 5” e para além desta

270. A resolução solicitava ao Director Regional que: reforçasse o papel da OMS na assunção de liderança técnica e orientação na resposta do sistema de saúde à infecção pelo VIH/SIDA; prestasse apoio e orientação técnicos para a elaboração, implementação, monitorização e avaliação dos programas de cuidados e tratamento; advogasse a favor de mais recursos, para aumentar o acesso aos cuidados e tratamento, incluindo através do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, para facilitar a constituição de parcerias ao nível regional; e advogasse continuamente pela investigação e o desenvolvimento de novos medicamentos e vacinas.

271. O Director Regional convocou uma reunião dos directores regionais das agências das Nações Unidas, para formular um plano conjunto sobre prevenção do VIH e acesso universal. A OMS e ONUSIDA co-organizaram três reuniões subregionais sobre acesso universal. Todos os 46 países da Região foram apoiados na elaboração dos seus planos, com vista à intensificação da terapêutica antirretroviral, sendo o financiamento, principalmente, da CIDA. A Directora-Geral da OMS e o Director Regional mobilizaram recursos da parte de DIFD, CIDA, CDC, Angola, GTZ, Iniciativa Italiana e Fundo Internacional da OPEC para o Desenvolvimento (OFID). A maioria dos países aumentou o financiamento afectado aos cuidados e tratamento do VIH/SIDA, através de subsídios do GFATM.

272. Desde o lançamento da Iniciativa “3 by 5”, a cobertura da terapêutica antirretroviral aumentou de menos de 1%, em Dezembro de 2003, para 17%, em Dezembro de 2005, e para 35% no final de Setembro de 2007. Pelo menos, 14 países alcançaram 50% de cobertura. No entanto, a cobertura infantil é ainda baixa, estimando-se em 11%.

Resolução AFR/RC54/R6: Abuso Sexual de Crianças: uma urgência sanitária silenciosa

273. A resolução solicitava ao Director Regional que: continuasse a desempenhar um papel de liderança e de advocacia para a prevenção, cuidados e gestão integrada do abuso sexual; prestasse apoio técnico aos Estados-Membros; mobilizasse recursos e encorajasse a constituição de parcerias.

274. Foi levada a cabo uma avaliação das orientações nacionais e internacionais existentes sobre abuso sexual de crianças, com base na qual se elaboraram orientações regionais gerais para a gestão clínica deste problema.

275. Realizou-se uma acção de formação de capacidades sobre a Convenção dos Direitos da Criança, para 20 funcionários do Programa de Saúde das Crianças e dos Adolescentes, provenientes do Escritório Regional e níveis subregional e dos países. A acção de formação centrou-se nos mecanismos disponíveis para a monitorização e protecção das crianças, em geral, e, em particular, dos casos de abuso sexual. Os Camarões, a Gâmbia e o Lesoto participaram

nesta formação e incorporaram a abordagem centrada nos direitos da criança no planeamento e implementação dos seus programas nacionais de saúde das crianças e dos adolescentes, concentrando-se os Camarões e a Gâmbia na AIDI e o Lesoto na política de saúde sexual e reprodutiva do adolescente.

276. Em Novembro de 2007, o Alto Comissariado para os Direitos Humanos, a UNICEF, o Plano Internacional, a OMS e o Ministério da Promoção dos Direitos Humanos do Burkina Faso convocaram uma reunião em Ouagadougou, com a finalidade de avaliar a implementação das observações finais da Convenção, por parte de oito países¹⁰³. Uma das recomendações principais que a reunião fez aos Estados-Membros apelava à implementação da estratégia de sobrevivência infantil, que inclui intervenções destinadas a fazer face ao abuso sexual de crianças.

277. Foi constituída uma parceria com AFRICA 2010 e a Academia para o Desenvolvimento Educacional, para um trabalho conjunto e co-financiamento de actividades essenciais relacionadas com o abuso sexual das crianças, incluindo recensões bibliográficas, reuniões consultivas e a elaboração de orientações clínicas e materiais de advocacia.

Resolução AFR/RC55/R2: Consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde: análise da situação e perspectivas na Região Africana

278. A resolução solicitava, entre outros, que o Director Regional: desse apoio aos países na intensificação das intervenções destinadas a reduzir a mortalidade infantil (Meta 4), a mortalidade materna (Meta 5) e a morbilidade e mortalidade devidas ao VIH/SIDA, tuberculose, paludismo e outras doenças prioritárias (Meta 6); e apoiasse os países na utilização de quadros apropriados de monitorização e avaliação, a fim de acompanhar os progressos em curso para a consecução das MDM.

