

# Actividades da OMS na Região Africana 2002-2003

Relatório Bienal do Director Regional



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
Escritório Regional Africano  
Brazzaville

# **Actividades da OMS na Região Africana 2002-2003**

## **Relatório Bienal do Director Regional**

À Quinquagésima-quarta sessão  
do Comité Regional Africano  
Brazzaville, República do Congo  
30 de Agosto a 3 de Setembro  
de 2004



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
Escritório Regional Africano  
Brazzaville

---

©  
Escritório Regional Africano da OMS  
(2004)

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

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

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

Impresso na República da África do Sul

**O Director Regional tem a honra de submeter à apreciação do Comité Regional, o Relatório das Actividades da Organização Mundial de Saúde na Região Africana, durante o período de 1 de Janeiro de 2002 a 31 de Dezembro de 2003.**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'E. M. Samba', is positioned above the printed name.

**Dr. Ebrahim M. Samba  
Director Regional**





# ÍNDICE

	<b>Páginas</b>
<b>SIGLAS</b> .....	vi
	Parágrafos
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1–21
<b>PARTE I: EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA DE 2002-2003</b> .....	22–285
<b>REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS</b> .....	22–282
Gestão e desenvolvimento do programa geral .....	22–59
Desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde .....	60–78
Prevenção e controlo das doenças transmissíveis .....	79–141
Prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis .....	142–182
Saúde reprodutiva e da família .....	183–229
Ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável .....	230–262
Administração e finanças .....	263–282
<b>FACTORES FACILITADORES E DE CONSTRANGIMENTO NA     EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA</b> .....	283–285
<b>PARTE II: RELATÓRIO DOS PROGRESSOS REALIZADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DO COMITÉ REGIONAL</b> .....	286–338
Estratégia regional para acções humanitárias e de emergência ... ..	286–297
Estratégia regional para o desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde .....	298–305
Plano estratégico para a investigação em saúde na Região Africana da OMS .....	306–313
Segurança do sangue: Estratégia para a Região Africana .....	314–320
Promoção da saúde: Estratégia para a Região Africana .....	321–325
Estratégia regional de vacinação para o período de 2003-2005 .....	326–332
Macroeconomia e saúde: Perspectivas futuras na Região Africana .....	333–338
<b>CONCLUSÃO</b> .....	339–347

## ANEXOS

	<b>Página</b>
1.Execução do Orçamento Ordinário da OMS (Escritório Regional) .....	70
2.Execução do Orçamento Ordinário da OMS (Países) .....	72
3.Execução do Orçamento Ordinário da OMS (Fundos de Outras fontes) .....	74



# LISTA DAS ILUSTRAÇÕES

## Páginas

1.	Bolsas de estudo bienais concedidas em 1990-1991 e 2002-2003 .....	14
2.	Inquérito sobre a rotulagem de medicamentos e o conhecimento dos doentes sobre os medicamentos .....	15
3.	Capacidade das autoridades regulamentadoras dos medicamentos na Região Africana .....	16
4.	Dadores de sangue voluntários não remunerados na Região Africana da OMS em 1999 e 2002 .....	17
5.	Teste do sangue na Região Africana da OMS .....	18
6.	Número de casos de dracunculose notificados na Região Africana da OMS .....	20
7.	Programa de controlo da tripanossomiase para intensificar a detecção de casos .....	22
8.	Vigilância da paralisia flácida aguda .....	27
9.	Atribuição de Fundos GAVI/Fundo para as vacinas .....	28
10.	Tendências e impacto estimado do controlo acelerado do sarampo .....	29
11.	Situação da implementação do IPT para as grávidas na Região Africana, em finais de 2003 .....	31
12.	Distribuição dos profissionais da saúde com formação no tratamento do paludismo em 2002-2003 .....	32
13.	Principais causas de morte no mundo, em adultos entre 15-59 anos, em 2002 .....	40
14.	Implementação da AIDI na Região Africana, em 2003 .....	43
15.	Distribuição dos partos no domicílio por categoria do assistente .....	44
16.	Implementação da MPS no Distrito de Soroti, Uganda .....	47

# SIGLAS

AACHRD	Comissão Consultiva Africana para a Investigação e o Desenvolvimento em Saúde (CCAIDS)
AFRO	Escritório Regional Africano
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)
AMDD	Evitar a Morte e a Incapacidade Maternas (Universidade da Columbia, Nova Iorque)
AMS	Sistema de Gestão de Actividades
ART	Terapia Anti-Retroviral
ARV	Medicamento Anti-Retroviral
CCS	Estratégia de Cooperação com os Países
CDC	Centros para a Prevenção e Controlo das Doenças
CDC/GAP	Programa Mundial contra a SIDA
CMH	Comissão sobre Macroeconomia e Saúde
CVD	Doenças Cardiovasculares
DDT	Diclorodifeniltricloroetano
DOTS	Terapia por Observação Directa de Curta-Duração
DPT	Difteria, Tosse Convulsa e Tétano
EDCTP	Parceria dos Países Europeus e em Desenvolvimento para os Ensaios Clínicos
EPI	Programa Alargado de Vacinação (PAV)
FGM	Mutilação Genital Feminina
GAVI	Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação
GDF	Provisão Global de Medicamentos Anti-Tuberculose
GFATM	Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMIS	Sistema de Informação para a Gestão Sanitária
HQ	Sede (da OMS)
HRH	Recursos Humanos para a Saúde
HTP	Prática Tradicional Nociva
ICOH	Centro Inter-Países para a Saúde Oral
IDD	Doença devido a Carência em Iodo
IDSR	Vigilância e Resposta Integrada às Doenças
IHD	Doença Cardíaca Isquémica
ILO	Organização Internacional do Trabalho (OIT)
IMCI	Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI)
IMPAC	Gestão Integrada da Gravidez e do Parto
IPPF	Federação Internacional para a Paternidade Planeada
IPTp	Tratamento Preventivo Intermitente para as Mulheres Grávidas
ISS	Serviços de Apoio à Vacinação
ITN	Mosquiteiro Tratado com Inseticida
IVM	Gestão Integrada do Vector
JHPIEGO	Programa Johns Hopkins para Educação Internacional em Ginecologia e Obstetrícia
MAP	Programa Multissetorial contra a SIDA
MCH	Saúde Materna e Infantil
MDG	Metas de Desenvolvimento do Milénio



MIP	Paludismo Durante a Gravidez
MMR	Taxa de Mortalidade Materna
MNH	Saúde Materna e dos Recém-Nascidos
NCD	Doença Não-Transmissível
NEPAD	Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano
NGO	Organização Não-Governamental (ONG)
NV	Vacinas Novas e Sub-Utilizadas
OPEC	Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP)
PEI	Iniciativa de Erradicação da Polio
PHC	Cuidados Primários de Saúde
PMTCT	Prevenção da Transmissão Vertical (do HIV)
RED	Chegar a Todos os Distritos
RTI	Traumatismo devido a Acidente Rodoviário
SARS	Síndrome Respiratório Agudo (SRA)
SIA	Actividade Suplementar de Vacinação
STI	Infecção Sexualmente Transmitida (IST)
TB	Tuberculose
TBA	Parteira Tradicional
TRIPS	Aspectos Comerciais dos Direitos de Propriedade Intelectual
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/SIDA (ONUSIDA)
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para o Apoio às Populações (FNUAP)
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para as Crianças
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VF	Fundo das Vacinas
WAHO	Organização da África Ocidental para a Saúde
WCC	Centro de Colaboração da Organização Mundial de Saúde
WHA	Assembleia Mundial da Saúde
WHO	Organização Mundial de Saúde
YF	Febre Amarela

# INTRODUÇÃO

1. Este relatório bienal, correspondente ao biénio 2002-2003, reflecte os principais sucessos da Organização Mundial de Saúde no apoio aos Estados-Membros da Região Africana, tendo em conta as principais orientações da Estratégia Institucional da OMS e no contexto de um orçamento de crescimento nominal zero.

2. O Orçamento-Programa de 2002-2003 foi o primeiro do Décimo Programa Geral de Trabalho o qual, pela primeira vez, congrega a Sede, os Escritórios Regionais e as Representações nos países num mesmo objectivo conjunto: apoiar os Estados-Membros no espírito de “Uma OMS única”. Foi elaborado com base nas 35 áreas de actividade de toda a Organização, o que exigiu uma cooperação mais eficaz com os países, tendo em atenção os desafios regionais e as prioridades a nível mundial.

3. As lições colhidas quando foi avaliada a execução do Orçamento-Programa para 2000-2001 e dos respectivos planos de acção contribuíram para orientar a execução do Orçamento-Programa para 2002-2003. Fizeram-se esforços para aproveitar essas lições, de modo a facilitar a execução e a ultrapassar os obstáculos. Para manter a continuidade e, assim, facilitar a comparação e a análise das tendências gerais, mantiveram-se vários aspectos-chave do Orçamento-Programa de 2000-2001:

- a) a natureza estratégica do Orçamento-Programa, enquanto “plano de actuação” da Organização;
- b) o conceito de as áreas de actividade funcionarem como componentes estruturais comuns do planeamento, orçamentação e notificação a toda a Organização;
- c) a incidência nos resultados esperados e nos indicadores, como meio para melhorar o planeamento, a monitorização e a avaliação no futuro;
- d) a incidência mais nítida nas prioridades, para justificar mudanças significativas dos Fundos de Outras Fontes para o Orçamento Ordinário;
- e) a elaboração e execução conjuntas do Orçamento-Programa por todo o pessoal do Escritório da OMS, promovendo assim a sua apropriação e empenhamento em todos os níveis da Organização.

4. Os anos 2002 e 2003 foram dois anos de trabalho intenso e produtivo, durante os quais o Escritório Regional Africano da OMS se esforçou por enfrentar os desafios sanitários nos países. A execução do Orçamento-Programa de 2002-2003 caracterizou-se não só por factores de constrangimento e desafios, mas também pelas oportunidades que surgiram.

5. Apesar dos esforços dos Estados-Membros, do Escritório Regional e dos parceiros para o desenvolvimento sanitário, o quadro epidemiológico da má-saúde e o fardo das doenças foram inaceitável e alarmantemente graves. Instabilidade política, conflitos civis e situações de emergência vieram agravar ainda mais a situação. Além disso, a Região Africana sofreu o duplo fardo das doenças transmissíveis e não-transmissíveis. O HIV/SIDA, o paludismo e a tuberculose continuaram a ser grandes ameaças à saúde pública. Aumentaram a prevalência e a incidência das doenças não-transmissíveis, assim como os factores de risco associados aos estilos de vida.

6. Problemas como a falta de acesso a água potável e saneamento adequado, aliados à insegurança alimentar, ao consumo de alimentos insalubres e a frequentes situações de emergência, naturais ou provocadas pelo homem, colocaram grandes desafios à concretização das Metas de Desenvolvimento do Milénio. O urbanismo, a globalização e o mau desempenho da macroeconomia e da governação nos países

representaram desafios adicionais. Estes factores vieram influenciar as persistentemente elevadas morbidade e mortalidade materna, dos recém-nascidos e das crianças, perpetuadas pela pobreza, baixa condição social das mulheres e o fraco acesso a serviços de saúde de qualidade.

7. Os esforços para melhorar o acesso a serviços de saúde de qualidade foram, na maioria dos países africanos, prejudicados pela debilidade dos sistemas de saúde, a falta de liderança, a fuga de quadros, o financiamento inadequado e um mínimo de intervenções com boa relação custo-eficácia. Além disso, a forte associação entre pobreza, má-saúde e sub-desenvolvimento, demonstrada pela Comissão de Macroeconomia e Saúde, manteve-se como um ciclo vicioso constante.

8. A execução do Orçamento-Programa de 2002-2003 foi marcada por várias oportunidades. Tanto a Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano como a União Africana assumiram a saúde como área prioritária de actividade, tendo solicitado à OMS que desempenhasse um papel de liderança, na perspectiva das Metas de Desenvolvimento do Milénio.

9. A resposta aos desafios da saúde nos países exigiu também a mobilização de recursos para apoiar os seus esforços, assim como a celebração de parcerias com outros parceiros do desenvolvimento. Para tal, os esforços da OMS foram complementados por diversas iniciativas internacionais, como as sessões especiais da Assembleia-Geral das Nações Unidas<sup>1</sup>; o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo; a Comissão de Macroeconomia e Saúde; a Cimeira Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável; a Iniciativa Travar a Tuberculose; a Erradicação da Polio; e a Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação.

10. Devido à escassez de recursos e considerando as expectativas dos Estados-Membros face aos contributos da OMS, os esforços concentraram-se em prioridades claramente definidas, reflectindo as necessidades dos países e as atribuições e vantagens comparativas da OMS. Tais esforços foram orientados pela Política de Saúde para Todos no Século XXI na Região Africana: Agenda 2020 e pela Estratégia Institucional da OMS. As prioridades regionais para a saúde incluíam a promoção da saúde, o vírus da imunodeficiência humana e a síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/SIDA), paludismo, tuberculose, saúde materna, saúde infantil, saúde mental, cancro, doenças cardiovasculares, diabetes e doenças respiratórias crónicas, segurança do sangue, reforço dos sistemas de saúde, pobreza e falta de saúde, e preparação e resposta a situações complexas de emergência e epidemias.

11. A Iniciativa Centrada nos Países foi o instrumento-chave para articular a resposta da OMS com as necessidades de cada país. A Estratégia de Cooperação com os Países serviu de base para coordenar o apoio aos Estados-Membros por parte dos três níveis da Organização, funcionando como quadro para reforçar a cooperação técnica com os países.

12. O novo Director-Geral, Dr. Jong-Wook Lee, eleito no decurso do biénio, manteve a continuidade, incidindo nas prioridades dos países e nas orientações estratégicas do programa da OMS, tal como tinham sido apresentadas pela Directora-Geral cessante, Dra. Gro Harlem Brundtland. Foram feitos esforços notáveis para obter o máximo de resultados sem recursos adicionais.

13. Na área Gestão e desenvolvimento do programa geral, um sucesso fundamental foi o apoio financeiro a actividades não previstas, mas urgentes, para melhorar em alguns países o estado de saúde de populações em risco. Igualmente importantes foram os valiosos contributos e propostas dos Estados-Membros, que

<sup>1</sup> Declaration of commitment on HIV/AIDS: "Global crisis global action", adopted at the twenty-sixth special session of the General Assembly of the United Nations, 25-27 June 2001; A world fit for children, Report of the ad hoc committee of the whole of the twenty-seventh special session of the General Assembly of the United Nations, Supplement No. 3 (A/S-27/19/Rev.1) 10 May 2002.

deram orientações para as actividades da OMS nas Quinquagésima-segunda e Quinquagésima-terceira sessões do Comité Regional, na 111ª e 112ª sessões do Conselho Executivo e nas Quinquagésima-quinta e Quinquagésima-sexta sessões da Assembleia Mundial da Saúde. A formação em Sistema de Gestão das Actividades melhorou a qualidade dos planos de acção, já que o sistema se tornou plenamente operacional no Escritório Regional e em várias representações nos países. A Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento e Investigação em Saúde reuniu-se nas Ilhas Maurícias, onde 100 dirigentes (planificadores e especialistas em saúde pública), de 43 Estados-Membros receberam formação em macroeconomia e saúde.

14. Na área Desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde, os principais sucessos ocorreram na actualização das políticas nacionais de saúde, na promoção da medicina tradicional, na formação em segurança do sangue e na realização de um estudo sobre a fuga de quadros e as suas implicações no sector da saúde.

15. Quanto à Prevenção e controlo das doenças transmissíveis, fizeram-se esforços concertados para reforçar a vigilância e resposta integrada às doenças. O Programa de Controlo da Oncocercose foi terminado, após o reconhecimento internacional do seu sucesso. Os Estados-Membros foram apoiados tecnicamente para corresponderem às exigências do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo; para reforçarem a vacinação de rotina; acelerarem a Iniciativa de Erradicação da Polio; e erradicarem outras doenças-alvo e transmissíveis, na Região Africana.

