

# ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA ANO 2000

## RELATÓRIO ANUAL DO DIRECTOR REGIONAL

À quinquagésima-primeira sessão do  
Comité Regional Africano  
Brazzaville, Congo

27 de Agosto - 1 de Setembro de 2001

Organização Mundial de Saúde  
Escritório Regional Africano  
Harare, 2001

AFR/RC51/2

©  
Escritório Regional Africano  
da Organização Mundial de Saúde  
(2001)

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

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

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

Impresso na República do Zimbabwe

# ÍNDICE

	Parágrafos
INTRODUÇÃO .....	1-13
<b>1ª PARTE: EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2000-2001 ..</b>	<b>14-151</b>
PRINCIPAIS REALIZAÇÕES .....	14-142
Desenvolvimento e gestão do conjunto dos programas .....	14-31
Desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde .....	32-53
Prevenção e controlo das doenças transmissíveis .....	54-72
Prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis .....	73-91
Saúde familiar e reprodutiva .....	92-119
Ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável .....	120-134
Administração e finanças .....	135-142
<b>FACTORES FAVORÁVEIS E OBSTÁCULOS À EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA .....</b>	<b>143-151</b>
No Escritório Regional .....	144-146
Nas Representações nos países .....	147-151
<b>2ª PARTE: RELATÓRIO DOS PROGRESSOS REALIZADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DO COMITÉ REGIONAL .....</b>	<b>152-193</b>
Estratégia regional de saúde mental .....	152-161
Estratégia regional de vigilância integrada das doenças .....	162-166
Iniciativa de erradicação da poliomielite .....	167-171
Eliminação da lepra da Região Africana .....	172-178
Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) .....	179-180
Situações de emergência e ajuda humanitária .....	181-185
Medicamentos essenciais na Região Africana .....	186-193
<b>3ª PARTE: SITUAÇÃO DO ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO DA OMS EM BRAZZAVILLE .....</b>	<b>194-202</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>203-208</b>

## ANEXOS

	Página
Execução do Orçamento-Programa para 2000-2001 (a nível do Escritório Regional) até 31 de Dezembro de 2000 .....	64
Execução do Orçamento-Programa para 2000-2001 (a nível dos países) até 31 de Dezembro de 2000 .....	68



## INTRODUÇÃO

1. O Director Regional tem a honra de apresentar ao Comité Regional Africano da OMS este relatório sobre o ano 2000, o qual reflecte as mudanças que estão a ocorrer na OMS em geral e na Região Africana em particular. Muito foi conseguido, a despeito dos persistentes problemas sócio-políticos, macroeconómicos e de saúde pública. O Escritório Regional conseguiu alcançar resultados significativos, graças a parcerias eficazes e à dedicação de todos os funcionários da OMS.

2. A Região Africana continua confrontada com problemas prementes no campo da saúde, que é necessário combater. A situação quanto ao HIV/SIDA é alarmante e o número de grupos desfavorecidos e de pobres continua a aumentar. Vários países africanos são afectados por agitação civil e política, grandes problemas económicos e catástrofes ambientais. A OMS tem de envidar consideráveis esforços para ajudar os Estados-Membros a enfrentar a complexidade da problemática da saúde.

3. Durante o ano em apreço, o Escritório Regional fez incidir a sua atenção sobre as seguintes áreas prioritárias, definidas pela 49<sup>a</sup> sessão do Comité Regional para o biénio em curso: paludismo; prevenção e luta contra o HIV/SIDA e tuberculose; sobrevivência infantil; maternidade segura; resposta às situações complexas de emergência e às epidemias; saúde mental; reforma do sector da saúde, promoção da saúde e redução da pobreza.

4. A fim de contribuir para a redução, em África, dos problemas de saúde e afins, o Escritório Regional aumentou os seus recursos e as suas actividades. Entre as principais realizações são de assinalar: o progresso substancial na detecção de casos e na via da erradicação da poliomielite; o melhor controlo da tuberculose, com 55% dos países tendo aumentado em mais de 50% o nível da terapia de curta duração sob observação directa (DOT); a introdução no nível distrital do programa Fazer Recuar o Paludismo (FRP) na maioria dos países da Região. O orçamento ordinário e os recursos provenientes de fontes extra-orçamentais aumentaram substancialmente, de USD 176 milhões em 1994-1995 para 374 milhões em 2000-2001. O aumento dos fundos provenientes de fontes extra-orçamentais reflecte um significativo aumento na confiança dos doadores e na resposta às necessidades em termos de saúde a nível da Região.

5. Graças ao Fundo do Director Regional para o Desenvolvimento e em adição às actividades planeadas, o Escritório Regional apoiou directamente diversas iniciativas com o fim de melhorar a situação sanitária na Região. A esse respeito, foram dados contributos para as seguintes actividades:

- a) Realização de seminários nacionais sobre saúde, no Senegal, que reuniram parceiros nacionais e internacionais;
- b) Patrocínio da participação internacional no 6º Congresso da Sociedade Africana de Obstetrícia e Ginecologia;
- c) Apoio ao Centro Médico St. Camille, no Burkina Faso, que trata doentes da SIDA com plantas medicinais;
- d) Reinstalação de populações deslocadas e refugiadas de Kisangani, na R.D. Congo;



- e) Organização de microcrédito em Harare, em especial para a formação dos participantes num seminário sobre SIDA;
- f) Formação de formadores em saúde reprodutiva;
- g) Consolidação de um centro de acolhimento de órfãos denominado "Mother of Peace" em Mutoko, Zimbabwe, para o ajudar a alcançar a auto-suficiência.
6. O reforço das capacidades no seio do Escritório Regional e nos Estados-Membros é extremamente importante para melhorar o seu desempenho no combate às necessidades em termos de saúde e afins. Para auxiliar os conselheiros regionais e os representantes da OMS nos países a desempenhar melhor a sua tarefa, foi organizada uma acção de formação em liderança e gestão.
7. O processo de reestruturação em curso, lançado pela Directora-Geral, Dra. Gro Brundtland, e norteado pela Estratégia Institucional da OMS, teve também impacto no funcionamento do Escritório Regional.
8. Em consonância com os princípios da Estratégia Institucional da OMS, o Escritório Regional Africano, em colaboração com a Sede, preparou o Orçamento-Programa para o biénio de 2002-2003, com contributos dos Estados-Membros. Estes contributos assentaram nos quatro elementos da Estratégia Institucional da OMS, designadamente:
- a) Reduzir o excesso de mortalidade, morbidade e incapacidade, especialmente nas populações pobres e marginalizadas;
  - b) Promover estilos de vida saudáveis e reduzir os factores de risco para a saúde humana devidos a causas ambientais, económicas, sociais e comportamentais;
  - c) Criar sistemas de saúde que melhorem equitativamente os resultados sanitários, respondam às exigências legítimas dos utentes e sejam financeiramente justos;
  - d) Criar um ambiente político e institucional favorável no sector da saúde e promover uma eficaz dimensão sanitária nas políticas sociais, económicas, ambientais e de desenvolvimento.<sup>1</sup>
9. Foram feitos esforços para melhorar a colaboração e cooperação mútuas entre as várias Agências das Nações Unidas no campo do desenvolvimento, a nível regional e dos países, com a OMS a assumir a liderança na área da saúde. Em muitos Estados-Membros, a OMS participou activamente no Quadro de Apoio ao Desenvolvimento das Nações Unidas (UNDAF), na Avaliação Conjunta a nível dos Países (CCA) e na elaboração do Documento de Estratégia para a Redução da Pobreza, por forma a reforçar a capacidade institucional dos países.
10. Os programas da OMS, a nível da Região e dos países, foram revistos na globalidade na Análise Intermédia (MTR) de 2000-2001, em finais do ano 2000. O presente relatório, que assenta nas conclusões da MTR, descreve em pormenor os resultados alcançados nas áreas de actividade definidas no Orçamento-Programa para 2000-2001.

---

<sup>1</sup>OMS, Estratégia Institucional para o Secretariado da OMS, EB105/3, 10 de Dezembro de 1999

11. O relatório encontra-se dividido em três partes. A 1ª Parte descreve os principais sucessos nas áreas de actividade a nível da Região e dos países e os principais factores favoráveis e obstáculos.
12. A 2ª Parte descreve o grau de implementação de algumas das resoluções aprovadas em várias sessões do Comité Regional sobre programas específicos. Essas resoluções contemplam: a estratégia regional da saúde mental; a estratégia regional de vigilância integrada das doenças; a erradicação da poliomielite; a eliminação da lepra na Região Africana; a estratégia regional para as situações de emergência e a ajuda humanitária; a Atenção Integrada às Doenças da Infância; os medicamentos essenciais na Região Africana.
13. A 3ª Parte descreve os progressos alcançados quanto à situação do Escritório Regional Africano da OMS, em Brazzaville.



# 1ª PARTE: IMPLEMENTAÇÃO DAS ACTIVIDADES NA REGIÃO AFRICANA

## PRINCIPAIS REALIZAÇÕES

### Desenvolvimento e gestão do conjunto dos programas

14. O Escritório Regional empenhou-se na implementação das reformas do orçamento e da gestão da OMS na Região Africana. A preparação do Orçamento-Programa para 2000-2001 marcou um significativo rompimento com o passado, reflectindo a primeira tentativa de aplicação dos princípios da Estratégia Institucional da OMS. Dentro do espírito de UMA ÚNICA OMS, foi esta a primeira vez que os Departamentos Técnicos (“Clusters”) da Sede e o Escritório Regional se lançaram num processo de planeamento conjunto. A 24ª Reunião do Programa Regional (RPM24) proporcionou uma oportunidade de discussão e coordenação entre os Representantes da OMS nos países e os funcionários do Escritório Regional. A troca de opiniões então ocorrida ajudou a aperfeiçoar o conteúdo e a forma dos planos de acção.

15. A área de actividade *Reforma do orçamento e da gestão (BMR)* foi marcada pelos progressos no processo de monitorização e avaliação de modo crítico e sistemático. Foi feita uma avaliação bienal da execução do Orçamento-Programa para 1998-1999 e uma monitorização semestral e análise intermédia do Orçamento-Programa para 2000-2001. Foi introduzido no Escritório Regional o Sistema de Gestão das Actividades (AMS) para facilitar a monitorização e a avaliação do Orçamento-Programa.

16. A preparação do Orçamento-Programa para 2002-2003 proporcionou um nível sem precedentes de interacção coordenada entre a Sede e o Escritório Regional. A preparação das orientações sobre planeamento, monitorização e avaliação do Orçamento-Programa para 2002-2003 a nível dos países foi antecedida por duas reuniões consultivas de âmbito mundial que contaram com a participação do departamento BRM da Sede e dos conselheiros regionais encarregados do planeamento, programação e avaliação nas Regiões da OMS. O Escritório Regional Africano acolheu a segunda dessas reuniões consultivas.

17. Na área da *Cooperação Técnica com os Países (TCC)*, foi dada ênfase especial ao reforço da capacidade da OMS a nível dos países, graças a: programas de formação em liderança e gestão, destinados aos Representantes e agentes de ligação da OMS, nos países; apoio a seminários e retiros nas Representações da OMS para melhoria do seu desempenho; recolha e intercâmbio das melhores práticas entre as Representações nos países; delegação acrescida de competências nos Representantes e agentes de ligação da OMS. Realizaram-se duas reuniões regionais do programa, que reuniram os Representantes, agentes de ligação da OMS e quadros superiores do Escritório Regional, para analisar a execução do actual Orçamento-Programa, preparar o Orçamento-Programa para 2002-2003 e explorar modalidades para melhoria das actividades da OMS nos países e com eles, com base nas estratégias de cooperação com os países.

18. A elaboração das estratégias de cooperação com os países proporcionará uma nova abordagem à actividade nos países que promoverá a cultura institucional de “UMA ÚNICA OMS”, ao mesmo tempo que estimulará uma reflexão estratégica, concentrando-se em menos



prioridades e colmatando as lacunas na capacidade de resposta da OMS. Isso contribuirá para adaptar o programa da cooperação às necessidades específicas dos países, harmonizar o apoio de todos os níveis da OMS e reforçar as parcerias para o desenvolvimento sanitário.

19. Na área da *Política e Coordenação da Investigação (RPC)*, o Escritório Regional sublinhou o papel fulcral da investigação em saúde na produção de informações fiáveis que influenciem o processo de tomada de decisões, com vista a aumentar a eficácia da prestação de serviços de saúde e o financiamento nos Estados-Membros. Dada a sua importância, todos os programas regionais foram encorajados a incluir uma componente de investigação nos seus planos de acção e actividades programáticas.

20. Foi reforçada a coordenação da investigação e revitalizado o papel do Conselho Consultivo Africano para a Investigação e Desenvolvimento Sanitário (AACHRD), para que aconselhe estrategicamente o Director Regional, com base numa opinião bem informada sobre os aspectos essenciais da investigação relevantes para a Região. O Escritório Regional empenhou-se num vigoroso esforço para aumentar a importância dos Centros de Colaboração e dos Centros de Excelência da OMS, e para estimular a utilização de painéis consultivos de peritos nas actividades da OMS na Região. Além disso, estimulou o desenvolvimento da capacidade de investigação fundamental nos Estados-Membros, inclusive disponibilizando fundos catalíticos iniciais para apoio às actividades de investigação sobre problemas prioritários de saúde.

21. Na área dos *Dados factuais para a política de saúde*, fizeram-se esforços para reforçar as capacidades de obter e utilizar dados factuais para a tomada de decisões, a nível da Região e dos países. As principais realizações no período em apreço incluem: criação de uma base de dados regional sobre informações sanitárias e afins; formação de 21 funcionários de Representações nos países, em avaliação económica, análise do impacto económico dos problemas de saúde, avaliação da saúde, análise da viabilidade económica, contabilidades nacionais da saúde e análise da eficácia das unidades de saúde. Foram terminados em dois países os estudos sobre a análise da eficiência das unidades de saúde e foi implementada a preparação de instrumentos de recolha de dados para a avaliação económica de intervenções sanitárias, contabilidade nacionais da saúde e análise da eficiência das unidades de saúde.

22. Nas áreas da *Mobilização de recursos e da Cooperação externa e parcerias*, a unidade de Mobilização de Recursos Interagências (IRM) contribuiu para a preparação e implementação de documentos legais vinculativos relacionados com fundos provenientes de fontes extra-orçamentais e parcerias, a nível regional e dos países. Produziu-se igualmente um modelo para a preparação de documentos de projecto pelo Escritório Regional.

23. Além disso, desenvolveram-se esforços para melhorar a capacidade dos Estados-Membros e do Escritório Regional em matéria de negociação e realizaram-se seminários nacionais sobre negociação no Togo, Seychelles e República Democrática do Congo.

24. Foi efectuada uma análise das ONG que operam, na Região, na área da saúde e áreas afins, tendo os resultados sido publicados. O total das recomendações contidas nessa publicação formam um útil conjunto de orientações que os Estados-Membros podem adaptar às respectivas realidades, ou usar na elaboração dos seus planos de acção.



25. A unidade de *Informação do público* alcançou significativos sucessos. Aumentaram consideravelmente a produção e a divulgação de comunicados de imprensa e de materiais audiovisuais relacionados com a saúde, para uso da comunicação social impressa e electrónica da Região. Uma nova iniciativa concretizada durante o ano em apreço foi a nova revista regional de saúde, o *Observatório da Saúde em África*, para aumentar a divulgação de informação sanitária e melhorar a visibilidade das actividades da OMS na Região.

26. Em relação aos *Órgãos Directivos*, o Escritório Regional apoiou a participação de Estados-Membros nas reuniões do Conselho Executivo e na Assembleia Mundial da Saúde. Foram organizadas sessões de esclarecimento para os delegados que iriam participar no Conselho Executivo. Os documentos de trabalho e as resoluções dos Órgãos Directivos foram distribuídos aos Estados-Membros e a quinquagésima sessão do Comité Regional Africano foi realizada em Ouagadougou (Burkina Faso), em Setembro de 2000.

27. A unidade encarregue das *Situações de emergência e ajuda humanitária* centrou os seus esforços na elaboração de programas de preparação e no reforço da capacidade de resposta às situações de emergência e do papel da OMS no contexto geral da acção conjunta do sistema das Nações Unidas em situações de emergência.



Fonte: RC 50 Ouagadougou, 2000

*Delegados dos países à Quinquagésima sessão do Comité Regional Africano da OMS realizada em Ouagadougou, Burkina Faso, de 28 de Agosto a 2 de Setembro de 2000, com Sua Excelência o Sr. Blaise Compaoré, Presidente do Burkina Faso, e a Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora-Geral da OMS, após a abertura da sessão.*

28. Os pontos focais para a *Preparação e resposta a situações de emergência* nos Ministérios da Saúde e nas Representações da OMS em 45 Estados-Membros receberam formação em elaboração e implementação a nível nacional de programas de preparação e resposta a situações de emergência. Foi elaborada uma proposta de orientações para avaliação da vulnerabilidade dos



países às situações de emergência e delineado um quadro de orientação global para a implementação do programa a nível dos países. Vinte profissionais de saúde de nível distrital de dez países anglófonos receberam formação em gestão de processos complexos de avaliação da vulnerabilidade das comunidades às situações de emergência. Os países da SADC participaram num seminário da OMS sobre preparação dos hospitais para situações de emergência. No âmbito desta actividade, que prosseguiu nos países, 30 participantes de seis hospitais provinciais da Suazilândia receberam formação, enquanto que à Tanzânia foi concedido apoio específico para melhorar a capacidade do seu sector da saúde na preparação e resposta a situações de emergência.

29. O programa de preparação e resposta a situações de emergência empreendeu diversas acções para garantir uma resposta rápida, devidamente financiada e tecnicamente correcta às situações de emergência na Região. Foi dado apoio à iniciativa da SADC para instalar estruturas interpaíses de apoio aos programas nacionais de preparação e resposta a situações de emergência. Foram distribuídos estojos de emergência a alguns países para reduzir o seu tempo de intervenção. Para assegurar a coordenação interagências, realizou-se um seminário em colaboração com a Sede da OMS, sobre a preparação do apelo consolidado interagências, um instrumento do sistema das Nações Unidas para planificação, mobilização de recursos e avaliação nos países com situações de emergência. O Uganda recebeu apoio durante o surto de febre hemorrágica viral, a R.D.Congo durante a organização das JNV para a poliomielite, a Libéria na contenção da epidemia de febre amarela e Moçambique para uma resposta adequada às cheias.

30. O gráfico acima mostra o dramático efeito epidemiológico de uma catástrofe natural sobre uma única doença, a diarreia, num ambiente urbano.

FRIO, HUMIDADE, FOME E DOENÇA: O TORMENTO DE CERCA DE  
7 MILHÕES DE DESLOCADOS EM ÁFRICA

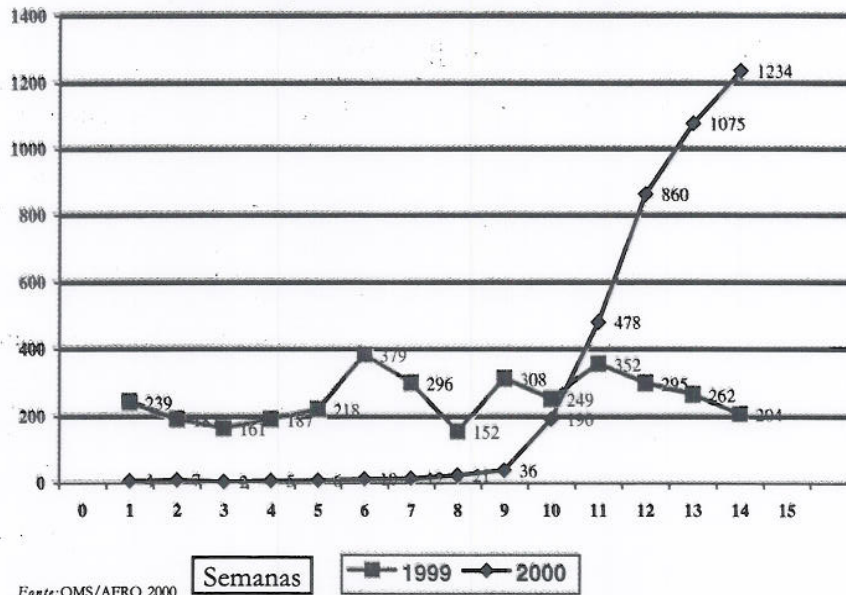


Fonte: OMS/AFRO, 2000

Actividades da OMS na Região Africana no ano 2000



Figura 1: INCIDÊNCIA SEMANAL DA DIARREIA AGUDA NA CIDADE DO MAPUTO, MOÇAMBIQUE: 1999 (SEM CHEIAS) E 2000 ( COM CHEIAS)



A Unidade encarregue das Situações de Emergência e Ajuda Humanitária no Escritório Regional calcula que cerca de 6,7 milhões de pessoas se encontravam deslocadas dos seus lares, em África, em finais de Dezembro de 2000. Expulsas de casa pela guerra, cheias, secas, fome ou doenças epidémicas, quase sete milhões de africanos de pelo menos 44 países da Região acham-se expostos a difíceis condições ambientais, fome, violência física e sexual e doenças transmissíveis. As crianças e as mulheres, com frequência viajando sozinhas, encontram-se especialmente em perigo. Para os apoiar em devido tempo e de modo eficaz, os países de acolhimento e os seus parceiros devem agir de modo coordenado, providenciando um mínimo essencial de serviços de saúde, abrigo, alimentos e vestuário. A OMS apoia o processo de apelo consolidado das Nações Unidas em situações de emergência, de modo a garantir uma resposta coordenada e eficiente.

DESLOCADOS PELAS CHEIAS: MOÇAMBIQUE



Fonte: OMS/AFRO, 2000

31. Na Região Africana, as situações de emergência estão a ser presentemente enfrentadas de modo sistemático. Muitos países estão claramente em vias de conseguir uma capacidade de resposta coerente e descentralizada às situações de emergência, com componentes de prevenção, redução, preparação, resposta rápida, reconstrução e reabilitação. Estabeleceu-se acordo quanto a um programa sequencial faseado e a maioria dos países da Região Africana estão a delinear os seus programas de preparação e resposta às situações de emergência de modo ordenado, com o apoio técnico do Escritório Regional, de acordo com as seguintes fases:

Actividades da OMS na Região Africana no ano 2000

- a) quadro jurídico;
- b) avaliações das vulnerabilidades;
- c) planeamento para situações de emergência;
- d) criação de estruturas de gestão;
- e) formação em preparação e resposta às situações de emergência, para criar nos países uma «massa crítica» de profissionais com formação.

## Desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde

32. O objectivo último de qualquer sistema de saúde é a melhoria do estado de saúde das populações. Na Região Africana, a esperança de vida, como medida avaliadora da consecução deste objectivo, demonstra que o estado de saúde é muito inferior ao das outras Regiões da OMS. Por exemplo, segundo o Relatório da Saúde no Mundo de 2000, a esperança média de vida nas Regiões Americana e Europeia é de 76 anos, enquanto que é de 46 anos na Região Africana. Mesmo se compararmos a esperança de vida da África Subsariana com a da Região do Mediterrâneo Oriental, da China e da Índia, onde a esperança de vida era quase a mesma que em África em 1960, vemos que hoje essas regiões estão muito melhor. À medida que o HIV/SIDA vai cobrando o seu tributo e caso não se verifiquem progressos nas tendências actuais, a esperança de vida continuará a decrescer na Região Africana. Os conflitos civis generalizados, a instabilidade política e a pobreza são outros factores que contribuem para o mau desempenho dos sistemas nacionais de saúde. Os efeitos da globalização devem ser também tidos em conta nas previsões do futuro desenvolvimento dos sistemas de saúde na Região.

### SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA: PANORAMA GERAL

*Cresce a consciencialização da importância que as situações de emergência assumem e, ao mesmo tempo, aumenta a exigência de que as agências internacionais e os governos tomem medidas que atenuem os respectivos efeitos sobre as populações:*

- Segundo cálculos da OMS, enquanto que, a nível mundial, a mortalidade por afecções maternas, pré-natais e nutricionais diminuirá 40% entre 1990 e 2020, as mortes devidas a traumatismos devem aumentar 65% no mesmo período.
- É enorme a magnitude das perdas sociais e económicas devidas a catástrofes naturais e epidemias. Cerca de 20 milhões de pessoas foram deslocadas em 1998 pelas cheias no Bangladesh. Dois milhões foram afectadas pelas cheias de 2000 em Moçambique. A estimativa das perdas económicas causadas pela epidemia de cólera no Peru em 1992 é de 770 milhões de dólares americanos e da epidemia de peste na Índia em 1994 é de 1,7 mil milhões de dólares americanos.
- As situações complexas de emergência (guerra civil, desintegração da autoridade do Estado) acarretam danos muito para além dos efeitos imediatos dos traumatismos de guerra e edifícios destruídos. Dos 1,7 milhões de mortes escusadas no conflito civil da República Democrática do Congo, a maioria ficou a dever-se a doenças comuns da infância. Durante os nove anos de situação complexa de emergência na Serra Leoa, mesmo alguns distritos não afectados pela guerra perderam mais de 50% das suas unidades de saúde que funcionavam na periferia, devido aos efeitos económicos indirectos e logísticos da guerra. Estes efeitos de grande abrangência devem ser tidos em conta na preparação e resposta às situações de emergência.