279. A iniciativa da Harmonização da Saúde em África apoiou 11 países¹⁰⁴. Em colaboração com parceiros, foi prestado apoio técnico a vários países relativamente a diferentes aspectos da elaboração de estratégias, visando o reforço dos sistemas de saúde, de modo a alcançar as MDM relativas à saúde.

280. Análises recentes mostram que, embora alguns países estejam em boa posição para alcançar, pelo menos, algumas das MDM, a maioria deles não conseguirá alcançá-las. Nenhum dos países logrou fazer progressos significativos na redução da pobreza extrema, e as taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil são ainda muito elevadas, não se tendo observado progressos suficientes.

281. A prevalência do VIH estabilizou ou mostra tendência para descer, na maioria dos países da África Subsariana. Alguns países reduziram extraordinariamente o fardo do paludismo e da tuberculose, mas a grande maioria deles, muito provavelmente, não conseguirão alcançar o objectivo. Apenas um país está em posição de alcançar a meta do saneamento. A falta de financiamento adequado, o potencial de instabilidade em algumas áreas, sistemas de saúde fracos e a fuga de quadros da saúde constituem as ameaças mais significativas à consecução das MDM relativas à saúde.

282. Seis países¹⁰⁵ receberam apoio financeiro na área das MDM, através do programa de parceria OMS-UE. O Escritório Regional organizou acções de formação sobre saúde, redução da pobreza, direitos humanos e desenvolvimento económico. Foi prestado apoio técnico aos países relativamente às abordagens transectoriais (SWAP), Quadro de Despesas a Médio Prazo (MTEF)

¹⁰³ Benim, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guiné, Mali, Níger, Senegal e Togo.

¹⁰⁴ Benim, Burkina Faso, Burundi, Chade, Etiópia, Madagáscar, Mali, Moçambique, Nigéria, São Tomé e Príncipe e Zâmbia.

¹⁰⁵ Angola, Burkina Faso, Quênia, Malauí e Tanzânia.

e a componente de saúde dos Documentos da Estratégia de Redução da Pobreza (PRSP). Os países receberam apoio na incorporação das metas e indicadores das MDM nas suas políticas e planos de desenvolvimento, incluindo os PRSP, MTEF e SWAP.

Resolução AFR/RC56/R1: Plano Estratégico Regional para o Programa Alargado de Vacinação 2006–2009

283. A quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano, através da sua Resolução AFR/RC56/R1, aprovou o Programa Estratégico Regional para o Programa Alargado de Vacinação (PAV) 2006-2009. A resolução exortava os Estados-Membros a: aumentarem as suas afectações orçamentais para actividades de vacinação; garantirem que a vacinação continuaria a ser uma prioridade; e acelerarem e manterem a consecução da vigilância dos padrões de certificação da poliomielite. Solicitava ao Director Regional que: continuasse a advogar a favor do objectivo de erradicação da poliomielite; monitorizasse a implementação das actividades de controlo acelerado das doenças; e trabalhasse de perto com os parceiros, em sintonia com a Visão e Estratégia Mundial para a Vacinação.

284. Até 11 de Novembro de 2007, 11 países tinham concluído uma ou mais rondas de actividades de vacinação suplementar contra a poliomielite. A Nigéria era o único país onde ocorria a transmissão continuada do poliovírus selvagem. Verificaram-se importações de poliovírus selvagem para Angola, o Chade, a República Democrática do Congo e o Níger. Foi relatado um total de 289 casos confirmados até ao fim de 2007, em comparação com 994 no mesmo período, em 2006. Além disso, 43 países alcançaram e mantiveram a vigilância de nível de certificação.

285. Em 2006, as actividades suplementares de vacinação contra o sarampo alcançaram 81,4 milhões de crianças em 20 países e mais 31,6 milhões em 16 países, no fim de 2007. Todos os países articularam outras intervenções de sobrevivência infantil com as actividades suplementares de vacinação contra o sarampo.

286. Em 2006, 15 países¹⁰⁶ notificaram uma taxa de, pelo menos, 90% de cobertura da DPT3 e 14 países¹⁰⁷ notificaram que, pelo menos, 80% dos distritos conseguiram uma cobertura da DPT3 de 80% ou mais. Até Julho de 2007, 38 países tinham introduzido nos seus calendários de vacinação de rotina a vacina da hepatite B e 20 países a da *Haemophilus influenzae* tipo b.

287. Um total de 38 países (83%) concluiu o seu planeamento global multianual. Os países foram apoiados para fazer uso das iniciativas de redução da dívida, no reforço dos seus programas de vacinação. Os fundos de redução da dívida constituíram, assim, um excelente meio de melhorar e manter elevadas taxas de vacinação nos países.

288. Os progressos realizados para a consecução dos objectivos fixados no PAV foram satisfatórios. Contudo, os esforços para manter esses ganhos devem continuar, através de um financiamento adequado e de apoio ao programa, para serviços de vacinação de rotina.