16. Quanto à Prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis (NCD), os sucessos-chave incluem o mapeamento das epidemias das doenças não-transmissíveis (NCD), perturbações mentais e abuso de substâncias psicoactivas, bem como a análise dos seus determinantes. Foram ainda formuladas políticas e estratégias de base factual para a promoção da saúde e os Estados-Membros foram apoiados na área da Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica.

17. Na área Saúde reprodutiva e da família, o principal apoio concedido aos países foi para reforçarem os cuidados obstétricos de emergência e os cuidados aos recém-nascidos, por meio da melhoria de capacidades, aquisição de tecnologias pertinentes e iniciativas como as ambulâncias comunitárias, as comissões comunitárias de gestão e os esquemas de seguros de saúde materna. Outro grande sucesso foi a expansão, nos Estados-Membros, da implementação da Estratégia de Saúde dos Adolescentes e da Atenção Integrada às Doenças da Infância.

18. Na Divisão de Ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável, a ênfase recaiu na pobreza e na má-saúde, com apoio aos países para integrarem uma dimensão sanitária nos seus documentos estratégicos para a redução da pobreza e para promoverem uma abordagem estratégica e sustentável ao desenvolvimento sanitário de longo-prazo. Os principais sucessos foram a integração de componentes eficazes de saúde e ambiente na gestão dos ambientes humanos e na formulação de outras políticas e actividades nacionais, que contemplaram a elevada morbilidade e mortalidade atribuídas a uma higiene e segurança inadequadas dos alimentos, reforçando a capacidade nacional para a preparação e resposta a situações de emergência e dando apoio técnico e financeiro em situações de crise.

19. A Divisão de Administração e Finanças centrou-se na orientação e melhoria dos processos de gestão financeira e dos recursos, humanos e outros, na Região Africana da OMS. O Escritório Regional aplicou na totalidade os seus fundos do Orçamento Ordinário. Alcançaram-se sucessos notáveis na melhoria das tecnologias de informação e comunicação, no Escritório Regional e nas representações nos países. O pessoal e o equipamento dos serviços administrativos e de logística foram transferidos de Harare para Brazzaville com sucesso, tendo sido melhoradas as condições de vida e de trabalho no Escritório Regional.

20. Procedeu-se à avaliação dos planos de actividade para 2002-2003 das representações nos países, em estreita colaboração com as autoridades nacionais. As representações e as divisões do Escritório Regional apresentaram relatórios pormenorizados e pertinentes sobre as avaliações bienais de 2002-2003, as quais estão na base deste relatório.

21. O relatório está organizado em duas partes. A Parte I analisa a execução do Orçamento-Programa de 2002-2003, por área de actividade. A discussão incide nas realizações significativas, nos principais factores facilitadores, nos factores de constrangimento, nas lições aprendidas e nas orientações-chave para o próximo biénio. A Parte II descreve os progressos conseguidos na implementação das resoluções aprovadas pelo Comité Regional. Nos Anexos encontram-se os valores referentes à execução do Orçamento-Programa.

# PARTE I: EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO PROGRAMA DE 2002-2003

## REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS

### GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA GERAL

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

22. As nações africanas vêm-se cada vez mais confrontadas com problemas de saúde crescentes, em especial os países que se encontram em situação de crise ou com populações empobrecidas. As necessidades específicas dos países passaram a ser mais bem definidas e abordadas graças à Iniciativa Centrada nos Países, recentemente aprovada pela Organização Mundial de Saúde. Esta iniciativa gerou muitas expectativas nos Estados-Membros e outros intervenientes, obrigando a OMS a advogar activamente, em nome dos países, o apoio necessário para responder às necessidades identificadas nas Estratégias de Cooperação com os Países.

23. Entre as actividades de apoio aos países contam-se advocacia ao mais alto nível, apoio técnico ou financeiro para reforçar parcerias, lançamento de novas iniciativas, promoção de boas práticas, mobilização de mais recursos para a saúde e facilitação da implementação de resoluções dos órgãos directivos. O objectivo último destas intervenções da OMS a nível de países, foi a melhoria do nível sanitário das populações.

24. Os principais sucessos no biénio 2002-2003 incluem advocacia ao mais alto nível junto dos chefes de governo e decisores, em vários países da Região Africana e junto de parceiros de outros continentes. Mais de 60 visitas melhoraram grandemente a colaboração entre o Escritório Regional, diversos parceiros para a saúde, a Sede e os países, tendo muitos destes finalizado os seus Documentos Estratégicos de Cooperação com os Países.

25. Foram apoiados 15 países afectados por situações de emergência, como terremotos, explosões de depósitos de armas, inundações, epidemias, populações deslocadas devido aos conflitos civis e secas. O Fundo para o Desenvolvimento do Director Regional apoiou grupos-alvo de 12 países, incluindo grupos específicos em situação de grande necessidade: órfãos da SIDA, meninos de rua e mulheres em situações particularmente difíceis. Em oito países foram implementados programas prioritários, como a luta contra o tabaco, a luta contra o paludismo, prevenção do abuso de crianças e prevenção e luta contra o HIV/SIDA. Foi dado apoio à melhoria da capacidade institucional em alguns Estados-Membros e em quatro representações da OMS nos países.

26. Um desafio crítico no biénio 2004-2005, tal como foi expresso na Iniciativa Centrada nos Países, é o reforço do contributo da OMS para a saúde e o desenvolvimento das populações, nos países. Ao mesmo tempo, os países deverão ter maior poder, no sentido de assumirem uma maior influência na saúde pública a nível regional e mundial, socorrendo-se dos pontos fortes das representações da OMS, do Escritório Regional e da Sede. Na Região Africana, todos os 46 países deverão completar a Estratégia de Cooperação com os Países e traduzir esse documento em acções concretas, de modo a melhorarem o desempenho da OMS a nível dos países.

## **Mobilização de recursos e cooperação externa e parcerias (REC)**

27. Os ambientes saudáveis em mutação e as crescentes expectativas dos Estados-Membros e parceiros levaram à revisão do modo como a Organização Mundial de Saúde vinha respondendo às necessidades e prioridades dos países. Para um melhor apoio aos Estados-Membros, a OMS reforçou as suas representações nos países, promoveu e reforçou a disseminação de informação sanitária de qualidade e celebrou parcerias inovadoras, como instrumentos eficazes para melhorar a gestão dos programas.

28. No período em análise, o Escritório Regional esforçou-se por concretizar a visão da OMS que consiste em colocar os países no âmago da sua actividade, acelerando a formulação e implementação da Estratégia de Cooperação com os Países (CCS) nos Estados-Membros. O processo CCS foi concretizado em 28 países durante este biénio, aumentando para 39 os países que têm os seus próprios documentos de cooperação com os países. A implementação da estratégia de cooperação com os países, relacionada com o reforço das representações da OMS nos países, foi lançada em 20 países.

29. A integração das CCS no processo de gestão da OMS aumentou o desempenho a nível dos países, resultando numa melhor consulta e colaboração entre os parceiros, sob a liderança da OMS. A implementação da Iniciativa Centrada nos Países também fez aumentar a coerência das actividades da OMS a nível dos países.

30. Dado o papel essencial da informação na advocacia, na consciencialização e no controlo das doenças, foram promovidos programas da OMS e mensagens sobre a saúde em comunicados de imprensa, em materiais audiovisuais e em publicações como o African Health Monitor. Entre os temas prioritários mencionam-se a erradicação da polio, o HIV/SIDA, a tuberculose, o paludismo e a medicina tradicional.

31. Embora as bibliotecas de imagem e de audiovisuais do Escritório Regional de Brazzaville tenham sido pilhadas durante a guerra civil de 1997, estão a ser renovadas para servirem os programas técnicos, bem como a comunicação social e outros parceiros. As reuniões regionais, como a Quinquagésima-segunda e a Quinquagésima-terceira sessões do Comité Regional, realizadas respectivamente em Harare e Joanesburgo, tiveram uma extensa cobertura na comunicação internacional, servindo de plataformas para colocar os problemas da saúde na agenda dos governos e nos meios de comunicação.

32. No que respeita às parcerias e à mobilização de recursos, foi sublinhada a melhoria das capacidades do pessoal da OMS, dos funcionários dos países e de outros parceiros. Mais de 70 funcionários superiores e os seus parceiros receberam formação em negociação de auxílio externo; o guia do Escritório Regional "Modelo de projecto de documentos", que pretende apoiar os países e as unidades técnicas na elaboração de propostas de projectos convincentes e exequíveis, foi actualizado e revisto; foi reactivado o Sistema de Monitorização Extra-Orçamental; foram celebrados acordos conjuntos com os principais parceiros; a colaboração com organizações não-governamentais a nível regional foi revista e analisada, tendo sido formulada uma nova política para as relações da OMS com as ONG; as divisões e as representações nos países receberam apoio num total de cerca de 26.500.000 dólares americanos, através das propostas de projectos elaboradas.

33. Durante o biénio 2004-2005, o Escritório Regional aumentará o apoio à implementação da Iniciativa Centrada nos Países, reforçando as capacidades internas de comunicação e melhorando a colaboração com outros parceiros, na busca de melhor saúde para a África.

## Bases factuais para uma política da saúde (GPE)

34. O desafio das bases factuais para uma política da saúde consiste em garantir que os decisores tenham acesso aos melhores dados e instrumentos, e que possuam a capacidade de os usar, para melhoria dos sistemas de saúde. O Escritório Regional Africano da OMS continua a reforçar as capacidades das equipas de saúde nacionais e das representações nos países, para gerarem e utilizarem dados epidemiológicos e económicos, para a melhoria do desempenho do sistema de saúde.

35. No biénio 2002-2003, 100 responsáveis no domínio da saúde pública e planeamento de 43 Estados-Membros receberam formação em diversos aspectos da economia da saúde. Quatro países (Angola, Gana, Namíbia e Serra Leoa) receberam apoio técnico ou financeiro para proceder a análises da eficácia dos hospitais e centros de saúde.

36. O Escritório Regional organizou um seminário interpaíses para formular propostas de investigação sobre o modo de custear intervenções para Tornar a Gravidez mais Segura em dois países (Gana e Nigéria) e programas de Saúde Escolar em quatro países (Gâmbia, Namíbia, Suazilândia e Uganda). Os estudos sobre Tornar a Gravidez mais Segura estão em curso e a investigação em saúde escolar será feita em 2004. Nas Ilhas Maurícias, deu-se formação a codificadores clínicos em classificação ICD-10. Na Guiné e Guiné Equatorial, decorreram seminários práticos sobre análise e gestão de dados.

37. O documento intitulado “Macroeconomia e saúde: Perspectivas futuras na Região Africana” e a respectiva resolução foram discutidos e aprovados na Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional. Procedeu-se a um estudo sobre o custo das perturbações mentais e comportamentais, com divulgação dos resultados. O *African Health Monitor* publicou um artigo sobre fármaco-economia dos medicamentos tradicionais.

38. Foi elaborado e distribuído um documento técnico intitulado “Criação de um sistema de informação para a gestão sanitária na Região Africana da OMS”, como quadro abrangente para orientar a gestão da informação na Região, estando a sua implementação em curso. Para reforçar a disseminação de dados factuais, o *African Journal of Public Health* foi totalmente conceptualizado, tendo-se constituído uma equipa e uma comissão editorial. Uma brochura com o título “*Health Situation in the WHO African Region: Basic Indicators*”, foi finalizada e distribuída. Foram igualmente elaboradas e disseminadas orientações sobre os sites na Internet.

39. Foram aprendidas várias lições, incluindo a necessidade de formar formadores em economia da saúde e a necessidade de efectuar cada vez mais investigação conjunta, disseminando-a junto de planificadores e economistas, nos ministérios da saúde e nas representações da OMS nos países. Há que acelerar a implementação do Sistema de Informações para a Gestão Sanitária (HMIS), bem como a recolha e uso de bases factuais na tomada de decisões. Devem prosseguir os esforços para reforçar a capacidade em Sistema de Informação para a Gestão Sanitária, a nível do país.

40. Durante o biénio 2004-2005, as actividades de formação incluirão o ensino de métodos de economia da saúde a economistas universitários e a formação de funcionários dos países na avaliação do fardo das doenças, na implementação do HMIS e no uso da classificação ICD-10, para a notificação de estatísticas vitais. Os estudos da investigação deverão incidir na saúde escolar, na viabilidade económica dos mecanismos de financiamento da saúde por pré-pagamento, na eficácia das unidades de saúde e na globalização e saúde. Será criada uma base regional integrada de dados, que amplie as funções do site do Escritório Regional e facilite a criação de sites nos países.



## **Órgãos directivos (GBS)**

41. Dado o crescente interesse dos Ministros da Saúde e das suas delegações pela identificação dos problemas de saúde prioritários da Região, pela análise das estratégias propostas pela Sede da OMS e pelos aspectos associados ao financiamento da saúde, fizeram-se esforços para garantir a participação dos delegados africanos nas reuniões dos Órgãos Directivos, recorrendo a todos os canais de comunicação e informação disponíveis, incluindo a cooperação com os parceiros.

42. No período em análise, o Escritório Regional melhorou o mecanismo de transmissão de correspondência aos Estados-Membros, o que resultou na recepção atempada dos documentos e numa melhor preparação dos delegados para as reuniões. De uma forma geral, melhorou a participação dos delegados nas deliberações do conselho Executivo e na Assembleia Mundial da Saúde.

43. No decurso do próximo biénio, o Escritório Regional intensificará e diversificará o seu apoio aos delegados da Região Africana, para que participem mais eficazmente nas actividades e na evolução da OMS, traduzindo de modo eficaz os contributos dos 46 Estados-Membros, para benefício de toda a Região. Para esse fim, e em nome da eficácia, a mobilização dos países será uma constante.

## **Reforma administrativa e orçamental (BMR)**

44. As reformas da gestão da Organização Mundial de Saúde têm-se orientado pelo princípio de “Uma OMS única”, pela adopção de uma estratégia comum e a implementação de uma gestão com base nos resultados. Apesar dos progressos substanciais na implementação das reformas da gestão da OMS na Região Africana, ainda subsistem grandes desafios. Continuam a existir problemas na formulação dos elementos de planeamento e na associação lógica dos resultados. Os planos de actividades das divisões e dos países revelam que os gestores sentiram dificuldades em evoluir de um planeamento e orçamentação baseados nos recursos para outros baseados nos resultados, bem como em dominar os conceitos da abordagem lógica.

45. Partindo das orientações estratégicas da Estratégia Institucional e dos Orçamentos-Programa, o plano de actividades do Orçamento e Reforma da Gestão para 2002-2003 consolidou os avanços da reforma e enfrentou os desafios existentes e emergentes. Foi dada considerável atenção a uma melhoria do entendimento generalizado da Estratégia Institucional, da gestão com base nos resultados e de outras reformas. Ao mesmo tempo, o reforço das capacidades no Escritório Regional e nas representações nos países incluiu o uso do Sistema de Gestão de Actividades, como instrumento de gestão para o planeamento, a monitorização e a notificação.

46. No período em análise, foram preparadas e disseminadas por toda a Região orientações para o planeamento, a monitorização e a avaliação. Estes instrumentos possibilitaram uma compreensão generalizada do processo, resultando em planos de actividade pormenorizados para 2004-2005 e em relatórios abrangentes semestrais, anuais e bienais. Além disso, a componente da avaliação foi totalmente integrada no processo de gestão. Procedeu-se a avaliações temáticas e a nível de país e foi concluído o relatório sobre a avaliação temática, do Escritório Regional, das actividades de formação nas divisões técnicas e nos países. O apoio ao Escritório Regional e às representações nos países melhorou substancialmente a qualidade dos planos de acção para 2004-2005.