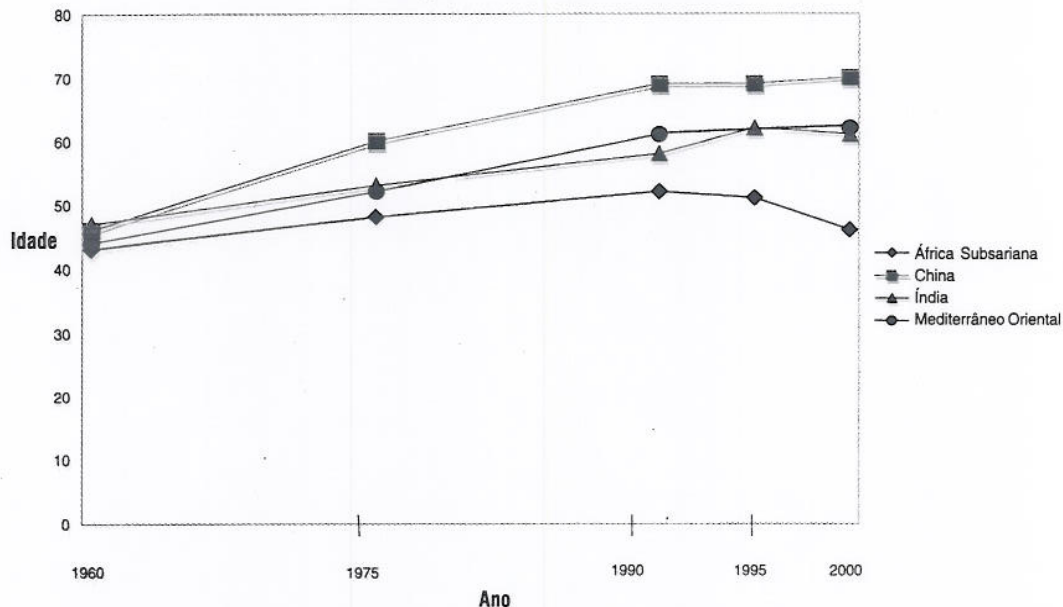
*A comunidade internacional respondeu aumentando a ajuda humanitária em situações de emergência de 3 milhões de dólares americanos em 1969 para 4 mil milhões em 1995 (um aumento superior a mil vezes). No entanto:*

- Este investimento maciço é muitas vezes feito de modo mal coordenado, com o auxílio a ser mobilizado só depois de a catástrofe ocorrer.
- A OMS calcula que para 100 dólares gastos em ajuda humanitária, só 4 se destinam à preparação para as situações de emergência, a evitá-las sempre que possível ou a mitigar o seu impacto.

*Todos os anos há terremotos, cheias e epidemias algures no mundo. É tempo de garantir que todos os países tenham capacidade para a prevenção, preparação e resposta a situações de emergência.*



Figura 2: ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA NA REGIÃO AFRICANA EM COMPARAÇÃO COM OUTRAS REGIÕES E PAÍSES



Fonte: OMS/AFRO - Adaptado do Relatório do Banco Mundial de 1993 e dos Relatórios da Saúde no Mundo de 1998 e de 2000

33. Menos de 50% da população da África Subsaariana tem acesso regular a medicamentos que salvam vidas. A situação é ainda pior quanto aos medicamentos para doenças relativamente recentes, como o HIV/SIDA. A má qualidade dos medicamentos, o seu uso irracional, o impacto negativo dos acordos mundiais de comércio sobre o acesso aos medicamentos e a insuficiência de recursos são desafios com que muitos sistemas de saúde estão confrontados.

34. O mandato da *Divisão de desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde* do Escritório Regional é contribuir para que seja alcançado o objectivo Saúde para Todos, apoiando os países da Região no reforço dos seus sistemas de saúde.

35. Esta divisão é responsável por três áreas de actividade: *Organização da prestação de serviços (OSD)*; *Política farmacêutica e medicamentos essenciais (EDM)*; *Segurança do sangue e tecnologias clínicas (BCT)*.

36. A *Organização da prestação de serviços* abrange os seguintes programas: *Sistemas Nacionais de Saúde*, *Sistemas Distritais de Saúde*, *Sistemas de Informação Sanitária*, *Investigação sobre Sistemas de Saúde e Desenvolvimento de Recursos Humanos*.

37. As suas principais actividades durante o período em apreço incluem a finalização da Política Regional de Saúde para Todos no Séc. XXI, aprovada pelo Comité Regional em Setembro de 2000, e o apoio prestado a nove países (Botsuana, Burkina Faso, Gabão, Guiné Conakry, Moçambique, Níger, Ruanda, Seychelles e Suazilândia) para a elaboração das suas políticas nacionais de saúde no contexto da reforma do sector da saúde. Foi ainda dado apoio à República Centrafricana, Uganda e Zâmbia no que respeita à sensibilização para as



abordagens de âmbito sectorial (SWAP) e a visitas interpaisés para estudo da reforma do sector da saúde. Em reconhecimento da necessidade de monitorizar e avaliar sistematicamente a reforma do sector da saúde nos Estados-Membros, foi elaborado um instrumento graças a um esforço conjunto com o Banco Mundial.

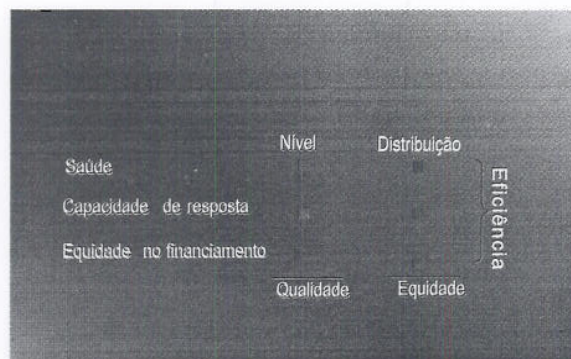
*POLÍTICA REGIONAL DE SAÚDE PARA TODOS NO SÉC. XXI, NA REGIÃO AFRICANA: AGENDA 2020*

*Como quadro de referência para a formulação das políticas nacionais de saúde, o documento aborda as orientações estratégicas que se espera venham a contribuir para alcançar a saúde para todos no Séc. XXI, as quais são as seguintes:*

- a) criação e gestão de ambientes favoráveis à saúde;*
- b) realização da reforma do sistema de saúde com base nos princípios dos cuidados primários;*
- c) concessão de poderes acrescidos e apoio aos níveis individual, familiar e comunitário;*
- d) criação de condições que permitam às mulheres a participação no desenvolvimento sanitário, colbendo os seus benefícios e assumindo nele um papel de liderança.*

38. A Sede da OMS divulgou, no decorrer deste ano, o Relatório da Saúde no Mundo para o ano 2000, o qual apresenta um novo quadro de avaliação do desempenho dos sistemas nacionais de saúde, considerando os sucessos alcançados tanto nos níveis como na distribuição dos três objectivos dos sistemas de saúde, que são a saúde, a capacidade de resposta e a equidade no financiamento. Tiveram lugar discussões com oito Estados-Membros (África do Sul, Chade, Côte d'Ivoire, Malawi, Moçambique, Quênia, Senegal e Zimbabwe) sobre a aplicação do novo quadro de avaliação para obtenção de dados factuais para uso no diálogo político e na escolha das intervenções. Nos próximos anos, este processo será alargado a cada vez mais países da Região.

Figura 3: OBJECTIVOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE



Fonte: Relatório da Saúde no Mundo, 2000

39. Foi publicado o instrumento para avaliar a operacionalidade dos *sistemas distritais de saúde* e dado apoio à Guiné Equatorial, Togo e Uganda para a selecção dos indicadores essenciais de saúde. A República do Congo, Gabão e Gâmbia receberam apoio para desenvolverem os seus sistemas de informação sanitária. Além disso, foram elaborados dois importantes conjuntos de orientações: o primeiro para avaliar o desempenho global dos sistemas de informação sanitária e o segundo sobre a utilização dos indicadores essenciais de saúde na monitorização dos progressos a nível dos países da Região. As reformas do sector da saúde na Região continuam a incidir sobre o distrito, enquanto unidade administrativa.

40. Foi elaborado e enviado a todos os países da Região um instrumento para usarem na definição dos seus *perfis nacionais de investigação em saúde*. Foram identificadas deficiências e áreas de desenvolvimento e apoio à investigação. Foram ainda convocadas duas reuniões fundamentais para a *Investigação dos Sistemas de Saúde* (HSR). Além disso, realizaram-se duas reuniões sobre HSR. A primeira, uma reunião interpaíses, teve lugar em Harare, Zimbábue, para pontos focais de HSR e analistas das políticas. Os participantes identificaram áreas de colaboração entre a HSR e a formulação e estudo de políticas, tendo passado em revista os papéis e funções dos pontos focais e das unidades de HSR. A segunda reunião realizou-se em Pretória, África do Sul, sobre a prioridade dos problemas do HIV/SIDA na investigação sobre sistemas de saúde. Cinco quadros de apoio à investigação foram elaborados para 11 dos países mais afectados pelo HIV/SIDA.

41. As actividades realizadas na área dos *Recursos humanos em saúde* (HRH) foram norteadas pela Estratégia Regional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde, aprovada pelo Comité Regional em 1998. O grau de implementação desta estratégia na Região tem sido lento, como atestado pelos problemas de HRH com que muitos países ainda se debatem.

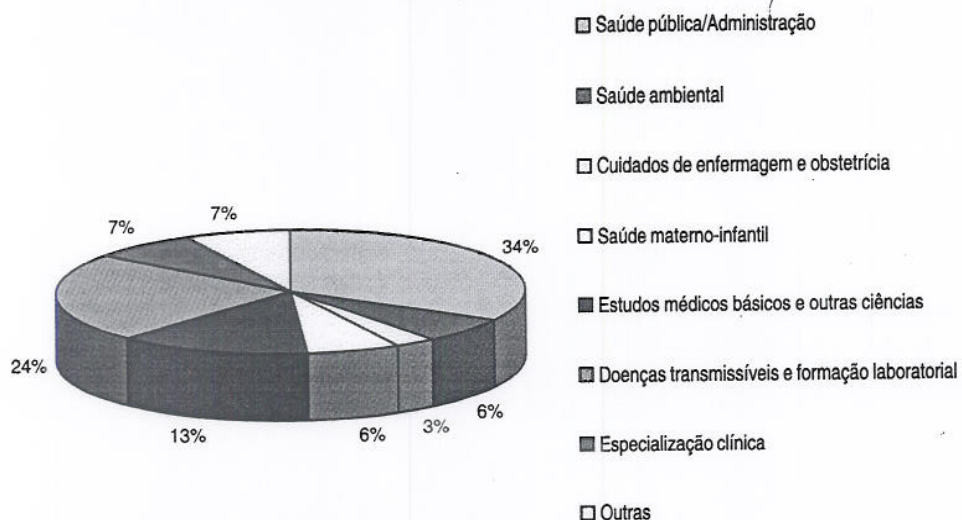
42. Por meio de um programa de formação organizado na Argélia, reforçou-se a capacidade de gestores de recursos humanos de 24 países francófonos. Foi planeado um programa idêntico para os países anglófonos, previsto para o início de 2001. O Grupo Consultivo Multidisciplinar (MAG) sobre recursos humanos em saúde foi criado e teve a sua primeira reunião. Uma das suas recomendações foi a criação de um pacote de advocacia dos recursos humanos em saúde, o qual foi elaborado com a colaboração da Universidade de Western Cape, África do Sul, e partilhado com os Estados-Membros. Realizou-se uma análise da situação dos recursos humanos em saúde nos países de língua oficial portuguesa, tendo-se confirmado a grande escassez de profissionais de saúde qualificados em todos os cinco países.

43. Na área da enfermagem e obstetrícia ocorreram quatro factos importantes: i) foram concluídos estudos de casos sobre o reforço dos serviços de enfermagem e obstetrícia e identificadas áreas para o desenvolvimento destas especialidades ii) foram elaboradas orientações para avaliação dos programas de formação em ciências da saúde iii) foram elaboradas e distribuídas brochuras com informação factual sobre o HIV/SIDA para enfermeiros e parteiras; iv) o Jornal Africano de Enfermagem e Obstetrícia foi produzido e distribuído em todos os países.

44. No ano 2000, foram concedidas no total 351 bolsas de estudo, havendo mais 133 candidaturas em estudo.



Figura 4: OMS/AFRO: BOLSAS POR ÁREA DE ESTUDO, 2000 (TOTAL = 351)



Fonte: HRD/DSD, OMS/AFRO, 2000

45. O programa relativo à Política farmacêutica e medicamentos essenciais abrange duas áreas de actividade: Medicamentos essenciais e Medicina tradicional.



### 1º Objectivo - Política

A questão da política nacional de medicamentos leva todas as partes interessadas, em conjunto, a fazer incidir o empenhamento político, os recursos financeiros e humanos na melhoria do sector farmacêutico. Assim, uma política nacional de medicamentos proporciona um quadro de referência para as actividades relacionadas com os fármacos, no âmbito de uma política nacional de saúde abrangente. Os seus objectivos devem estar em harmonia com os do sistema geral de saúde e a sua implementação deve apoiar os objectivos deste. A OMS apoiará os países na implementação activa de uma política nacional de medicamentos e na monitorização do seu impacto. Os objectivos da política têm duas componentes principais: implementação e monitorização das políticas nacionais de medicamentos e integração das políticas e programas de medicamentos essenciais no desenvolvimento dos sistemas da saúde.



### 3º Objectivo - Qualidade e segurança

As normas mundiais de qualidade dos medicamentos estão a tornar-se cada vez mais rigorosas. Contudo, a qualidade dos medicamentos nos mercados de muitos países continua a ser uma preocupação da saúde pública. Foram enviados grandes esforços para melhorar a regulamentação dos medicamentos a nível nacional e internacional, mas o cumprimento de normas reguladoras continua a ser um desafio para todos os países. A acção da OMS quanto ao objectivo da qualidade e da segurança tem quatro componentes: normas, padrões e orientações para os fármacos; sistemas de regulamentação e garantia da qualidade dos medicamentos; apoio informativo para a regulamentação farmacêutica; e orientações para o controlo e uso de psicotrópicos e narcóticos.

*Fonte: OMS/AFRO. Divisão do desenvolvimento dos sistemas de saúde (Medicina tradicional)*

### 2º Objectivo - Acesso

O acesso aos medicamentos essenciais é uma prioridade fundamental para a OMS. Devem ser firmemente implementados quatro factores favoráveis, para garantir um acesso sustentável:

- selecção racional, com base numa lista nacional de medicamentos essenciais e em orientações de tratamento;
- preços acessíveis para os governos, prestadores de cuidados de saúde e consumidores; financiamento sustentável através de mecanismos justos de financiamento, como comparticipações governamentais e seguros sociais de saúde;
- sistemas fiáveis de abastecimento, integrando uma mistura de serviços públicos e privados.

Do ponto de vista do doente ou do consumidor, o acesso aos medicamentos essenciais significa que estes podem ser obtidos a uma distância razoável (isto é, geograficamente acessíveis), estão imediatamente disponíveis nas unidades de saúde (isto é, fisicamente disponíveis) e a um preço acessível (isto é, financeiramente disponíveis).

### 4º Objectivo - Uso racional

O conceito dos medicamentos essenciais é actualmente aplicado em todo o mundo. Um número crescente de países, desenvolvidos e em desenvolvimento, tem recorrido a ele para a melhoria do mesmo tipo de caracteres uso dos medicamentos, pelos prescritores, vendedores e público em geral, bem como para conter as despesas farmacêuticas.

O desafio agora consiste em como melhor garantir um uso dos medicamentos terapêuticamente correcto e de boa relação custo-eficácia, em todos os níveis do sistema de saúde, nos sectores público e privado, pelos profissionais de saúde e consumidores. A OMS apoia 3 componentes: estratégia e monitorização do uso racional dos medicamentos; uso racional dos medicamentos pelos profissionais de saúde; e uso racional dos medicamentos pelos consumidores.

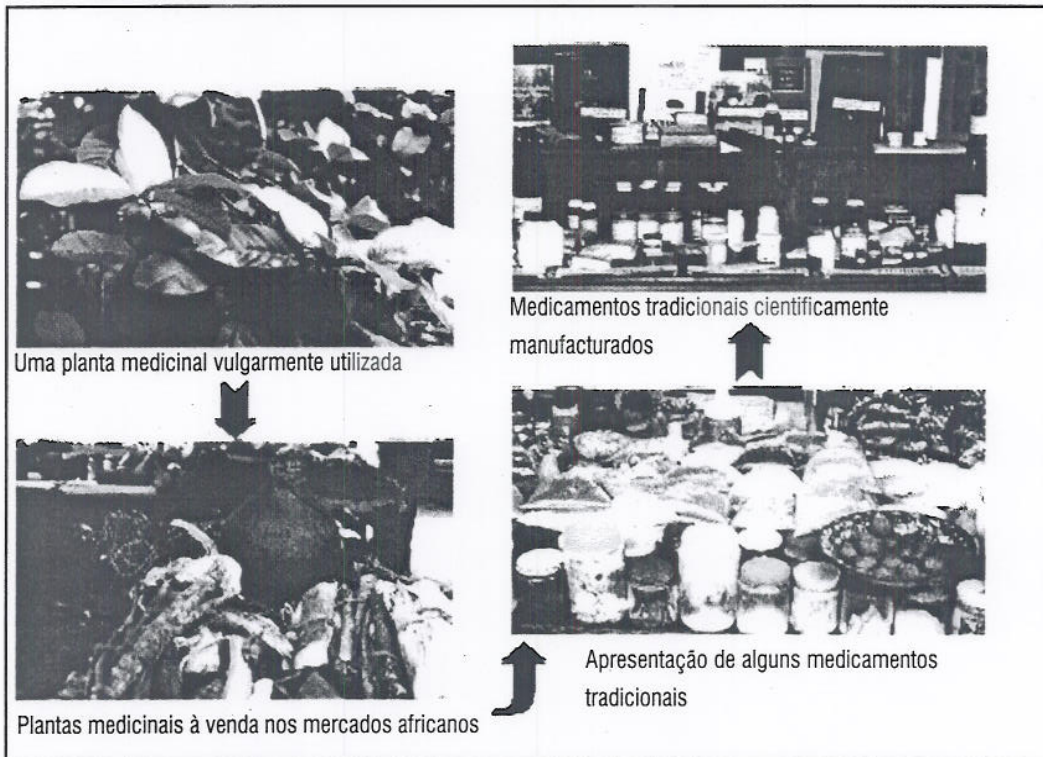
46. No domínio dos Medicamentos Essenciais, há 4 áreas de actividade principais: política; acesso; qualidade e segurança; uso racional. As actividades executadas incluíram a finalização do manual de formação em gestão de medicamentos a nível do centro de saúde. Foi produzida e publicada a 2ª edição do Indicador de Preços dos Medicamentos Essenciais da Região Africana, em conjunto com o Centro de Colaboração da OMS para a Qualidade dos Medicamentos da Universidade de Potchefstroom, África do Sul. Foi preparada a 3ª edição da brochura sobre Laboratórios de Controlo da Qualidade da Região Africana. Realizou-se, na África do Sul, a formação de inspectores de medicamentos e de técnicos laboratoriais em gestão de laboratórios e técnicas de cromatografia de camada fina para testar medicamentos anti-tuberculose.

47. A Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Seychelles receberam apoio para procederem à análise das suas situações, com vista à elaboração de políticas nacionais de medicamentos. Também o Botsuana, Camarões, Lesoto, Libéria, Mauritânia e Suazilândia foram apoiados no processo de aprovação das suas políticas nacionais de medicamentos. A Namíbia recebeu apoio para a selecção dos seus indicadores de monitorização da política nacional de medicamentos. Foi efectuada na Suazilândia uma missão conjunta com a ONUSIDA para analisar a situação do acesso aos medicamentos para o HIV/SIDA no país.

48. Houve 36 participantes num curso sobre o uso racional de medicamentos organizado na Nigéria. Foram organizados mais dois cursos, um sobre prescrição racional de medicamentos na Argélia e outro sobre farmacoterapia na África do Sul.

49. Na sua 50ª sessão, no ano 2000, o Comité Regional aprovou a Estratégia Regional sobre o Papel da Medicina Tradicional nos Sistemas de Saúde. A estratégia foi elaborada após vasta consulta aos países e na sequência de um Fórum Africano sobre a medicina tradicional. Foram concluídos e aprovados, num seminário que se realizou em Antananarivo, Madagáscar, protocolos genéricos para avaliação de medicamentos tradicionais, bem como protocolos específicos para estudos etnomédicos e ensaios clínicos de medicamentos para o HIV/SIDA e o paludismo. A Namíbia e a Zâmbia receberam apoio técnico para a preparação de legislação sobre os medicamentos tradicionais. Foram também apoiados o Burkina Faso e o Zimbabwe na realização de estudos de dados factuais etnomédicos sobre preparações à base de plantas usadas no tratamento do HIV/SIDA.





Fonte: OMS/AFRO: Divisão do desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde (Medicina Tradicional), 2000.

50. A área da **Segurança do sangue e tecnologias** clínicas abrange dois programas: Segurança do sangue e Tecnologias clínicas e qualidade dos cuidados. Foram organizados 3 seminários para estas áreas de actividade: o primeiro sobre segurança do sangue, para Directores de Serviços Nacionais de Transfusão de Sangue, em Harare, Zimbabwe; o segundo sobre a garantia de qualidade nos laboratórios clínicos em Dacar, Senegal; e o terceiro sobre a garantia de qualidade dos cuidados em Kampala, Uganda. Os Estados-Membros concordaram em preparar planos de acção para implementarem programas de garantia de qualidade.



Fonte: Kokou Fétiba, aluno do Colégio Particular "Espoir" de Kara, Togo, venceu com este cartaz com que concorreu a uma competição entre escolas, por ocasião do Dia Mundial da Saúde, 7 de Abril de 2000, cujo tema era "O sangue seguro começa comigo"

51. A *segurança do sangue* é uma área grandemente negligenciada, como atestado pelo facto de só 16 dos 46 Estados-Membros terem uma política nacional de transfusão de sangue. Infelizmente, mesmo nos países onde existe, essa política não está totalmente implementada. Em muitos países, os hospitais criaram isoladamente os seus próprios bancos de sangue e, por vezes, devido à falta de uma política clara, os doentes acabam por receber sangue que não foi testado.

52. Foi preparada a Estratégia Regional sobre Segurança do Sangue e elaborados instrumentos de avaliação para análise da situação da segurança do sangue nos Estados-Membros. Foi reforçada a capacidade técnica do Serviço Nacional de Transfusão de Sangue (NBTS) de Harare. Este centro acolheu o primeiro curso sobre Gestão de Qualidade da Segurança do Sangue. A Argélia e a Côte d'Ivoire receberam apoio para a implementação de programas de ensino à distância sobre segurança do sangue. Angola, Gana e R. D. Congo foram apoiados para efectuarem uma análise da situação e prepararem planos de acção. A Gâmbia e a Suazilândia finalizaram as suas políticas nacionais de segurança do sangue e o Mali e a República Centrafricana elaboraram e implementaram programas de garantia de qualidade com o apoio do Escritório Regional. Integrado nas actividades de comemoração do Dia Mundial da Saúde, em Abril 2000, cujo lema era "O sangue seguro começa comigo", o Escritório Regional organizou um concurso de cartazes para os alunos das escolas primárias e secundárias e produziu um filme em vídeo sobre a segurança do sangue.

53. O Escritório Regional apoiou o reforço dos serviços laboratoriais no Níger e no Togo. Respondendo à necessidade de um instrumento que orientasse os Estados-Membros na formulação de políticas nacionais de equipamento para os cuidados de saúde, foram ultimadas orientações que estarão prontas para distribuição em 2001. Depois de uma série de seminários interpaíses sobre este tema, foram elaboradas orientações para a implementação de programas de cuidados de qualidade nos Estados-Membros, bem como instrumentos de avaliação dos laboratórios.



## Prevenção e controlo das doenças transmissíveis

54. Para o biénio de 2000-2001 e de acordo com as prioridades regionais, o programa de Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis contemplou cinco áreas de actividade:

- a) Prevenção e controlo das doenças transmissíveis (CPC)
- b) Vigilância e resposta às doenças transmissíveis (CSR)
- c) Erradicação e eliminação das doenças transmissíveis (ERD)
- d) Investigação e tratamento das doenças transmissíveis (CDR)
- e) Vacinas e outros produtos biológicos (VOB)

55. Existem seis programas principais de controlo de doenças na área de actividade da **Prevenção e controlo das doenças transmissíveis**: HIV/SIDA (RPA); Tuberculose (TUB); Paludismo (MAL); Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI); Outras Doenças Tropicais (OTD); Tripanossomíase (TRY). A área de actividade da **Vigilância e resposta às doenças transmissíveis** inclui dois programas: Vigilância Integrada das Doenças (IDS) e Doenças Transmissíveis Emergentes e Outras (EMC). A área de actividade da **Erradicação e eliminação das doenças transmissíveis** compreende: o programa de eliminação da lepra (LEP); a erradicação da poliomielite (POLIO); a erradicação da dracunculose (GWE); a eliminação da oncocercose (ONCHO); a eliminação do tétano neonatal (NNT); a filariase linfática (LF).

56. Foi elaborado um plano estratégico para acelerar o auxílio aos países no contexto da Parceria Internacional contra a SIDA em África (IPAA), levando em conta o programa regional de luta contra o HIV/SIDA e as IST. Foi apoiada a reunião dos Ministros da Saúde da OUA sobre o HIV/SIDA em Ouagadougou, em Maio de 2000. A Cimeira dos Chefes de Estado e de Governo da OUA em Lomé, Togo, em Julho de 2000, aprovou uma declaração, que dá orientações políticas para acelerar a resposta à epidemia do HIV/SIDA na Região Africana. Foi elaborado um quadro de referência para a implementação da estratégia regional de luta contra o HIV/SIDA, que foi aprovado pela 50ª Sessão do Comité Regional Africano, em 2000. Realizaram-se reuniões interpaíses sobre a vigilância do HIV/SIDA/IST, tratamento de casos síndromicos de IST e requisitos laboratoriais para proporcionar uma terapia antiretroviral segura e cuidados integrados aos doentes com HIV e tuberculose. Foi dispensado apoio técnico aos Estados-Membros por meio de visitas de funcionários do Escritório Regional e de consultores. No Gana, a Representação da OMS desempenhou um papel catalítico na formação da Comissão Nacional de Luta contra a SIDA, sob a presidência do Chefe de Estado.