Resolução AFR/RC56/R2: Sobrevivência infantil: uma estratégia para a Região Africana

289. A Resolução AFR/RC56/R2 exortava os Estados-Membros a pôr em prática as políticas necessárias a uma implementação eficaz da estratégia para a sobrevivência infantil. A resolução

¹⁰⁶ Argélia, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Lesoto, Madagáscar, Mali, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Seychelles, Serra Leoa, África do Sul e Zâmbia.

¹⁰⁷ Botsuana, Burkina Faso, Cabo Verde, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Maurícias, Moçambique, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Seychelles, Togo e Zâmbia.

solicitava ainda ao Director Regional que, entre outros, estimulasse a constituição de parcerias; advogasse a favor das intervenções prioritárias; e dispensasse apoio técnico aos países para intensificarem as intervenções de sobrevivência infantil.

290. Foi elaborado um quadro para a consecução dos ODM relativos à sobrevivência infantil em África, em colaboração com a União Africana, tendo sido oficialmente apoiada pelos ministros da UA que tutelam os assuntos relativos à criança, no II Fórum Pan-Africano sobre as Crianças, realizado no Cairo, no Egipto, de 29 de Outubro a 2 de Novembro de 2007.

291. A OMS, em estreita colaboração com a UNICEF, continuou a apoiar os Estados-Membros no sentido de melhorarem a sobrevivência infantil. Dezassete países¹⁰⁸ receberam apoio para elaborar estratégias de sobrevivência infantil e planos estratégicos, utilizando a estratégia regional como quadro de referência. Foram realizadas acções de formação de formadores sobre cuidados essenciais aos recém-nascidos, para 12 países¹⁰⁹, e acções de formação em seis países¹¹⁰.

292. Os materiais de formação de Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) foram adaptados, de modo a incluírem dados factuais sobre as concentrações de soluções de rehidratação oral, suplementos de zinco, pediatria do VIH/SIDA e saúde neonatal. Foram organizadas acções de formação de capacidades para os directores de programa de 24 países, para introduzir o material actualizado. Dezanove países puderam, assim, alargar a cobertura geográfica da AIDI para mais de 50% dos respectivos distritos.

293. Foi prestado apoio a Madagáscar e ao Níger, para elaborar materiais de formação para gestão de base comunitária dos casos de doenças de infância. As “Semanas da Saúde Infantil” ajudaram a fornecer um pacote integrado de intervenções de saúde e nutrição infantil em nove países¹¹¹. Reforçaram-se as parcerias para a saúde materna, neonatal e infantil em sete países¹¹², e conseguiu-se mobilizar recursos em seis países¹¹³.

Resolução AFR/RC56/R3: Prevenção do VIH na Região Africana: estratégia de intensificação e aceleração

294. A resolução solicitava ao Director Regional que desse apoio técnico aos Estados-Membros para a formulação e implementação de estratégias de prevenção do VIH, com base no sistema de saúde; advogasse a favor de mais recursos e ajudasse a mobilizar apoio internacional a longo prazo, para intensificar os esforços de prevenção do VIH; monitorizasse os progressos realizados na implementação da estratégia; e apresentasse um relatório dos progressos realizados ao Comité Regional, de dois em dois anos.

295. Produziram-se e divulgaram-se, em todos os países, orientações sobre novas abordagens, tais como testes e aconselhamento por iniciativa dos prestadores de cuidados e circuncisão masculina. Foram criados comités de prevenção do VIH para liderar a aceleração da prevenção. Dezassete países foram apoiados para actualizarem as suas orientações nacionais sobre testes e aconselhamento sobre VIH. Dezassete países foram apoiados para actualizarem as suas orientações sobre tratamento abrangente de casos de infecções sexualmente transmissíveis. Catorze países receberam apoio para elaborarem e implementarem planos, de modo a acelerarem a intensificação de intervenções para a prevenção da transmissão vertical (PTV) e para os

¹⁰⁸ Angola, Benim, Burkina Faso, Eritreia, Gana, Libéria, Malauí, Mali, Moçambique, Níger, Nigéria, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

¹⁰⁹ Angola, Cabo Verde, Quénia, Malauí, Moçambique, Nigéria, São Tomé e Príncipe, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

¹¹⁰ Quénia, Malauí, Nigéria, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.

¹¹¹ Botsuana, Quénia, Gana, Madagáscar, Malauí, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

¹¹² Etiópia, Quénia, Malauí, Moçambique, Nigéria, Tanzânia e Zâmbia.