47. A unidade de Planeamento e Avaliação dos Programas reforçou, nos países, a capacidade de gestão de programas. O Sistema de Gestão de Actividades (AMS) foi instalado e tornou-se totalmente operacional em 35 representações nos países, de tal modo que as equipas-país (funcionários da representação da OMS e

do ministério da saúde) e os gestores de dados ficaram aptos a utilizar o AMS na gestão de programas. Os funcionários administrativos tiveram formação em gestão de programas e descentralização de *stickers*. Em colaboração com a unidade de planeamento, monitorização e avaliação da Sede, foram adaptados materiais de formação em Abordagem para Enquadramento Lógico, tendo sido formados seis representantes e conselheiros regionais da OMS. A unidade consolidou os relatórios semestrais, anuais e bienais para discussão durante as Reuniões do Programa Regional e os relatórios do Director Regional a submeter às sessões do Comité Regional.

48. O reforço das capacidades do pessoal melhorou grandemente a gestão dos programas na Região Africana. No entanto, esse esforço deve ser sustentado e intensificado, para consolidar os progressos na reforma da gestão e causar impacto. É necessário melhorar até um mínimo aceitável os sistemas de informática e comunicação nos países, para facilitar a actividade das equipas-país e melhorar a comunicação entre os países e o Escritório Regional. É também necessário aumentar os recursos para o Planeamento e Avaliação dos Programas, para que dê o apoio adequado às divisões técnicas e aos países, no processo das reformas de gestão da OMS.

49. A cultura de uma gestão com base nos resultados, reforçada por processos consistentes e uniformes de planeamento, implementação, monitorização e notificação, mantém-se como um grande desafio à gestão dos programas da OMS. Acresce que as Estratégias de Cooperação com os Países, elaboradas no âmbito da Iniciativa Centrada nos Países, devem ser integradas em planos estratégicos e operacionais a nível do país, uma tarefa que, além de difícil, é também nova para a OMS.

50. A execução do Orçamento-Programa para 2004-2005 deverá assentar nos progressos e na experiência adquiridos nos dois últimos biénios, para melhorar as práticas de gestão dos programas na Região. Deverá incidir-se no reforço das capacidades do pessoal para a gestão dos programas, incluindo sistemas de gestão da informação, como o AMS. Serão preparados instrumentos, como materiais e um manual de referência, para usar como pacote informativo.

### **Política e promoção da investigação (RPC)**

51. Os principais problemas colocados à Política e promoção da investigação foram a fraca capacidade institucional para a investigação sanitária, a nível dos países, a falta de políticas nacionais de investigação sanitária bem articuladas e a ausência de prioridades nos Estados-Membros, bem como o uso inadequado dos resultados da investigação, na formulação das políticas e no desenvolvimento dos programas. Ao mesmo tempo, a OMS continuou a promover o papel da investigação no desenvolvimento dos programas e na tomada de decisões, coordenando as actividades de investigação, apoiando os Estados-Membros na formulação de políticas e estratégias de investigação sanitária e utilizando os resultados da investigação na tomada de decisões.

52. A área de actividade Política e promoção da investigação coordenou as actividades de investigação nas divisões, associando o plano estratégico regional de investigação sanitária à investigação no controlo das doenças, saúde reprodutiva e sistemas de saúde. A coordenação concretizou-se por meio de encontros dos pontos focais da investigação nas divisões com a Comissão para o Desenvolvimento da Investigação. Teve lugar uma reunião da Comissão Consultiva Africana para a Investigação e Desenvolvimento em Saúde (CCAIDS), para sublinhar e reforçar o seu papel de liderança na Região Africana. O Escritório Regional continuou a celebrar parcerias com os centros de colaboração da OMS (WCC) da Região.

53. Os principais sucessos foram os seguintes: distribuição pelos países de directrizes operacionais para a criação de comissões bioéticas; prosseguimento na facilitação da designação e redesignação dos WCC pela

Comissão de Desenvolvimento da Investigação; actualização da lista dos WCC e das orientações para a sua gestão; início do diálogo com a Parceria dos Países Europeus e em Desenvolvimento para Ensaios Clínicos; elaboração de um instrumento para recolha de dados intitulado "Inquérito à capacidade de investigação sanitária nos países", enviado aos países para preenchimento e para utilização ao planearem o pedido de apoio à investigação.

54. As orientações para o biénio 2004-2005 são: elaborar orientações gerais para utilização dos países na formulação de políticas e planos estratégicos nacionais de investigação sanitária; apoiar a criação ou reforço de mecanismos nacionais para a coordenação da investigação e a criação de redes; apoiar a constituição ou reforço de comissões de análise biomédica e científica; e formar os pontos focais nacionais de investigação sanitária em metodologia e divulgação da investigação. É necessário incluir os Centros de Colaboração da OMS e a Comissão Consultiva Africana para a Investigação e Desenvolvimento em Saúde, nestas orientações.

### **Gestão e difusão da informação sanitária (IMD)**

55. Uma informação fiável e em tempo oportuno é vital para o desenvolvimento, produção e distribuição de todos os bens e serviços. No sector da saúde, a informação enriquece e orienta os profissionais da saúde, decisores, investigadores e público em geral. É um importante instrumento para a promoção da saúde e a prevenção e controlo das doenças. Infelizmente, não é fácil aceder a informação boa, fiável e actualizada, mesmo quando ela existe. Os obstáculos ao acesso incluem a má comunicação, o custo e a natureza da informação a transmitir. A área de actividade Gestão e Difusão da Informação Sanitária (IMD) é responsável pela edição, tradução, impressão, distribuição e conservação de todos os documentos produzidos no Escritório Regional. A OMS continua a ser responsável pela prestação, em tempo oportuno, de informação sanitária e biomédica de base factual, para uso pelos Estados-Membros, parceiros, funcionários e pelo público em geral.

56. No período em análise, foram editados, traduzidos, publicados e enviados aos Estados-Membros, nas três línguas de trabalho da Região, todos os documentos da 52ª e 53ª sessões do Comité Regional. Foi proporcionada tradução simultânea em todas as reuniões organizadas na Região, até Dezembro de 2002.

57. A Gestão e difusão da informação sanitária foi equipada, numa tentativa de melhorar a produção da informação no Escritório Regional. Simultaneamente, foram publicados ou encontram-se em fase de publicação manuais de formação, guias, orientações e módulos para apoio à implementação dos programas. Nas representações nos países, foram implementados no total 506 projectos de publicações. Para estimular a investigação, melhorar a qualidade das publicações africanas sobre saúde e aumentar a sua visibilidade, a unidade participou nos esforços do Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais (Sede), para organizar o Fórum dos Editores Africanos de Publicações Médicas.

58. Reabriu, renovada, a Biblioteca do Escritório Regional, tendo adquirido o BiblioMaker e criado um servidor para facilitar o acesso à sua base de dados. Para manter os funcionários e utilizadores informados sobre os desenvolvimentos e descobertas da investigação em medicina e saúde, a biblioteca lançou um boletim informativo mensal com o título de InfoDigest. Para promover a Biblioteca Azul, receberam formação 238 gestores, de 9 países.

59. As lições a tirar destas actividades são que a circulação da informação é prejudicada, sempre que os recursos financeiros são insuficientes para a apoiar. Assim, as orientações futuras apontam para a orçamentação destas actividades em todos os biénios. As dotações orçamentais deverão permitir a actualização do equipamento de reprodução no Escritório Regional, a resolução do problema crítico da falta de pessoal, o reforço das actividades de informação nos países e o resumo das actividades do Index Medicus Africano.

## DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

60. O reforço dos sistemas de saúde, para que prestem serviços de saúde de qualidade, em especial às populações pobres e desprotegidas, continua a ser uma prioridade da Região Africana. Os países necessitam de formular ou actualizar as políticas e estratégias sanitárias que procuram melhorar o acesso a serviços essenciais de saúde, incluindo o acesso a medicamentos essenciais, sangue seguro e uso adequado das tecnologias da saúde, necessárias para o tratamento das doenças prioritárias e dos problemas médicos. Os desafios actuais são a inadequação dos recursos humanos e financeiros para a saúde.

61. Para dar resposta a estes desafios, os países foram apoiados na reforma e reforço dos seus sistemas de saúde. Foi dada atenção especial aos sistemas de saúde locais ou distritais, de modo a melhorar o seu desempenho no contexto da *Política de Saúde para Todos no Século XXI na Região Africana: Agenda 2020*. Além disso, foram envidados esforços para apoiar projectos de investigação que estimulem a colaboração entre a medicina tradicional e a convencional. A Divisão do Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde abrange três áreas de actividade: Organização dos Serviços de Saúde; Medicamentos Essenciais e Política Farmacêutica; e Segurança do Sangue e Tecnologias Clínicas.

### Organização dos serviços de saúde (OSD)

62. Realizaram-se actividades de apoio aos países para o reforço das funções dos seus sistemas de saúde. Entre estas funções, contam-se a prestação de cuidados, financiamento justo, administração-geral e geração de recursos para garantir o acesso equitativo a serviços de qualidade, aceitáveis e de preço acessível.

63. Graças ao apoio recebido, 10 países<sup>2</sup> reviram as suas políticas sanitárias e planos estratégicos nacionais. Os Camarões avaliaram a política de recuperação dos custos e o Gana e o Quênia elaboraram esquemas de seguros de saúde. Dezasseis países<sup>3</sup> avaliaram a operacionalidade dos seus sistemas distritais de saúde e criaram programas para desenvolver um pacote mínimo distrital e reforçar as capacidades de gestão a nível de distrito. O Botsuana procedeu a uma análise dos cuidados primários de saúde. Um total de 194 funcionários técnicos de 46 países e 60 decisores políticos de 27 países receberam formação em contas nacionais da saúde (NHA), a qual foi implementada por 8 países<sup>4</sup>. A Eritreia, Mauritânia, Maurícias, Seychelles e outros países informatizaram os sistemas de registos hospitalares, tendo abrangido os hospitais distritais; 14 países<sup>5</sup> reforçaram os respectivos sistemas de informação sanitária



*Funcionária da Informação Sanitária em funções num hospital distrital em Zoba Makel, Eritreia*

<sup>2</sup>Botsuana, Burkina Faso, Cabo Verde, Comores, República do Congo, Guiné Equatorial, Etiópia, Guiné, Mali e Togo.

<sup>3</sup>Benim, Botsuana, Burkina Faso, Camarões, Chade, República do Congo, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Lesoto, Madagáscar, Níger, Seychelles, Serra Leoa, Suazilândia, Tanzânia e Zâmbia.

<sup>4</sup>Gâmbia, Quênia, Maurícias, Namíbia, Nigéria, Suazilândia, Togo e Uganda.

<sup>5</sup>Burkina Faso, Camarões, República Democrática do Congo, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Quênia, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Namíbia, São Tomé e Príncipe, Suazilândia e Togo.

64. O Malawi recebeu apoio para advogar a favor da sua política de investigação sanitária, a nível nacional. A Suazilândia procedeu a uma análise da situação para o perfil da investigação sanitária e o Níger elaborou um plano de desenvolvimento da investigação. Em colaboração com a Sede, o Inquérito sobre a Saúde no Mundo foi realizado em 18 Estados-Membros<sup>6</sup>. Cinco países (Eritreia, Etiópia, Tanzânia, Uganda e Zâmbia) formularam e iniciaram a implementação de planos de acção, no âmbito de um projecto trienal para reforço dos sistemas distritais de saúde, a fim de fazerem face aos problemas prioritários de saúde; este projecto é financiado pela Agência Norueguesa para o Desenvolvimento Internacional.

65. Procedeu-se, na Região Africana, à revisão da política de cuidados primários de saúde (PHC). A principal conclusão foi que o sector da saúde vem acusando uma tendência de deterioração na saúde e um aumento nos desafios sanitários, apesar da vontade política favorável aos cuidados primários de saúde. Outras conclusões foram que os PHC eram entendidos mais como um programa vertical do que uma estratégia; a sua implementação processava-se mais em termos de estruturas e os progressos eram gravemente prejudicados por um mau desempenho económico e carência de recursos humanos. A reunião internacional sobre política de cuidados primários de saúde em Madrid, Espanha, em finais de 2003, reafirmou a importância dos cuidados primários de saúde enquanto abordagem que deverá ser adaptada a situações específicas e usada pelos países para o desenvolvimento sanitário.

66. A Investigação em Sistemas de Saúde (HSR) foi avaliada no período de 1987-2002; a principal conclusão foi que a investigação sanitária é hoje entendida como um método para a tomada de decisões com base na informação gerada. Consequentemente, a metodologia da investigação em sistemas de saúde tem sido institucionalizada em algumas faculdades, como parte da formação em investigação. Concluiu-se também que: alguns profissionais de saúde adquiriram mais competências em investigação; foram criadas algumas estruturas e mecanismos no seio dos sectores da saúde dos países participantes; e a investigação em sistemas da saúde proporcionou um ambiente para a criação de redes, a troca de experiências e a cooperação técnica.

67. Existem 26 países<sup>7</sup> que se encontram em fases distintas de desenvolvimento das suas políticas e planos de recursos humanos para a saúde (HRH), o que indica um progresso face aos 15 países do biénio anterior. Além disso, 33 gestores de 30 países receberam formação em gestão de HRH e 23 peritos em recursos humanos para a saúde foram orientados e estão a dar apoio aos países. Foram reforçadas as instituições regionais de formação e os centros de colaboração da OMS. Celebraram-se novas parcerias com a Organização Internacional sobre a Migração, a União Africana e a Fundação Rockefeller, sobre a fuga de quadros entre os profissionais da saúde e a permanente advocacia a favor dos HRH. O estudo da migração realizado em seis países<sup>8</sup> e o inquérito à migração feito em 40 países mostraram que a crescente migração de profissionais de saúde especializados afectava negativamente o acesso, a qualidade, a eficácia e a equidade dos cuidados de saúde. A situação variava com os países mas, no geral, estava associada à recessão económica.

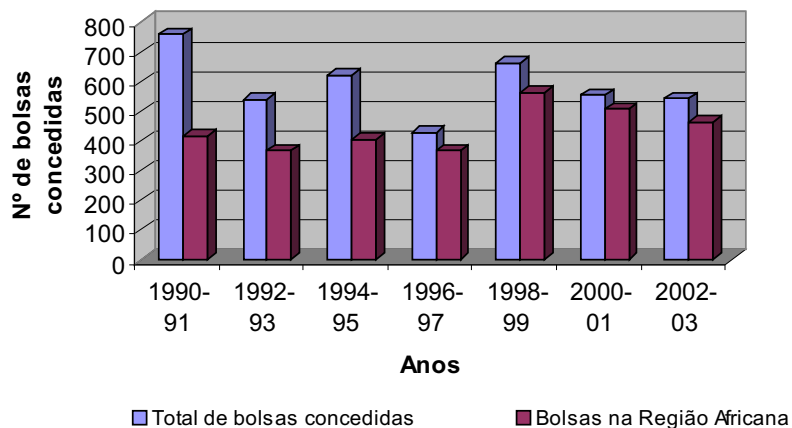
68. A principal conclusão da avaliação do programa de bolsas de estudo foi que aumentou a percentagem de bolsas de estudo da OMS atribuídas para a Região Africana. Outra conclusão foi que a maioria das bolsas eram para estudos em saúde pública, tendo as unidades técnicas aumentado as suas sessões de formação sobre a implementação do programa distrital. É ainda necessário reforçar a recolha e o processamento dos dados para uma melhor monitorização e gestão da formação custeada pela OMS. Ao longo do biénio, foram concedidas 544 bolsas no total, mais do que nos biénios anteriores (ver Figura 1).