### CITAÇÕES SOBRE O HIV/SIDA

*"O nosso continente não tinha de ser assim devastado pelo HIV/SIDA. Não devíamos ter permitido que as coisas chegassem a este ponto; por isso, temos a responsabilidade de inverter a situação. Fiz um esforço consciente de liderança demonstrando que um diagnóstico de HIV não significa o fim duma vida". Charlotte Mjele, uma sul-africana de 22 anos que vive com HIV/SIDA, no Fórum para o Desenvolvimento Africano, 2000*

*"Unamo-nos e exijamos pacotes de cuidados globais, porque os antiretrovirais, só por si, não são a varinha mágica. Unamo-nos para negociar preços acessíveis para todos os medicamentos necessários para tratar e cuidar do nosso povo". S. Ex<sup>a</sup> o Presidente Festus Mogae do Botswana no Fórum para o Desenvolvimento Africano, 2000*

*Esta é uma batalha pela sobrevivência do continente. Não é uma questão política: trata-se de uma questão que nos diz respeito a nós, às nossas famílias, às nossas comunidades, às nossas esperanças. É este o nosso momento decisivo. Sr. K.L. Amaoko, Secretário Executivo da Comissão Económica para África, Fórum para o Desenvolvimento Africano, 2000.*

Figura 5: TENDÊNCIAS NA PREVALÊNCIA DO HIV NA ÁFRICA SUBSARIANA, 1984-1999

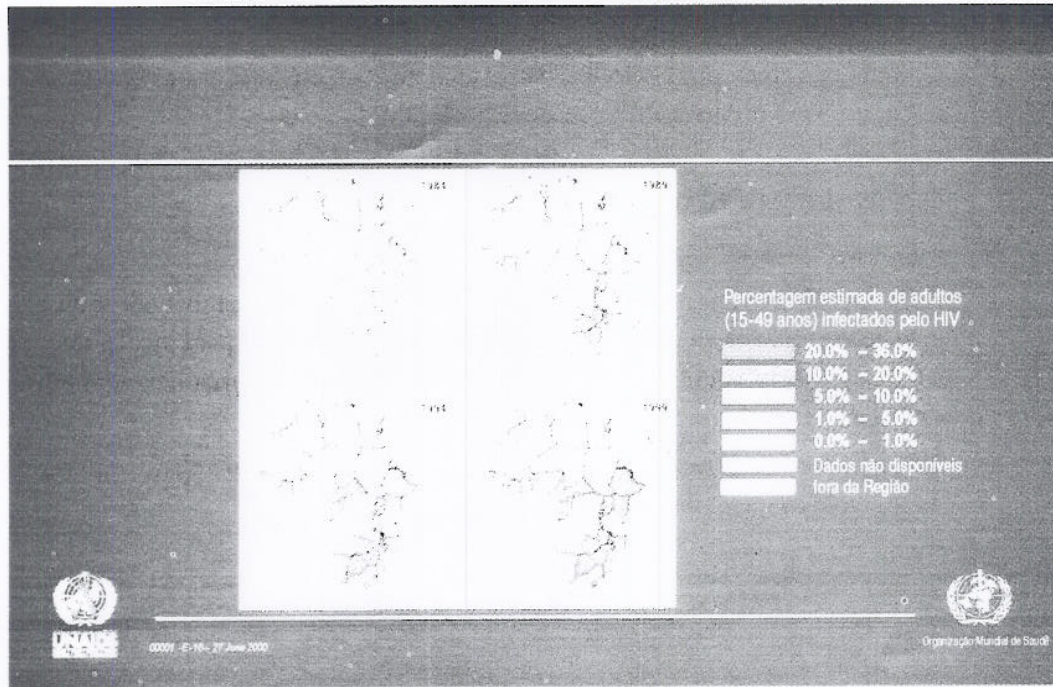
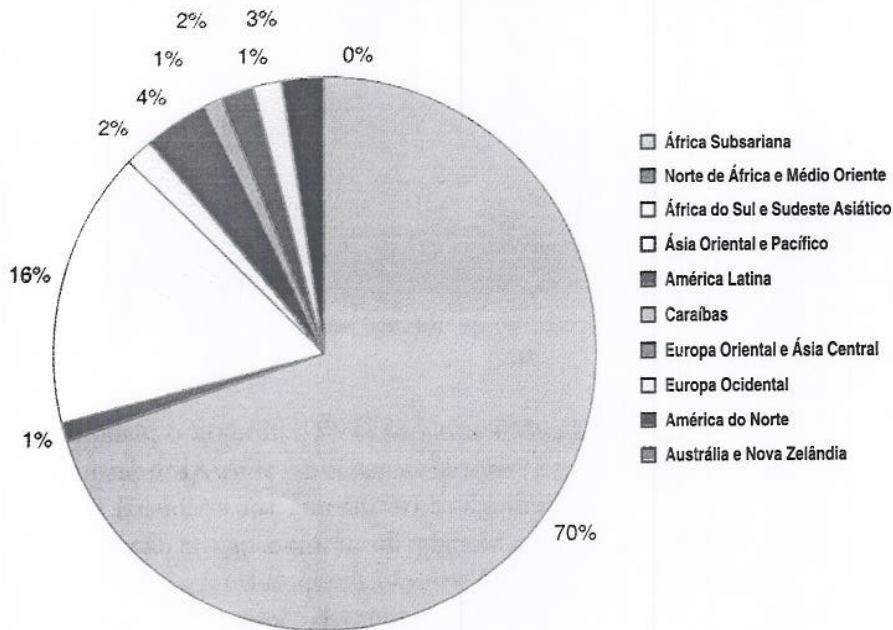


FIGURA 6: DISTRIBUIÇÃO MUNDIAL DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/SIDA, NO FINAL DE 2000 (TOTAL = 36,1 MILHÕES)



Fonte: Actualização da epidemia de SIDA; Dezembro 2000, ONUSIDA/OMS.

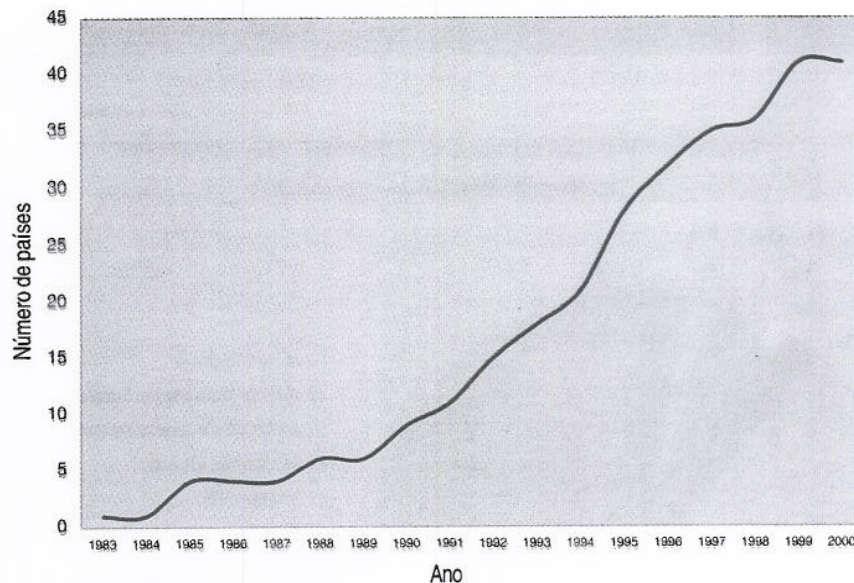


57. No decurso do ano 2000, o programa de controlo da tuberculose e da úlcera de Buruli alcançou os seguintes resultados:

- a) Cinquenta e cinco por cento dos países aumentaram em 50% a sua cobertura pelo tratamento sob observação directa de curta duração (DOT).
- b) Vinte por cento dos Estados-Membros elaboraram planos de acção para combater a dupla epidemia da tuberculose e do HIV/SIDA.
- c) Foi criada uma base regional de dados sobre a tuberculose.
- d) As lições colhidas dos projectos comunitários de tratamento da tuberculose dirigidos pelo programa estão a ser traduzidas em orientações políticas para incorporação do tratamento da tuberculose na estratégia dos programas gerais nacionais de combate a esta doença.
- e) Três quintos dos países afectados da África Ocidental elaboraram planos quinquenais de controlo da úlcera de Buruli.

| 20 |

Figura 7: TENDÊNCIA NO NÚMERO DE PAÍSES QUE ADOPTARAM A ESTRATÉGIA DOT, NA REGIÃO AFRICANA DA OMS

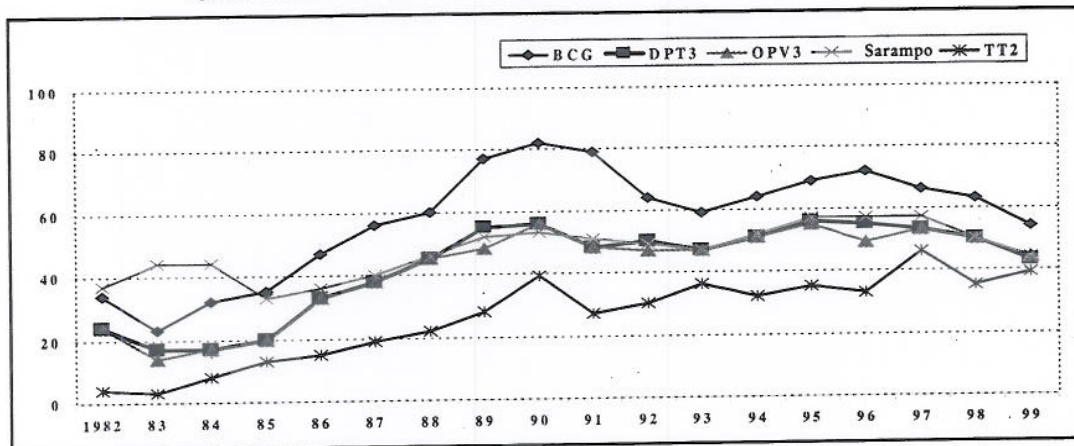


Fonte: OMS, Relatório Mundial da Tuberculose, 1999

58. O Programa das *Doenças evitáveis pela vacinação (VPD)* ultimou o plano de acção estratégico quinquenal regional para reforçar os serviços de vacinação de rotina. Além disso, elaborou o plano de acção quinquenal regional para a eliminação do tétano materno e neonatal, e produziu um documento sobre o controlo e a eliminação acelerados do sarampo, que foi discutido com os parceiros na 8ª reunião do Grupo de Trabalho para a Vacinação. Foi apoiada a gestão dos transportes em 5 Estados-Membros. Efectuaram-se acções para a segurança das injeções em 9 países e, em vários países da África Ocidental e Central, foi organizada formação em gestão das vacinas. Sete países receberam apoio técnico para avaliarem os seus sistemas de vacinação. Ao abrigo do programa de apoio, 13 países da Região qualificaram-se para o Fundo Mundial para a Vacinas das Crianças/GAVI, com introdução de novas vacinas em 9 deles.

Actividades da OMS na Região Africana no ano 2000

Figura 8: COBERTURA VACINAL COM VACINAS DO PAV, REGIÃO AFRICANA, 1982-1999

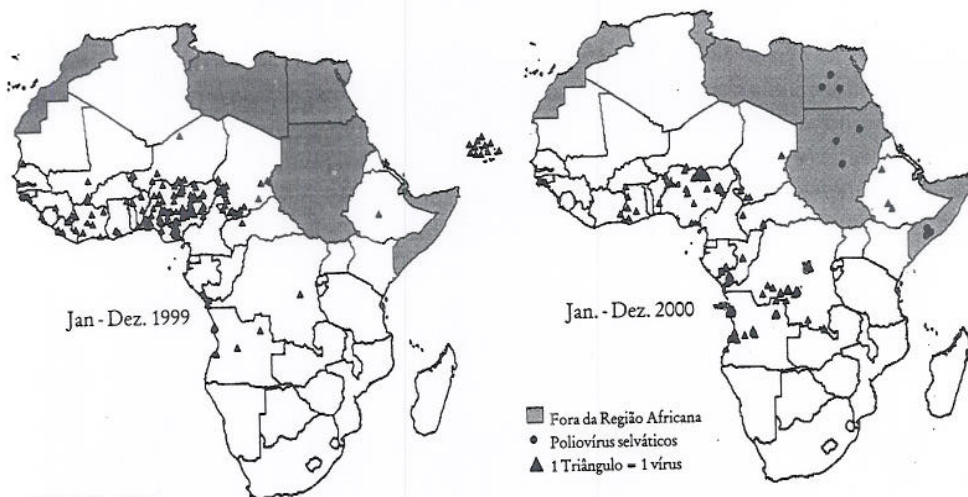


Fonte: OMS/AFRO, 2000

59. A decomposição da cobertura vacinal por bloco epidemiológico mostra que alguns países, em especial a Nigéria e os que se considera estarem em circunstâncias difíceis, estão a fazer baixar o nível de cobertura da Região. Parte do esforço mundial de erradicação da poliomielite centrou-se na estratégia das jornadas nacionais de vacinação, que estão a contribuir para aumentar grandemente a cobertura vacinal na região.

60. A vigilância da paralisia flácida aguda (PFA) e da poliomielite aumentou, daí resultando uma maior detecção de casos (Gana, Etiópia, R.D. Congo, Angola e Cabo Verde). Também o controlo da poliomielite melhorou (Chade e Côte d'Ivoire), devendo manter-se o apoio para dar sustentabilidade a estes resultados.

Figura 9: POLIOVÍRUS SELVÁTICOS NA ÁFRICA, 1999-2000



Fonte: OMS/AFRO, 2000



61. Durante o ano 2000, o programa de Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) apoiou 10 Estados-Membros para iniciarem a implementação da AIDI, elevando para 37 o número dos que já adoptaram esta estratégia. A implementação foi acelerada em 8 países, com abordagens inovadoras em termos de reforço das capacidades, incluindo formação com formadores do exterior e recorrendo às ONG/PVO. Para garantir a sustentabilidade, a AIDI foi introduzida na formação inicial em mais cinco países, tendo-se realizado estudos sobre o grau de adesão à AIDI por parte dos prestadores de cuidados e dos serviços de referência. Os resultados estão a ser usados na elaboração de estratégias para a melhoria dos sistemas de saúde. Foi realizada uma reunião de orientação interpaíses para países de língua oficial portuguesa, seguida da formação de consultores destes países em AIDI, que irão enriquecer a reserva de consultores regionais com capacidade para auxiliar os países.

62. Dada a crescente incidência do HIV/SIDA nas crianças pequenas, resultante da transmissão mãe-filho, foram incluídos no programa de AIDI a promoção da amamentação e o aconselhamento sobre a alimentação dos lactentes. Foi ampliada a colaboração com os parceiros, especialmente para implementação da componente comunitária, que foi introduzida em 23 Estados-Membros. Prosseguiu a estreita colaboração com o programa Fazer Recuar o Paludismo (RBM), tendo sido adoptado um quadro de referência para a colaboração, reforçada a implementação e efectuada uma reunião do Grupo Conjunto de Trabalho.

*"Embora a amamentação em exclusividade continue a ser a melhor opção de alimentos para a maioria dos bebés independentemente do estado da mãe em relação ao HIV, as mulheres infectadas pelo HIV precisam de ter informação suficiente para fazerem opções esclarecidas sobre a alimentação dos filhos".*

*Reunião Consultiva Regional sobre HIV/SIDA, Durban, Agosto de 2000*

63. O controlo do *paludismo* é uma das principais prioridades da Região Africana. Durante o ano 2000, o programa de luta contra o paludismo elaborou um quadro de referência para a implementação da iniciativa Fazer Recuar o Paludismo (RBM) na Região Africana, que foi aprovado pelo Comité Regional na sua 50ª sessão. Trinta Estados-Membros foram apoiados na implementação das actividades de RBM. Foram ultimados, para uso a nível dos países, orientações e instrumentos de recolha de dados para monitorização e avaliação da iniciativa RBM na Região. Promoveu-se o uso de materiais impregnados de insecticida em 11 Estados-Membros e dezanove participantes receberam formação em monitorização e controlo da resistência do vector. Foram elaborados um guia para acelerar a implementação da iniciativa RBM a nível distrital e um quadro de referência para a promoção e implementação de actividades de base comunitária para combater o paludismo. Foram concebidos quadros de referência para a colaboração entre os programas AIDI e RBM a nível dos países e para intensificar a implementação desses dois programas. Foram criados, em 37 Estados-membros, 108 locais-sentinelas para a monitorização da eficácia dos medicamentos antipalúdicos de primeira linha. Foram organizados 3 cursos interpaíses para reforçar a capacidade nacional em paludologia e planeamento da luta contra o paludismo, nos quais 74 participantes de 26 países receberam formação.

*Cimeira de Abuja sobre Fazer Recuar o Paludismo, Abril de 2000  
O Compromisso dos Chefes de Estado e de Governo*

*Nós, os Chefes de Estado e de Governo dos países de África, reunidos em Abuja, Nigéria, a 25 de Abril de 2000, decidimos dar início a acções, adequadas e sustentadas, de reforço dos sistemas de saúde, de modo a garantir que, no ano 2005, pelo menos 60% dos doentes com paludismo tenham acesso imediato e sejam capazes de fazer um tratamento correcto, acessível e adequado, nas oito horas seguintes à manifestação dos sintomas; pelo menos 60% das pessoas em risco de contrair paludismo, em especial as grávidas e crianças com menos de 5 anos de idade, beneficiem da mais adequada combinação de medidas protectoras de ordem pessoal e comunitária, como mosquiteiros tratados com insecticida e outras medidas físicas e economicamente acessíveis, para evitar a infecção e o sofrimento; pelo menos 60% das grávidas em risco de contrair paludismo, especialmente as primíparas, tenham acesso a quimioprofilaxia ou a tratamento intermitente presuntivo.*

Actividades da OMS na Região Africana no ano 2000



64. No âmbito do *Programa de outras doenças tropicais*, foi elaborado um projecto de estratégia regional para o controlo da esquistossomiase na Região Africana. Deu-se início ao processo de elaboração da estratégia regional para a eliminação da filaríase linfática e realizou-se um seminário sobre o método de cartografia da filaríase linfática, em colaboração com a Sede, tendo recebido formação 27 funcionários de 7 Estados-Membros.

65. Deu-se início, em 21 países, a uma avaliação dos sistemas nacionais de preparação e resposta às epidemias com o apoio do *Programa de doenças transmissíveis emergentes e outras*, tendo 11 desses países elaborado planos de acção. Foram preparadas orientações genéricas para apoiar os países na implementação dos seus planos nacionais.

A OMS APOIA A GESTÃO DOS CASOS DE FEBRE HEMORRÁGICA  
POR VÍRUS EBOLA, NO UGANDA



Fonte: Relatório Anual da OMS, 2000 (Uganda)

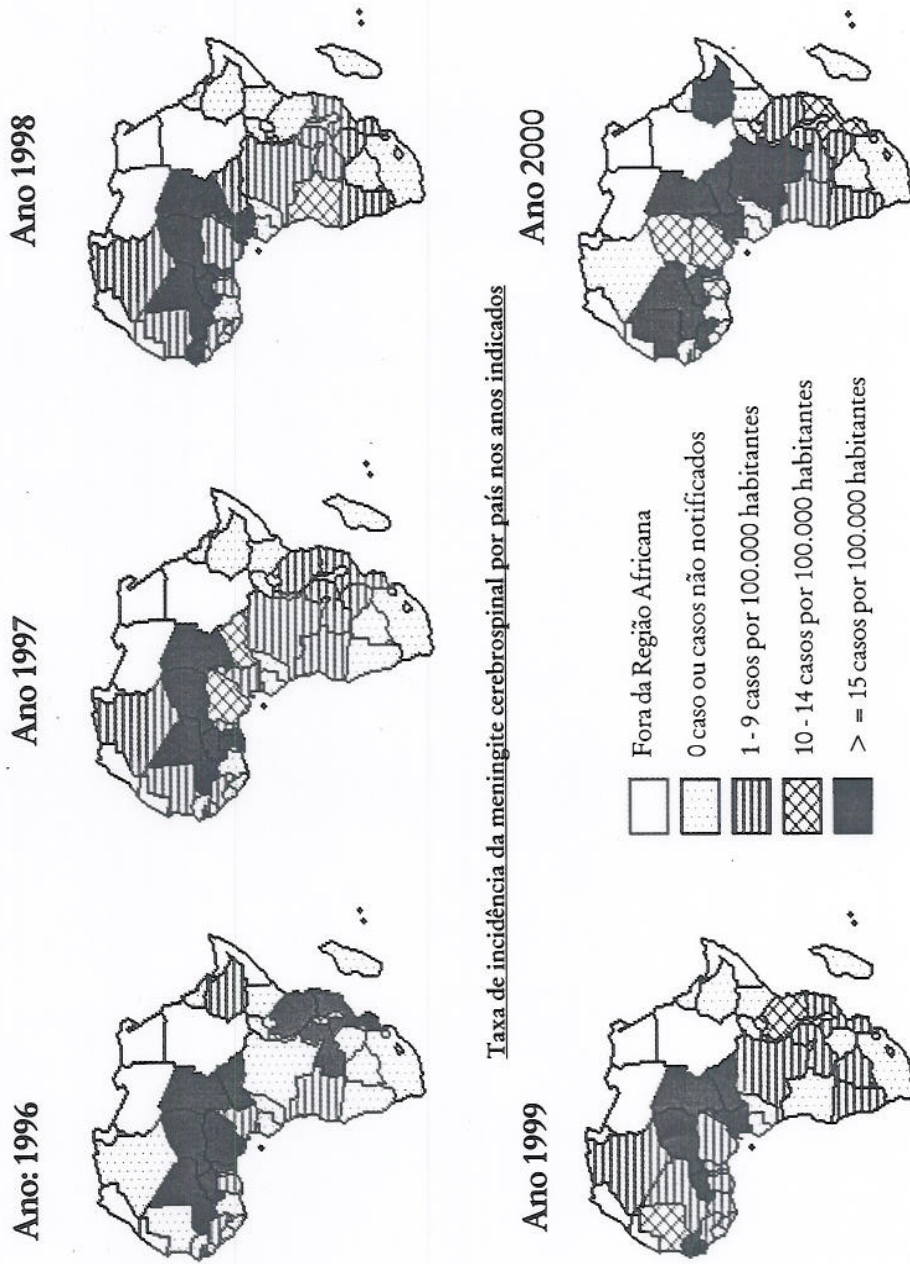
66. Foi mantida, nos cinco blocos epidemiológicos da Região, a presença de equipas de apoio técnico interpaises. Estas, assim como funcionários do Escritório Regional, proporcionaram um oportuno apoio técnico aos países que se achavam a braços com grandes surtos epidémicos, como a cólera e a febre hemorrágica por vírus Ebola.

67. Os dados coligidos entre 1996 e 2000 indicam um deslocamento para sul da cintura da *meningite*. No entanto, os dados recolhidos em alguns países indicam uma redução na magnitude da epidemia de meningite cerebrospinal (CSM) na Região Africana no seu todo e num país em particular (Burkina Faso), que é apresentado como exemplo (Figuras 10 e 11).

68. No mesmo período de tempo, a *cólera* parece ter adquirido características endémicas nos países de clima equatorial e da África Austral e dos Grande Lagos, bem como em Madagáscar e nos Comores (Figura 12), estando em curso esforços para inverter a situação.