¹¹³ Burkina Faso, República Democrática do Congo, Etiópia, Malauí, Moçambique e Quénia.

cuidados pediátricos às crianças com VIH. O Escritório Regional organizou várias reuniões, conjuntamente com a UA; órgãos regionais e subregionais, tais como SADC, CEEAO (ECOWAS), CEEAC (ECEAC), bem como outras agências das Nações Unidas, tais como ONUSIDA, FNUAP, UNICEF e OIT. Foi disponibilizado um relatório contendo os progressos realizados, na quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional Africano.

Resolução AFR/RC56/R4: Pobreza, comércio e saúde: um problema de saúde emergente para o desenvolvimento sanitário

296. Esta resolução solicitou ao Director Regional que: apoiasse os Estados-Membros na concepção de políticas coerentes para abordar a relação entre o comércio e a saúde; apoiasse os esforços dos Estados-Membros, no reforço das capacidades para compreenderem as implicações do comércio internacional e dos acordos comerciais para a área da saúde e abordarem as questões pertinentes através de políticas e legislação que tirassem proveito das oportunidades potenciais, e tivessem em conta os possíveis desafios que o comércio e os acordos comerciais podiam colocar à saúde; que continuasse a colaborar com as organizações internacionais, no apoio à coerência das políticas entre o comércio e os sectores da saúde, a nível nacional e regional, incluindo a geração e partilha de dados sobre as relações entre o comércio e a saúde; e que continuasse a implementar a Resolução AFR/RC52/R2, em especial os parágrafos 3 (a) e 3 (c).

297. Vinte e um Estados-Membros¹¹⁴ receberam apoio para estudos preliminares sobre o comércio nos serviços de saúde. O Escritório Regional preparou os termos de referência de um guia para os estudos em profundidade sobre o comércio nos serviços de saúde da Região.

298. As actividades relacionadas com a pobreza e as estratégias de redução da pobreza continuaram a ser um aspecto fulcral das abordagens dos países ao desenvolvimento. Foi prestado apoio técnico aos países para formularem ou aperfeiçoarem a componente da saúde nos seus Documentos da Estratégia de Redução da Pobreza. Elementos dos Camarões, Quênia, Moçambique, Ruanda e Uganda participaram numa acção de formação de reforço de capacidades sobre saúde, direitos humanos e estratégias de redução da pobreza. A maioria dos países da Região participaram em, pelo menos, uma das três acções de formação de capacidades, sobre saúde, redução da pobreza e desenvolvimento económico, organizados pelo Escritório Regional. Foi ainda dado apoio técnico a seis países¹¹⁵ nas áreas das SWAp para a saúde, MTEF e custo das componentes da saúde nos PRSP.

Resolução AFR/RC56/R5: Financiamento da saúde: estratégia para a Região Africana

299. Esta resolução apelou aos Estados-Membros para que reforçassem ou elaborassem políticas e planos estratégicos de financiamento da saúde. Solicitou ao Director Regional que desse apoio técnico aos países para o financiamento da saúde e apresentasse um relatório dos progressos realizados, de dois em dois anos.

300. No âmbito da implementação da resolução, a Eritreia e a Nigéria foram apoiadas num projecto de políticas abrangentes de financiamento da saúde. O Lesoto e a Zâmbia foram apoiados para proceder a análises de viabilidade de um seguro social de saúde.

301. Em colaboração com a Sede e a USAID, o Escritório Regional deu formação a 36 elementos de 25 países na concretização e institucionalização das Contas Nacionais da Saúde (NHA), em acções de formação realizadas em Bamako e Brazzaville, em Junho de 2006 e

¹¹⁴ Angola, Burundi, Comores, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Quênia, Madagáscar, Malawi, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Ruanda, Senegal, Seychelles, África do Sul, Suazilândia, Uganda, Tanzânia, Zâmbia, Zimbabué.

¹¹⁵ Camarões, Chade, Etiópia, Quênia, Madagáscar e Moçambique.

Novembro de 2006, respectivamente. Depois dessa formação, alguns dos países¹¹⁶ iniciaram o processo das NHA; o Burkina Faso, Níger e Ruanda completaram os estudos das NHA. Além disso, foi dado apoio às NHA de 13 países¹¹⁷, tendo seis desses países¹¹⁸ completado e divulgado os estudos sobre as NHA, e sete outros países iniciado os estudos.

302. Em Maputo, em 2006, 15 participantes do Burkina Faso, Gana, Moçambique, Nigéria e Tanzânia receberam formação sobre análise de custos e viabilidade de mecanismos pré-pagos de financiamento da saúde. Estes participantes iniciaram estudos sobre financiamento sustentável para o VIH/SIDA relativos aos seus países. Noutra acção de formação, realizada em Maio de 2007, economistas da saúde e consultores das Representações nos países receberam formação sobre orçamentação de custos, análise da relação custo-eficácia, financiamento da saúde e Documentos da Estratégia de Redução da Pobreza.