<sup>6</sup>Burkina Faso, Chade, Comores, República do Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Quênia, Malawi, Mali, Mauritània, Maurícias, Namíbia, Senegal, África do Sul, Suazilândia, Zâmbia e Zimbabue

<sup>7</sup>Botswana, Burkina Faso, Camarões, República Centrafricana, Chade, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Malawi, Mali, Mauritània, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia e Zimbabue

<sup>8</sup>Camarões, Gana, Senegal, África do Sul, Uganda e Zimbabue

**Figura 1 : Bolsas de estudo bienais concedidas em 1990/91 e 2002/03**



### **Medicamentos essenciais e política farmacêutica (EDM)**

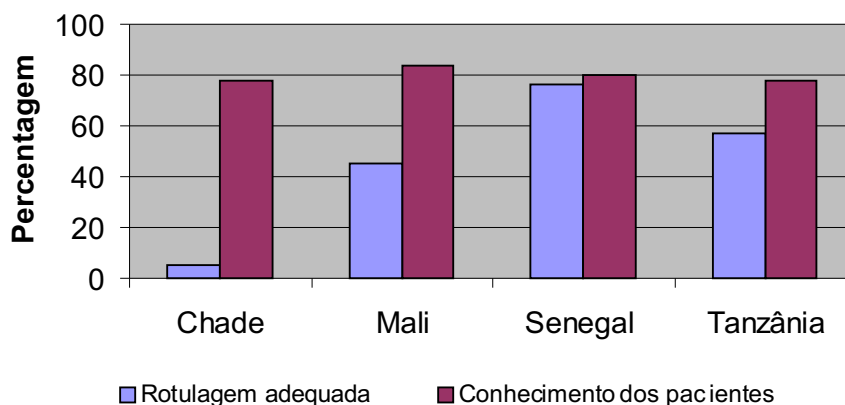
69. As actividades dos Medicamentos Essenciais foram empreendidas por forma a possibilitar que os países proporcionassem acesso equitativo a medicamentos essenciais de boa qualidade, seguros, eficazes e a preço acessível, para as doenças prioritárias. Foi dada ênfase à garantia de uma utilização racional dos medicamentos, incluindo os tradicionais, sobretudo para as populações desprotegidas.

70. Foi dado apoio técnico, a nível de país, para facilitar a implementação das políticas nacionais de medicamentos. Em 11 países, foram recrutados directores nacionais e, a nível regional, recrutaram-se profissionais de nível idêntico para darem aos países o apoio técnico adequado. Foram publicadas e distribuídas orientações para a formulação, implementação, monitorização e avaliação das políticas nacionais de medicamentos. O Burundi, Botsuana, Cabo Verde, Lesoto e Ruanda finalizaram as suas políticas nacionais de medicamentos.

71. Foram avaliados os sectores farmacêuticos de nove países<sup>9</sup>. Num estudo realizado em quatro países, recolheram-se dados entrevistando pacientes à saída de unidades de saúde pública. Nesses países, os conhecimentos dos pacientes sobre o uso correcto dos medicamentos rondava os 80%; contudo, a rotulagem não era satisfatória (ver Figura 2). Assim, é necessária mais formação para melhorar as práticas de rotulagem, sobretudo quanto à dose correcta e à duração do tratamento. O pessoal dos serviços de farmácia do Burkina Faso, Chade, Mali

<sup>9</sup>Chade, Etiópia, Gana, Quênia, Mali, Nigéria, Senegal, Tanzânia e Uganda.

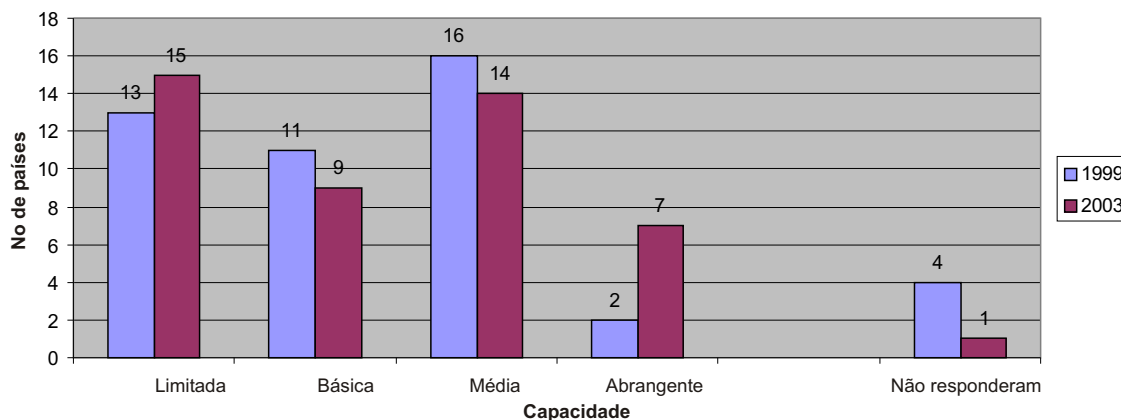
**Figura 2 : Inquérito sobre a rotulagem de medicamentos e o conhecimento dos doentes sobre os medicamentos**



72. Foi organizado um seminário de sensibilização sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio (TRIPS) para decisores políticos, a fim de estes integrarem as salvaguardas TRIPS na legislação de saúde pública sobre fármacos. Foi também organizado um seminário regional sobre o reforço dos sistemas nacionais de abastecimento de medicamentos. A Guiné Equatorial e a Mauritânia tiveram apoio para rever e reforçar os seus sistemas de abastecimento de medicamentos. Os Camarões e o Gana foram apoiados tecnicamente para reverem os seus sistemas gerais de abastecimento e distribuição de medicamentos; num esforço para intensificar a terapia anti-retroviral, foram também analisados os medicamentos anti-retrovirais disponíveis. Foi publicada a terceira edição do *AFRO Essential Medicines Price Indicator* (Índice de Preços dos Medicamentos Essenciais da AFRO).

73. Para ajudar os países a melhorar a qualidade dos medicamentos, foram preparadas e testadas em oito países orientações para inspeccionar os canais de distribuição, as quais são presentemente usadas em alguns países. Inspectores da regulamentação de medicamentos de cinco países (Camarões, Gâmbia, Lesoto, Nigéria e Tanzânia) receberam formação em boas práticas de inspeção. Procedeu-se à avaliação das capacidades das autoridades regulamentadoras dos medicamentos. Os países com uma capacidade abrangente de regulamentação aumentaram de dois para sete; é preocupante o facto de quase um terço dos países ainda terem capacidades muito limitadas (ver Figura 3).

**Figura 3 : Capacidade das autoridades regulamentadoras dos medicamentos na Região Africana (N=46)**



74. O Chade, Etiópia e Nigéria instalaram e tornaram operacional o *software* da OMS para registo de medicamentos (SIAMED). A Etiópia, Mali, Senegal e Tanzânia receberam apoio técnico para rever e reforçar as autoridades nacionais regulamentadoras dos medicamentos. Foi feito um estudo-piloto para avaliar a qualidade da cloroquina e da sulfadoxina/pirimetamina, tendo os resultados revelado deficiências no ingrediente activo e nos perfis de dissolução.

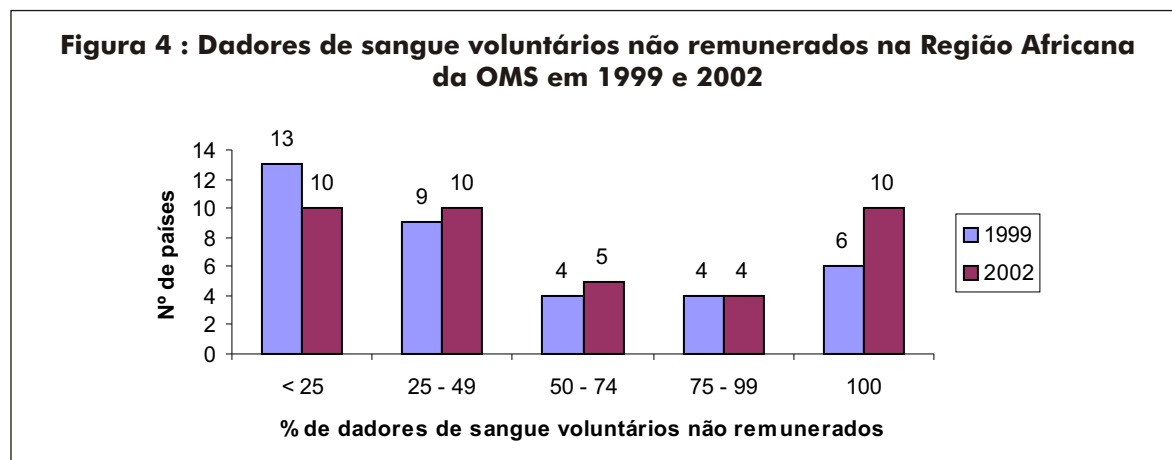
75. Foram elaborados instrumentos de investigação para avaliar a qualidade, segurança e eficácia de medicamentos tradicionais; um manual de formação em medicina tradicional, para praticantes da medicina convencional; e um manual sobre cuidados primários de saúde para praticantes da medicina tradicional. Procedeu-se a vários estudos para determinar a utilidade de medicamentos tradicionais no tratamento do paludismo (Burkina Faso, Etiópia, Gana, Quênia, Nigéria, Uganda), da anemia das células falciformes (Benim, Burkina Faso, Nigéria), da diabetes (Gana) e do HIV/SIDA (Burkina Faso, Nigéria, África do Sul e Zimbabwe). Estão em curso actividades para que estes medicamentos sejam amplamente disponibilizados nos países. O primeiro Dia da Medicina Tradicional Africana foi celebrado a 31 de Agosto de 2003, sob o lema "Medicina Tradicional: a nossa cultura, o nosso futuro" e o respectivo logotipo foi lançado em Outubro. Treze países<sup>10</sup> foram apoiados tecnicamente em vários aspectos dos seus programas de medicina tradicional.



O logotipo da medicina tradicional africana

### Segurança do sangue e tecnologias clínicas (BCT)

76. As actividades da Segurança do Sangue e Tecnologias Clínicas tiveram o objectivo de apoiar os países na melhoria da qualidade nas unidades de cuidados de saúde, na segurança de todas as tecnologias usadas em medicina clínica e no fornecimento de sangue seguro aos pacientes. Para melhorar a qualidade dos serviços de transfusão de sangue, nove países<sup>11</sup> organizaram campanhas de sensibilização para a dádiva voluntária de sangue e aumentaram o número de doadores voluntários não remunerados (Figura 4). O total das unidades de sangue recolhidas anualmente na Região Africana (2,08 milhões) é ainda muito baixo, por comparação com as necessidades anuais, calculadas em 15 milhões de unidades.

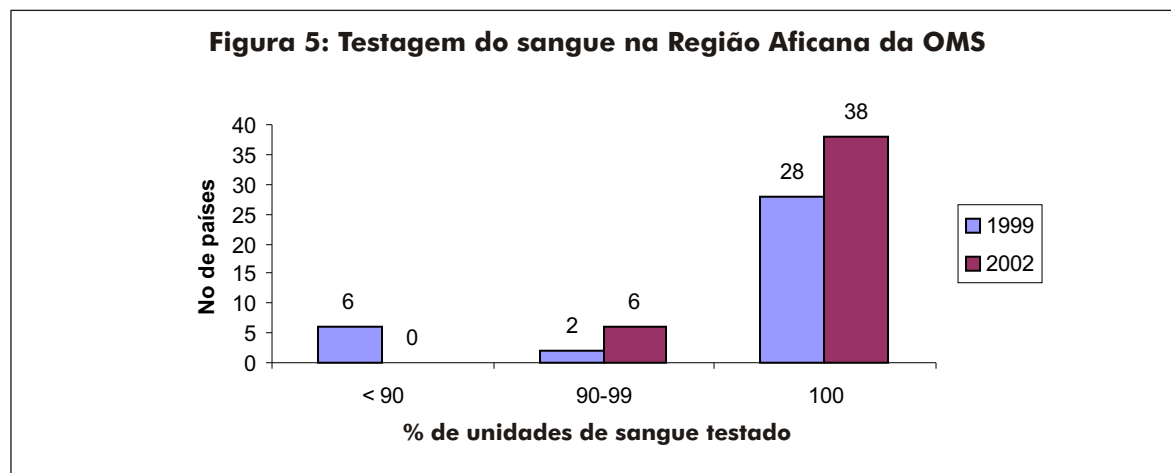


<sup>10</sup>Burkina Faso, República Democrática do Congo, Gana, Guiné, Quênia, Malawi, Mali, Mauritânia, Nigéria, São Tomé e Príncipe, Tanzânia, Uganda e Zimbabwe.

<sup>11</sup>República Centrafricana, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gana, Guiné, Maurícias, Moçambique, Ruanda e Suazilândia.



77. Ocorreram dois cursos de formação sobre gestão da qualidade, nos centros nacionais de transfusão de sangue da Côte d'Ivoire e do Zimbábue, tendo sido formados 37 gestores da qualidade. Daí resultou que 14 países<sup>12</sup> implementaram ou reforçaram os seus programas de gestão da qualidade. Além disso, o Gana, Guiné e as Maurícias elaboraram orientações nacionais sobre a utilização clínica do sangue. Foram também distribuídos em 23 países equipamentos e reagentes para testar a segurança do sangue, em apoio às transfusões. Em resultado destas actividades, melhorou na Região a despistagem do HIV e de outras infecções transmitidas pela transfusão sanguínea, quando comparado com 1999 (ver Figura 5).



78. Foi definido, e está a ser promovido, um pacote mínimo para os serviços laboratoriais a nível dos distritos. Um instrumento de avaliação de laboratórios da saúde foi criado e testado no terreno, na Zâmbia; está agora disponível para uso nos países. O Togo deu início a uma política nacional de laboratórios e a um programa de garantia da qualidade, para os serviços de imagiologia diagnóstica.

## PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

### Vigilância das doenças transmissíveis (CSR)

79. Os principais aspectos tratados pela Vigilância das Doenças Transmissíveis foram a limitada capacidade dos países para a resposta às epidemias, a multiplicidade dos sistemas de vigilância específicos das doenças (que resultam numa duplicação de esforços e no aumento do volume de trabalho dos funcionários), o envolvimento marginal dos laboratórios na vigilância das doenças e as limitações dos recursos humanos para uma vigilância eficaz das doenças transmissíveis prioritárias.

80. A OMS apoiou a implementação da vigilância integrada e resposta às doenças (IDSR), ajudando os países a preparar orientações nacionais para a vigilância das doenças, a formar profissionais de saúde relevantes, a reforçar os laboratórios nacionais de saúde pública e a melhorar a resposta às epidemias. No biénio 2002-2003, melhorou a capacidade regional de resposta às epidemias. As equipas regionais estão agora sediadas, para apoio técnico, a 48 horas da solicitação. As equipas deram apoio técnico às epidemias de gripe em Madagáscar; de febre amarela na Guiné e no Senegal; de febre hemorrágica viral do Ébola na República do Congo; de febre da Crimeia-Congo na Mauritânia; de meningite no Burkina Faso e Burundi; de

<sup>12</sup>Argélia, Benim, Burkina Faso, Camarões, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Eritreia, Gâmbia, Guiné, Quênia, Mali, Moçambique, Ruanda e Suazilândia.

paludismo na Etiópia, Burundi e Quénia; e de cólera em diversos países. O surto de síndrome respiratória aguda (SRA) foi cuidadosamente monitorizado.

81. Na Região, 42 países implementaram a vigilância integrada e resposta às doenças e 12 países formaram pelo menos 60% dos seus profissionais de saúde a nível de distrito na vigilância das doenças. Um estudo feito no Burkina Faso, Gana, Etiópia, Mali e Uganda, revelou que a notificação das doenças passou a ser três vezes mais rápida e completa, e que a detecção dos surtos de doenças também melhorou. Foi criado, em Ouagadougou, um centro de vigilância pluripatológica, para manter a vigilância da oncocercose e contribuir para a vigilância geral das doenças na Região.

82. Nove países<sup>13</sup> receberam apoio técnico sob a forma de formação de pessoal e fornecimento de reagentes de laboratório e de procedimentos normalizados de actuação, para aumentar a vigilância da meningite. Isto ajudou a comprovar a importância do *Neisseria meningitidis* W135, como causa emergente de epidemias, induzindo alterações nas estratégias de controlo.

83. Foram fornecidos equipamentos de comunicação a todos os laboratórios bacteriológicos de referência nacionais da Região, o que contribuiu para a criação de cinco redes subregionais de laboratórios. Foi criado um programa de garantia e controlo da qualidade e está ao serviço de 29 laboratórios de bacteriologia.