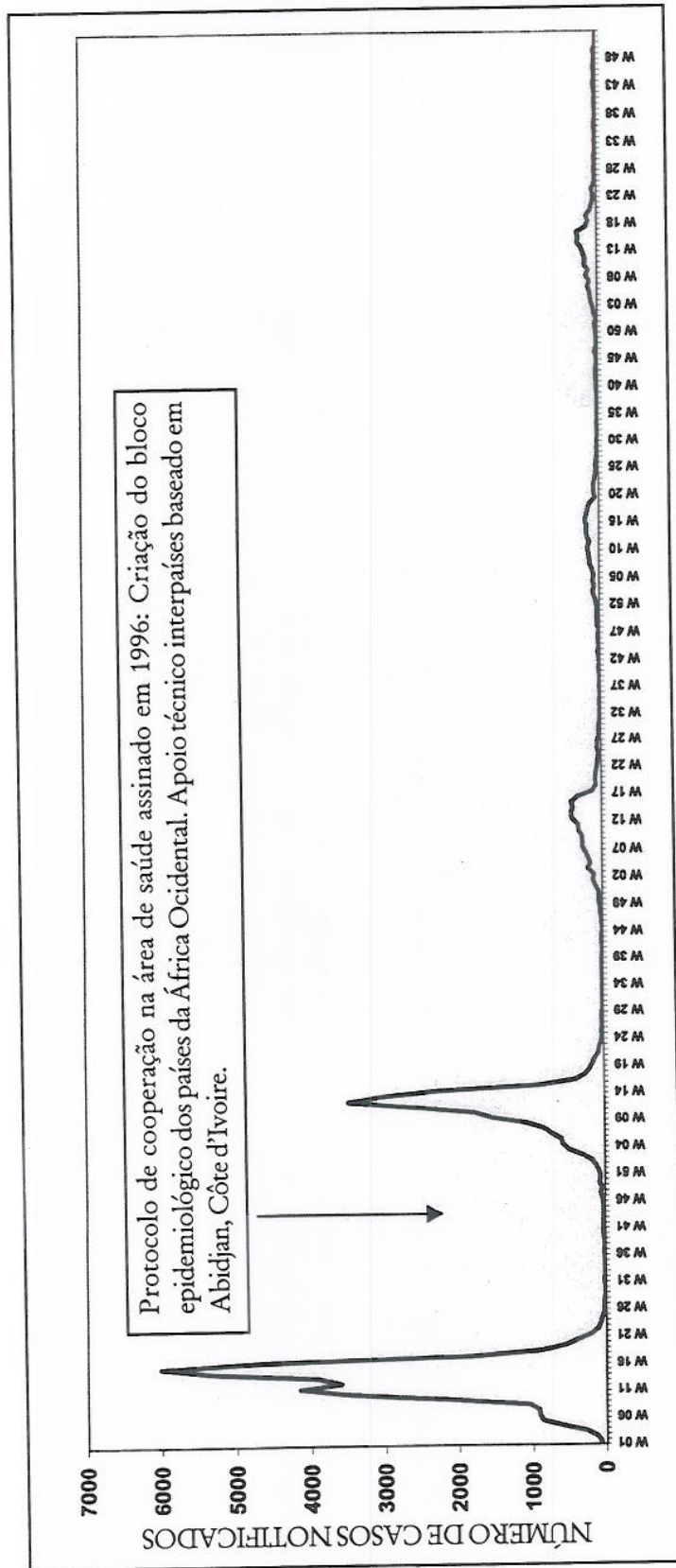
FIGURA 10: INCIDÊNCIA DA MENINGITE NA REGIÃO AFRICANA SEGUNDO NOTIFICAÇÃO À OMS, 1996-2000



Taxa de incidência da meningite cerebrospinal por país nos anos indicados

Fonte: Ministério da Saúde

Figura 11: TENDÊNCIAS NA MENINGITE CEREBROSPINAL NO BURKINA FASO, SEGUNDO NOTIFICAÇÃO À OMS, 1996-2000

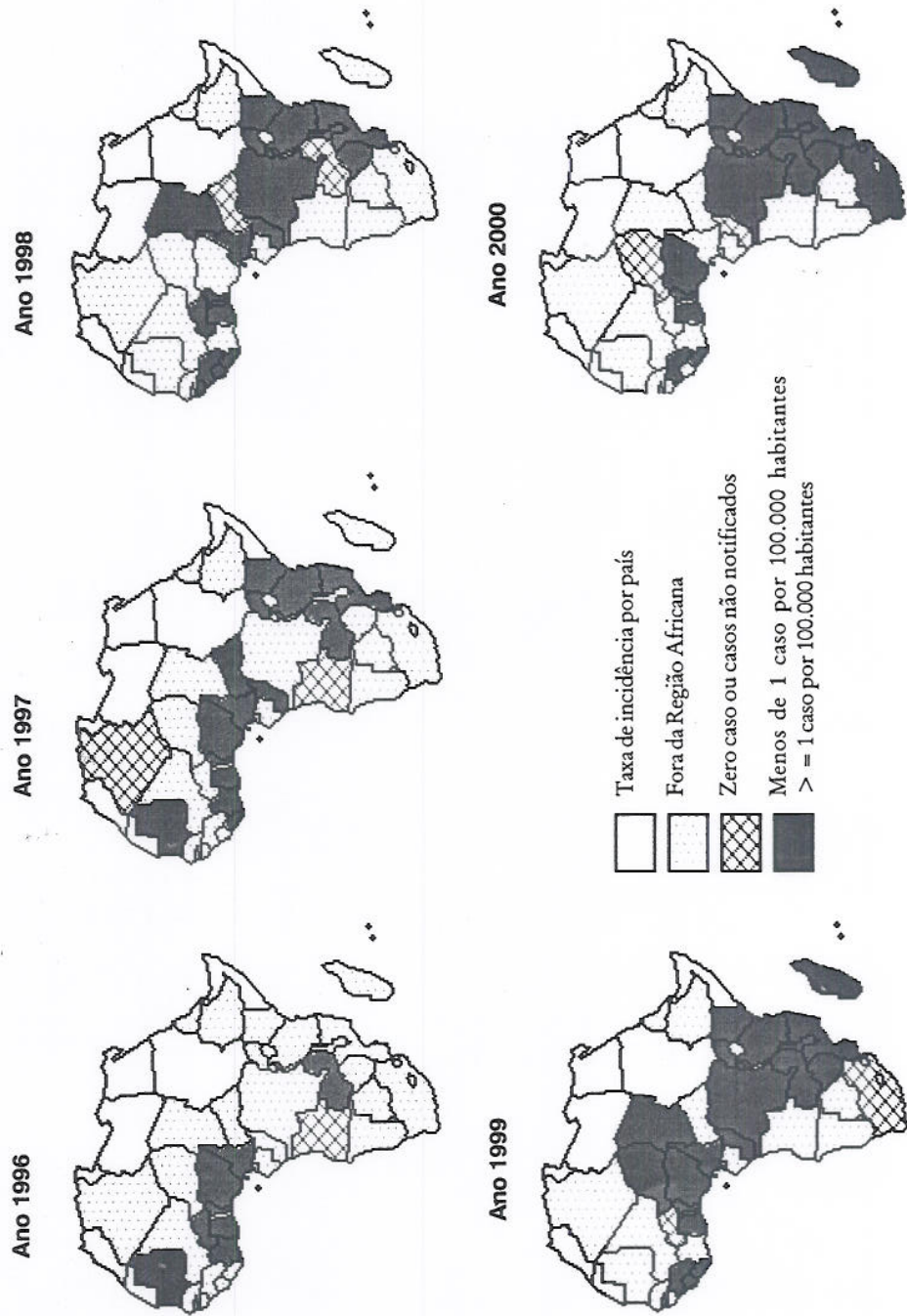


O pico da meningite cerebrospinal ocorre por volta da 14ª semana, todos os anos. De notar o significativo declínio na magnitude desta epidemia sazonal: entre outras causas, como a imunidade subsequente aos anos de epidemia (1996 - 1997) e as campanhas de vacinação em massa, o protocolo de cooperação na área da saúde de Agosto de 1996 apoiado pela OMS é susceptível de ter contribuído para esse declínio. Há que enviar esforços no sentido de continuar com esse declínio.

Fonte: Ministério da Saúde do Burkina Faso



Figura 12: INCIDÊNCIA DA CÓLERA NA REGIÃO AFRICANA SEGUNDO NOTIFICAÇÃO À OMS, 1996-2000

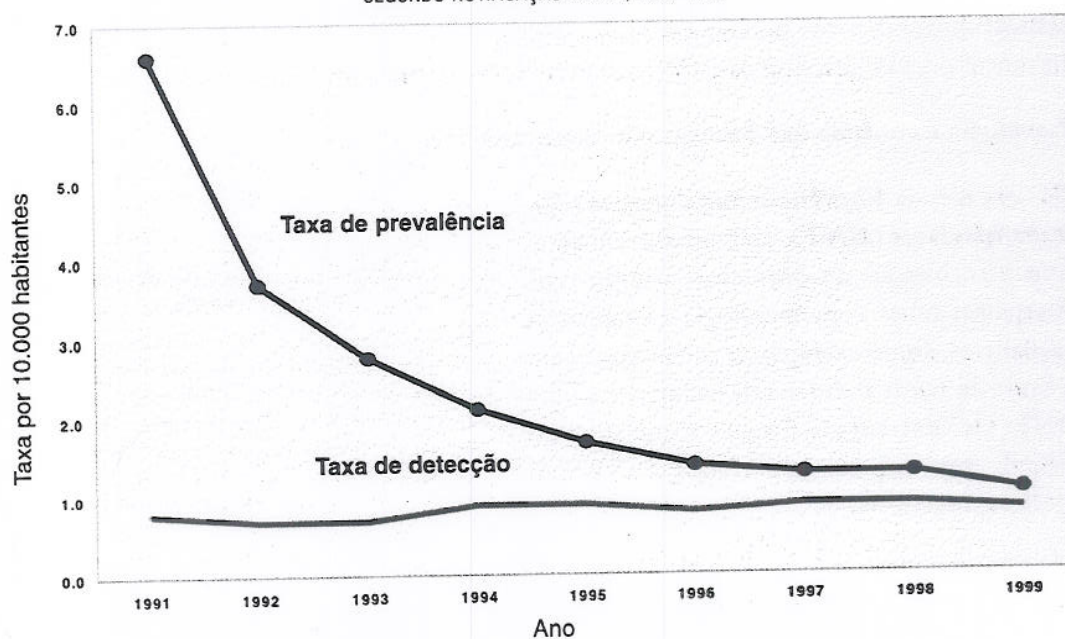


Fonte: Ministérios da Saúde

69. O *Programa de Vigilância integrada das doenças (IDS)* alcançou importantes sucessos que resultarão na implementação eficaz da estratégia de IDS a nível dos países. Dezassete países foram apoiados na avaliação dos seus sistemas de vigilância e foram elaboradas orientações técnicas para uso nos Estados-Membros, estando em elaboração materiais de formação e orientações para a sua adaptação. Foi criada, a nível regional, uma base de dados sobre as doenças transmissíveis prioritárias e é regularmente publicado um boletim epidemiológico. A equipa de IDS no Escritório Regional foi reforçada no decorrer do ano 2000 e foi prestado apoio técnico aos países, por meio de missões de funcionários da OMS e de consultores.

70. O *Programa de eliminação da lepra (LEP)* apoiou intervenções eficazes para eliminar esta doença, na Região Africana. Consequentemente, a prevalência e a incidência da lepra entraram claramente em declínio.

Figura 13: TAXAS DE PREVALÊNCIA E DE DETECÇÃO DA LEPROSA NA REGIÃO AFRICANA SEGUNDO NOTIFICAÇÃO À OMS, 1991-1999



Fonte: OMS/AFRO, 2000

71. Durante o ano 2000, o programa de luta contra a lepra efectuou 14 missões de avaliação ou monitorização nos países. Levaram-se a cabo 6 reuniões de programas nacionais e 5 de seguimento, 4 revisões de programas nacionais, 4 programas de planeamento e um de formação para apoiar as equipas nacionais. Foram apoiadas financeiramente 7 campanhas de eliminação da lepra, 3 projectos de ensaios clínicos e um curso nacional de formação. Sete directores de programas nacionais receberam também apoio financeiro para actividades de gestão, e vinte Estados-Membros que o solicitaram receberam da OMS medicamentos para a terapia multimedicamentosa. No fim do ano de 1999:

- a) A prevalência foi reduzida de 82.022 casos de lepra (1,2 casos por 10.000 habitantes) para 67.526 casos (1,06 por 10.000 habitantes).



- b) As detecções anuais de casos diminuíram de 56.521 para 51.963 novos casos. Esta redução não é significativa; no entanto, tendo em conta o aumento das actividades de detecção de casos, através de projectos SAPEL e de campanhas contra a lepra, este decréscimo revelou um controlo progressivo da doença nas comunidades;
- c) O número de países onde o objectivo da eliminação foi alcançado aumentou de 26 para 31.

72. O **Programa de erradicação da dracunculose** apoiou 12 países no ano em apreço. Entre Janeiro e Setembro de 2000, a incidência geral da doença foi reduzida em 24%, na Região: foram comunicados 17.290 casos no ano 2000, por comparação com 22.852 casos em 1999. Os países que interromperam a transmissão da doença (Camarões, Quénia, Senegal e Chade) - como o demonstram ao manterem zero casos autóctones - foram tecnicamente apoiados pela OMS para iniciarem ou prosseguirem as actividades de certificação da erradicação. Quatro dos 9 países da Região que solicitaram à Comissão de Certificação o certificado de erradicação da dracunculose, receberam-no. Assim, devem manter-se os esforços com vista à erradicação desta doença. A Representação da OMS no Gana apoiou a formação de uma comissão interagências para a dracunculose, para reactivar os esforços de erradicação da dracunculose no país.

### Prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis

73. Na área da **Vigilância das doenças não-transmissíveis (DNT)**, a advocacia começou com a realização de dois cursos intensivos interpaíses sobre a epidemiologia e a vigilância da diabetes, como exemplo da preocupação em termos de saúde pública relativamente a uma DNT. Os dois cursos foram organizados no Uganda (para os países anglófonos) e no Benim (para os francófonos).

74. O Escritório Regional contribuiu ainda para o processo de formulação de uma metodologia para a preparação de um relatório mundial sobre os factores de risco das DNT, o qual deverá estar concluído em 2002.

75. Nos próximos anos, será dada especial atenção à implementação de sistemas simplificados de vigilância das DNT mais comuns (doenças cardiovasculares, diabetes e cancro) e dos factores de risco, de modo a avaliar a sua eficácia quanto à prevenção e tratamento. Em termos reais, tratar-se-á de apoiar os países a criar programas de detecção e tratamento precoces da hipertensão e cancro do útero, bem como de reforçar o programa da OMS para controlo das febres reumáticas e doenças do coração.

#### **DOENÇAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS NA REGIÃO AFRICANA**

*Juntamente com o cancro, as doenças cardiovasculares e a diabetes constituem as doenças não-transmissíveis mais prevalentes, pelo que constituem uma ameaça crescente grave para a saúde pública. A hipertensão é o factor de risco mais importante e frequente para as doenças cardiovasculares, sendo responsável por mais de 20 milhões de doentes na Região. Com uma gestão adequada dos casos, pelo menos 250.000 óbitos poderiam ser evitados. A hipertensão é a principal causa de acidentes cerebrovasculares, que são uma das principais causas de incapacidade. A cardiopatia reumática continua a manifestar-se (até 15 por 100.000 crianças) apesar da disponibilidade de medidas preventivas eficazes e não dispendiosas. O cancro do colo do útero nas mulheres e do fígado nos homens (e o sarcoma de Kaposi em zonas de elevada prevalência do HIV/SIDA) são os cancros mais importantes na Região, podendo ser evitados, pelo menos parcialmente, pela prevenção.*



76. No âmbito das actividades de preparação de uma abordagem integrada de base comunitária para prevenção das DNT na Região, foi iniciada em 2000 e está em curso uma abordagem para a recolha sistemática dos dados já existentes nos países.

77. Alguns países, como Nigéria, Gana e Zimbabwe, foram apoiados na organização de actividades de prevenção das DNT. Foi reforçada a parceria com as demais Regiões da OMS e outros parceiros, entre os quais a União Europeia, na área das DNT, a qual resultará no reforço das capacidades de apoio aos países. Uma crescente colaboração com a Agência Internacional de Investigação sobre o Cancro (IARC) possibilitou a organização de um seminário de formação em prevenção e detecção do cancro do útero, bem como a formação de peritos africanos do Burkina Faso, Congo, Guiné e Níger, em métodos de notificação do cancro.

78. No que concerne ao tratamento das DNT, foram feitas pelo Comité Regional recomendações importantes, através da adopção, em 2000, da Estratégia Regional para o Controlo das Doenças Não-Transmissíveis. Alguns países já solicitaram apoio do Escritório Regional para implementarem essas recomendações. Prosseguiu a formulação de políticas e programas de saúde oral, graças ao apoio técnico e financeiro dispensado a alguns Estados-Membros (Burundi, Côte d'Ivoire, Guiné-Bissau, Ruanda, Seychelles e Suazilândia).

79. Os Centros de Colaboração da OMS para a *saúde oral* foram envolvidos mais do que nunca nas actividades de saúde oral. O seu contributo em termos de capacidade de investigação (especialmente da relacionada com as práticas tradicionais de higiene oral) e de elaboração de guias e outros documentos da divulgação, reforçaram as capacidades de apoio a todos os Estados-Membros. Foi dada ênfase especial à luta contra o Noma, cujas actividades são inteiramente geridas pelo Escritório Regional desde o fim do ano 2000.

80. Foi iniciada uma colaboração com a ONG "HelpAge Internacional" e a Organização da Unidade Africana (OUA), para criação de uma estrutura de formulação de políticas nacionais sobre o envelhecimento em África. Uma crescente colaboração com a Sede permitiu continuar a implementação de um protocolo sobre a difinição de um conjunto mínimo de dados que proporcione informações sobre o envelhecimento e a situação das populações idosas num dado país. Esta investigação está em curso em 4 países da Região (África do Sul, Gana, Tanzânia e Zimbabwe).



Fonte: Noma Children Hospital, Sokoto, Nig

*O Noma (Cancro Oris) é uma gangrena grave que corrói os tecidos moles e duros da boca e do rosto, sobretudo das crianças de 2 - 12 anos na África Subsariana. Em Janeiro de 2001, a gestão e implementação das actividades anti-Noma foram transferidas da Sede para o Escritório Regional.*



81. O programa de **Nutrição para a saúde e o desenvolvimento** apoiou 4 países (Benim, Burkina Faso, Mali e Togo) em estudos sobre a carência de iodo. O Grupo de Trabalho Africano para as Carências de Micronutrientes, reunido em finais de 1999, constatou os progressos efectuados nesta área. Numerosos inquéritos demonstraram o recuo da carência de iodo e a disponibilidade acrescida de sal iodado. Em todos os países, a cobertura das crianças menores de 5 anos por Vitamina A está garantida graças às Jornadas Nacionais de Vacinação (JNV), nas quais foi incluída a distribuição de cápsulas de Vitamina A. Na área da nutrição dos lactentes e das crianças pequenas, foi organizada uma formação de formadores para a implementação de políticas nacionais de amamentação, para os países de língua oficial portuguesa (Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique e São Tomé e Príncipe) e Guiné Equatorial.

82. Foi dada continuidade à Conferência Internacional sobre Nutrição através da organização de um seminário interpaíses que reuniu países francófonos; o mesmo seminário está planeado para países anglófonos em 2001. Após essa reunião será elaborado um relatório sobre os progressos realizados na implementação dos planos nacionais de acção para a nutrição. Finalmente, o Escritório Regional deu o seu contributo técnico e financeiro a Moçambique, para fazer face às consequências das cheias de Fevereiro de 2000 no plano da nutrição.

83. As actividades relacionadas com a **Promoção da saúde** foram realizadas num espírito de colaboração interdivisional e interprogramática. Pretende-se que o programa seja um instrumento de apoio para as áreas de actividade prioritárias do Escritório Regional. Foi preparado um documento de Estratégia Regional para apresentação a este Comité Regional. Além disso, foram reforçadas as capacidades dos pontos focais nacionais para os programas de promoção da saúde de 17 países (África do Sul, Argélia, Angola, Benim, Burundi, Gabão, Gana, Guiné Conakry, Quênia, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Uganda, Senegal, Suazilândia, Togo e Zâmbia), graças a um seminário interpaíses.

84. A iniciativa 'Escolas Saudáveis' foi reforçada à escala nacional e foi encorajada a implementação de redes sub-regionais das suas diversas componentes, graças à realização de duas reuniões consultivas sub-regionais que agruparam 15 países (África do Sul, Benim, Burundi, Gâmbia, Gana, Quênia, Madagáscar, Malawi, Maurícias, Mauritânia, Namíbia, Seychelles, Suazilândia, Chade e Togo). O Escritório Regional contribui activamente para a conceptualização e o desenvolvimento da promoção da saúde nas várias instâncias internacionais.

AFR/RC49/R3: ESTRATÉGIA REGIONAL DE SAÚDE MENTAL (EXCERTOS)

*Consciente da dimensão e da relevância para a saúde pública dos problemas mentais, neurológicos e psicossociais que têm sido agravados pelo estigma que lhes está associado; Reconhecendo a necessidade de analisar as abordagens existentes nesta área e de desenvolver um quadro estratégico global para a saúde mental e a prevenção e luta contra o abuso de substâncias psicoactivas, nos países da Região Africana;*

O Comité Regional,

SOLICITA ao Director Regional que:

- i) preste apoio técnico aos Estados-Membros para a elaboração de políticas e programas nacionais de saúde mental e de prevenção e luta contra o abuso de substâncias psicoactivas, bem como para a elaboração ou revisão da legislação sobre saúde mental;*
- ii) tome as medidas apropriadas para reforçar a capacidade da OMS de fornecer apoio técnico oportuno e eficaz, a nível regional e nacional, aos programas nacionais de saúde mental e de prevenção e luta contra o abuso de substâncias psicoactivas;*
- iii) intensifique o apoio à formação de profissionais de saúde mental aos diferentes níveis do sistema de saúde e promova o uso da medicina tradicional no contexto da realidade africana.*



85. Apesar da insuficiência de recursos humanos e financeiros, o **Programa de prevenção e reabilitação das incapacidades** apoiou o lançamento na Região da Iniciativa Mundial Visão 2020, sobre a prevenção da cegueira evitável. Foi apoiado um país (Mauritânia) na formulação de um programa de prevenção da cegueira evitável e outro (Angola) na implementação de um programa de prevenção e controlo dos traumatismos.

86. A *Saúde mental* é uma das prioridades mundiais e constitui uma área de actividade prioritária do Orçamento-Programa para o exercício de 2000-2001 e da Estratégia Institucional da OMS. As recomendações da Estratégia Regional de Saúde Mental foram largamente divulgadas por meio de várias actividades, entre as quais seminários interpaíses para coordenadores nacionais de programas de saúde mental e para os pontos focais das Representações da OMS nos países, ONG, Centros de Colaboração da OMS e outros parceiros. Alguns países receberam apoio técnico e financeiro directo para a elaboração de políticas e programas de saúde mental (Benim, Burundi, Guiné Equatorial, Gana, Libéria, Mada-gáscar, Mauritânia, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Togo e Zimbabwe).

87. No âmbito da Campanha Mundial contra a Epilepsia, os profissionais dos sectores da saúde e ciência sociais dos países da Região aprovaram a 'Declaração Africana sobre a Epilepsia' em Dacar, em Maio do ano 2000.

88. Foi criado um grupo de peritos para apoiar os Estados-Membros na implementação da *Estratégia Regional de Saúde Mental*. Foi também constituído um grupo de trabalho inter-divisões para preparar o Dia Mundial da Saúde de 2001, que foi consagrado à Saúde Mental. Todos os Estados-Membros receberam apoio técnico e financeiro importante para preparação e celebração desse dia, que foi subordinado ao tema "Não à exclusão - Sim aos Cuidados". Uma interacção sistemática com todos os países da Região possibilitou a recolha de informações pertinentes, que serão utilizadas para preparar o Relatório da Saúde no Mundo 2001.

#### DECLARAÇÃO AFRICANA SOBRE A EPILEPSIA DACAR, 6 DE MAIO DE 2000

*Os profissionais da saúde e das ciências sociais, e os representantes das universidades dos países da Região Africana, concordam por unanimidade com a seguinte declaração:*

*Considerando que:*

- *A epilepsia é a perturbação cerebral crónica mais comum e grave, estimando-se que afecte pelo menos 50 milhões de pessoas no mundo, das quais 10 milhões em África...*
- *Todas as pessoas com epilepsia podem ser tratadas de modo eficaz e pouco dispendioso...*
- *A epilepsia tem consequências físicas, psicológicas e sociais para as pessoas afectadas e suas famílias...*
- *Em África, as causas evitáveis de epilepsia são mais frequentes do que noutras regiões, incluindo as doenças infecciosas, os traumatismos craneanos, a insuficiência de cuidados perinatais e a consanguinidade...*

*Proclamamos o seguinte:*

*A epilepsia é uma prioridade da saúde em África, que exige que cada governo elabore um plano nacional para:*

- *Fazer face às necessidades na área da epilepsia em termos de acesso a pessoal qualificado, equipamento de diagnóstico moderno, medicação anti-epilepsia, informação, prevenção e integração social dos doentes com epilepsia;*
- *Educar e formar profissionais de saúde e outros profissionais competentes sobre a epilepsia;*
- *Incentivar a incorporação da prevenção e tratamento da epilepsia nos planos nacionais sobre as outras questões de saúde, como a saúde materno-infantil, a saúde mental... e os programas de reabilitação baseados na comunidade;*

*Promover a interacção com os sistemas de saúde tradicionais;*

*Proclamar um Dia Nacional contra a Epilepsia.*

*Campanha Mundial contra a Epilepsia é organizada sobre a égide da Organização Mundial de Saúde, Liga Internacional contra a Epilepsia (ILAE) e "Bureau" Internacional contra a Epilepsia (IBE).*

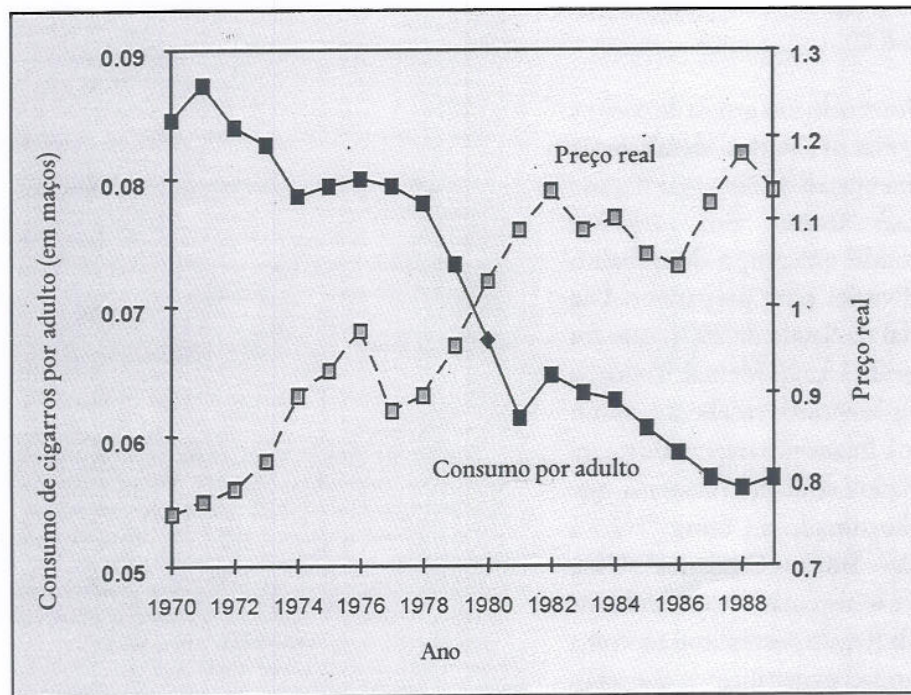


89. O programa de *Abuso de substâncias psicoativas* inclui a Iniciativa para um Mundo Sem Tabaco. As actividades de advocacia e informação incidiram nos pontos focais nacionais e nos das Representações da OMS nos países encarregados dos programas de luta contra o tabaco e dos programas de prevenção e controlo do abuso de substâncias psicoativas.