303. Com o objectivo de facilitar a partilha dos resultados de investigação sobre financiamento para a saúde, foi fornecido apoio para a criação da Rede de Economia para a Saúde da África Ocidental e para a organização do seu encontro inaugural, na Universidade da Nigéria, em Agosto de 2007. Foi publicada uma série de sete artigos sobre economia da saúde, para divulgação em larga escala.

Resolução AFR/RC56/R7: Gripe das Aves: preparação e resposta à ameaça de uma pandemia

304. A Resolução AFR/RC56/R7 do Comité Regional solicitou ao Director Regional que: reforçasse a capacidade do Escritório Regional para prestar um apoio técnico oportuno e eficaz aos países; reforçasse as parcerias destinadas a dar apoio técnico e financeiro aos países; e apoiasse o reforço da capacidade dos laboratórios regionais e subregionais de referência.

305. Até ao final de 2007, oito países¹¹⁹ da Região Africana da OMS tinham notificado surtos de gripe das aves. A Nigéria notificou o primeiro caso humano de gripe das aves (H5N1) na Região, em Janeiro de 2007. Quase todos os países elaboraram planos de preparação e resposta à gripe das aves e criaram grupos de acção multissectoriais nacionais.

306. Foram organizadas sessões de formação de formadores sobre contenção rápida, para a África Ocidental e África Central, respectivamente em Novembro e Dezembro de 2007. Foi prestado apoio aos países para alargarem a formação sobre a gripe das aves. Prosseguiram os esforços para reforçar a rede de laboratórios para a confirmação da gripe das aves, e forneceu-se aos Estados-membros *kits* de investigação para a Gripe das Aves e Tamiflu[®].

Resolução AFR/RC56/R8: Gestão dos conhecimentos na Região Africana: orientações estratégicas

307. A resolução reconheceu a importância da gestão dos conhecimentos para melhorar o desempenho dos sistemas nacionais de saúde e as oportunidades que oferece a utilização eficiente das tecnologias de informação e comunicação, em todas as áreas de desenvolvimento sanitário. A resolução exortava os Estados-Membros a elaborarem e implementarem orientações estratégicas nacionais para a gestão dos conhecimentos. Solicitou igualmente ao Director Regional que: continuasse a advogar a favor da gestão dos conhecimentos como uma abordagem essencial para o reforço dos sistemas de saúde; dispensasse apoio técnico aos Estados-Membros para a definição

¹¹⁶ Burkina Faso, Chade, República do Congo, Guiné, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe e Senegal.

¹¹⁷ Angola, Botsuana, Burkina Faso, Chade, República do Congo, Gâmbia, Guiné, Malauí, Namíbia, Níger, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa e Zimbabué.

¹¹⁸ Botsuana, Burkina Faso, Gâmbia, Malauí, Níger e Serra Leoa.

¹¹⁹ Benim, Burkina Faso, Camarões, Côte d'Ivoire, Gana, Níger, Nigéria e Togo.

e implementação de políticas e planos; e constituísse parcerias regionais, em especial com a UA, NEPAD e as comunidades económicas regionais.

308. Foram levados a cabo dois inquéritos, com a finalidade de melhorar o entendimento da situação da gestão dos conhecimentos, mais precisamente: O Inquérito Global sobre Ciber saúde (em 2006) e o Inquérito sobre os Sistemas de Conhecimento da Saúde (em 2007). Os resultados destes inquéritos estão a ser utilizados para preparar orientações com vista ao reforço da gestão dos conhecimentos nos Estados-Membros. Em colaboração com a Comunidade da África Oriental, apoiou-se o Burundi, Quênia, Ruanda, Tanzânia e Uganda, para elaborarem estratégias nacionais de ciber saúde. A Gâmbia e o Gana foram seleccionados para dirigirem o Projecto da Academia da Saúde da OMS, com o apoio do OFID. O projecto utiliza tecnologia da informação para a promoção da saúde e faz parte do projecto Ciberescolas, da Comissão UA-NEPAD.

309. A melhoria do acesso aos conhecimentos científicos actuais relacionados com a saúde continuou com a promoção do Acesso Inter-Rede da Saúde para a Informação sobre Investigação. Até ao fim de 2007, o número de instituições com acesso à rede tinha aumentado para 847, em 41 Estados-Membros. Para melhorar a partilha dos conhecimentos gerados na Região Africana, o *African Medicus Index*, que contém mais de 8000 títulos, foi publicado no website, como parte da Biblioteca Mundial da Saúde.

310. As parcerias regionais para a gestão dos conhecimentos foram reforçadas através do trabalho do Grupo de Acção de Telemedicina da Região Africana, que é constituída por representantes da OMS, Comissão da União Africana, comunidades económicas regionais e outros parceiros. O grupo de acção apresentou o seu relatório à Comissão da União Europeia, em Julho de 2007, na sequência do qual a Comissão decidiu financiar dois projectos-piloto, para orientar a criação progressiva de uma rede Ciber saúde na Região.