84. Foram disponibilizados instrumentos electrónicos de registo, análise e notificação de dados da vigilância e reforçou-se, em todos os níveis, a capacidade dos gestores de dados. O Escritório Regional publicou regularmente boletins de retro-informação à vigilância, incluindo um relatório semanal sobre doenças com potencial epidémico e o *Relatório epidemiológico das doenças transmissíveis*, de periodicidade mensal. Esta informação pode também ser consultada no *site* do Escritório Regional.

85. No biénio 2004-2005, manter-se-á o foco na formação do pessoal de saúde envolvido na vigilância integrada e resposta às doenças, no reforço dos laboratórios e numa melhor utilização da informação sobre a vigilância. Um maior envolvimento nas fases iniciais da implementação da IDSR, por parte dos intervenientes-chave, gestores de programas, parceiros do desenvolvimento sanitário e trabalhadores do nível distrital, aumentará a sua vontade de participação.

### **Prevenção, erradicação e controlo das doenças transmissíveis (CPC)**

86. As doenças transmissíveis permanecem algumas das piores ameaças ao desenvolvimento sócio-económico dos países africanos. As doenças-alvo são responsáveis por uma parte significativa do fardo das doenças, afectando principalmente os mais pobres dentre os pobres. Muitas das doenças-alvo são transmitidas por vector. As doenças-alvo da Prevenção, Erradicação e Controlo das Doenças Transmissíveis foram a dracunculose (a erradicar), lepra, oncocercose e filaríase linfática (a eliminar), além da esquistossomiase, tripanossomiase, leishmaníase, parasitose intestinal, úlcera de Buruli e vectores (a controlar).

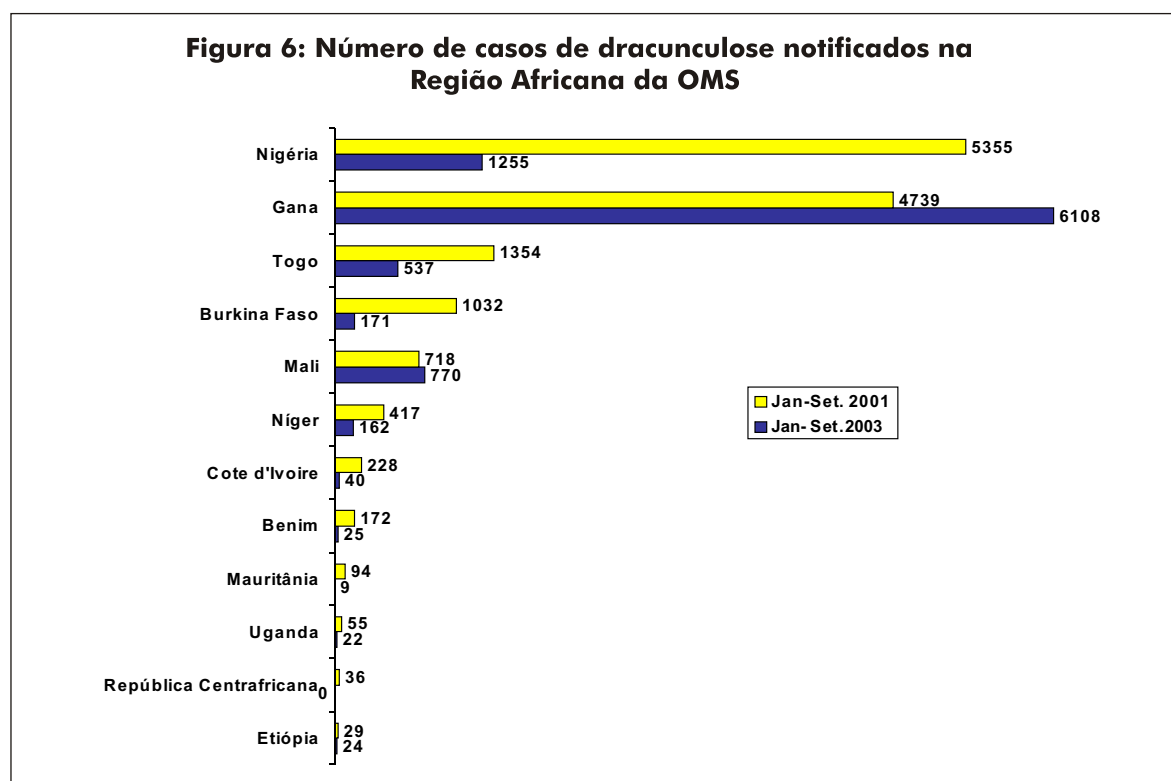
87. Os desafios enfrentados durante o biénio 2002-2003 foram i) a aceleração das actividades de erradicação da dracunculose e de eliminação da lepra, para alcançar as metas definidas; ii) a implementação do retomar das actividades de controlo da tripanossomiase humana africana, em países específicos; iii) a

<sup>13</sup>Benim, Burkina Faso, Chade, Etiópia, Gana, Mali, Níger, Nigéria e Togo.

intensificação das actividades de eliminação da filaríase linfática, num contexto de recursos limitados; iv) o início do controlo da esquistossomíase e das helmintíases transmitidas pelo solo em, pelo menos, quatro países afectados, apesar do baixo perfil destes programas; e v) a implementação de actividades integradas de controlo dos vectores, como parte importante do controlo das doenças transmissíveis.

88. Com o apoio do Escritório Regional, países com elevado fardo de endemia da lepra executaram actividades intensificadas de controlo, enquanto que os países com dracunculose endémica implementaram uma vigilância intensificada, incluindo estratégias de vigilância trans-fronteiras e um eficaz isolamento dos casos. Foram implementadas estratégias de administração em massa de medicamentos e de mapeamento da distribuição da filaríase linfática. Lançaram-se programas de desparasitação nas escolas e os países onde a tripanossomíase africana humana é endémica retomaram a detecção precoce e o tratamento dos casos. No que respeita ao controlo dos vectores, os países lançaram uma estratégia integrada de gestão dos vectores, aumentando a utilização de redes tratadas com insecticida e implementando campanhas de massa para a impregnação de mosquiteiros.

89. Dracunculose: O total de casos de dracunculose na Região Africana caiu de 14.243 em 2001 para 9.031 em 2003, representando uma redução de 36%. Metade dos países endémicos (num total de 12 em 2001) notificaram menos de 50 casos em 2003 (ver Figura. 6). Camarões, Chade, Quênia e Senegal mantiveram uma incidência zero de casos indígenas em 2003. A República Centrafricana notificou uma incidência zero em 2003 e 10 países elaboraram pedidos para a certificação da erradicação, que apresentaram à Comissão Internacional para a Certificação de Erradicação da Dracunculose (sessão de Março de 2004).



90. Lepra: No biênio 2002-2003, foi implementado um plano intensificado para eliminar a lepra. Graças à parceria entre a OMS e a Novartis, todos os países receberam gratuitamente medicamentos para a lepra, podendo assim tratar todos os pacientes que necessitavam de medicação. Durante o biênio, o número de países que alcançaram a meta da eliminação aumentou de 32 para 37. Entre eles, contam-se o Níger (0,96/10.000) e a República Democrática do Congo (0,94/10.000), anteriormente países com elevada endemia. Os registos da lepra foram actualizados em todos os países endémicos, daí resultando que 60% dos casos notificados foram eliminados. A taxa de prevalência da lepra na Região Africana caiu de 1 caso por 10.000 habitantes, em 2001, para 0,85 casos por 10.000 habitantes, durante o biênio 2002-2003.

91. Filaríase linfática: Durante o biênio, nove países levaram a cabo actividades de mapeamento, para identificarem zonas a necessitar de campanhas de administração em massa de medicamentos. Em 2002, 9.596.118 pessoas foram tratadas, por comparação a um objectivo definido de 16,1 milhões (60% do objectivo); a cobertura terapêutica foi de 74,65%. Em 2003, foram tratadas 17.071.155 pessoas com um objectivo definido de 21,6 milhões (79%), sendo a cobertura terapêutica de 70,3%. As coberturas terapêuticas conseguidas foram superiores ao mínimo de 65% definido no programa mundial; no que respeita à população-alvo, o desempenho também melhorou durante este biênio.

92. Oncocercose: O Programa de Controlo da Oncocercose na África Ocidental atingiu com sucesso os seus objectivos e foi encerrado em 31 de Dezembro de 2002.

93. Esquistossomiase e helmintíases transmitidas pelo solo: Durante este biênio, o controlo da esquistossomiase e das helmintíases transmitidas pelo solo foi implementado em 18 distritos prioritários do Uganda. A administração em todo o país de albendazol (para desparasitação) às crianças das escolas, foi efectuada em associação com a campanha de vacinação contra o sarampo no Uganda, em 2003. Foi dado apoio técnico ao lançamento, no próximo biênio, de intervenções semelhantes na Tanzânia e na Zâmbia.

94. Tripanossomiase africana humana: Durante o biênio, foi dado apoio técnico a 19 Estados-Membros endémicos para prepararem, em 2003, uma análise da situação, planos de acção a curto-prazo e pequenos projectos de detecção e tratamento dos casos. O resultado foi um melhor conhecimento da amplitude do fardo da tripanossomiase africana humana na Região Africana. Houve 18 países que iniciaram ou melhoraram a detecção precoce dos casos e o seu tratamento nas zonas endémicas (ver, na Figura 7, os países apoiados em 2003).

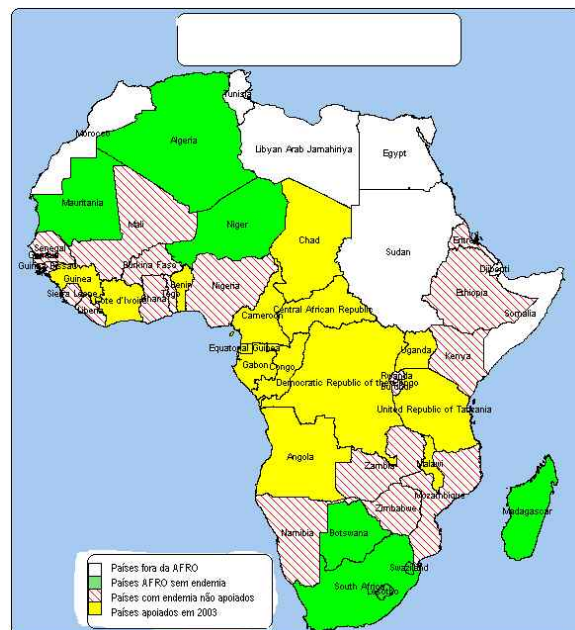


Figura 7: Programa de controlo da tripanossomiase para intensificar a detecção de casos

95. Controlo dos vectores: Tiveram lugar, em 2002 e 2003, dois cursos regionais de formação em gestão integrada dos vectores (IVM). Receberam formação 31 entomólogos e profissionais da saúde ambiental de 19 países que, presentemente, contribuem, a nível de país, para reavivar as actividades de controlo dos vectores. Seis países implementaram actividades para reduzir a dependência do diclorodifeniltricloroetano (DDT) e estão a contribuir para a luta contra o paludismo, através da IVM. Sete países implementaram, em distritos seleccionados, campanhas de massa para impregnação de mosquiteiros. Nesses distritos, a percentagem de mosquiteiros devidamente impregnados aumentou de cerca de 5%, no início do biénio, para mais de 90%, em 2003. Daí resultou que, nos distritos-alvo, a percentagem de crianças com idade inferior a cinco anos e de mulheres grávidas a dormir sob mosquiteiros tratados com insecticida, aumentou de cerca de 10%, em 2001, para mais de 80%, em 2003.

96. As lições aprendidas com a implementação das actividades neste biénio, foram:

- a) estratégias eficazes de mobilização social, associadas ao empenhamento político de alto nível, são essenciais para se conseguirem as desejadas coberturas geográficas e de tratamento;
- b) a integração das novas actividades do programa nos programas já bem implantados (por exemplo, o PAV) poderá servir de veículo para lançar os novos programas;
- c) a compensação para os distribuidores de medicamentos a nível comunitário é essencial para o sucesso a curto-prazo, mas continua a ser um desafio à sustentabilidade a longo-prazo.

97. No biénio 2004-2005, o destaque irá para um melhor conhecimento da distribuição das doenças-alvo, para se planearem melhor as intervenções de controlo. Serão aceleradas a erradicação da dracunculose e a eliminação da lepra. Serão mobilizados mais parceiros e mais recursos para a implementação dos programas e serão intensificadas a advocacia junto dos decisores e a mobilização social para intensificar a consciencialização, a fim de reforçar o perfil dos programas-alvo.

### **Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV)**

98. O aumento constante na prevalência do HIV e as elevadas taxas de mortalidade relacionada com a SIDA foram os principais problemas colocados aos Estados-Membros, na sua resposta a esta epidemia na Região. Mais de 5 milhões de pessoas morreram de SIDA na África Subsariana, durante o biénio 2002-2003. O acesso ao tratamento que prolonga a vida permaneceu reduzido, calculando-se que só 100.000 dos 4 milhões de necessitados tiveram acesso à terapia anti-retroviral (ART). Os Estados-Membros sofreram o constrangimento de recursos financeiros inadequados, sistemas de saúde débeis e implementação inadequada do programa.

99. Os principais desafios enfrentados foram: i) garantir que os programas nacionais de luta contra a SIDA dessem ao sector da saúde o papel de liderança e, ao mesmo tempo, mobilizassem e apoiassem as respostas dos outros sectores; ii) converter os actuais programas verticais da SIDA em programas sustentáveis e integrados; iii) aumentar a cobertura geográfica dos programas que implementam intervenções de base factual e com boa relação custo-eficácia, no contexto da insuficiência dos recursos nacionais e internacionais; iv) aumentar o acesso à terapia anti-retroviral, apesar de os medicamentos anti-retrovirais continuarem inacessíveis em muitos países; e v) reforço das capacidades humanas no seio do sector da saúde, para uma implementação eficaz do pacote de saúde essencial para o HIV/SIDA.

100. A OMS apoiou os países na preparação de respostas eficazes do sector da saúde ao HIV/SIDA. Foi destacado o reforço do papel de administração-geral dos governos, da capacidade de planeamento e gestão e das finanças da saúde. As respostas do sector da saúde assentaram na *Estratégia do HIV/SIDA para a Região Africana: Quadro de Implementação* e na *Estratégia Mundial do Sector da Saúde para o HIV/SIDA*. A fim de alargar o âmbito dos programas, foram sublinhadas a criação de um pacote de saúde essencial para a prevenção, tratamento e cuidados, incluindo o fornecimento de anti-retrovirais, e a sua integração nos programas pertinentes. Foram elaboradas ou actualizadas orientações, distribuídas pelos Estados-Membros para as intervenções-chave. Os países foram apoiados na adaptação e utilização desses instrumentos.

101. Foi criada uma rede alargada de peritos regionais para dar apoio técnico aos países. Prosseguiram as parcerias com os principais intervenientes e a reunião de consenso sobre as estratégias técnicas, por meio da criação de grupos regionais de trabalho inter-agências nas principais áreas de intervenção. Com o apoio técnico da OMS, os países mobilizaram recursos em colaboração com o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo (GFATM). A OMS lançou uma iniciativa para que 3 milhões de pessoas sejam tratadas com anti-retrovirais, até ao fim de 2005; a meta para a Região Africana é de 2 milhões.

102. Obtiveram-se grandes sucessos durante o biénio 2002-2003. Com o apoio da OMS, 16 países elaboraram planos para o sector da saúde, a fim de melhorar a gestão e coordenação da resposta do sistema de saúde ao HIV/SIDA e, 10 países formularam planos nacionais para os serviços de laboratório do HIV.

103. Graças a iniciativas do governo italiano e do Fundo da Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP), 16 países aumentaram a capacidade de distritos seleccionados para prestarem um pacote de serviços essenciais de saúde. Estas iniciativas reforçaram a capacidade de gestão nos distritos, para benefício das comunidades, e criaram modelos para prestação de serviços de aconselhamento e testes voluntários, prevenção da transmissão vertical, tratamento de IST, gestão de casos de HIV/SIDA e cuidados de base comunitária. Além disso, com o apoio da OMS, 12 países melhoraram a qualidade dos cuidados domiciliários graças à distribuição de *kits* de medicamentos e suprimentos básicos.