90. Os Estados-Membros receberam apoio técnico e financeiro para a comemoração de Dias Internacionais (Dia Mundial sem Tabaco, 31 de Maio; Dia Internacional contra o Tráfico Ilícito e o Abuso de Drogas, 26 de Junho). Foi estabelecida colaboração com Paramentos e ONG para reforçar a formulação de políticas anti-tabaco e auxiliar os países da Região a contribuir para os trabalhos preparatórios da Convenção-Quadro Antitabágica.

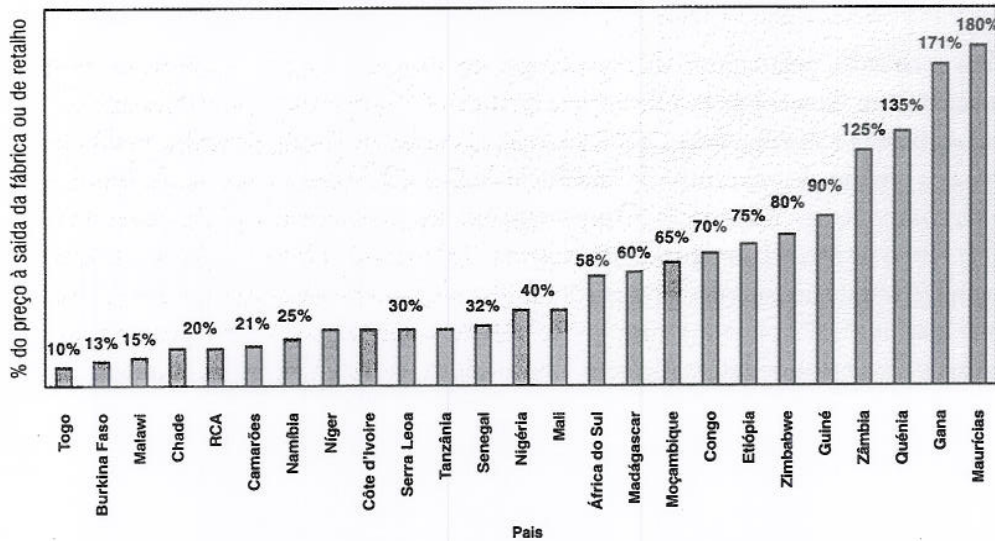
91. Foi ainda dado apoio técnico a alguns países para a elaboração de leis anti-tabágicas (Botsuana, Quênia, Lesoto, Uganda e Zimbábwe). Dois países em situação de pós-conflito (Libéria e Serra Leoa) foram apoiados para conceberem projectos de prevenção e controlo do abuso de substâncias psicoativas pelos jovens. No quadro da Iniciativa Mundial da OMS/PNUCID de Prevenção e Luta contra as Drogas e as Substâncias Psicoativas pelos Jovens, 3 países (Tanzânia, Zâmbia e África do Sul) beneficiaram de apoio para implementação duma abordagem comunitária integrada para prevenir e reduzir o consumo de substâncias psicoativas pelos jovens.

Figura 14: PREÇO REAL E CONSUMO ANUAL DE CIGARROS POR ADULTO NA ÁFRICA DO SUL, 1970 - 1989



Fonte: Banco Mundial, "Curbing the Epidemic, Governments and Economics of Tobacco Control, 1999".

Figura 15: TAXAS DE INSCRIÇÃO DE IMPOSTOS SOBRE OS CIGARROS EM ALGUNS PAÍSES AFRICANOS



Fonte: Banco Mundial, "Curbing the Epidemic, Governments and Economics of Tobacco Control, 1999".

### Saúde familiar e reprodutiva

92. Quase todos os Estados-Membros da Região Africana se empenharam na melhoria da saúde reprodutiva das suas populações. Assim, o Escritório Regional identificou os aspectos que devem ser contemplados na elaboração de programas regionais e nacionais de saúde reprodutiva, os quais se encontram enumerados na caixa a seguir.

93. Um dos maiores sucessos da área de actividade da Investigação e saúde reprodutiva consistiu em acrescentar mais 14 peritos africanos, ao painel dos 12 já existentes, para uma rápida implementação da estratégia de saúde reprodutiva na Região Africana. Como grupo profissional multidisciplinar, serão utilizados como consultores, para facilitar o processo de desenvolvimento das actividades de saúde reprodutiva nos seus países e fora deles.

94. Prestou-se apoio técnico e financeiro ao Burundi, República Centrafricana, São Tomé e Príncipe e Libéria para iniciarem a sua avaliação das necessidades na área da gravidez segura. Outros países foram apoiados para ultimarem esse exercício. O Burkina Faso, Senegal, Gâmbia e Gabão foram

#### NECESSIDADES DE DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE REPRODUTIVA

- Introdução do conceito de saúde reprodutiva em todos os países, por meio de uma abordagem multisectorial;
- Prestação de serviços globais de boa qualidade, equitativa e economicamente acessíveis, e adequados às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades, em particular dos grupos desfavorecidos;
- Reorientação dos processos de planeamento com vista a uma abordagem mais pragmática e participativa, para identificação dos problemas, necessidades e intervenções;
- Eliminação de todas as formas de obstáculos à saúde reprodutiva, tais como os de natureza política, legal, sócio-económica, comportamental ou baseados no sexo;
- Melhoria dos conhecimentos e competências de todas as pessoas com o objectivo de estabelecer uma paternidade e relações responsáveis, por forma a melhorar a sua capacidade para promover a sua própria saúde;
- Criação de um ambiente favorável aos prestadores de serviços;
- Reconhecimento do e apoio ao papel desempenhado pelos órgãos profissionais;
- Reforço da capacidade institucional do sistema nacional de saúde para satisfazer as necessidades de saúde reprodutiva.

AFR/RC47/8



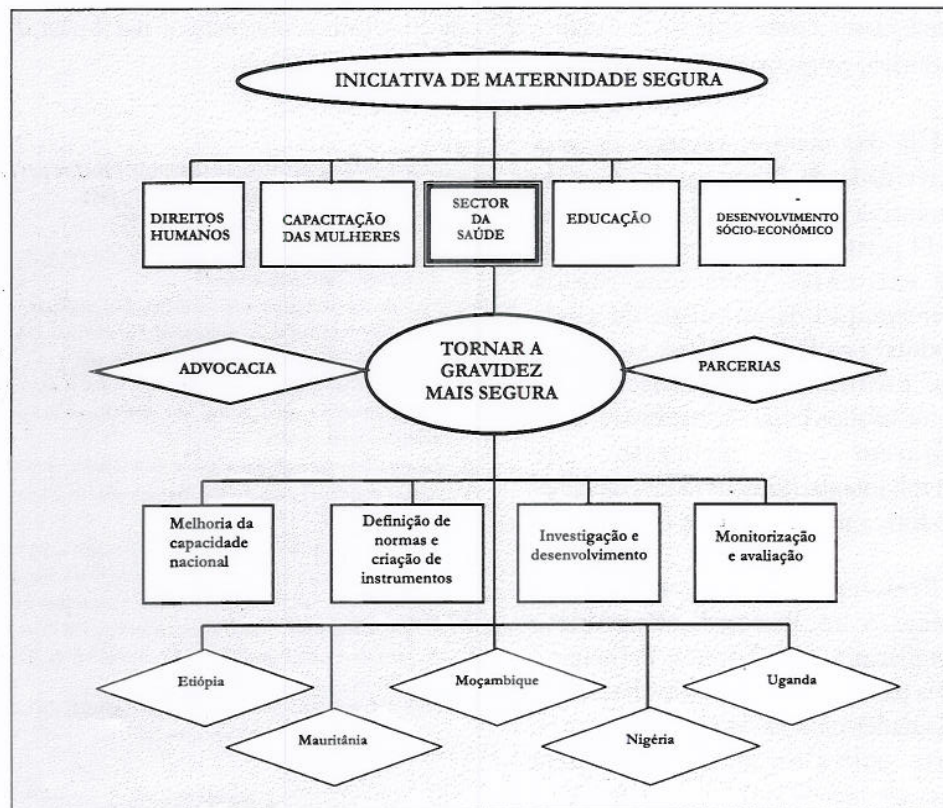
apoiados na introdução do Pacote de Saúde Mãe-Bebé a nível distrital e na formulação de um programa nacional de saúde reprodutiva.

95. Foi realizado, pela equipa de consultores do Programa John Hopkins de Formação Internacional em Ginecologia e Obstetrícia (JHPIEGO), um estudo de viabilidade do “*Centro Regional de Formação e Investigação em Saúde Reprodutiva e Familiar*” de Kigali, Ruanda, analisando uma proposta de criação de um centro de referência de alto nível para a saúde reprodutiva, com as seguintes componentes: i) formação; ii) investigação e desenvolvimento; iii) serviços de qualidade de saúde reprodutiva; iv) serviços de consultoria. Tal incluirá a formulação de um quadro de planeamento estratégico que descreva as condições e recursos necessários para o centro de Kigali se tornar funcional em termos de formação, capacidades de investigação e ainda quanto à angariação de fundos para se tornar auto-suficiente. Um projecto de relatório sugeriu uma abordagem faseada, começando por resolver em pequena escala os problemas locais durante um período transitório de dois a três anos, para depois se expandir gradualmente.

| 34 |

96. Na sua fase inicial (2000-2001), a iniciativa *Tornar a Gravidez mais Segura* (TGS) visou 5 países na Região Africana: Etiópia, Mauritânia, Moçambique, Nigéria e Uganda. Teve lugar, em Novembro de 2000, uma reunião conjunta entre a Sede da OMS, o Escritório Regional e os Representantes dos países seleccionados para a iniciativa, daí resultando a

Figura 16: TORNAR A GRAVIDEZ MAIS SEGURA



Fonte: OMS/AFRO, 2001

elaboração de um plano de acção para cada país. No contexto da iniciativa, realizou-se uma missão preparatória conjunta do Escritório Regional e da Sede, na Mauritânia, para coincidir com as actividades em curso sobre a reforma do sector da saúde, a fim de ser elaborada uma estratégia nacional de redução da morbilidade e mortalidade maternas.

97. As Discussões Técnicas da 50ª sessão do Comité Regional Africano identificaram uma vasta gama de factores que contribuem para o aumento ou a redução da mortalidade materna. Foram propostas as seguintes grandes intervenções prioritárias regionais:

- (a) Cuidados obstétricos de emergência, formação, reciclagem e qualidade dos cuidados;
- (b) Participação comunitária desde o início, garantindo a assunção de responsabilidades, a sustentabilidade e a eficácia;
- (c) Recolha de informações para garantir intervenções com base factual;
- (d) Determinação da mortalidade materna a nível comunitário e nos vários níveis do sistema de cuidados de saúde, e investigação para melhorar o desempenho;
- (e) Participação dos homens em todas as actividades;
- (f) Eliminação dos “três atrasos” (abaixo), implicando a funcionalidade dos sistemas de referência, apoiados por comunicações via rádio.

ELIMINAÇÃO DOS “TRÊS ATRASOS”	
Os três atrasos	Estratégias
1. Atraso na percepção dos problemas maternos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação ou reforço da participação e da consciência comunitária sobre a necessidade de cuidados de emergência</li> </ul>
2. Atraso na transferência de casos a exigir tratamento em maternidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoria das unidades de referência</li> </ul>
3. Atraso na criação de cuidados obstétricos de emergência eficientes e eficazes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestação de cuidados obstétricos de emergência com qualidade</li> </ul>

98. No que respeita à prevenção e tratamento do HIV/SIDA, foram realizadas as seguintes actividades:

- a) Foram revistas as orientações clínicas sobre o tratamento do HIV a nível das maternidades e elaborados planos para testes no terreno, além de reforço das capacidades a nível nacional.
- b) Foi revisto o quadro estratégico de implementação dos projectos de prevenção da transmissão mãe-filho do HIV, para incluírem as conclusões científicas e programáticas mais recentes.



- c) Foram concebidos modelos de apoio psicossocial às mulheres grávidas infectadas pelo HIV e às suas famílias, estando o primeiro projecto de demonstração a ser implementado no Zimbabwe.
- d) Participantes de 5 Estados-Membros receberam formação em uso de meios de comunicação para a educação e a promoção da saúde familiar e reprodutiva e prevenção do HIV/SIDA.

99. Os progressos alcançados na área de actividade da Saúde das crianças e adolescentes foram muito animadores, tendo os principais incidido na redução e prevenção da mortalidade dos recém-nascidos. Foram elaborados e adaptados instrumentos, para serem usados na avaliação da capacidade das unidades de saúde para cuidarem e tratarem dos recém-nascidos. Foi elaborado um programa de visitas ao terreno para efectuar essas avaliações no Burundi, Etiópia, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Suazilândia e Uganda. Esta actividade foi efectuada em colaboração com o programa “Tornar a gravidez mais segura”.

100. No que concerne aos cuidados e tratamento de recém-nascidos, o Burundi e a Suazilândia solicitaram a respectiva avaliação da qualidade nos locais onde são prestados. Angola elaborou um programa nacional de saúde das crianças, tendo 25 profissionais recebido formação nesta área.

101. No entanto, a negligência e o *Abuso sexual de crianças* estão a transformar-se numa grave ameaça para o bem-estar das crianças, sobretudo do sexo feminino. Como parte da promoção do desenvolvimento psicossocial da criança e da prevenção do abuso e negligência das crianças, participantes de 15 países receberam formação em prevenção e tratamento do abuso sexual de crianças. Até à data, já receberam formação nesta área participantes de 28 Estados-Membros (Angola, Burkina Faso, Burundi, Camarões, República Centrafricana, Congo, Côte d’Ivoire, Guiné, Quênia, Libéria, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Níger, RDC, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Ruanda, Tanzânia, Chade, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe). Como parte da formação, os participantes identificaram as diversas tipologias de abuso sexual de crianças que ocorrem nos respectivos países, e que se encontram enumeradas na caixa ao lado.

Quadro 1: TIPOS DE ABUSO SEXUAL DAS CRIANÇAS, NOTIFICADOS POR 28 PAÍSES AFRICANOS

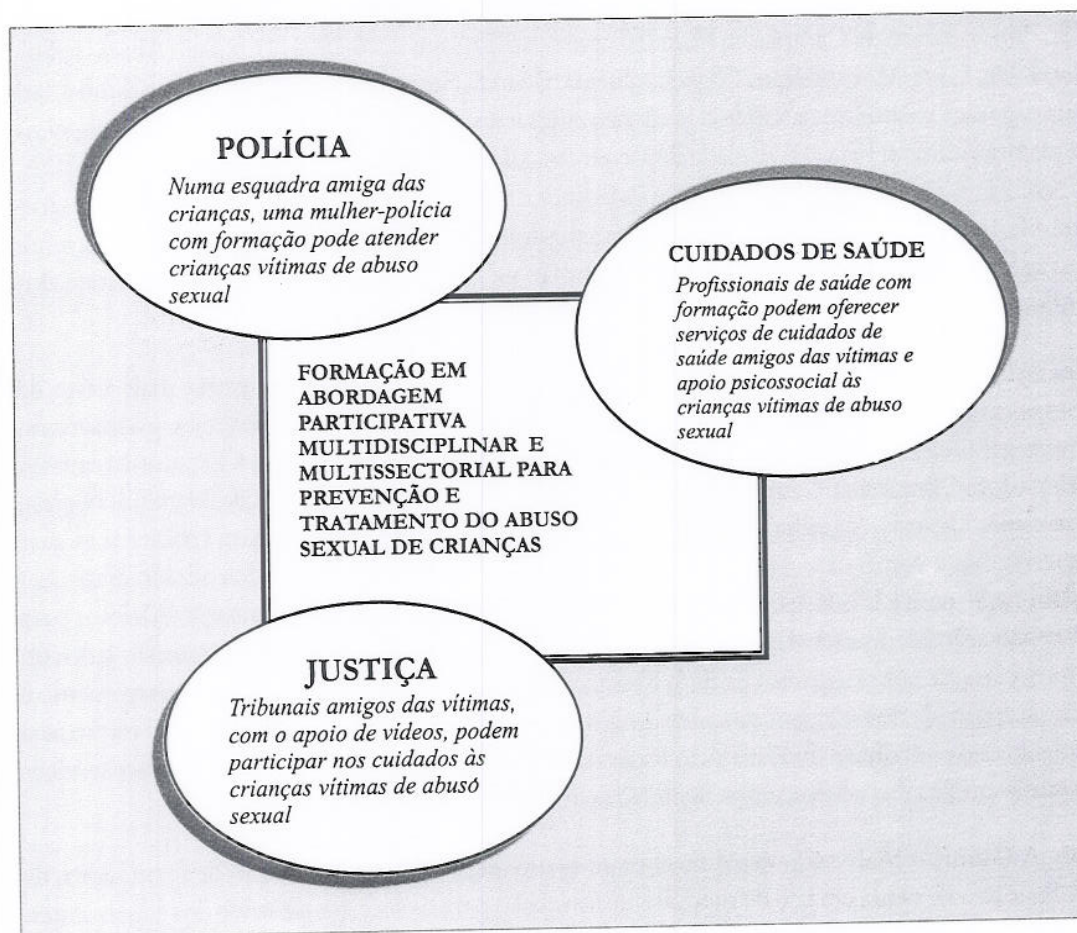
Tipos	Nº de países	%
- Violação, sodomia e conspurcação	22	79
- Assédio sexual e coerção	13	46
- Casamento precoce/forçado	11	39
- Mutilação sexual feminina,		
interferência genital	11	39
- Prostituição infantil	10	38
- Exploração sexual comercial	10	36
- Incesto	9	32
- Pedofilia	7	25
- Tráfico, venda transfronteiriça	4	14
- Gravidez precoce/forçada	2	7
- Abdução sexual e rapto	2	7

102. A formação interpaíses usou uma abordagem multidisciplinar e multisectorial para a prevenção e tratamento do abuso sexual das crianças (PTASC). A experiência do Zimbabwe com a criação de serviços amigos das vítimas foi usada para demonstrar a importância da colaboração entre instituições-chave, como a Polícia, os Tribunais e a Saúde (diagrama a

seguir). Foram elaboradas, em inglês e francês, para uso dos Estados-Membros, instruções para iniciar uma intervenção sistemática em PTASC.

103. Os sucessos na área da promoção do desenvolvimento sanitário e redução da mortalidade e morbidade dos adolescentes foram alcançados graças a consultas e contributos dos participantes de 17 Estados-Membros (Angola, Benim, Burkina Faso, Camarões, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Quênia, Libéria, Mali, Nigéria, Ruanda, Senegal e Serra Leoa) em duas reuniões de peritos, que culminaram na elaboração de uma estratégia regional de saúde dos adolescentes.

Figura 17: UMA ABORDAGEM PARTICIPATIVA MULTIDISCIPLINAR E MULTISSECTORIAL PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS



Fonte: OMS/AFRO, 2001



104. Sete países (África do Sul, Lesoto, Moçambique, Quênia, Suazilândia, Zâmbia e Zimbabwe) reuniram-se para analisar as abordagens da promoção da saúde e o desenvolvimento de aptidões para a vida nos programas de *Saúde dos adolescentes*. Foi sublinhada a necessidade de se conceber uma abordagem estratégica que reforce as intervenções para promover os comportamentos saudáveis, reduzir os comportamentos de risco e estimular estilos de vida saudáveis durante a adolescência.

#### ELEMENTOS ESSENCIAIS DA SAÚDE DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES

- Há 1,7 mil milhões de jovens (10-24 anos) no mundo e estes representam 33% da população total da Região.
- As actividades recreativas, uma nutrição adequada e aptidões sociais fazem parte do desenvolvimento da saúde dos jovens.
- O envolvimento dos jovens em actividades de geração de receitas e de redução da pobreza é importante.
- O apoio e a participação dos membros da comunidade na saúde e desenvolvimento dos jovens são essenciais.

105. No contexto da Campanha Mundial contra a SIDA em 2000-2001, 11 países (África do Sul, Botswana, Gana, Moçambique, Nigéria, Quênia, Ruanda, Senegal, Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe) participaram na análise da saúde dos adolescentes e jovens do sexo masculino e do seu papel na saúde reprodutiva. Esta actividade decorreu em colaboração com a Sede da OMS, ONUSIDA, UNICEF, Conselho das Populações e Pathfinder, uma ONG. Concluiu-se que era necessário reconhecer a influência dos jovens do sexo masculino nos processos de tomada de decisões sobre a saúde sexual e reprodutiva e de a contemplar na concepção dos programas de saúde dos adolescentes.

106. Além disso, é necessário elaborar programas que abordem uma gama mais vasta de comportamentos de risco, como o álcool, o tabaco e o abuso de substâncias psicoactivas. Investigadores e directores de programas de saúde dos adolescentes de 14 Estados-Membros (África do Sul, Botswana, Camarões, Gana, Quênia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe) participaram numa reunião para trocarem as suas experiências e resultados da investigação em serviços de saúde amigos dos adolescentes, em colaboração com a UNICEF, a agência alemã de apoio técnico (GTZ), a Fundação Africana para a Investigação Médica (AMREF), Pathfinder e o Conselho das Populações. A reunião aprovou uma declaração sobre aspectos críticos e essenciais, tendo recomendado a criação, alargamento e sustentabilidade dos serviços de saúde amigos dos adolescentes nos países. Esta declaração será integrada no contributo do Escritório Regional para a reunião consultiva mundial sobre serviços de saúde amigos dos adolescentes, agendada para Março de 2001.

107. A Guiné, o Mali e o Senegal receberam apoio técnico para a formação de formadores de profissionais de saúde em uso de módulos de formação para os serviços de saúde dos adolescentes. No Botswana, foi dada formação a profissionais de saúde sobre como tornar os serviços de saúde amigos dos adolescentes.



108. Encontrava-se em fase de implementação no Gana a formação de professores para a prestação de serviços de saúde escolar, em simultâneo com o estabelecimento de coordenação entre os Ministérios da Educação e da Saúde. A Suazilândia deu formação a 340 professores em desenvolvimento psicossocial da criança e a Côte d'Ivoire integrou a saúde dos adolescentes nos programas de saúde existentes.

109. Alguns países elaboraram políticas de saúde reprodutiva que incluem uma componente sobre os adolescentes e os jovens (Burundi, Gana e Zâmbia). Outros adoptaram uma política de base alargada para a juventude que integra uma componente de saúde (Seychelles e Zimbabwe). Outros ainda têm uma política de saúde reprodutiva para os jovens (Argélia, Botswana e Gâmbia).

Alguns países têm uma política de saúde global para os adolescentes e os jovens. Em muitos países, essas políticas têm evoluído ao longo de processos participativos e de consulta, com a participação de parceiros e intervenientes-chave. Muitas estão ainda em fase de projecto, aguardando aprovação dos respectivos governos.

110. Quase todos os Estados-Membros têm um ponto focal no Ministério da Saúde responsável pela saúde dos adolescentes. Trata-se de uma evolução positiva, considerando que os jovens com idades entre os 10-24 anos constituem em média 33% da população total, em muitos países da Região. Muitas das actividades e intervenções dirigidas para a saúde dos adolescentes são lideradas por organizações não-governamentais em colaboração com o governo. Entre as actividades de saúde das adolescentes nos países, são de assinalar:

- a) prevenção do HIV/SIDA/IST entre os jovens (Gâmbia);
- b) formação de jovens na preparação para a vida activa e educação dos seus pares (Suazilândia);
- c) criação de serviços amigos dos adolescentes (Botswana, Congo-Brazzaville, Namíbia e Nigéria);
- d) análise da situação das questões de saúde e afins dos adolescentes e jovens, e sensibilização da comunidade para a saúde dos adolescentes (Camarões, Libéria, Quênia e Uganda).
- e) estudo do comportamento dos jovens no sentido de procurar saúde (Maurícias e Seychelles).

#### CITAÇÕES DE DECLARAÇÕES FEITAS POR ADOLESCENTES EM REUNIÕES SOBRE SAÚDE DOS ADOLESCENTES

- *"É preciso advogar para que os jovens africanos tenham educação básica"* - Um participante do Zimbabwe
- *"Há necessidade de ensinar a abstinência, a qual tem sido ignorada à medida que as pessoas se concentram na promoção de preservativos"* - Um jovem
- *"É importante notar que o comportamento leva tempo a mudar e que isso exige sacrifícios"* - Um participante do Zimbabwe
- *Os pais devem ser ensinados a ser amigos dos jovens. Quando um pai chega a casa, as crianças ficam calmamente nos seus quartos, ao passo que quando estão com a mãe conversam e riem"* - Um jovem
- *"Quando são vítimas de maus tratos quando crianças, os jovens tendem a interpretar maus tratos. Os jovens traumatizados tendem a comportar-se como os seus pais"* - Um jovem
- *"Os jovens com incapacidades são frequentemente ignorados nos programas de saúde dos adolescentes; no entanto, eles sofrem mais devido à sua situação infeliz"* - Um participante do Quênia
- *"A mudança é feita por alguns indivíduos e as pessoas aqui presentes devem ser capazes de fazer a diferença"* - Um perito da OMS
- *"Quando as escolas estão encerradas é possível chegar até aos jovens através de campos de actividade"* - Um perito da OMS
- *"Os jovens não são apenas um monte de problemas. Se forem bem orientados, os jovens podem resolver da melhor maneira os seus problemas"* - Um participante do Zimbabwe
- *"Gosto de estar com pessoas mais velhas que respeitem a minha opinião"* - Um jovem



111. As abordagens utilizadas nos serviços de saúde amigos dos jovens encontram-se em fase experimental, com diversos modelos de prestação de serviços, para selecção do melhor deles. No entanto, têm surgido alguns obstáculos relacionados com o longo processo de consultas aos intervenientes-chave, antes do lançamento de projectos-piloto. Além disso, os custos da manutenção destes serviços “modelo” é elevado em algumas situações e a indisponibilidade de fundos provenientes de fontes extra-orçamentais para completar o processo tem-no impedido de avançar.