311. A sólida colaboração e parceria com a Comissão da União Africana e as comunidades económicas regionais oferecem uma boa oportunidade para melhorar a gestão dos conhecimentos na região.

Resolução AFR/RC57/R3: Controlo da Oncocercose na Região Africana da OMS: situação actual e perspectivas

312. A Resolução AFR/RC57/R3 veio reforçar a Declaração de Yaoundé, de Setembro de 2006, por parte dos ministros da saúde dos países africanos onde a oncocercose é endémica. A resolução exortava os Estados-Membros a incluir as actividades de controlo da oncocercose nas agendas nacionais para o desenvolvimento, garantir financiamento sustentável, e intensificar formas de colaboração transfronteiriças, para sustentar os progressos já alcançados. Exortava igualmente os países a enviar relatórios anuais abrangentes sobre os progressos realizados, para o Escritório Regional da OMS. A resolução solicitou ao Director Regional que apresentasse ao Comité Regional um relatório sobre os progressos alcançados sobre a oncocercose, em 2008 e, subsequentemente, de dois em dois anos.

313. O Programa Africano de Combate à Oncocercose (PACO) e os seus parceiros utilizaram a resolução como instrumento para obter maior empenhamento dos decisores políticos, ao nível dos países. As contribuições financeiras dos governos para as actividades de controlo da oncocercose, em 13 países do PACO, aumentou em 38%. Tinham sido disponibilizados mais de 1 milhão de dólares americanos, até ao fim de 2007, para actividades essenciais do controlo da oncocercose, incluindo a distribuição de ivermectina, excluindo-se deste valor o pagamento de salários dos profissionais de saúde. Contudo, as contribuições dos governos em países em situação de pós-conflito não foram satisfatórias.

314. Solicitou-se ao Banco Africano de Desenvolvimento que aumentasse o seu apoio ao PACO. Além disso, o Fórum de Acção Conjunta reuniu-se em Bruxelas, em Dezembro de 2007, e reconheceu o forte empenho da OMS no controlo da oncocercose, resultando no prolongamento do PACO, até 2015, e na aceitação do Plano de Acção e Orçamento do PACO para 2008-2015.

CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS FUTURAS

Conclusão

315. O biénio de 2006-2007 foi o primeiro do décimo primeiro Programa Geral de Trabalho da OMS. Em consonância com as prioridades da saúde a nível mundial, e tomando em conta as especificidades regionais, a Região Africana da OMS prestou apoio aos Estados-Membros, nas áreas de actividade que tinham sido claramente definidas nos respectivos documentos de Estratégia de Cooperação com os Países. Este apoio foi de âmbito bastante alargado, incluindo as doenças transmissíveis, em especial o VIH/SIDA, a tuberculose, o paludismo, a poliomielite e as doenças evitáveis por meio de vacinação; a saúde materna e infantil; o reforço de sistemas de saúde; a preparação e resposta a situações de emergência; e as doenças não transmissíveis.

316. O nível geral de consecução dos resultados esperados nas diferentes áreas de actividade foi satisfatório. Dos resultados esperados, 91% foram total ou parcialmente realizados. Verificaram-se progressos significativos, em comparação com o biénio anterior, no qual apenas 67% dos resultados esperados foram alcançados.

317. Do orçamento ordinário aprovado, de 203,6 milhões de dólares americanos, tinham sido registados como despesas um total de 193,8 milhões de dólares americanos, em Dezembro de 2007, o que representa uma taxa de execução de 95,2%. A taxa de execução relativa às contribuições voluntárias, no mesmo período, foi de 78,6%. Um total de 59,2 milhões de dólares foi transportado para o biénio de 2008-2009.

318. Os principais factores que facilitaram a consecução dos resultados esperados dizem respeito à conjuntura dominante nos países e a factores internos da Organização. De maior importância, foi o empenho político dos governos dos Estados-Membros, que tornou possível o diálogo e parcerias, motivando profissionais de saúde e parceiros do desenvolvimento e aumentando o nível de implementação dos programas. Vários Estados-Membros empreenderam campanhas de advocacia e puseram em prática formas de apropriação, liderança e coordenação adequadas para as suas intervenções. Graças a uma crescente colaboração entre os três níveis da OMS, a saber, a Sede, o Escritório Regional e as Representações nos países, foi fornecida orientação estratégica de forma adequada, e o planeamento conjunto e a constituição de redes melhoraram a implementação dos programas.