104. Cinco países reforçaram os seus sistemas sentinela de vigilância comportamental e 27 países reforçaram os sistemas de vigilância do HIV/SIDA. Foi produzido e distribuído um relatório regional de vigilância do HIV, "Actualização da vigilância epidemiológica do HIV/SIDA na Região Africana da OMS, 2002". A capacidade de produzir estimativas e projecções do HIV/SIDA aumentou em todos os países, com a colaboração do Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/SIDA (ONUSIDA), dos Centros para a Prevenção e Controlo Mundial das Doenças e do Programa Mundial de Prevenção da SIDA (CDC/GAP). Trinta países obtiveram financiamentos do Fundo Mundial (GFATM).

105. A OMS lançou com sucesso, na Região Africana, a Iniciativa "3 by 5" do Director-Geral. As metas para a terapia anti-retroviral foram fixadas para 24 países onde o fardo da doença é elevado, e o Escritório Regional levou a cabo missões em seis países, para apoiar o planeamento e a mobilização de recursos. Em dois centros subregionais que apoiam os países na melhoria dos regimes de tratamento, foi criado um serviço de monitorização da resistência aos anti-retrovirais.

106. Estes sucessos foram facilitados pela maior capacidade de algumas representações da OMS nos países, após o recrutamento de funcionários nacionais para o programa, e pela bem sucedida colaboração entre as representações, o Escritório Regional e a Sede. Uma rede de peritos regionais deu apoio aos países e houve sólidas parcerias e colaborações com a ONUSIDA, CDC, Secretariado da Commonwealth e outros.

107. As principais lições colhidas durante o biênio 2002-2003 foram que:

- a) a criação de redes de peritos regionais para darem apoio técnico pode aumentar as capacidades, mas também absorve muito tempo dos funcionários, em termos de recrutamento, supervisão e seguimento;
- b) uma maior presença de funcionários do Escritório Regional a nível de país pode estimular a expansão de actividades, nos níveis distrital e local, e facilitar o reforço das intervenções;
- c) o reforço da colaboração com organizações não-governamentais, a nível de país, amplia a capacidade da OMS para apoiar a melhoria das capacidades no sector público;
- d) o tempo usado a produzir materiais deve ser reduzido, para que as orientações dadas aos países não percam a actualidade;
- e) a implementação da vigilância integrada e resposta às doenças nos países conduzirá a uma melhor vigilância do HIV/SIDA, se for acompanhada por uma colaboração sustentada e estruturada com o programa de HIV/SIDA;
- f) a atenção aos países onde o fardo da doença tem maior peso, deve ser compensada com actividades de prevenção e iniciativas de controlo, nos países menos gravemente afectados.

108. No biênio 2002-2003, incidir-se-á na melhoria do pacote essencial de saúde e na monitorização da qualidade dos serviços. A terapia anti-retroviral será a primeira prioridade nos países onde o fardo é mais pesado. Será dada ênfase ao reforço das capacidades, das competências e das parcerias com a sociedade civil, em especial as redes de pessoas que vivem com HIV/SIDA. O alargamento da colaboração com o Fundo Mundial (GFATM) e o Programa Multisectorial para a SIDA, do Banco Mundial (MAP) será uma estratégia-chave. A documentação e divulgação de modelos de rápida incorporação da terapia anti-retroviral terá prioridade, no âmbito da Iniciativa "3 by 5".

### **Tuberculose (TUB)**

109. No início do biênio 2002-2003, foram identificados vários desafios a enfrentar na área de actividade Tuberculose. Entre eles, contam-se o perfil relativamente baixo da tuberculose em muitos países; a falência dos governos no equilíbrio entre os compromissos assumidos e uma dotação proporcional de recursos; a fúria da epidemia do HIV/SIDA, sobretudo na África Oriental e Austral; e a falência das reformas do sector da saúde em muitos países, incapazes de proteger suficientemente a integridade técnica dos programas de luta contra a tuberculose.

110. O Escritório Regional fez face a estes problemas de diversas maneiras. Foi acelerada, nos Estados-Membros, a promoção do apoio à terapia por observação directa de curta-duração (DOTS). Funcionários técnicos apoiaram os países no decurso de missões, e consultores monitorizaram a expansão da DOTS. Os países necessitados tiveram acesso facilitado à Provisão Global de Medicamentos anti-tuberculose (GDF), para um abastecimento ininterrupto de tuberculostáticos. Os países receberam apoio para mobilizarem recursos adicionais do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo (GFATM). Com apoio técnico, os países implementaram novas iniciativas para expansão da DOTS, por exemplo, cuidados comunitários à tuberculose e actividades de colaboração TB/HIV. A advocacia, tanto a nível de país como internacional, procurou estimular parcerias e mobilizar recursos para os países.

111. Com apoio do Escritório Regional, dos países e de parceiros, mais dois países implementaram a estratégia DOTS, aumentando o total para 42 (91%) dos 46 países. As taxas de sucesso do tratamento subiram de 68% no início de 2001, para 72% no final de 2002; as taxas de detecção de casos aumentaram de 44% para 46%.

112. Estes sucessos foram, em grande medida, facilitados por acções e contributos fulcrais. Em resultado de uma maior advocacia a favor de um maior empenhamento dos governos na luta contra a tuberculose, 20 dos 34 países onde a tuberculose representa um maior fardo, elaboraram planos estratégicos de médio-prazo, facilitando assim a mobilização dos recursos financeiros necessários. Dezoito países candidataram-se e receberam da GDF dotações trienais de medicamentos anti-tuberculose e 30 países candidataram-se a fundos do GFATM. Além disso, todos os governos dos 34 países com mais pesado fardo de tuberculose dedicaram recursos nacionais às actividades de luta contra a doença.

113. Para facilitar a aceleração da expansão da DOTS nos Estados-Membros e dar resposta a alguns dos desafios da luta contra a tuberculose na Região, o Escritório Regional apoiou os países na elaboração de planos para expansão da DOTS. Assim, 14 países com elevado fardo de TB/HIV elaboraram planos de expansão da DOTS e cinco deles estão já a implementá-los. Onze países elaboraram planos de cuidados comunitários da tuberculose e seis deles estão a implementá-los. Oito países elaboraram planos para envolver prestadores privados de cuidados de saúde na DOTS, estando dois deles em fase de implementação.

114. Importantes lições foram aprendidas durante a implementação do plano de actividades. A criação de parcerias, tanto a nível de país como da Região, facilitou a mobilização, para a expansão da DOTS, de recursos não afectados. A disponibilização de medicamentos anti-tuberculose pela Provisão Global de Medicamentos anti-tuberculose facilitou a expansão das actividades da DOTS nos países, garantindo um fornecimento ininterrupto de medicamentos. O recurso a uma equipa de consultores para apoio aos países facilitou as suas actividades. No entanto, a actual equipa de consultores é limitada, devendo ser ampliada para ser mais eficiente no futuro.

115. As orientações-chave para o biénio 2004-2005 incluem a manutenção do empenhamento político na luta contra a tuberculose a nível internacional, regional e de país. A aceleração da expansão da DOTS, até se atingirem as metas da Assembleia Mundial da Saúde para o controlo da tuberculose, exigirá novas iniciativas, como os cuidados comunitários da tuberculose; as parcerias público-privado (incluindo a DOTS nos locais de trabalho); actividades de colaboração TB/HIV; maximização do desenvolvimento dos recursos humanos para a DOTS; e maximização do controlo da tuberculose na Iniciativa "3 by 5".

### **Vacinação e desenvolvimento de vacinas (IVD)**

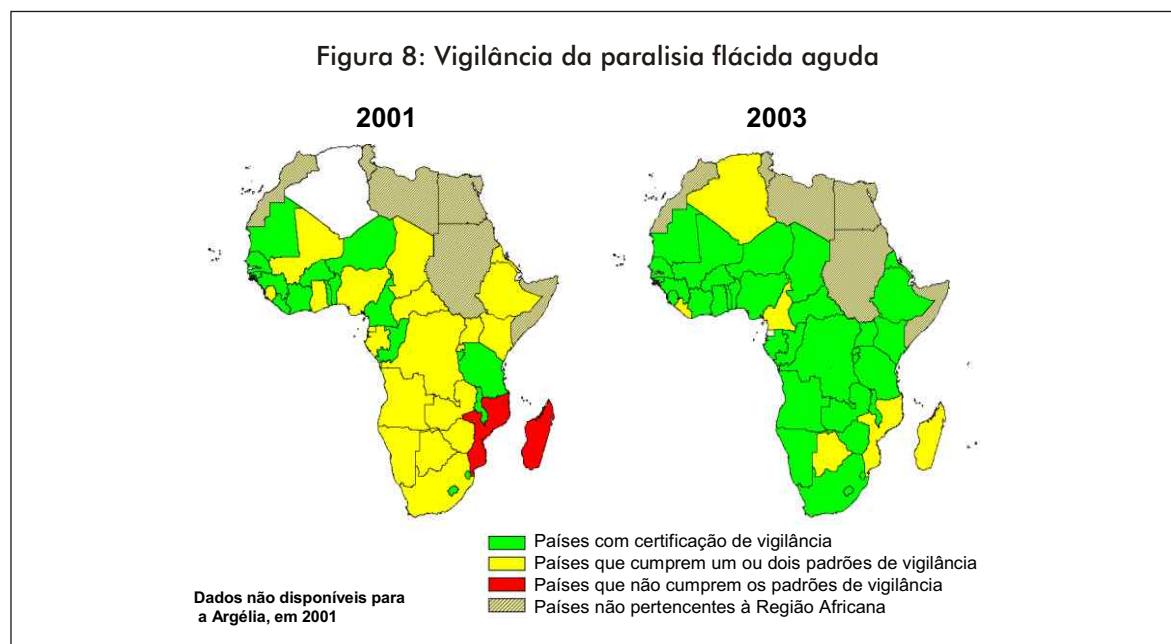
116. Os pontos-chave da área de actividade Vacinação e Desenvolvimento de Vacinas, no biénio 2002-2003, foram: reforçar a prestação de serviços de vacinação de qualidade, acelerar esforços para alcançar a erradicação da polio, alcançar o controlo do sarampo e da febre amarela, atingir as metas da eliminação do tétano neonatal e introduzir novas vacinas e tecnologias nos programas nacionais de vacinação, de modo sustentável.

117. Com o apoio da OMS, os Estados-Membros reforçaram a vacinação, lançando a abordagem Chegar a Todos os Distritos (RED) para reforçar os esforços nacionais a nível distrital, aplicando o método da Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação (GAVI), melhorando as capacidades e a logística, com uma monitorização e análise constantes.

118. A OMS apoiou a implementação de duas estratégias-chave na erradicação da polio: actividades suplementares de vacinação (SIA) e vigilância da paralisia flácida aguda. Uma vigilância de alta qualidade é essencial para documentar a transmissão, fornecendo dados para orientar as actividades do programa e, eventualmente, certificar a erradicação da polio. Os programas de controlo do sarampo, febre amarela e tétano materno e neonatal implementaram estratégias idênticas. Realizaram actividades suplementares de vacinação para aumentar a imunização das populações, criaram capacidades de vigilância e apoiaram actividades de reforço da vacinação de rotina.

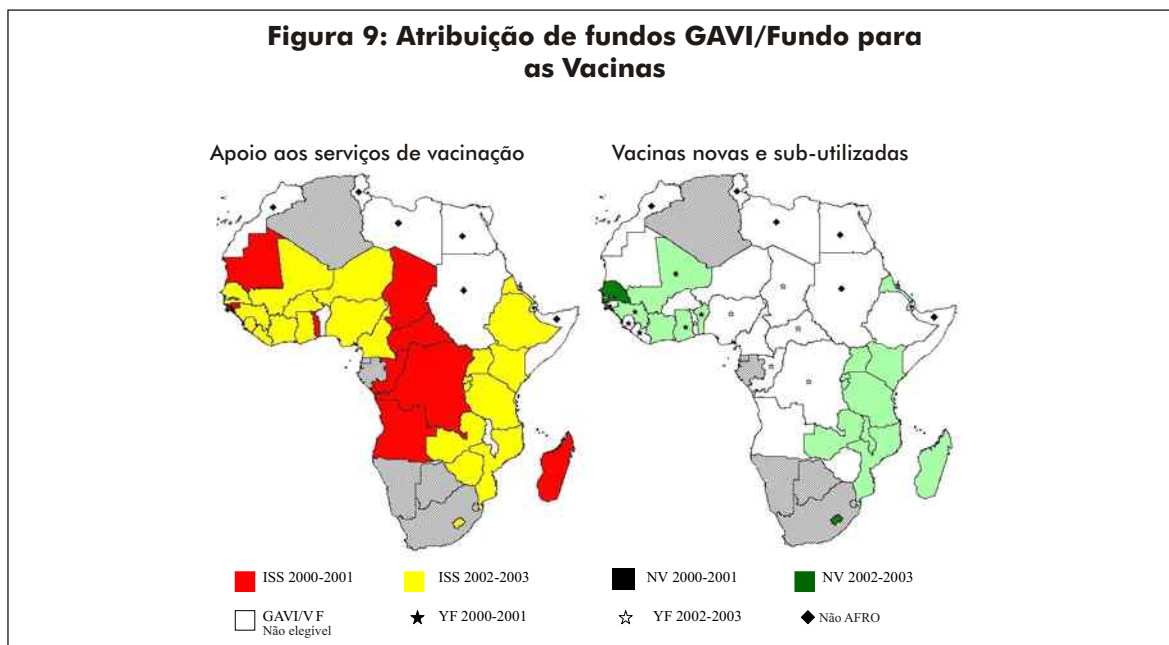


119. A erradicação da polio mereceu um apoio considerável. A transmissão indígena do poliovírus selvático está hoje limitada a dois países endémicos, Níger e Nigéria, o que representa uma diminuição dos quatro países, em 2001. Houve, no entanto, importação para outros países, dada a intensa transmissão no reservatório remanescente. A vigilância para o nível de certificação foi conseguida em 33 dos 41 países do continente (ver Figura 8). A elevada qualidade da vigilância na Região Africana levou a uma melhor gestão do programa e a objectivos mais adequados. Além disso, todos os 16 laboratórios da rede da polio cumpriram os parâmetros da OMS para acreditação, garantindo uma detecção de poliovírus exacta e em tempo oportuno. Todos os países criaram comissões nacionais de certificação, que apresentaram relatórios anuais da qualidade dos progressos na certificação da erradicação da polio à Comissão de Certificação da Região Africana. De acordo com os processos de certificação, 31 países iniciaram actividades de contenção do poliovírus selvático em laboratório.



120. Foram reforçados os sistemas de vacinação de rotina, tendo-se alcançado sucessos. Na Região Africana, a cobertura de rotina da DPT3 foi de 60%, em 2003, em comparação com 55%, em 2001. O número de países com um nível de cobertura abaixo dos 50% caiu de 14, em 2001, para 8, em 2003. Para aumentar a cobertura da vacinação, foi lançada e apoiada a abordagem RED, como complemento aos esforços existentes, e 15 países implementaram-na. Em consequência, o Burkina Faso, Camarões, Mali e Togo apresentaram aumentos de cobertura entre 6% e 20%, de 2001 para 2003. No fim de 2003, todos os 34 países elegíveis receberam apoio da GAVI (ver Figura 9). Dos países que alcançaram os critérios de elegibilidade para a introdução de novas vacinas, (> 50% DPT3), 74% receberam apoio. Seis países integraram a vacina da febre amarela no Programa Alargado de Vacinação (PAV) durante o biénio 2002-2003, por comparação com dois no biénio anterior.