112. A futura cooperação da OMS com os Estados-Membros na área da saúde das crianças e dos adolescentes será facilitada pela existência de pontos focais nacionais e da boa vontade que se manifeste entre os parceiros e as instituições governamentais. Como o falecido dirigente sul-africano Oliver Tambo afirmou, “*Qualquer nação, qualquer povo, qualquer comunidade que não cuide das suas crianças, não tem futuro*”.

113. Durante o período em apreço, o programa de *Desenvolvimento e saúde das mulheres* incidiu principalmente no desenvolvimento do seu conteúdo e actividades. Uma reunião consultiva com os pontos focais regionais e nacionais para a saúde das mulheres, realizada em Genebra, em Outubro de 2000, sublinhou a necessidade de advocacia, de partilha das informações e de colaboração. Essa reunião realçou também a importância de se fazer uma listagem das principais ONG regionais e internacionais que actuem no campo da saúde das mulheres e da problemática dos sexos. Foram desenvolvidas actividades nesse sentido e todas as Representações da OMS nos países foram convidadas a identificar ONG para essa listagem.

114. Está em curso o processo de elaboração de uma estratégia regional para a saúde das mulheres. Além disso, está a ser concebida e executada uma avaliação das necessidades, por uma ONG altamente especializada da África do Sul. O seu objectivo é identificar elementos-chave para integrar no documento da estratégia. Realizar-se-ão em 2001 reuniões consultivas regionais e nacionais para procurar informação adicional e reunir consenso sobre a elaboração e implementação da estratégia regional.

115. Em relação à *problemática do género*, estão planeados para 2001 três seminários para sensibilizar os funcionários da OMS e os pontos focais nacionais para a importância da análise e monitorização da problemática dos sexos nas questões relacionadas com a saúde. Com essa finalidade, foi enviado a todos os Estados-Membros um questionário. Entretanto, estão a ser revistos módulos de formação que reflectam os programas prioritários da OMS com forte impacto sobre as questões do género (IST/HIV/SIDA, segurança do sangue, paludismo e redução da pobreza). As actividades de desenvolvimento e saúde das mulheres relacionadas com o cancro do colo do útero e a violência sexual também serão incorporadas nos módulos de formação. Como diversos Estados-Membros referiram a necessidade de um estudo sobre a infertilidade, o cancro do útero e a violência sexual, o programa de desenvolvimento e saúde das mulheres deu início a uma acção-investigação participativa e colaborará com a Divisão das Doenças não Transmissíveis sobre estes temas.

116. O programa relativo aos *Aspectos sociais da saúde familiar e reprodutiva* conseguiu identificar e documentar as características e os factores que causam a violência sexual na Região Africana, fazendo recomendações práticas para actividades nacionais e regionais.



117. Na área da *Prevenção e luta contra práticas tradicionais lesivas*, houve um número crescente de países a elaborar políticas e a promulgar leis sobre a prevenção da mutilação genital feminina (MGF) e um aumento correspondente no número dos que implementaram programas de intervenção para a prevenção da MGF e das práticas tradicionais lesivas.

118. Na *Nigéria*, por exemplo, cinco estados publicaram legislação contra a MGF. A Guiné legislou recentemente sobre a saúde reprodutiva, com incidência na prevenção da MGF. O Quênia, Tanzânia, Togo e Mali elaboraram planos de acção nacionais e regionais para acelerar a eliminação da MGF e de outras práticas culturais que afectam a saúde das mulheres e crianças, tendo-se lançado na implementação das actividades previstas nesses planos.

#### BRAVO ÁFRICA!

##### Rumo à adopção de leis contra a mutilação genital feminina (MGF):

- Proibição de todas as formas de MGF: Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Senegal, R. Centrafricana
- Prisão e/ou multas para aqueles que efectuem MGF numa mulher ou rapariga, bem como para aqueles que solicitam, incitam ou promovem a excisão por meio de suborno, dinheiro, géneros e/ou apoio: Burkina Faso, Côte d'Ivoire e Gana.
- Outras leis que proíbem traumatismos que afectam as funções corporais, como tratamento cruel e desumano (Código Penal da Guiné Conakry) e consideram ilegal o estupro e ferimentos corporais dolorosos (Código Penal do Mali)

##### O QUE TORNA AS INTERVENÇÕES SOBRE MGT ACÇÕES DE PREVENÇÃO

- Respeitar e ter tolerância pelas culturas e tradições dos povos
- Compreender as origens da MGF
- Trabalhar no seio do sistema e das populações
- Identificar os costumes positivos e basear-se neles
- Sensibilizar e educar as pessoas
- Procurar alternativas aceitáveis
- Formular estratégias adequadas de marketing
- Assegurar que ninguém perde no processo

Fonte: DRH/OMS/AFRO

119. Com base nas lições colhidas da experiência na Nigéria, descobriu-se que a literacia funcional e as actividades geradoras de receitas são factores que contribuem para melhorar a saúde das mulheres. Em colaboração com a Sede da OMS, está a ser dado apoio financeiro ao Projecto do Distrito de Bubi, na província de Matabeleland Norte, no Zimbabwe, repetindo as lições recebidas com o projecto de Saúde das Mulheres de Chivi, na província de Masvingo, sobre promoção da saúde através da literacia funcional das mulheres e da acção intersectorial.

#### Ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável

120. Esta divisão contempla três áreas de actividade: Promoção do ambiente humano; Segurança alimentar; Saúde no desenvolvimento sustentável. Prosseguiu activamente a implementação de planos de acção nacionais e regionais relativos a estas áreas de actividade.

121. A área de actividade *Protecção do ambiente humano* trata do seguinte: água, saneamento e saúde; avaliação e gestão dos riscos ambientais; saúde ambiental rural e urbana; saúde ocupacional.

122. O relatório de avaliação do sector da água e saneamento na Região Africana da OMS para o ano de 2000 foi publicado.



Quadro 2: RESUMO DAS TENDÊNCIAS NA COBERTURA MUNDIAL E REGIONAL  
POR ABASTECIMENTO DE ÁGUA E SANEAMENTO, 1970-1999

Área de Serviço	População servida (%)								
	1970	1975	1980	1983	1985	1988	1990	1994	1999
<b>Mundial</b>									
Água urbana	65	74	73	74	75	83	95	82	94
Água rural	13	20	32	39	42	57	66	70	71
Total-	-	46	-	54	65	79	75	82	-
Saneamento urbano	54	50	49	52	59	67	81	63	86
Saneamento rural	9	11	13	14	16	19	35	18	38
Total-	-	39	-	31	37	55	34	60	-
<b>África</b>									
Água urbana	66	68	66	61	78	83	81	-	83
Água rural	13	21	22	26	25	31	36	-	42
Total-	-	32	-	40	46	49	-	56	-
Saneamento urbano	47	75	54	68	73	54	79	-	81
Saneamento rural	23	28	20	25	25	21	47	-	41
Total-	-	28	-	38	30	36	-	55	-

**Notas:**

- 1) Cobertura mundial: Dados relativos a 1970 - 1988 obtidos a partir de avaliações da OMS; dados relativos a 1990 - 1999 obtidos a partir de avaliações da OMS / UNICEF / JMP.
- 2) Cobertura regional: Refere-se à Região Africana da OMS. Todos os dados relativos a 1970 - 1999 foram obtidos a partir de avaliações da OMS
- 3) (-) Os cálculos não foram efectuados.

Fonte: Avaliação do sector do abastecimento de água e saneamento, no ano 2000, Região Africana, 1ª parte

123. Prestou-se apoio técnico e financeiro a 20 países (África do Sul, Benim, Botswana, Burkina Faso, Chade, Eritreia, Gana, Guiné-Conacry, Lesoto, Madagáscar, Mauritânia, Moçambique, Níger, Namíbia, São Tomé e Príncipe, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Zâmbia e Zimbabwe) para implementação de micro-projectos comunitários de abastecimento de água e saneamento, em distritos afectados pela cólera, utilizando-se a abordagem de transformação participativa no saneamento e na higiene.

124. Formularam-se e enviaram-se aos Estados-Membros directrizes para a coordenação e estabelecimento de redes no sector do abastecimento de água e saneamento. Prestou-se apoio a 6 países (Eritreia, Malawi, Togo, Swazilândia, Zâmbia e Zimbabwe) para a formulação de políticas de saúde ambiental.

PROMOÇÃO DA HIGIENE E EDUCAÇÃO  
EM SANEAMENTO NAS ESCOLAS



Fonte: OMS/AFRO, 2000

Actividades da OMS na Região Africana no ano 2000

125. O Gana e o Uganda foram apoiados na execução de projectos-piloto de vigilância da qualidade da água para consumo humano; outros seis países (Eritreia, Quênia, Namíbia, África do Sul, Tanzânia e Zimbábwe) receberam apoio para projectos-piloto de tratamento de lixos hospitalares. O Mali e a Tanzânia foram apoiados na implementação de actividades no campo da segurança química.

126. Em África, há necessidade de fazer a cartografia, a nível internacional, nacional e local, dos perigos para a saúde ambiental. Tal contribuirá significativamente para uma abordagem mais eficaz na prevenção dos problemas de saúde ambiental, por exemplo, nas seguintes áreas:

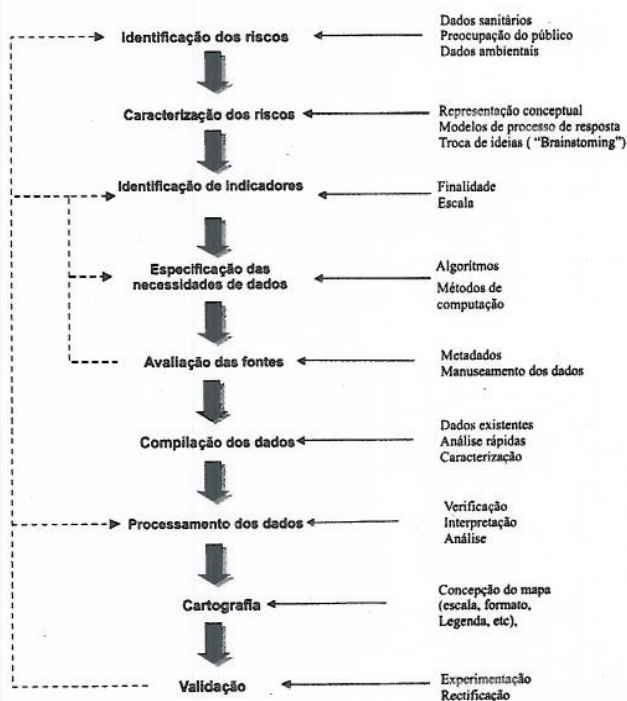
- a) Preparação para as situações de emergência e alerta precoce de perigos ambientais;
- b) Avaliação estratégica de políticas, programas e planos de saúde ambiental;
- c) Planeamento a longo prazo da prevenção, redução e controlo dos perigos;
- d) Aumento da consciencialização e concessão de poderes acrescidos às comunidades.

127. Foram distribuídas pelos países orientações sobre a cartografia dos perigos para a saúde e seu impacto sobre a saúde ambiental.

128. Vinte países francófonos receberam apoio para elaborarem planos de acção para a sua **Saúde ambiental rural e urbana** durante o período em apreço e 6 países (Camarões, Gana, Guiné-Bissau, Tanzânia, Congo e Uganda) foram auxiliados na implementação de projectos de cidades saudáveis. Foi organizado um encontro de Presidentes de Câmaras Municipais Francófonos e agências doadoras para ajudar as cidades a mobilizar recursos para os seus programas de cidades saudáveis.

129. O programa de **Saúde ocupacional** está actualmente a apoiar projectos-piloto em 5 cidades: (Yaoundé, Cidade do Cabo, Joanesburgo, Dar-es-Salaam e Harare). Em conjunto com a Sede da OMS, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e os Centros de Colaboração da OMS, foi lançada a Iniciativa Africana de Saúde Ocupacional.

Figura 18: ETAPAS NA CARTOGRAFIA DOS RISCOS PARA A SAÚDE AMBIENTAL



Fonte: Saúde ambiental Hazard Mapping OMS AFRO, 2000



130. Na área da *Segurança alimentar* as actividades incidiram na definição das funções de apoio técnico a longo prazo e identificação de parceiros. O Escritório Regional participou em várias reuniões interpais e conferências internacionais sobre a vulnerabilidade alimentar, avaliação dos riscos alimentares e rotulagem dos alimentos, e normas da Comissão do Codex Alimentarius.

131. A área de actividade *Saúde no desenvolvimento sustentável* trata de: desenvolvimento sanitário a longo prazo; pobreza e má saúde; saúde ambiental e gestão da informação sobre o desenvolvimento sustentável. A consciencialização sobre questões de desenvolvimento sustentável aumentou consideravelmente em toda a Região Africana da OMS, na sequência da delimitação de um certo número de instrumentos e quadros de referência, bem como da realização de seminários e reuniões.

132. Foram revistas por um painel de peritos e em seguida editadas e distribuídas pelos Estados-Membros, as orientações para programas de desenvolvimento sanitário a longo prazo.

133. O programa sobre *Pobreza e má saúde* organizou uma reunião consultiva regional sobre pobreza e saúde em Harare, Zimbabwe, em Julho de 2000. A reunião, que contou com a participação de representantes de todos os quadrantes, fez um certo número de recomendações importantes aos governos, OMS e parceiros na área do desenvolvimento. Os governos foram incentivados a adoptar uma abordagem epidemiológica para reduzir a pobreza. Atendendo às relações bi-direccionais entre pobreza e saúde, os ministros da saúde foram incentivados a desempenhar um papel-chave nos esforços nacionais destinados a reduzir a pobreza. A OMS e outros parceiros foram exortados a advogar o perdão da dívida, a documentar e disseminar as melhores práticas e a apoiar os ministérios da saúde no reforço das respectivas capacidades para advogar junto dos outros sectores as questões relativas à pobreza.



Fonte: OMS/AFRO, 2000

*Um centro para órfãos, localizado no distrito de Mutoko, no Zimbabwe, acolhe 124 crianças deserdadas e afectadas pela SIDA. "Mother of Peace Community", uma ONG, cuida dessas crianças. Este centro comunitário tem por objectivo estabelecer uma base forte e visionária para a futura vida das crianças afectadas pela SIDA. O pessoal do Escritório Regional e amigos apoiaram o processo de redução da pobreza e desenvolvimento sustentável, contribuindo generosamente para o centro, de modo a torná-lo auto-suficiente em todos os aspectos.*

134. Foi preparado um quadro estratégico sobre a pobreza e a saúde. Além disso, foi constituído um grupo regional de trabalho sobre a pobreza e a saúde, bem como uma comissão de pontos focais para a pobreza e a saúde, representando todas as Divisões Técnicas do Escritório Regional. As Reuniões Regionais do Programa proporcionaram uma ocasião para esclarecer os Representantes da OMS na Região sobre o programa de combate à pobreza.



Quadro 3: ALGUMAS ESTATÍSTICAS ESSENCIAIS SOBRE A POBREZA EM ÁFRICA

População	778,4 milhões (1999)
Número de pessoas em pobreza absoluta	240 milhões (31%), isto é, que vivem com menos de 1 dólar americano por dia
Número de pobres dólares americanos por dia	387 milhões (49%), isto é, que vivem com menos de 2
Percentagem de africanos pobres	16% em 1985; 25% no ano 2000, da população total de pobres no mundo
Crescimento demográfico (%)	1999: 2,4
Crescimento do PIB (%)	1999: 2,3
Taxa de mortalidade infantil:	1998: 91,8 por 1000
Esperança de vida à nascença	1998: 50,4 anos
Taxa de mortalidade dos menores de 5 anos:	1998: 151 por 1000
Total líquido da assistência ao desenvolvimento ultramarino per capita (em dólares americanos)	1996 - 30,7 1998 - 20,8
Total do serviço da dívida	1998: 14,1 mil milhões de dólares (50% das exportações)
Dívida a pagar a curto-prazo.	1996: 40,8 mil milhões de dólares (140% das exportações) 1998: 42,5 mil milhões de dólares (150% das exportações) (enfraquecendo assim a capacidade dos governos para desenvolvimento humano devido ao dívida a curto prazo).
afectar novos recursos ao investimento e ao crescente fardo da	
Fonte: PNUD, BANCO MUNDIAL DFID	

### Administração e finanças

135. A Divisão de *Administração e finanças* abrange 4 grandes áreas de actividade: Gestão e Disseminação da Informação Sanitária; Recursos Humanos; Gestão Financeira; Serviços de Informática e de Infra-estruturas. As actividades administrativas, financeiras e de gestão exigem um grau considerável de atenção e engenho, sobretudo devido às restrições orçamentais. A divisão está a actuar correctamente e tem conseguido implementar substancialmente a maioria das actividades planeadas.

### Gestão e disseminação da informação sanitária

136. A Biblioteca do Escritório Regional prosseguiu com a expansão das suas actividades, em particular no que respeita ao fornecimento de informação por meios electrónicos. Tendo sido aumentada a área das suas instalações, os visitantes podem agora aceder mais facilmente aos seus recursos. A secção de Publicações continua a ampliar a sua capacidade de traduzir e imprimir publicações da OMS, além de providenciar serviços de interpretação e tradução às reuniões da OMS.

## Recursos humanos

137. O preenchimento de alguns cargos superiores essenciais permitiu à Divisão responder melhor às necessidades de cerca de 1300 funcionários do quadro, com diversas modalidades de contratações. Os exames médicos, por vezes responsáveis por atrasos no recrutamento, passarão em breve para a alçada dos serviços da Região, com a nomeação de um médico responsável e a disponibilização das necessárias instalações. Na área da formação, cerca de 100 funcionários administrativos das Representações da OMS nos países completaram um curso intensivo de duas semanas; outros 30 funcionários receberam formação nas instalações da Representação na República Democrática do Congo.

138. Embora os serviços do *Pessoal* já tenham beneficiado de um reforço que lhes permitirá dar uma melhor resposta às necessidades dos funcionários da Região, é ainda necessário conceber sistemas e práticas modernas de gestão do pessoal, no âmbito do processo de melhoria.

## Gestão financeira

139. Os serviços financeiros foram consideravelmente reforçados, estando a funcionar com muita eficácia no apoio aos programas técnicos. No âmbito da descentralização de competências administrativas e financeiras para as Divisões Técnicas, foi criada uma unidade de apoio ao programa da poliomielite e estabelecidos cargos de Administradores em cada uma das Divisões Técnicas. Tal deverá permitir um apoio mais sólido e mais acelerado aos programas. Estão igualmente em curso planos para uma maior automatização nos serviços financeiros.

## Serviços de informática e infra-estruturas

140. Na área da informática, todas as Representações da OMS nos países têm ligações por e-mail, fax e telefone, o que se traduz claramente em maior rapidez na implementação dos programas na Região. De momento, o maior desafio consiste em reforçar as comunicações com os Estados-Membros, um processo que está em curso. A Rede do Programa Mundial (GPN), que faz ligação entre a Sede e os Escritórios Regionais, funciona bem presentemente. A ligação da GPN às Representações da OMS nos países será a próxima, e difícil, tarefa. Outro desafio consiste em tornar o Sistema de Gestão das Actividades (AMS) da Região mais fácil de utilizar e mais capaz de responder às necessidades dos quadros técnicos.

141. Os *Serviços de Administração-Geral* prosseguiram com os seus esforços no sentido de resolver os problemas de espaço para funcionários do Escritório Regional. A este respeito, uma parte dos serviços foi transferida para instalações localizadas em Highlands, que o Governo do Zimbabwe cedeu sem encargos. Ao mesmo tempo, têm-se mantido estreitos contactos com as autoridades congolenses encarregues da renovação do Escritório Regional presentemente em curso em Brazzaville, Congo.

142. Os *Serviços de aprovisionamento* continuaram a fornecer e a distribuir consumíveis e equipamento para os projectos, aos melhores preços e o mais rapidamente possível.



## FACTORES FAVORÁVEIS E OBSTÁCULOS À EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA

143. Foi efectuada uma análise intermédia da execução no primeiro ano do Orçamento-Programa para o exercício de 2000-2001. Essa análise destacou os principais factores favoráveis e obstáculos, a nível regional e dos países, que se resumem abaixo.

### A nível regional

#### *Factores favoráveis*

144. O processo de planeamento conjunto do Orçamento-Programa foi uma experiência de aprendizagem para a OMS no seu todo. O conteúdo dos planos de acção da Região Africana para 2000-2001 melhorou consideravelmente. O planeamento conjunto contribuiu para uma melhor colaboração inter-divisões, no seio do Escritório Regional Africano, e para uma interacção acrescida entre este último e a Sede. Sobretudo devido aos constrangimentos temporais, a participação das Representações nos países foi limitada e necessita de ser melhorada no processo de planeamento do próximo biénio. Como indicado no relatório da análise intermédia, verificou-se um melhor espírito de equipa no seio das divisões e entre estas e as Representações nos países, o que facilitou a implementação das actividades. O papel dos peritos das várias áreas de actividade e o seu empenhamento no apoio à implementação dos programas a nível dos países também contribuiu grandemente para o elevado grau de sucesso na implementação. Um melhor uso dos meios electrónicos e das telecomunicações facilitou as interacções entre os vários níveis da OMS e entre esta, os Estados-Membros e outros parceiros.

#### *Obstáculos*

145. Embora o planeamento do Orçamento-Programa tenha melhorado a colaboração entre os vários níveis da OMS, também tornou visível a necessidade de melhorar os mecanismos de coordenação. Além disso, muitas áreas de actividade ainda não dispõem de recursos humanos e financeiros suficientes, o que entravou a implementação das actividades. É grande a dependência de recursos financeiros outros que não os do orçamento ordinário e as competências e o tempo necessários à mobilização de recursos adequados constituíram um obstáculo importante.

146. Outros obstáculos identificados na análise intermédia foram a ausência de dados, a escassez de iniciativas novas e inovadoras e o atraso na apresentação das propostas dos projectos dos países para financiamento. A monitorização dos programas deve melhorar com a utilização do Sistema de Gestão das Actividades (AMS) e o estabelecimento de uma ligação com o Sistema de Informação Contabilística e Financeira (AFI). Há necessidade de um mecanismo adequado para reprogramar as actividades que não possam ser implementadas devido a constrangimentos orçamentais, ou outros. Além disso, é necessário um melhor sistema de afectação ou mobilização dos recursos adequados. Se houver uma monitorização correcta, as actividades podem ser reprogramadas em tempo oportuno. É importante notar que, durante



o ano em apreço, os problemas de segurança na Região Africana atrasaram o processo de implementação das actividades ou exigiram que se procedesse a mudanças no mesmo. Numerosas situações complexas de emergência ou catástrofes naturais afectaram o continente africano, o que exigiu a reprogramação de actividades.

## A nível dos países

### *Factores favoráveis*

147. A estreita colaboração entre os vários intervenientes e a OMS a nível nacional foi um factor que facilitou consideravelmente a implementação dos programas. Além disso, o empenhamento e o entusiasmo dos profissionais de saúde nacionais, responsáveis pelas várias áreas de actividade, foi essencial. As consultas e negociações regulares entre governo e parceiros, num ambiente franco e sincero, sobre a implementação das actividades, fez crescer o empenhamento. Contribuiu também para o sucesso dos programas, a colaboração e o estabelecimento de redes entre todos os intervenientes, incluindo as autoridades nacionais, ONG, sector privado e agências das Nações Unidas. A coordenação das actividades, por exemplo as Jornadas Nacionais de Vacinação, e a existência de órgãos consultivos ou comissões directivas dos programas também, facilitou a implementação das actividades.

148. As Representações da OMS nos países identificaram numerosos factores inter-organizacionais que facilitam a implementação das actividades, nomeadamente: bom apoio e boa gestão dos programas; boa liderança dos Representantes da OMS; a descentralização de funções administrativas (por exemplo, os números dos “sticker”); o apoio financeiro do Escritório Regional Africano e o envio dos fundos em devido tempo; a qualidade do apoio técnico prestado pelo Escritório Regional e pela Sede; a decisão do Director-Regional de delegar competências acrescidas nos Representantes; o empenhamento do Director Regional em apoiar os pedidos dos países; a preparação e distribuição em devido tempo dos documentos de referência; o fornecimento de orientações adequadas aos funcionários dos programas da OMS e ao pessoal administrativo; a existência de pontos focais nas Representações nos países.

### *Obstáculos*

149. A nível dos países, os problemas gerais como instabilidade política, catástrofes naturais, declínio da economia, inexistência de reformas sectoriais e falta de infra-estruturas rodoviárias e de comunicações eficientes foram sérios obstáculos à implementação geral dos programas. A nível dos ministérios da saúde, a escassez de pessoal qualificado e a elevada rotação do pessoal administrativo, a falta de competências delegadas e de financiamento, e a insuficiente comunicação sobre questões de saúde sensíveis também entravaram a implementação das actividades. Além disso, a falta de orientações sobre a implementação eficaz das actividades também afectaram negativamente o resultado dos programas.