319. Contudo, por vezes, a execução do Orçamento-Programa foi prejudicada por circunstâncias imprevistas. O desembolso tardio e, às vezes, a falta de fundos das contribuições voluntárias constitui um motivo de grande preocupação. Esta situação levou, com frequência, o Escritório Regional a funcionar como se se tratasse de uma emergência, o que constituiu um obstáculo à consecução dos resultados almejados. Alguns países tiveram dificuldades em absorver os fundos disponíveis, muitas vezes devido a lacunas de recursos humanos, limitando assim a intensificação das intervenções.

Perspectivas

320. Em Maio de 2007, a Assembleia Mundial da Saúde adoptou o Orçamento-Programa para o biênio 2008-2009, o primeiro no âmbito do Plano Estratégico de Médio Prazo 2008-2013 da OMS. A nova estrutura do Orçamento-Programa caracteriza-se por uma mudança, das áreas de actividades para os objectivos estratégicos. Espera-se que essa mudança permita um prazo mais alargado para a realização dos objectivos e resultados. Salienta, igualmente, as sinergias entre os diferentes programas e departamentos do Secretariado da OMS, para apoiar os Estados-Membros a colmatar as lacunas existentes na área da saúde e a intensificar os seus esforços com vista à consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relativos à saúde.

321. Durante o período de 2008-2009, a OMS entrará na fase final da operacionalização do Sistema Mundial de Gestão, na Região Africana. Este sistema trará alterações significativas ao modo de funcionamento da Organização: simplificará e automatizará a maior parte dos procedimentos habituais de gestão; intensificará a descentralização e a delegação de competências e responsabilidades; facilitará o planeamento e implementação conjunta de programas; e aumentará o grau de transparência e responsabilização de actuação a todos os níveis.

322. Na Região Africana, a OMS continuará a mobilizar os recursos necessários para apoiar os Estados-Membros a enfrentar questões de saúde prioritárias, incluindo: a erradicação da poliomielite; a prevenção e controlo do VIH/SIDA, tuberculose e paludismo; a morbilidade e mortalidade materna; a sobrevivência infantil; a integração dos géneros; e o fardo cada vez mais pesado das doenças não transmissíveis. Será dada especial ênfase ao apoio aos países, para que reforcem os seus sistemas de saúde, que constituem o pilar para a manutenção e intensificação das principais intervenções de saúde. Prestar-se-á, igualmente, atenção ao reforço dos sistemas de vigilância das doenças e dos sistemas de informação sanitária nos países. Onde for possível, apoiar-se-á a criação de centros de excelência para o controlo de doenças.

323. Para esse efeito, a OMS prosseguirá os seus esforços para reforçar as suas Representações nos países, através do reforço do perfil dos seus funcionários. O Escritório Regional Africano da OMS continuará, igualmente, a descentralização das funções de implementação dos programas para o nível das Equipas de Apoio Interpaíses já estabelecidas, ficando, assim, o apoio técnico mais próximo dos países, o que, por seu lado, permitirá ao Escritório Regional concentrar-se nas funções normativas e estratégicas.

324. No âmbito das reformas da Organização das Nações Unidas, a Região Africana retirará ensinamentos da experiência das oito equipas-piloto da ONU, quatro das quais se encontram na Região Africana. Espera-se que esta experiência possa contribuir para melhorar a harmonização entre as agências da ONU e o alinhamento das suas actividades com as prioridades dos países. Os progressos já realizados na criação da iniciativa Harmonização para a Saúde em África, trabalho conjunto do Escritório Regional Africano da OMS, UNICEF, Banco Africano de Desenvolvimento e Banco Mundial, assim como da Parceria Internacional para a Saúde, serão consolidados para melhor coordenação do apoio financeiro e técnico aos países, na formulação dos seus planos estratégicos, negociações com doadores e implementação das intervenções financiadas.

325. O Escritório Regional da OMS desenvolverá novas formas de colaboração com a Comissão da União Africana, comunidades económicas regionais, organizações não governamentais e sociedade civil, fornecendo-lhes os habituais conhecimentos técnicos especializados e a sua vantagem comparativa na área da saúde, beneficiando, ao mesmo tempo,

do seu apoio político, capacidades de mobilização de recursos financeiros e vantagem comparativa nas intervenções de base comunitária.