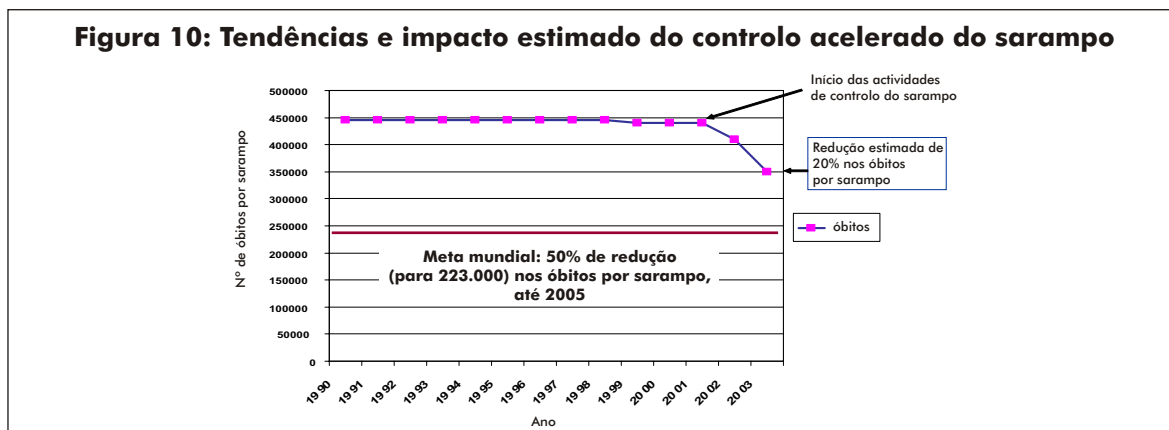
**Figura 9: Atribuição de fundos GAVI/Fundo para as Vacinas**



121. Neste biénio, os gestores do PAV de todos os países da Região receberam formação em gestão de nível intermédio. O currículo do PAV foi actualizado em 17 escolas de ciências da saúde, nove escolas médicas e oito escolas de enfermagem. Além disso, as avaliações da gestão de vacinas realizadas em sete países, demonstraram melhorias significativas em comparação com análises anteriores. A política de embalagens multidoso permitiu poupanças financeiras significativas nos programas de vacinação.

122. O controlo acelerado das doenças concentrou-se no sarampo e no tétano materno e neonatal. A parceria para o sarampo reuniu mais de 40 milhões de dólares americanos, para apoio às actividades suplementares de vacinação contra o sarampo, em 21 países, abrangendo mais de 95 milhões de crianças durante o biénio 2002-2003. Calcula-se que as actividades de vacinação do sarampo evitaram 70.848 mortes anuais devidas à doença, projectadas em mais de 212.546 do objectivo trienal (ver Figura 10). No fim do biénio anterior, foi implementada uma estratégia regional para o controlo do sarampo e os países iniciaram a segunda campanha de vacinação contra o sarampo, em fins de 2001. Acrescenta-se que a eliminação do tétano materno e neonatal foi validada na Eritreia e na Suazilândia. Assim, 14 países eliminaram o tétano materno e neonatal, por comparação com 12 países, em 2001.

**Figura 10: Tendências e impacto estimado do controlo acelerado do sarampo**



123. A vigilância do sarampo com base nos casos está implantada em 24 países, por comparação com sete, em 2001; a vigilância da febre amarela está implantada em 14 países, por comparação com seis, em 2001; a vigilância do tétano neonatal está implantada em 25 países por comparação com 13, em 2001. Uma melhor vigilância está a resultar numa melhor implementação dos programas de controlo acelerado das doenças, nos Estados-Membros.

124. Uma das lições colhidas é que a infra-estrutura criada para a iniciativa da erradicação da polio é essencial para dar continuidade aos progressos obtidos em outros programas e para os fazer evoluir, no futuro. Infelizmente, outra lição é que a cobertura vacinal de rotina não atingiu os níveis esperados, apesar dos recursos adicionais e das novas oportunidades.

125. O Comité Regional aprovou uma estratégia acelerada de vacinação para 2003-2005. Durante o biénio 2004-2005, o apoio da OMS aos países incidirá na implementação acelerada de actividades do PAV, para alcançar e manter 80% de cobertura vacinal em 80% dos distritos; interromper a transmissão do poliovírus selvático nos dois países ainda endémicos; alcançar as metas do controlo do sarampo, eliminação do tétano neonatal e controlo da febre amarela; e acelerar a introdução de novas vacinas e tecnologias adequadas.

### **Paludismo (MAL)**

126. Nas três últimas décadas, aumentou consideravelmente a resistência do parasita aos medicamentos antipalúdicos disponíveis. Isso colocou uma séria ameaça à eficácia do tratamento e, assim, à redução da mortalidade durante o biénio 2002-2003. Além disso, a cobertura dos grupos de risco com intervenções preventivas, como mosquiteiros tratados com insecticida (ITN) e tratamento preventivo intermitente para as mulheres grávidas (IPT), continuou a ser muito baixa. Embora se disponha de instrumentos com boa relação custo-eficácia para o controlo do paludismo, muitos dos necessitados continuaram a não ter acesso a eles, devido à debilidade dos sistemas de saúde e ao custo elevado dessas intervenções, entre outros factores. A sua disponibilização e uso eficazes, continuam a ser um dos grandes desafios da luta contra o paludismo na Região.

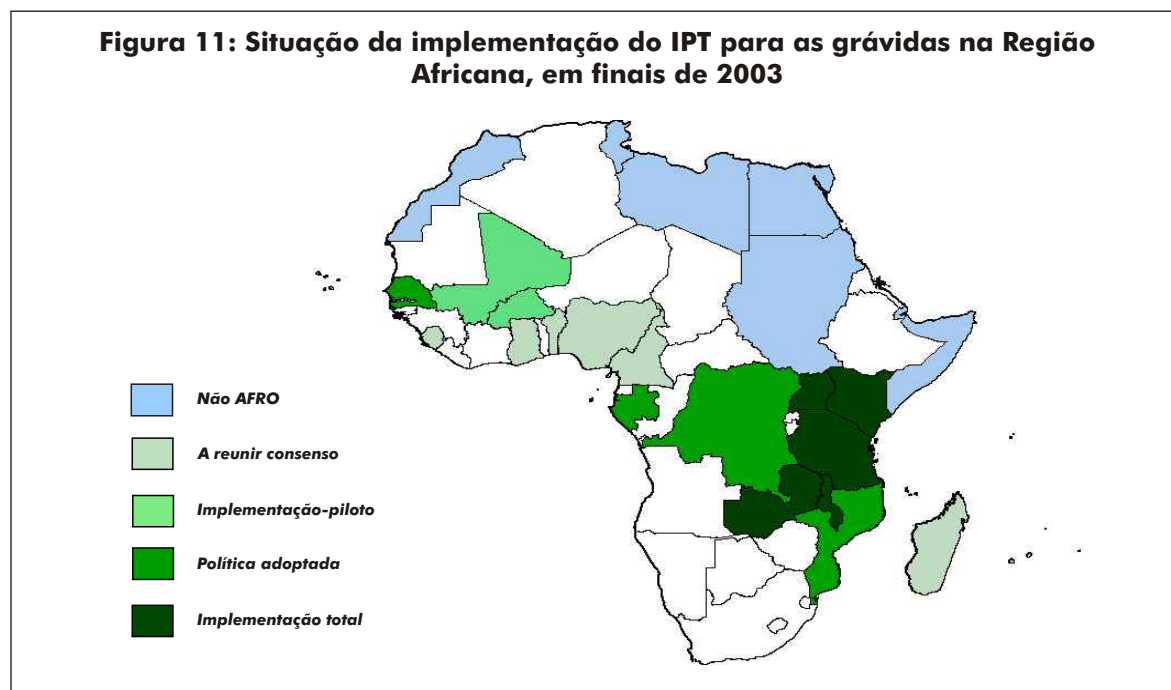
127. Para enfrentar os desafios acima mencionados, a OMS deu prioridade à concessão de apoio técnico aos países, para a adopção de políticas de medicamentos antipalúdicos adequados; formulação de estratégias que aumentem o acesso a intervenções de controlo do paludismo, em todos os níveis do sistema de saúde; reforço da capacidade de gestão, implementação, monitorização e avaliação do programa; investigação operacional; parcerias; advocacia; e mobilização de recursos.

128. Ao longo do biénio 2002-2003, sete países<sup>14</sup> adoptaram políticas de terapias de associação, com base na artemisinina, para o tratamento dos casos de paludismo e quatro países (Burundi, Eritreia, Tanzânia (Zanzibar) e Zâmbia) estão a implementar essas políticas, de acordo com as recomendações da OMS. Quinze<sup>15</sup> países melhoraram as capacidades dos profissionais de saúde de nível nacional e distrital na gestão de casos de paludismo, dando formação a mais de 100 deles. As intervenções de base comunitária melhoraram significativamente os sistemas de saúde, nomeadamente com uma melhor distribuição dos antipalúdicos e ITN, com melhor supervisão pelos profissionais de saúde, e com um sistema mais eficaz de referência nos casos graves. O tratamento domiciliário do paludismo melhorou no Benim, Eritreia, Gana, Madagáscar e Uganda.

<sup>14</sup>Burundi, Eritreia, Gabão, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Senegal e Tanzânia (Zanzibar)

<sup>15</sup>Benim, Burkina Faso, Burundi, Comores, República do Congo, Eritreia, Gana, Madagáscar, Malawi, Mali, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Togo.

129. Além disso, foram preparadas orientações sobre o uso da terapia associada, bem como algoritmos para o tratamento de casos de paludismo, com base na Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI). Oito países<sup>16</sup> adotaram políticas de IPT para as grávidas ou iniciaram a sua implementação. Os Camarões, Gana, Madagáscar, Níger e Serra Leoa começaram a reunir consensos para a adopção da IPT para as grávidas (ver Figura 11). Foi dado apoio técnico e financeiro à criação de duas redes sub-regionais (na África Oriental, Austral e Ocidental), para prevenção e controlo do paludismo durante a gravidez. Prepararam-se orientações com o título *Prevenção e Controlo do Paludismo durante a Gravidez na Região Africana*, para apoiar os países na sua implementação



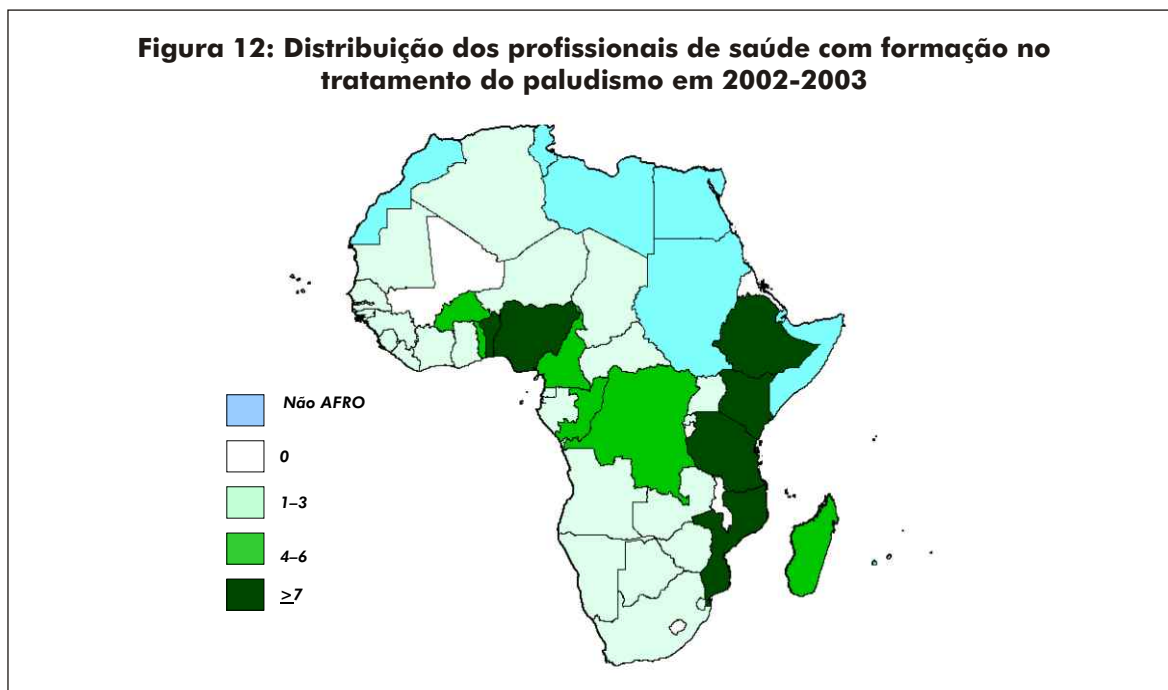
130. Um total de 137 gestores e profissionais da saúde, de 36 países com paludismo endémico<sup>17</sup>, receberam formação em controlo do paludismo (ver Figura 12); 45 consultores foram orientados em vários aspectos do paludismo e estão disponíveis para apoiar os países na aceleração da implementação. Além disso, foi reforçada em 13 países<sup>18</sup> a capacidade de monitorizar e avaliar a implementação de actividades de controlo do paludismo, graças à formação de mais de 80 profissionais de saúde na criação e gestão de bases de dados compostas para o paludismo. Foi publicada a primeira edição dos “Perfis do Paludismo nos Países”, que pretende ser um instrumento para as opções políticas e a tomada de decisões.

<sup>16</sup>Burkina Faso, República Democrática do Congo, Gabão, Gâmbia, Mali, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Senegal.

<sup>17</sup>Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, República do Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Quênia, Libéria, Madagáscar, Mauritània, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia, Zimbabwe.

<sup>18</sup>Benim, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Guiné, Quênia, Mali, Moçambique, Nigéria, Senegal, Togo e Uganda.

**Figura 12: Distribuição dos profissionais de saúde com formação no tratamento do paludismo em 2002-2003**



131. O Dia Africano do Paludismo foi celebrado com sucesso, com os parceiros-chave, em todos os países endêmicos, tendo-se publicado um relatório das comemorações de 2003. A primeira edição do *Relatório do Paludismo em África* foi publicada em conjunto com a UNICEF e lançada a 25 de Abril de 2003. Tiveram lugar duas reuniões com a participação activa de múltiplos parceiros, países e membros dos grupos de trabalho conjuntos do paludismo e da Atenção Integrada às Doenças da Infância.

132. Com apoio da OMS, os países mobilizaram recursos adicionais para o controlo do paludismo e, no final do biénio, 31<sup>19</sup> países viram as suas propostas aprovadas pelo Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, num total de 362.834.655 de dólares americanos para os primeiros dois anos.

133. Várias lições essenciais foram aprendidas durante o biénio 2002-2003. É da máxima importância que se incida nas necessidades, nos pedidos e na capacidade de liderança dos países. É crucial aproveitar as vantagens de complementaridade e sinergia proporcionadas pelas abordagens de âmbito sectorial e os programas verticais de controlo das doenças. Devem apoiar-se os países para que adoptem uma introdução faseada de terapias de associação com artemisinina, a partir de diagnósticos que a apoiem e de um sistema sustentável de abastecimento de medicamentos. As ITN deverão ser consideradas um bem de saúde pública, tornando-as acessíveis e a preço suportável para os grupos vulneráveis.

134. No biénio 2004-2005, empreender-se-ão acções concertadas com os países e os parceiros, para aumentar o acesso dos grupos de risco a intervenções de elevada qualidade e com boa relação custo-eficácia. Será reforçada a capacidade dos países para implementarem um pacote abrangente de intervenções de controlo do paludismo, desde a prevenção ao tratamento. Entre estas intervenções, conta-se o aumento da utilização de ITN e outras medidas de controlo dos vectores, como a pulverização residual de interiores (em zonas seleccionadas); o aumento da percentagem de mulheres grávidas com acesso ao IPT; e um melhor acesso a um tratamento imediato e eficaz. A prevenção e controlo das epidemias merecerá atenção especial, bem como a investigação operacional para desenvolvimento de novos instrumentos, ou melhoria dos existentes.

<sup>19</sup>Angola, Benim, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Chade, Comores, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Quênia, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritània, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia, Zimbabwe.