150. A duplicação de actividades a nível nacional e a multiplicidade de actividades adicionais exigiram uma muito maior coordenação entre os parceiros e maior capacidade de resposta às necessidades do país. A falta de capacidade de monitorização e de utilização dos recursos financeiros a nível nacional é uma área que carece de melhoria.



151. A falta de recursos humanos ou de financiamento também afecta as actividades das Representações da OMS nos países. A mudança de Representantes da OMS, a burocracia, os atrasos no recrutamento de consultores na obtenção de informações financeiras e técnicas, os prazos curtos para os procedimentos orçamentais e a falta de ligação ao sistema financeiro do Escritório Regional foram apontados como obstáculos. Por vezes, a abordagem programática da OMS choca com uma abordagem integrada ou mais holística a nível dos países.

## 2ª PARTE: RELATÓRIO DOS PROGRESSOS REALIZADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DO COMITÉ REGIONAL

### Estratégia regional de saúde mental

152. *A Estratégia Regional de Saúde Mental para 2000-2010* (documento AFR/RC49/9) aprovada pelo Comité Regional na sua 49ª sessão, visa reforçar a capacidade dos Estados-Membros para melhorarem a qualidade de vida das suas populações, promovendo estilos de vida saudáveis e prevenindo e controlando perturbações mentais, neurológicas e psicossociais.

153. Pela Resolução AFR/RC49/R3, o Comité Regional solicitou ao Director Regional que apresentasse a esta 51ª sessão um relatório dos progressos alcançados na implementação da Estratégia Regional de Saúde Mental.

154. A divulgação da estratégia e a elaboração de planos operacionais para a sua implementação foram concretizadas em reuniões interpaisés em que participaram a maioria dos Estados-Membros (Setembro de 1999, na Cidade da Praia, para os países de expressão portuguesa; Novembro de 1999, em Nouakchott, para um grupo de países de expressão francesa; Fevereiro de 2000, em Harare, para um grupo de países em situação de conflito ou pós-conflito; e novamente em Harare, em Maio de 2000, para os países da África Austral e as ilhas do Oceano Índico). Os coordenadores nacionais da saúde mental e os pontos focais do programa nas Representações da OMS nos países participaram nessas reuniões.

155. Em colaboração com o Departamento da Saúde Mental e Dependência de Substâncias Psicoactivas da Sede, 18 peritos africanos em saúde mental receberam orientações sobre avaliação de necessidades e elaboração e gestão de programas. Este grupo dará apoio aos países na implementação da Estratégia Regional.

156. Em consulta com as Representações da OMS nos países e as autoridades nacionais, alguns países foram apoiados na elaboração ou revisão das suas políticas e programas de saúde mental. Além disso, incentivou-se a integração da saúde mental e da prevenção e controlo de abuso de substâncias psicoactivas nas reformas do sector da saúde em curso. Empreenderam-se acções no sentido de reforçar a colaboração entre as Divisões no Escritório Regional, tendo sido criados grupos de trabalho para: a Violência contra Mulheres e Crianças, Vítimas de Minas Terrestres, Preparativos para o Dia Mundial da Saúde de 2001 e outras actividades (implementação da Iniciativa de Bamaco renovada; preparação da estratégia de saúde dos adolescentes; implementação da estratégia de luta contra o HIV/SIDA. A Directora-Geral decidiu consagrar o Dia Mundial da Saúde e o Relatório da Saúde no Mundo de 2001 à saúde mental).

157. Foi dada prioridade à formação de profissionais para lidarem com a saúde mental e a prevenção e controlo do abuso de substâncias psicoactivas. Recorrendo às bolsas de estudo da OMS, alguns países seleccionaram candidatos para formação em disciplinas da saúde mental. Neste quadro, foi encorajado o recurso às instituições de formação regionais. Os relatórios dos



países indicaram a existência de módulos de formação em saúde mental nos cursos de formação de profissionais de saúde em geral. Em alguns países, esta formação não é só feita regularmente, como também ocorre em serviço.

158. Em colaboração com vários parceiros e em consulta com as autoridades nacionais, alguns países receberam apoio técnico e financeiro para a implementação de projectos específicos, como: a Iniciativa Global para Prevenção do Abuso de Substâncias Psicoactivas pelos Jovens; Nações para a Saúde Mental; Iniciativa para a Epilepsia “fora da sombra”; Reabilitação Psicossocial de Base Comunitária em Situações de Conflito ou Pós-Conflito.

159. Em colaboração com a Sede e com outras Regiões, foi iniciado um projecto mundial sobre um Atlas Electrónico para a Saúde Mental. Um questionário (1ª fase) foi remetido aos Estados-Membros para recolher informações sobre os recursos dos países na área da saúde mental. Na altura da compilação deste relatório, 42 (97%) dos 46 países da Região já tinham respondido. Destes, 57% informaram ter uma política de saúde mental implementada e 76% ter programas de saúde mental, muitos deles implementados nos últimos cinco anos. Embora a formação dos profissionais dos serviços de cuidados primários de saúde mental não seja regularmente feita em alguns países da Região, 76% referiram a importância da integração da saúde mental nos cuidados primários de saúde.

160. Os principais obstáculos ou debilidades identificados no desenvolvimento dos programas de saúde mental e prevenção do abuso de substâncias psicoactivas incluem: falta de consciencialização da importância da saúde mental como parte integrante da saúde; insuficiência de profissionais qualificados; recursos financeiros insuficientes (em muitos países é difícil indicar qual a percentagem dos fundos afectados ao programa, enquanto que em outros ela é inferior a 1%); falta de acesso a medicamentos psicotrópicos, o que dificulta o tratamento, na Região, das doenças mentais e neurológicas comuns.

161. Para manter o processo de monitorização, recomenda-se a inclusão de um relatório sobre os progressos realizados na implementação da *Estratégia Regional de Saúde Mental para 2000-2010* na Ordem do Dia da 53ª sessão do Comité Regional.

### **Estratégia regional de vigilância integrada das doenças**

162. O Comité Regional aprovou a *Estratégia Regional de Vigilância Integrada das Doenças (VID)* na sua 48ª sessão, através da Resolução AFR/RC48/R2, a qual solicitou ao Director Regional que, de 2 em 2 anos, apresentasse ao Comité Regional um relatório sobre a implementação da estratégia.

163. A Unidade de VID foi então criada no Escritório Regional para coordenar a implementação da estratégia, estando a ser reforçada para apoiar os países na sua implementação. Foram realizadas, a nível regional e interpaíses, reuniões para sensibilizar os Estados-Membros e os parceiros. Os documentos da estratégia de VID foram também divulgados junto dos Estados-Membros.



164. O Escritório Regional, em colaboração com a Sede e parceiros, como os Centros de Controlo e Prevenção das Doenças de Atlanta, EUA, elaborou instrumentos e orientações genéricos para a vigilância integrada das doenças, para apoiar a implementação da estratégia a nível dos países, estando também a ser preparados materiais de formação. Além disso, definiram-se as fases de implementação da estratégia.

165. Foi criado um grupo de trabalho para aconselhamento do Escritório Regional Africano sobre a implementação da estratégia de VID na Região Africana. Vinte dos 46 Estados-Membros completaram a avaliação dos seus sistemas nacionais de vigilância e preparação e resposta às epidemias (PRE), incluindo a componente laboratorial, para documentarem a situação existente e identificarem áreas a reforçar. Treze países já elaboraram um plano de acção quinquenal para a VID, a PRE e o reforço de laboratórios, com base nas conclusões e recomendações da avaliação.

166. Entre os principais desafios que afectam uma eficaz implementação da VID contam-se um apoio laboratorial eficaz e fiável e o estabelecimento de parcerias a todos os níveis. O número de parceiros empenhados nesta área programática está a aumentar, com potencialidade para crescer à medida que a VID vai amadurecendo e apresentando resultados.

| 53 |

### **Iniciativa de erradicação da poliomielite**

167. Em 1995, o Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC45/R5 sobre a erradicação da poliomielite, na qual solicitou ao Director Regional que apresentasse anualmente um relatório dos progressos alcançados na prossecução do objectivo de erradicar a poliomielite. Inicialmente previsto para o ano 2000, o ano definido para alcançar a erradicação da pólio foi alterado para 2005, devido ao atraso que se verificou na interrupção da transmissão desta doença em alguns países do Sueste Asiático, do Corno de África e da África Ocidental e Central.

168. Desde o lançamento das Jornadas Nacionais de Vacinação (JNV) contra a Poliomielite em 1996, foram alcançados progressos substanciais no sentido da erradicação desta doença. Foram realizadas JNV em todos os 32 países onde a doença é endémica e o número de países que notificaram a circulação endémica de poliovírus selváticos diminuiu de 32 em 1995 para 17 em 1999 e para 11 em 2000.

169. No decorrer do ano 2000, o Escritório Regional Africano coordenou a implementação de JNV pela primeira vez sincronizadas, com a participação de 17 países da África Ocidental e Central, usando principalmente estratégias de porta a porta para administrar as vacinas contra a poliomielite (e, em alguns países, vitamina A). O Escritório Regional Africano garantiu a participação nesta actividade de mais de 150 consultores internacionais e 320 dos países (incluindo epidemiologistas, técnicos de logística, peritos em mobilização social e pessoal administrativo), agindo ao lado de funcionários governamentais aos níveis central e operacional. O recrutamento desses profissionais foi possibilitado pela criação de uma Unidade Especial de Apoio Administrativo, no Escritório Regional. Por outro lado, foram adquiridos e disponibilizados para uso nos países cerca de 160 veículos automóveis adicionais, 200 motociclos e mais de 100 barcos a motor.



170. Na área da vigilância da poliomielite, o Escritório Regional apoiou os países na expansão das suas actividades, graças à colocação de funcionários, ao financiamento de actividades e à gestão de dados. Os níveis de detecção da paralisia flácida aguda (PFA) subiram até 1,3 por 100.000 crianças com idade inferior a 15 anos, o que ultrapassa a meta de 1 por 100.000, definida mundialmente. A percentagem de casos de PFA com 2 amostras de fezes recolhidas em 14 dias aproxima-se presentemente dos 60% e todos os países têm acesso a um laboratório acreditado para a poliomielite.

171. Nos países com reservatórios da pólio, prosseguirão esforços acelerados para melhorar as JNV. A vigilância será expandida por forma a que os seus indicadores sejam monitorizados a nível provincial e distrital. A rede de laboratórios para a poliomielite será mais reforçada, para dar resposta a um aumento no volume de trabalho, e prosseguirão os esforços no sentido da retenção dos funcionários.

#### Eliminação da lepra na Região Africana

172. Na sua Resolução AFR/RC44/R5, o Comité Regional Africano solicitou aos Estados-Membros que eliminassem a lepra na Região até ao ano 2000. A eliminação da lepra está definida como a redução da taxa de prevalência para menos de 1 caso por 10.000 habitantes.

173. Quando a resolução foi aprovada em 1994, estavam registados 113.650 casos de lepra na Região Africana. A taxa de prevalência era de 2,1 por 10.000 habitantes e em mais de metade dos países a doença ainda era endémica. No fim do ano 2000, a prevalência tinha baixado para 64.381 casos (1,0 por 10.000), o que significa que a meta da eliminação foi alcançada na Região Africana.

Quadro 4: TENDÊNCIAS NA PREVALÊNCIA DA LEPRAS E NA NOTIFICAÇÃO DE NOVOS CASOS NA REGIÃO AFRICANA (1994-2000)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Casos notificados	113.65	95.901	82.758	81.92	82.022	67.526	64.381
Novos casos	47.9	46.516	46.489	56.515	56.521	51.963	55.628

174. Este sucesso tornou-se possível graças à implementação de programas nacionais de controlo da lepra em todos os países com situações endémicas, aplicando a terapia multimedicamentosa ou poliquimioterapia recomendada pela OMS para tratar os doentes. Com o forte empenhamento político dos países e o apoio sustentado dos parceiros, a OMS forneceu embalagens de poliquimioterapia em número suficiente a todos os países que as requisitaram e deu apoio técnico aos programas nacionais para planearem, organizarem e avaliarem as actividades de eliminação. A cobertura pela poliquimioterapia aumentou até aos 100% dos doentes registados. Desde 1991, foram curados com a poliquimioterapia cerca de 645.000 casos de lepra, com uma taxa de recaída inferior a 1%. O reforço das capacidades dos

funcionários dos diversos níveis dos sistemas de saúde dos países, graças a actividades de formação e supervisão, bem como actividades de consciencialização das comunidades, permitiram a manutenção de um bom nível de detecção de casos. As campanhas de eliminação da lepra e o Projecto Especial de Acção para a Eliminação da Lepra (SAPEL), lançados em 1997, permitiram diagnosticar casos ocultos de lepra, tendo a detecção anual subido de 49.700 em 1994 para 56.515 casos em 1997, mantendo-se acima dos 50.000 durante os anos seguintes.

175. Contudo, estes resultados promissores a nível regional escondem diferenças entre os países. Embora 31 países da Região tenham atingido o patamar da eliminação, os restantes 15 ainda devem intensificar as actividades, para poderem alcançar essa meta. Sete países africanos, com uma taxa de prevalência superior a 2 casos por 10.000 habitantes, contam-se entre os 12 países onde a doença é mais endémica.

176. As dificuldades de implementação das actividades de eliminação da lepra na Região Africana, sobretudo nos 15 países onde a doença é ainda endémica, são as seguintes:

- a) conflitos armados persistentes em alguns países, o que entrava a expansão das actividades de saúde e da cobertura pela poliquimioterapia a todo o país;
- b) cobertura sanitária deficiente e insuficiente integração das actividades de eliminação da lepra nos serviços gerais de saúde, fazendo com que a poliquimioterapia não esteja acessível para algumas comunidades;
- c) insuficiente empenhamento das comunidades, devido a uma fraca consciencialização da lepra e da existência da poliquimioterapia, bem como à persistência do estigma da lepra;
- d) decréscimo do empenhamento dos países no controlo da lepra devido aos múltiplos problemas de saúde da Região, muitos dos quais são causados pela pobreza.

177. Durante a Terceira Conferência Internacional sobre a Eliminação da Lepra, que teve lugar em Abidjan, em Novembro de 1999, foi definida e aprovada uma estratégia para acelerar e intensificar a eliminação de lepra nos últimos 15 países onde a doença é endémica. Durante essa conferência, foi constituída uma Aliança Mundial para a Eliminação da Lepra, congregando os 12 países com mais forte endemia, vários parceiros e a OMS, para a eliminação da lepra até ao ano de 2005.

178. Durante uma reunião organizada pela OMS no Maputo (Moçambique) em Setembro de 2000, os sete países de mais forte endemia da lepra da Região Africana propuseram planos de acção intensificada para eliminarem a lepra. A OMS e os parceiros que participaram nessa reunião, deram o seu acordo aos planos e comprometeram-se a apoiar os países a levar a cabo essa acção intensificada.



## Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI)

179. A Quadragésima-nona sessão do Comité Regional Africano aprovou a Resolução AFR/RC49/R4, aprovando assim o Plano Estratégico Regional para a AIDI, apresentado no documento AFR/RC49/10. O plano visa contribuir para a redução da morbidade e mortalidade das crianças com menos de 5 anos de idade, bem como promover o seu crescimento e desenvolvimento.

180. Até Dezembro de 2000, 37 países haviam adoptado a estratégia da AIDI, a qual estava em diversas fases de implementação, tendo-se verificado progressos nas seguintes áreas:

- a) *Reforço das capacidades:* Foram recrutados profissionais nacionais em 10 países (Etiópia, R. Democrática do Congo, Gana, Quênia, Mali, Malawi, Moçambique, Tanzânia, Uganda e Zâmbia) para apoiarem a aceleração da implementação da AIDI. Além disso, mais de 100 consultores regionais receberam formação e foram nomeados para apoiar aos países na implementação da gestão estratégica da AIDI. O Escritório Regional e as Equipas Interpaíses foram reforçados, tendo sido contratado um médico a nível interpaíses para a África Central e os Grandes Lagos. A nível dos países, mais de 6.500 profissionais de saúde do primeiro nível receberam formação e estão a cuidar dos casos segundo a AIDI. Mais de 70% destes profissionais têm sido acompanhados nas suas unidades de saúde, para consolidação das suas competências e para dar solução aos problemas de implementação relacionados com o sistema de saúde. Foi promovido o aconselhamento da amamentação e realizada formação sobre aconselhamento em matéria da nutrição de lactentes infectados pelo HIV em 5 países. A componente comunitária foi proposta a 23 países e já está a ser implementada em 9 deles. Foram elaboradas orientações para a aplicação da componente comunitária a nível dos países, bem como um pacote de instruções para consultores.
- b) *Promoção de uma implementação sustentável da AIDI:* Para promover a sustentabilidade, a AIDI está presentemente a ser integrada na formação inicial (médica, paramédica e de enfermagem) em 8 países, tendo mais de 600 estudantes sido formados e avaliados em AIDI. Foi ainda avaliada a disponibilidade de medicamentos no Uganda e na Zâmbia e os respectivos resultados estão a ser usados na elaboração de estratégias regionais para melhorar a sua disponibilidade nas unidades de saúde do primeiro nível.
- c) *Estabelecimento de parcerias:* Foram reforçadas as parcerias para a mobilização de recursos, tanto a nível regional como dos países. Receberam-se subsídios para reforço do apoio regional aos países do DFID, USAID e Fundação das Nações Unidas. A nível dos países, entre os principais parceiros contam-se a UNICEF, USAID, Fundação das Nações Unidas e Banco Mundial.
- d) *Promoção da investigação operacional:* Realizou-se investigação operacional com vista a encontrar soluções para os problemas de implementação, tais como a referência e a adesão dos prestadores de cuidados. Os resultados estão a ser usados para melhorar os cuidados e os sistemas de referência no Uganda, Níger e Tanzânia. Entre as outras áreas de investigação contam-se a melhoria da qualidade dos cuidados às crianças a nível de referência e a validação da adaptação ao HIV/SIDA.



## Estratégia regional para as situações de emergência e a ajuda humanitária

181. Desde a adopção desta estratégia regional, reforçou-se consideravelmente a cooperação da OMS com os Estados-Membros na área das operações de emergência e ajuda humanitária.

182. No ano 2000, foi possível criar uma rede de pontos focais em 44 países da Região, na base da qual serão desenvolvidos os programas de prevenção, preparação e resposta às situações de emergência, a nível dos países. Alguns países receberam apoio na primeira fase do desenvolvimento deste programa, ou seja, a fase da análise da vulnerabilidade.

183. A crescente consciencialização das autoridades nacionais, tendo a nível central como provincial, no que respeita às graves consequências para as populações das catástrofes de que certos países da Região foram vítimas, facilitaram consideravelmente a consecução dos objectivos comuns.

184. O Escritório Regional prestou apoio aos países afectados por situações de emergência. Foram mobilizados recursos financeiros, bem como peritos regionais e internacionais, para a reconstrução das unidades de saúde e para reduzir o sofrimento das populações.

185. O Escritório Regional também coordenou e organizou uma operação de solidariedade por meio da qual os profissionais de saúde dos países lusófonos apoiaram os seus colegas de Moçambique, por ocasião das cheias que este país sofreu.

## Medicamentos essenciais na Região Africana

186. O mandato da OMS na área dos medicamentos essenciais consiste em contribuir para salvar vidas e melhorar a saúde, colmatando o fosso entre o potencial que os medicamentos oferecem e a realidade de eles estarem fora do alcance de milhões de pessoas e de serem para elas impossíveis de adquirir. A Estratégia da OMS para os Medicamentos prossegue quatro objectivos: política; acesso; qualidade e segurança; uso racional. Estes objectivos estão definidos no Programa Intensificado de Medicamentos Essenciais (PIME), aprovado pela Quadragésima-nona sessão do Comité Regional, que convidou o Escritório Regional a elaborar uma estratégia global sobre os medicamentos tradicionais. A Resolução AFR/RC49/R5 solicitou ao Director Regional, entre outros aspectos, que apoiasse os Estados-Membros na investigação sobre plantas medicinais e na promoção do seu uso pelos sistemas de prestação de cuidados de saúde, apresentando à Quinquagésima-primeira sessão do Comité um relatório dos progressos alcançados e dos problemas encontrados na implementação do PIME.

187. *Formulação, implementação e monitorização de políticas e programas:* As Seychelles, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe foram apoiados na execução de análises da situação conducentes à elaboração de políticas nacionais de medicamentos (PNM). São hoje 37 os países que têm uma PNM, quando eram 33 em 1988. O Botswana, Lesoto, Suazilândia, Mauritânia, Libéria e Camarões estão em vias de aprovar uma PNM e a Namíbia foi apoiada no processo de selecção dos indicadores. A OMS apoiará a implementação da componente farmacêutica do Projecto de Reabilitação dos Serviços de Saúde da Serra Leoa, com financiamento do BAD. Foi terminado o documento "*Orientações para a formulação, implementação, monitorização e avaliação das PNM*" (2000).



que alguns países necessitam de que os medicamentos sejam registados e fiquem sob a alçada de profissionais licenciados. Setenta e oito funcionários de autoridades regulamentadoras de medicamentos (ARM) de 21 países receberam formação em colaboração com a Rede Africana de ARM (AFDRAN), com um subsídio do Governo Irlandês. Foi apoiado o processo de harmonização da regulamentação farmacêutica na sub-região da SADC. Os profissionais da garantia de qualidade dos medicamentos de 16 Estados-Membros (incluindo o Iemen, da Região do Mediterrâneo Oriental) receberam formação em gestão de laboratórios e técnicos laboratoriais de 8 países foram formados no que respeita ao teste de medicamentos tuberculostáticos.

189. *Acesso aos medicamentos essenciais:* Foram concluídos um manual de formação sobre a gestão de medicamentos a nível de centro de saúde, bem como a segunda edição do Indicador de Preços dos Medicamentos Essenciais do Escritório Regional Africano. Uma análise da situação da produção local de medicamentos em alguns países revelou que só cerca de 50% das indústrias utilizam mais de 50% da capacidade instalada. Quinze países beneficiaram de formação em boas práticas de fabrico. A Lesotho Pharmaceutical Corporation foi auditada no que respeita a boas práticas de fabrico, no âmbito dos preparativos para registar os seus produtos fora do país.

190. A Associação dos Armazéns Médicos Centrais está a estimular iniciativas de compras por junto e a iniciativa da SADC de adquirir por junto medicamentos anti-tuberculose tem prosseguido. Foi realizado na Tanzânia um estudo sobre a integração dos medicamentos necessários aos programas verticais no sistema de abastecimento de produtos médicos, estando em estudo a situação de outros países para verificar como tem decorrido o processo de integração.

191. *Uso racional de medicamentos:* Foi organizado na Nigéria um curso sobre o uso racional de medicamentos, que contou com 36 participantes de vários países da Região. Dois países publicaram as suas listas nacionais de medicamentos essenciais (aumentando para 43 o número total de países com tais listas) e cinco publicaram orientações de tratamento normalizado (total de países: 33). Foram organizados, na Argélia e África do Sul, cursos sobre prescrição racional de medicamentos e farmacologia, respectivamente. A Mauritânia e a Seychelles receberam apoio para consolidarem os seus centros nacionais de informações sobre medicamentos.

192. *Medicina Tradicional:* Realizou-se no Zimbabwe um Fórum Africano sobre o Papel da Medicina Tradicional nos Sistemas de Saúde, bem como uma reunião consultiva para estudo da proposta de estratégia regional sobre o papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde, posteriormente aprovada pela Quinquagésima sessão do Comité Regional. Está em curso um plano de implementação da estratégia. Num seminário regional realizado em Madagáscar, chegou-se a acordo quanto a protocolos genéricos para avaliação de medicamentos tradicionais e de protocolos específicos para estudos etno-médicos e ensaios clínicos de medicamentos para o HIV/SIDA e paludismo. Além disso, foi actualizada a base de dados sobre os medicamentos tradicionais.

193. Foram elaborados os seguintes documentos: orientações para a formulação e implementação de uma política nacional para os medicamentos tradicionais; quadro jurídico da utilização de medicamentos tradicionais; análise da situação relativa à produção local de medicamentos tradicionais. Foram avaliadas instituições nacionais no Gana, Quênia, Madagáscar, Nigéria e África do Sul, tendo em vista a sua designação como Centros de Colaboração da OMS. Foi dado apoio

193. Foram elaborados os seguintes documentos: orientações para a formulação e implementação de uma política nacional para os medicamentos tradicionais; quadro jurídico da utilização de medicamentos tradicionais; análise da situação relativa à produção local de medicamentos tradicionais. Foram avaliadas instituições nacionais no Gana, Quênia, Madagáscar, Nigéria e África do Sul, tendo em vista a sua designação como Centros de Colaboração da OMS. Foi dado apoio à Guiné Equatorial, Namíbia e Zâmbia para a elaboração de políticas nacionais sobre a medicina tradicional e do quadro jurídico para a sua prática. O Burkina Faso e o Zimbabwe receberam apoio para realizarem investigação sobre preparações à base de plantas usadas no tratamento do paludismo e do HIV/SIDA; a Etiópia e a Suazilândia, para seminários sobre a medicina tradicional; e a Suazilândia para criar e sustentar um centro de investigação sobre plantas medicinais.