ANEXO: Execução do Orçamento, Região Africana da OMS, 2006-2007**Quadro 1: Execução do orçamento ordinário, por área de actividade, Dezembro 2007**

Áreas de actividade*	Orçamento aprovado (milhares de dólares americanos)	Obrigações (milhares de dólares americanos)	% executado
BCT	2.647	1.958	74,0
BMR	1.459	1.338	91,7
CAH	8.168	5.407	66,2
CPC	3.130	3.863	123,4
CRD	553	71	12,8
CSR	14.617	10.966	75,0
DGO	1.536	1.387	90,3
EDM	3.556	3.961	111,4
EHA	2.236	2.996	134,0
FNS	3.372	3.740	110,9
FOS	1.595	839	52,6
GBS	1.287	1.184	92,0
HFS	755	1.786	236,6
HIV	4.662	4.784	102,6
HPR	5.169	6.455	124,9
HRH	11.258	9.905	88,0
HRS	2.287	2.103	92,0
HSD	3.414	1.931	56,6
HSP	7.358	10.176	138,3
IER	864	1.213	140,4
IIS	10.029	9.548	95,2
INJ	751	604	80,4
IVD	902	2.509	278,2
KMI	5.753	5.318	92,4
MAL	2.020	3.179	157,4
MNH	2.530	1.390	54,9
MPS	9.778	6.151	62,9
NCD	7.641	4.763	62,3
NUT	2.589	797	30,8
PHE	6.210	4.429	71,3
REC	2.257	1.549	68,6
REF	-	-	0,0
RHR	2.925	3.040	103,9
SCC	63.515	70.730	111,4
TOB	3.113	1.494	48,0
TUB	2.371	1.610	67,9
WMH	1.320	652	49,4
TOTAL	203.627	193.826	95,2

* Para as áreas de actividade, vide p. 74.

Quadro 2: Execução do orçamento das contribuições voluntárias, por área de actividade, Dezembro 2007

Áreas de actividade*	Orçamento aprovado (milhares de dólares americanos)	Obrigações (milhares de dólares americanos)	% executado
BCT	1.471	1.812	123,2
BMR	493	9	1,8
CAH	19.332	8.408	43,5
CPC	56.049	10.340	18,4
CRD	2.032	612	30,1
CSR	30.115	15.429	51,2
DGO	-	199	0,0
EDM	7.944	6.964	87,7
EHA	32.752	58.903	179,8
FNS	-	52	0,0
FOS	2.405	204	8,5
GBS	-	-	0,0
HFS	4.419	990	22,4
HIV	130.935	52.633	40,2
HPR	1.429	944	66,1
HRH	16.975	2.811	16,6
HRS	-	1.536	0,0
HSD	2.817	2.125	75,4
HSP	23.150	9.170	39,6
IER	13.040	1.902	14,6
IIS	-	264	0,0
INJ	1.246	1.100	88,3
IVD	233.510	308.645	132,2
KMI	6.542	159	2,4
MAL	56.712	38.594	68,1
MNH	2.150	429	20,0
MPS	5.038	6.567	130,3
NCD	591	918	155,3
NUT	1.911	572	29,9
PHE	2.790	429	15,4
REC	22	189	859,1
REF	4.770	598	12,5
RHR	4.950	2.235	45,2
SCC	12.093	5.369	44,4
TOB	1.887	1.066	56,5
TUB	27.629	14.923	54,0
WMH	1.680	298	17,7
TOTAL	70. 879	55. 398	78,6

* Para as áreas de actividade, vide p. 74.

Quadro 3: Execução do orçamento consolidado, por área de actividade, Dezembro 2007

Áreas de actividade*	Orçamento aprovado (milhares de dólares americanos)	Obrigações (milhares de dólares americanos)	% executado
BCT	4.118	3.771	91,6
BMR	2.768	2.050	74,1
CAH	27.500	13.815	50,2
CPC	59.179	14.203	24,0
CRD	2.585	683	26,4
CSR	45.000	26.395	58,7
DGO	2.128	2.505	117,7
EDM	11.500	10.925	95,0
EHA	34.988	61.899	176,9
FNS	10.058	11.581	115,1
FOS	4.000	1.043	26,1
GBS	3.142	2.049	65,2
HFS	5.174	2.776	53,7
HIV	135.597	57.417	42,3
HPR	6.598	7.399	112,1
HRH	28.233	12.716	45,0
HRS	6.400	7.544	117,9
HSD	6.549	4.056	61,9
HSP	30.826	19.346	62,8
IER	13.904	3.115	22,4
IIS	24.000	22.456	93,6
INJ	1.997	1.704	85,3
IVD	234.680	311.266	132,6
KMI	15.000	10.518	70,1
MAL	59.000	41.773	70,8
MNH	4.680	1.818	38,8
MPS	14.816	12.717	85,8
NCD	8.500	5.681	66,8
NUT	4.500	1.370	30,4
PHE	9.000	4.858	54,0
REC	5.490	3.540	64,5
REF	4.770	598	12,5
RHR	8.193	5.589	68,2
SCC	76.580	76.503	99,9
TOB	5.000	2.560	51,2
TUB	30.000	16.533	55,1
WMH	3.000	950	31,7
TOTAL	949.453	785.722	82,8

* Para as áreas de actividade, vide página 74.

Áreas de Actividade

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