### 3ª PARTE: SITUAÇÃO DO ESCRITÓRIO REGIONAL DA OMS EM BRAZZAVILLE, CONGO

194. No seguimento do deflagrar das hostilidades na República do Congo, o Escritório Regional da OMS encerrou as suas instalações a 7 de Junho de 1997, tendo o último grupo de funcionários saído de Brazzaville a 17 de Junho de 1997. O Representante da OMS na República do Congo, que também se mudara para Kinshasa quando as hostilidades deflagraram, regressou a Brazzaville em Outubro de 1997.

#### Acontecimentos até à Quinquagésima sessão do Comité Regional

195. Entre Novembro de 1997 e Setembro de 1998, os principais acontecimentos que ocorreram, e que já foram comunicados à 49ª sessão do Comité Regional pelo Director Regional, foram os seguintes:

- a) A primeira missão conjunta a Brazzaville (para analisar a situação) organizada pela Sede e pelo Escritório Regional, em Novembro de 1997, elaborou um relatório na base do qual o Conselho Executivo decidiu, em 13 de Janeiro de 1998, transferir temporariamente o Escritório Regional de Brazzaville para Harare.
- b) A segunda missão conjunta (de avaliação) enviada a Brazzaville em Junho de 1998 recomendou ao Director Regional que o Escritório Regional poderia iniciar um regresso faseado a Brazzaville logo após o Comité Regional, em Setembro de 1998.
- c) Após a terceira missão em Julho de 1998, para clarificar alguns aspectos junto do Governo da República do Congo e para preparar o regresso faseado do Escritório Regional a Brazzaville, o Director Regional deu instruções a todos os funcionários do Escritório Regional recrutados localmente que ainda se encontravam em Brazzaville, que retomassem o trabalho a partir de 1 de Agosto de 1998.
- d) Em sintonia com a Resolução AFR/RC48/R6 do Comité Regional, procedeu-se aos preparativos para o regresso a Brazzaville, antes de Dezembro de 1998, dos funcionários da Biblioteca e da Unidade de Impressão e Duplicação, cujos equipamentos, deixados em Brazzaville, não podiam ser reconstituídos em Harare.
- e) O reatamento das hostilidades entre Dezembro de 1998 e Janeiro de 1999 não só protelou os preparativos como também impediu o envio de uma segunda missão de avaliação, que deveria contribuir para a elaboração de um plano para o regresso gradual do Escritório Regional a Brazzaville.
- f) O relatório da segunda missão de avaliação, que teve lugar finalmente em Julho de 1999, serviu para actualizar as informações que a OMS tinha transmitido à sua companhia de seguros e proporcionou uma base melhor para o Governo Congolês prosseguir na sua acção de reabilitação das infra-estruturas, instalações e equipamento do Escritório Regional.

196. Na sequência da Resolução AFR/RC48/R6 do Comité Regional e a convite do Governo da República do Congo, o Director Regional chefiou uma missão a Brazzaville em Outubro de 1999, durante a qual o Presidente da República do Congo reafirmou o seu empenhamento na reparação dos danos causados nas instalações do Escritório Regional Africano da OMS.

197. Durante esta missão verificou-se que a extensão dos prejuízos no Escritório Regional era muito superior ao que tinha sido relatado anteriormente.

198. Uma vez que o Governo do Congo tinha feito substanciais progressos na reabilitação do Escritório Regional até Dezembro de 1999, foi enviada a Brazzaville uma terceira missão de avaliação em Março de 2000. De acordo com as previsões, a reabilitação estaria já muito avançada em Julho de 2000, esperando-se que esses trabalhos estivessem terminados e as instalações prontas a ser ocupadas em Dezembro de 2000. A partir de então, poderia contemplar-se o planeamento do regresso progressivo dos funcionários, de acordo com as normas de segurança das Nações Unidas.

199. A fim de avaliar novamente a situação, uma equipa ministerial visitou Brazzaville entre 31 de Julho e 2 de Agosto de 2000. Chefiada pela Dra. Libertina Amathila, Presidente da 49ª sessão do Comité Regional e Ministra da Saúde e Serviços Sociais da Namíbia, a equipa incluía ainda a Professora Marina d'Almeida Massougbodji, Ministra da Saúde do Benim, e funcionários superiores do Escritório Regional. Esta equipa apresentou um relatório à 50ª sessão do Comité Regional, considerando que a situação geral no país aparentava estar a normalizar-se e referindo o empenhamento político do Governo para providenciar o financiamento necessário e todos os esforços para a reabilitação do Escritório Regional. Quanto a este, os trabalhos prosseguiam com regularidade, as 46 vivendas estavam equipadas a 90%, mas ainda seria necessário muito trabalho nos 78 apartamentos. Prosseguiam as renovações no edifício do Escritório Regional, com muito trabalho terminado no 3º andar, incluindo o gabinete do Director Regional, a biblioteca e o restaurante. A equipa tomou nota do prazo limite proposto pelo Governo para a conclusão das obras, ou seja Dezembro de 2000.

200. O Comité Regional, tomou nota do relatório da equipa, incluindo as opções de os funcionários regressarem a Brazzaville progressivamente, como o Comité Regional tinha inicialmente previsto, ou todos em simultâneo, quando a altura fosse conveniente. Entretanto, as actividades do Escritório Regional de apoio aos seus 46 Estados-Membros teria de prosseguir e, por esse motivo, foi aceite com gratidão a generosa oferta do Governo do Zimbabwe, que disponibilizou, sem encargos, um terceiro local para instalar cerca de 50% dos funcionários.

#### **Acontecimentos posteriores à 50ª sessão do Comité Regional**

201. Em 9 de Fevereiro de 2001, o Director Regional efectuou uma visita a Sua Excelência, o Presidente da República do Congo, para lhe garantir que Brazzaville continuava a ser a localização oficial do Escritório Regional e que os funcionários regressariam logo que as instalações do Escritório Regional e as habitações dos funcionários estivessem totalmente reabilitadas e depois de a fase de segurança ter baixado pelo menos para Fase II, segundo as



Normas de Segurança das Nações Unidas. Contudo, o Director Regional exprimiu a sua preocupação por os trabalhos de reabilitação não terem progredido como se esperava, estando já ultrapassado o prazo limite definido pelo Governo, para Dezembro de 2000. O Director Regional aceitou um novo convite do Governo do Congo para visitar outra vez Brazzaville em Abril de 2001, para avaliar os progressos feitos nas instalações do Djoué, local onde se encontra o Escritório Regional.

202. Este 10 e 12 de Fevereiro, uma equipa ministerial de avaliação visitou Brazzaville, de acordo com a Resolução 10 da 50ª Sessão do Comité Regional Africano. A equipa era composta pela Drª Libertina Amathila, Ministra da Saúde e dos Serviços Sociais da Namíbia (Chefe da Equipa de Avaliação), e pelo Sr. Pierre J.E. Tapsoba, Ministro da Saúde do Burkina Faso, Dr. Pascal Dossou-Togbé, Secretário Permanente da Saúde, em representação do Ministro da Saúde do Benim, e funcionários superiores do Escritório Regional. Na 1ª Parte do seu relatório, a equipa ministerial de avaliação recomendou, com base na situação existente aquando da sua visita, que a 51ª sessão do Comité Regional poderia ter lugar no Congo, em Brazzaville. Na 2ª Parte do relatório, a equipa descreveu sucintamente a situação no Escritório Regional, onde continuavam a verificar-se progressos no edifício principal; no entanto, as obras nos 78 apartamentos ainda não tinham começado. A equipa tomou nota do novo prazo final definido pelo Governo, Abril de 2001, para a total reabilitação do Escritório Regional e das habitações para os funcionários.

## CONCLUSÃO

203. O ano 2000 foi um período muito dinâmico e produtivo para o Escritório Regional da OMS. As actividades e o quadro de pessoal duplicaram. O desempenho do Escritório Regional melhorou, graças a uma boa liderança, a sólidas práticas de gestão, à qualidade do trabalho efectuado e à dedicação dos funcionários.

204. No espírito da Estratégia Institucional da OMS, melhoraram as interações entre os diversos níveis da Organização. O processo conjunto de aprendizagem contribuiu para a dedicação acrescida com que os funcionários se empenharam na implementação dos programas. Verificou-se uma melhor interação entre a Sede, o Escritório Regional e as Representações nos países. As orientações publicadas pelo Escritório Regional para o planeamento, monitorização e avaliação foram de grande importância na análise da execução do Orçamento Programa para o exercício de 2000-2001.

205. Melhores parcerias, agrupando várias agências das Nações Unidas, o sector privado e organizações não-governamentais, contribuíram para aumentar os fundos extra-orçamentais, o que melhorou a qualidade e aumentou o volume das actividades empreendidas.

206. No que respeita ao quadro de orientação, o Escritório Regional desempenhou um importante papel na advocacia e no reforço das capacidades a nível regional e dos países, prestando apoio técnico quando e onde necessário. Isso foi possível graças às parcerias que a OMS alargou a peritos e investigadores africanos dos respectivos países e instituições. O Escritório Regional prosseguirá com os seus esforços nesta área.

207. Os resultados mais importantes de tudo isto foram:

- a) Uma maior consciência da importância de uma boa liderança, por parte do Escritório Regional e das Representações nos países, e da necessidade de o Escritório Regional melhorar as suas competências administrativas e de gestão. O programa em curso para melhorar a formação do pessoal deverá, em última análise, resultar em significativos progressos nas actividades da OMS na Região, no seu todo.
- b) Uma maior consistência nos três níveis da OMS quanto à escolha das prioridades e à consequente reafecção orçamental, que beneficiou a Região Africana.
- c) Uma participação mais activa dos membros africanos do Conselho Executivo nos trabalhos do Conselho.

208. A força da África está na sua competência técnica e, à medida que o tempo passe, continuará a dar provas de excelência. Sem o imenso contributo dos Estados-Membros, a OMS não poderá desempenhar o seu mandato na Região Africana. A OMS precisa do apoio de todos!





# ANNEXOS





Execução do Orçamento-Programa para 2000-2001  
 A nível do Escritório Regional  
 até 31 de Dezembro de 2000

Orçamento Divisão	Área de trabalho		Orçamento Programa				Outras Verbas			
	Número	Código	Disponível	Gasto	%	Saldo	Disponível	Gasto	%	Saldo
DAF	07.2.01	IMD	4,161,000	3,970,000	95%	191,000	-	-	-	-
DAF	09.2.01	HRS	2,186,000	1,806,000	83%	380,000	1,453,000	708,000	49%	745,000
DAF	09.3.01	FNS	3,460,000	2,932,000	85%	528,000	2,205,000	1,475,000	67%	730,000
DAF	09.4.01	IIS	11,993,000	11,792,000	98%	201,000	5,380,000	2,895,000	54%	2,485,000
<b>Total DAF</b>			<b>21,800,000</b>	<b>20,500,000</b>	<b>94%</b>	<b>1,300,000</b>	<b>9,038,000</b>	<b>5,078,000</b>	<b>56%</b>	<b>3,960,000</b>
DDC	01.1.01	CSR	771,000	712,000	92%	59,000	5,212,000	2,271,000	44%	2,941,000
DDC	01.2.01	CPC	3,895,000	3,736,000	96%	159,000	10,763,000	6,495,000	60%	4,268,000
DDC	01.3.01	CEE	252,000	94,000	37%	158,000	674,000	497,000	74%	177,000
DDC	01.4.01	CRD	511,000	124,000	24%	387,000	-	-	-	-
DDC	03.2.01	CAH	595,000	400,000	67%	195,000	3,275,000	3,324,000	101%	(49,000)
DDC	06.2.01	VAB	461,000	541,000	117%	(80,000)	51,612,000	41,160,000	80%	10,452,000
<b>Total DDC</b>			<b>6,485,000</b>	<b>5,607,000</b>	<b>86%</b>	<b>878,000</b>	<b>71,536,000</b>	<b>53,747,000</b>	<b>75%</b>	<b>17,789,000</b>
DES	04.1.01	HSD	1,596,000	1,084,000	68%	512,000	271,000	13,000	5%	258,000
DES	04.3.01	PHE	2,865,000	2,272,000	79%	593,000	109,000	1,000	1%	108,000
<b>Total DES</b>			<b>4,461,000</b>	<b>3,356,000</b>	<b>75%</b>	<b>1,105,000</b>	<b>380,000</b>	<b>14,000</b>	<b>4%</b>	<b>366,000</b>
DNC	02.1.01	NCS	1,268,000	881,000	69%	387,000	495,000	29,000	6%	466,000
DNC	02.2.01	NCP	236,000	191,000	81%	45,000	378,000	128,000	34%	250,000
DNC	02.3.01	NCM	230,000	172,000	75%	58,000	-	-	-	-
DNC	04.2.01	NHD	794,000	442,000	56%	352,000	264,000	2,000	1%	262,000
DNC	05.1.01	HPR	532,000	1,000,000	188%	(468,000)	5,000	(2,000)	-40%	7,000
DNC	05.2.01	DPR	306,000	31,000	10%	275,000	-	-	-	-
DNC	05.3.01	MINH	1,061,000	530,000	50%	531,000	89,000	85,000	96%	4,000
DNC	05.4.01	SAB	373,000	271,000	73%	102,000	23,000	3,000	13%	20,000
<b>Total DNC</b>			<b>4,800,000</b>	<b>3,518,000</b>	<b>73%</b>	<b>1,282,000</b>	<b>1,254,000</b>	<b>245,000</b>	<b>20%</b>	<b>1,009,000</b>



Execução do Orçamento-Programa para 2000-2001  
 A nível do Escritório Regional  
 até 31 de Dezembro de 2000

Orçamento	Área de trabalho		Orçamento Programa				Outras Verbas			
	Número	Código	Disponível	Gasto	%	Saldo	Disponível	Gasto	%	Saldo
DPM	04.4.01	EHA	1,106,000	1,232,000	111%	(126,000)	165,000	6,000	4%	159,000
DPM	07.1.01	GPE	445,000	163,000	37%	282,000	-	-	-	-
DPM	07.3.01	RPC	796,000	718,000	90%	78,000	5,000	1,000	20%	4,000
DPM	08.1.01	GBS	1,467,000	993,000	68%	474,000	39,000	21,000	54%	18,000
DPM	08.2.01	RMB	350,000	182,000	52%	168,000	-	-	-	-
DPM	08.3.01	ECP	3,402,000	1,666,000	49%	1,736,000	1,423,000	861,000	61%	562,000
DPM	09.1.01	BMR	526,000	236,000	45%	290,000	-	-	-	-
<b>Total DPM</b>			<b>8,092,000</b>	<b>5,190,000</b>	<b>64%</b>	<b>2,902,000</b>	<b>1,632,000</b>	<b>889,000</b>	<b>54%</b>	<b>743,000</b>
DRH	03.2.01	CAH	379,000	382,000	101%	(3,000)	-	-	-	-
DRH	03.3.01	RHR	5,494,000	3,380,000	62%	2,114,000	3,414,000	848,000	25%	2,566,000
DRH	03.4.01	WMH	566,000	642,000	113%	(76,000)	48,000	37,000	77%	11,000
<b>Total DRH</b>			<b>6,439,000</b>	<b>4,404,000</b>	<b>68%</b>	<b>2,035,000</b>	<b>3,462,000</b>	<b>885,000</b>	<b>26%</b>	<b>2,577,000</b>
DSD	06.1.01	EDM	1,170,000	1,183,000	101%	(13,000)	28,000	15,000	54%	13,000
DSD	06.3.01	BCT	1,700,000	847,000	50%	853,000	-	-	-	-
DSD	07.4.01	OSD	6,578,000	4,421,000	67%	2,157,000	1,437,000	559,000	39%	878,000
<b>Total DSD</b>			<b>9,448,000</b>	<b>6,451,000</b>	<b>68%</b>	<b>2,997,000</b>	<b>1,465,000</b>	<b>574,000</b>	<b>39%</b>	<b>891,000</b>
RD	10.1.01	DGO	1,005,000	826,000	82%	179,000	-	-	-	-
RD	10.3.01	DDP	698,000	462,000	66%	236,000	-	-	-	-
<b>Total RD</b>			<b>1,703,000</b>	<b>1,288,000</b>	<b>76%</b>	<b>415,000</b>	-	-	-	-
<b>TOTAL GERAL</b>			<b>63,228,000</b>	<b>50,314,000</b>	<b>80%</b>	<b>12,914,000</b>	<b>88,767,000</b>	<b>61,432,000</b>	<b>69%</b>	<b>27,335,000</b>

Execução do Orçamento-Programa para 2000-2001

A nível dos países

até 31 de Dezembro de 2000

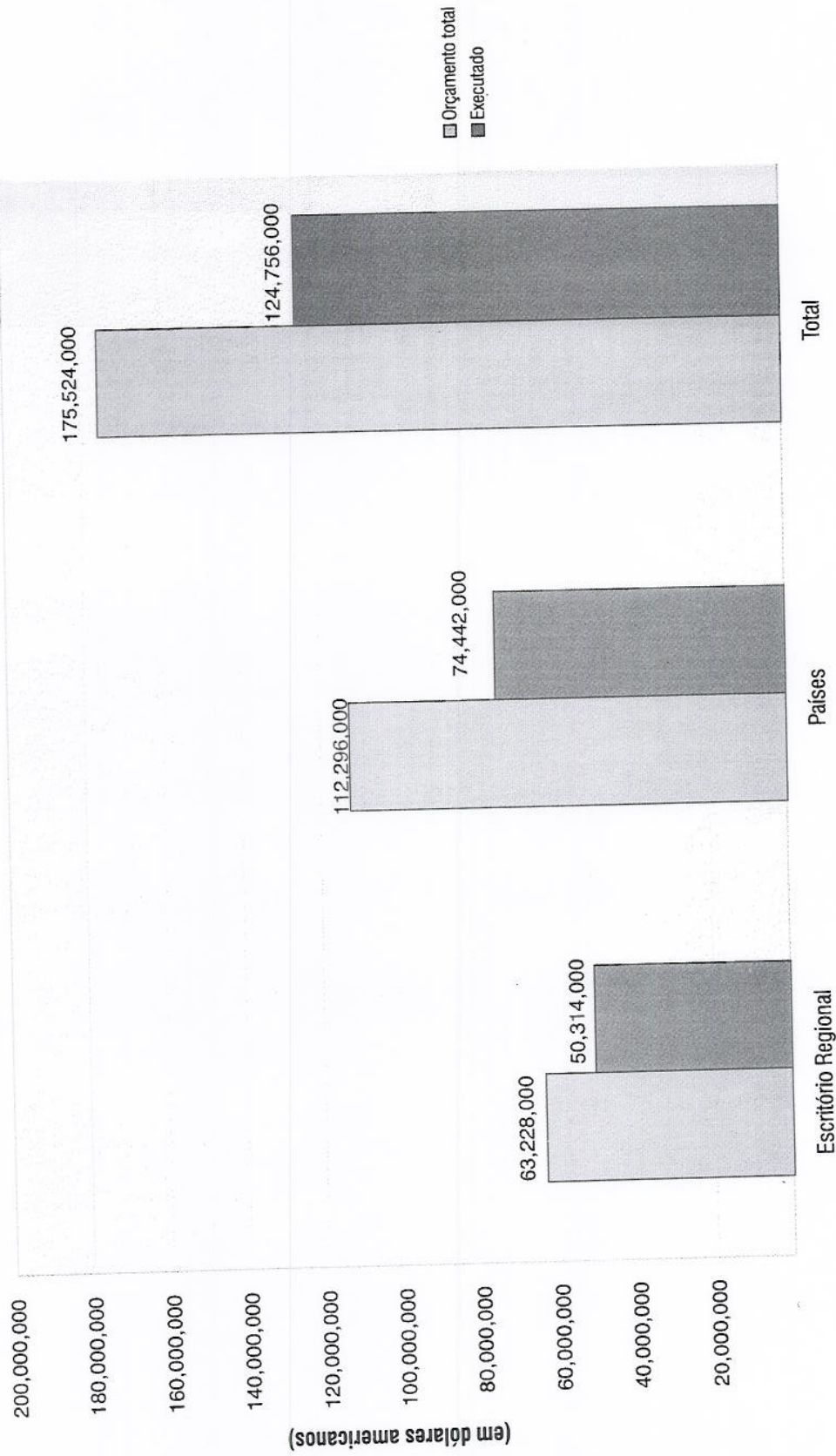
Países	Orçamento Programa			Outras verbas				
	Disponível	Gasto	%	Saldo	Disponível	Gasto	%	Saldo
Argélia	1,820,000	1,232,000	68%	588,000	90,000	42,000	47%	48,000
Angola	2,752,000	1,554,000	56%	1,198,000	6,327,000	4,346,000	69%	1,981,000
Benim	2,347,000	1,419,000	60%	928,000	648,000	215,000	33%	433,000
Botswana	1,951,000	1,605,000	82%	346,000	178,000	81,000	46%	97,000
Burkina Faso	2,627,000	1,641,000	62%	986,000	1,630,000	1,083,000	66%	547,000
Burundi	2,794,000	2,064,000	74%	730,000	490,000	239,000	49%	251,000
Camarões	2,189,000	1,292,000	59%	897,000	2,892,000	583,000	20%	2,309,000
Cabo Verde	2,034,000	1,328,000	65%	706,000	43,000	6,000	14%	37,000
República Centrafricana	2,649,000	1,675,000	63%	974,000	273,000	104,000	38%	169,000
Chade	2,789,000	1,960,000	70%	829,000	1,035,000	626,000	60%	409,000
Comores	2,370,000	1,314,000	55%	1,056,000	273,000	42,000	15%	231,000
Congo	2,147,000	1,821,000	85%	326,000	1,010,000	545,000	54%	465,000
Côte d'Ivoire	1,856,000	1,153,000	62%	703,000	1,797,000	956,000	53%	841,000
República Democrática do Congo	2,906,000	2,305,000	79%	601,000	8,977,000	6,719,000	75%	2,258,000
Guiné Equatorial	1,511,000	1,143,000	76%	368,000	80,000	9,000	11%	71,000
Eritreia	2,045,000	1,963,000	96%	82,000	307,000	163,000	53%	144,000
Etiópia	4,126,000	2,473,000	60%	1,653,000	9,498,000	7,126,000	75%	2,372,000
Gabão	1,688,000	1,246,000	74%	442,000	165,000	125,000	76%	40,000
Gâmbia	1,979,000	1,637,000	83%	342,000	599,000	290,000	48%	309,000
Gana	2,143,000	1,413,000	66%	730,000	2,220,000	1,266,000	57%	954,000
Guiné	2,700,000	1,740,000	64%	960,000	561,000	173,000	31%	388,000
Guiné-Bissau	2,251,000	1,410,000	63%	841,000	343,000	168,000	49%	175,000
Quênia	2,386,000	1,788,000	75%	598,000	3,181,000	2,211,000	70%	970,000
Lesoto	2,398,000	1,067,000	44%	1,331,000	125,000	108,000	86%	17,000
Libéria	2,624,000	2,006,000	76%	618,000	695,000	449,000	65%	246,000



Execução do Orçamento-Programa para 2000-2001  
A nível dos países  
até 31 de Dezembro de 2000

Países	Orçamento Programa			Outras verbas				
	Disponível	Gasto	%	Saldo	Disponível	Gasto	%	Saldo
Madagáscar	2,232,000	1,428,000	64%	804,000	1,960,000	659,000	34%	1,301,000
Malawi	2,385,000	1,590,000	67%	795,000	607,000	264,000	43%	343,000
Mali	3,032,000	1,986,000	66%	1,046,000	853,000	505,000	59%	348,000
Mauritânia	2,453,000	1,609,000	66%	844,000	1,334,000	436,000	33%	898,000
Maurícias	1,559,000	677,000	43%	882,000	180,000	79,000	44%	101,000
Moçambique	2,749,000	1,752,000	64%	997,000	1,948,000	1,155,000	59%	793,000
Namíbia	2,003,000	1,333,000	67%	670,000	320,000	143,000	45%	177,000
Níger	3,078,000	1,979,000	64%	1,099,000	3,197,000	2,601,000	81%	596,000
Nigéria	3,855,000	2,268,000	59%	1,587,000	12,968,000	10,762,000	83%	2,206,000
Reunião	196,000	35,000	18%	161,000	-	-	-	-
Ruanda	2,985,000	2,200,000	74%	785,000	1,386,000	632,000	46%	754,000
Santa Helena	144,000	-	0%	144,000	-	-	-	-
São Tomé e Príncipe	1,762,000	1,531,000	87%	231,000	118,000	81,000	69%	37,000
Senegal	2,350,000	1,388,000	59%	962,000	353,000	240,000	68%	113,000
Seychelles	1,422,000	664,000	47%	758,000	26,000	(2,000)	-8%	28,000
Serra Leoa	2,192,000	1,500,000	68%	692,000	3,359,000	1,813,000	54%	1,546,000
África do Sul	3,683,000	1,838,000	50%	1,845,000	498,000	184,000	37%	314,000
Suazilândia	1,977,000	1,189,000	60%	788,000	104,000	64,000	62%	40,000
Togo	2,206,000	1,305,000	59%	901,000	675,000	387,000	57%	288,000
Uganda	2,594,000	1,867,000	72%	727,000	4,043,000	2,221,000	55%	1,822,000
República Unida da Tanzânia	2,494,000	2,016,000	81%	478,000	4,820,000	2,575,000	53%	2,245,000
Zâmbia	2,947,000	2,128,000	72%	819,000	683,000	217,000	32%	466,000
Zimbábue	2,916,000	1,910,000	66%	1,006,000	3,625,000	2,065,000	57%	1,560,000
<b>Total</b>	<b>112,296,000</b>	<b>74,442,000</b>	<b>66%</b>	<b>37,854,000</b>	<b>86,494,000</b>	<b>54,756,000</b>	<b>63%</b>	<b>31,738,000</b>

## Execução do Orçamento Ordinário



Actividades da OMS na Região Africana no ano 2000



### Execução de verbas de outras fontes