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

135. A área de actividade da Investigação e Desenvolvimento de Produtos para as Doenças Transmissíveis enfrentou muitos desafios no biénio 2002-2003. Estes, foram a descoberta de novos produtos bem sucedidos, de preço acessível e utilizáveis em África; a validação de instrumentos novos, ou já existentes, de diagnóstico, prevenção e controlo de doenças transmissíveis; e a diminuição do fosso entre a investigação e o controlo, de modo a assegurar o uso dos resultados da investigação nas políticas e nas práticas. As principais doenças-alvo foram o paludismo, HIV/SIDA, tuberculose, esquistossomiase e filariase linfática.

136. A estratégia da OMS centrou-se no estímulo dos parceiros e na criação de um ambiente para melhor utilização dos instrumentos existentes, na prevenção e controlo das doenças infecciosas; a procura de novos conhecimentos, instrumentos, métodos de intervenção e estratégias de implementação, para a aplicação nos sistemas de saúde; e a melhoria das capacidades de investigação.

137. Foi reforçada a capacidade de conceber e realizar investigação operacional em 33 países, graças a seminários práticos interpaíses e a missões nos países. Em consequência, foram desenvolvidos 53 projectos de investigação operacional, estando 36 deles (financiados pelo Escritório Regional) em implementação. Consequentemente, a percentagem de países com doenças transmissíveis endémicas empenhados na investigação e desenvolvimento de produtos para as doenças transmissíveis, aumentou de 24% para 67%. Foram identificadas, para designação como centros de colaboração da OMS, duas instituições de investigação. Criaram-se bases de dados regionais sobre investigação operacional e definiram-se instituições de investigação e investigadores, que estão disponíveis para as representações nos países e para outros utilizadores. Foram reforçadas as ligações à Sede com a criação, na Região, de uma nova iniciativa de apoio à investigação operacional sobre o controlo do paludismo; esta iniciativa associou os esforços do Escritório Regional, à Iniciativa Fazer Recuar o Paludismo, ao Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais e à Iniciativa Multilateral para o Paludismo.

138. Foram introduzidas e validadas três novas intervenções: terapia de associação para o paludismo, tratamento anti-retroviral e tratamento preventivo intermitente do paludismo na gravidez. Cinco países usaram eficazmente os resultados da investigação para influenciar alterações na política de tratamento do paludismo, aumentando o total dos países de 13 (30%) para 18 (42%).

139. Foi concebido um plano operacional para integrar as intervenções em doenças transmissíveis, a nível distrital; foram-lhe afectados fundos para uma implementação-piloto em cinco países. Cinco países completaram os inquéritos às tecnologias de tratamento dos resíduos hospitalares, que proporcionaram informação vital para a concepção de tecnologias novas e adequadas. Foram criados, em três países, locais sentinela para avaliar e analisar os níveis de desperdício de vacinas e as suas causas, para obtenção de dados sobre o modo de melhorar a cobertura vacinal.

140. Duas importantes lições colhidas foram: será necessário variar as datas de lançamento das actividades, para que não se iniciem todas ao mesmo tempo; e os fundos afectados às actividades de CRD, nos planos de acção de outras áreas de actividade, devem ser entregues no início do biénio, para evitar o cancelamento de actividades.

141. Para o biénio 2004-2005, mantém-se a incidência no desenvolvimento, validação e utilização de instrumentos, medicamentos, tecnologias e estratégias novas ou já existentes. Dar-se-á ênfase à gestão dos conhecimentos, construção de parcerias e criação de redes com as comunidades, para controlo das doenças e investigação e desenvolvimento. No entanto, o reforço da capacidade de investigação continuará a ser um ponto prévio à abordagem destes problemas.

## PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

142. As doenças não-transmissíveis (NCD), traumatismos, doenças mentais e abuso de substâncias psicoactivas, incluindo o consumo de tabaco e álcool, tornaram-se grandes preocupações para a saúde, na Região Africana. O fardo das NCD, agravado pelo problema ainda não resolvido das doenças infecciosas, impõe uma enorme pressão sobre os já sobrecarregados serviços de saúde da Região. Além disso, o potencial de prevenção das NCD pela abordagem dos factores de risco não está totalmente compreendido e muitos sistemas de saúde são inadequados para enfrentar muitas das doenças crónicas. Daí resulta que as NCD têm maior impacto nas populações pobres e desfavorecidas.

143. Durante o biénio 2002-2003, verificaram-se alguns eventos marcantes na abordagem das NCD, na Região Africana. A Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica foi aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde; os países começaram a implementar a vigilância dos factores de risco para as NCD; o Comité Regional aprovou um documento técnico sobre a prevenção da violência e de traumatismos e foi elaborado um documento sobre a abordagem à epilepsia.

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

144. Esta área de actividade abrange as doenças crónicas, saúde oral e envelhecimento e saúde. O envelhecimento e saúde foi implementado através da Promoção da Saúde.

### **Doenças crónicas**

145. Nas doenças crónicas, foi dada prioridade à vigilância e prevenção dos factores de risco das doenças não-transmissíveis, devido à escassez de dados sobre as principais NCD (doenças cardiovasculares, diabetes, cancro e doença pulmonar crónica obstrutiva); o facto de os seus factores de risco serem comuns (alimentação não-saudável, utilização de tabaco e inactividade física); e o potencial da prevenção.

146. A OMS apoiou tecnicamente os países na formação em abordagem passo-a-passo, para vigilância dos factores de risco das doenças não-transmissíveis (STEPS). Como resultado, 35 participantes de 16 países receberam formação em metodologia STEPS, na Cidade do Cabo e em Nairobi. A implementação da STEPS teve início na Etiópia, Argélia, Gana e Moçambique. A primeira experiência de integração da vigilância das doenças transmissíveis e não-transmissíveis começou em Moçambique. Os outros países participantes receberam apoio para inquéritos aos factores de risco das NCD.

147. Na prevenção e controlo do cancro, os países foram apoiados para oferecer formação em detecção precoce e tratamento do cancro do colo do útero; 16 participantes de cinco países tiveram formação em Luanda e 18 participantes da Tanzânia e Uganda foram formados em Dar-es-Salaam. Foram criados dois centros de investigação e formação em controlo do cancro do colo do útero; em Luanda e Dar-es-Salaam. Um centro idêntico fora inaugurado em Conakri no biénio anterior.

148. Todos os países que participaram nas actividades de formação receberam apoio para elaborar programas de controlo do cancro do colo do útero. Mais de 15.000 mulheres fizeram o despiste do cancro do colo do útero e foram tratadas em conformidade. Peritos de 17 países frequentaram um curso de formação em notificação do cancro, organizado pela Agência Internacional para Investigação do Cancro de Lyon, França.

149. A primeira fase do projecto de cuidados paliativos a doentes de HIV/SIDA e cancro foi implementada, envolvendo uma análise da situação e avaliação das necessidades nos seguintes países: Botsuana, Etiópia, África do Sul, Tanzânia, Uganda e Zimbabwe. Foi iniciada a criação de uma base de dados das doenças não-transmissíveis. Para a diabetes, 25 participantes de 12 países tiveram formação em métodos de avaliação da cobertura dos cuidados de saúde. Foi elaborado um documento técnico sobre hipertensão na gravidez na Região Africana, que será revisto durante uma consulta de peritos, no ano de 2004.

150. Uma lição importante para o sucesso futuro é que uma interacção positiva com outros níveis da Organização é a chave para uma intervenção adequada, a nível dos países. Durante o próximo biénio, serão apoiados mais países na vigilância dos factores de risco das doenças não-transmissíveis. Será dada prioridade a uma abordagem integrada à vigilância, prevenção e controlo nas mesmas zonas de demonstração.

### **Saúde oral**

151. Os pontos-chave da saúde oral foram a análise epidemiológica das doenças orais, com ênfase especial no Noma e elaboração de planos nacionais de saúde oral. A OMS apoiou os países na preparação ou reforço de programas nacionais de saúde oral, incluindo o Noma.

152. Mais dois países, Lesoto e Quênia, receberam apoio para a análise epidemiológica das doenças orais e a formulação e desenvolvimento de planos nacionais de saúde oral. No âmbito da melhoria das capacidades regionais em saúde oral, o Escritório Regional apoiou esforços para reforçar o Centro Interpaíses de Saúde Oral (ICOH) em Jos, na Nigéria. Teve lugar uma reunião consultiva regional sobre a adequação da formação em saúde oral e a investigação das necessidades específicas da Região Africana.

153. Com o apoio da OMS, Angola, República Democrática do Congo, Níger, Nigéria, Uganda e Zâmbia reforçaram os programas nacionais de controlo do Noma. Continuou, em 2002, a produção de materiais de ensino sobre métodos de prevenção, despistagem e tratamento do Noma. Quanto à mobilização de recursos, a Fundação *Winds of Hope* dará um contributo financeiro anual de 400.000 dólares americanos, durante cinco anos.

154. Uma crescente colaboração com os parceiros externos e uma melhor utilização das capacidades dos centros de colaboração da OMS, são as chaves do sucesso. As orientações-chave para 2004-2005, incluirão o aumento de apoio técnico aos países, para formulação e implementação de políticas de saúde oral.

### **Saúde mental e abuso de substâncias psicoactivas (MNH)**

155. Uma boa saúde mental permite aos indivíduos trabalhar produtivamente, enfrentar o stress do dia-a-dia e dar um contributo válido à comunidade. Espera-se que a percentagem do fardo mundial das doenças atribuível às doenças mentais e neurológicas e ao abuso de substâncias psicoactivas suba de 11,5% em 1998 para 15% em 2020. Consequentemente, muitos países da Região Africana reconhecem a saúde mental e o abuso de substâncias psicoactivas como domínios prioritários na cooperação técnica com a OMS.

156. As respostas do Escritório Regional às necessidades dos países foram orientadas pela integração da saúde mental e dos problemas de prevenção e controlo do abuso de substâncias psicoactivas nas reformas dos sectores nacionais da saúde, em especial quanto à formulação das políticas, organização dos serviços, financiamento e legislação sobre direitos humanos. Estes princípios estão consagrados na *Estratégia Regional de Saúde Mental para 2000-2010*.



157. Com apoio técnico, países seleccionados (Botsuana, República Centrafricana, Lesoto, Maurícias e Ruanda) procederam à revisão das suas políticas e planos de saúde mental e abuso de substâncias psicoativas. Participantes de 15 países da Região estiveram no primeiro fórum de formação em formulação de políticas e desenvolvimento de serviços em Tunis, em 2002, e 17 peritos regionais participaram num seminário sobre saúde mental e abuso de substâncias psicoativas em Brazzaville, em 2003. O Departamento de Psiquiatria da Universidade do Zimbabwe desenvolveu actividades de prevenção do suicídio.

158. A implementação da Campanha Mundial contra a Epilepsia foi alargada a 17 países, que participaram numa reunião interpaíses em Lomé, em Março de 2002. Cinco países implementaram um projecto de tratamento da epilepsia a nível dos cuidados primários de saúde.

159. Para uma implementação bem sucedida do programa, são essenciais uma melhor interacção com a Sede e as representações nos países, bem como uma melhor colaboração com parceiros como os centros de colaboração da OMS, a Liga Internacional contra a Epilepsia e a Federação Mundial de Saúde Mental.

160. No biénio 2004-2005, será dada prioridade especial ao reforço das capacidades a nível de país, incidindo nas componentes-chave da estratégia de saúde mental.

### **Tabaco (TOB)**

161. O tabaco causa no mundo 4,9 milhões de mortes, 70% das quais ocorrem nos países em desenvolvimento. Em muitos Estados-Membros, a consciencialização sobre a extensão e gravidade do problema é limitada, estando muitos países sob grande pressão para aumentarem a produção e consumo do tabaco, devido às questões de globalização e de economia. Uma grande meta da luta contra o tabaco foi melhorar a saúde de todos, eliminando ou reduzindo o consumo de tabaco e a exposição ao fumo.

162. Na área de actividade do tabaco, as estratégias-chave foram o reforço da acção comunitária para controlo do tabaco, a redução da oferta, distribuição e publicidade ao tabaco, bem como a promulgação de legislação e regulamentos reduzindo a exposição ao fumo de tabaco no ambiente e promovendo a cessação do consumo.

163. Cada vez mais conscientes da mortalidade devida à utilização e exposição ao tabaco, os Estados-Membros têm respondido com crescente preocupação. Sob a liderança da OMS, quase todos os países da Região Africana participaram nas sessões intergovernamentais para negociação da Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica, aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2003. A Região revelou uma forte liderança na produção de um documento realista e importante.

164. As reuniões regionais africanas para consenso ocorreram na Côte d'Ivoire e Malawi. A participação comunitária foi reforçada com o projecto *Channeling the outrage*, graças ao qual várias ONG do Malawi, Mauritânia, Moçambique, Nigéria, Togo e Zâmbia organizaram programas a nível do país.

165. Participantes de doze países tiveram formação sobre como realizar o Inquérito Mundial sobre o Tabaco e Juventude e 16 receberam formação na elaboração e análise de relatórios para o inquérito. O projecto-piloto do Fundo das Nações Unidas para Protecção dos Jovens contra o Tabaco fez progressos no Quénia e no Senegal. Muitos países continuaram a participar no Dia Mundial sem Tabaco, com o Malawi a organizar uma grande actividade na sua primeira participação. Teve lugar no Benim um seminário prático bem sucedido para praticantes e promotores de saúde, nos principais meios de comunicação social. O objectivo foi a abordagem de temas de luta contra o tabaco em África de expressão francesa, sensibilizando os meios de comunicação, os promotores de saúde e o público em geral.

166. A Primeira Conferência Ministerial sobre o Controlo de Drogas em África teve lugar em Yamoussoukro, Côte d'Ivoire. Foi uma reunião significativa, na qual os membros da União Africana formularam e aprovaram um plano de acção que incluía a luta contra o álcool. Com o apoio da OMS, o Botsuana formulou uma estratégia para o abuso de substâncias psicoactivas e 13 países participaram num seminário para formação de formadores, sobre a epidemiologia do consumo de drogas, no Zimbabwe.

167. A disponibilidade de recursos e uma interacção positiva com a Sede e as representações nos países, bem como com outros parceiros, facilitou a implementação bem sucedida das actividades planificadas. Um grande factor de constrangimento continua a ser a demora dos países-alvo na apresentação de projectos. Durante o biénio 2004-2005, os países continuarão a receber apoio técnico para implementarem a Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica, após a sua ratificação.

### **Promoção da saúde (HPR)**

168. A primeira prioridade da área de actividade Promoção da Saúde é a melhoria das capacidades a nível de país, para a promoção participativa e interactiva de estilos de vida saudáveis, que tentem reduzir a prevalência dos factores de risco das principais doenças. A OMS respondeu, formulando uma estratégia mundial para a alimentação, actividade física e saúde; organizando uma abordagem integrada à saúde dos adolescentes; reforçando a iniciativa da saúde escolar; e dando formação aos pontos focais para a promoção da saúde, em prevenção dos factores de risco.

169. Foram preparados documentos de formação usados em dois seminários práticos, um em Cotonou, para oito países, e outro em Harare, para 11 países. A formação deu aos participantes os conhecimentos e competências necessárias para apoiar a formulação de políticas e programas de promoção da saúde. A *Estratégia Regional para a Promoção da Saúde* foi divulgada nos países, com várias orientações correlacionadas a serem disseminadas aos países. Com apoio técnico e financeiro, o Botsuana, Moçambique, Nigéria, África do Sul e Tanzânia reviram as suas políticas e programas de promoção da saúde.

170. As representações nos países reviram os termos de referência dos responsáveis pela informação e promoção sanitária, para aumentar o seu envolvimento nas actividades de promoção da saúde. Em conjunto com a União Internacional para a Educação e Promoção da Saúde, foi organizada uma reunião sobre o papel das parcerias no desenvolvimento da promoção da saúde. Além disso, o Escritório Regional coordenou a celebração do Dia Mundial da Saúde nos países. Foram distribuídos documentos técnicos e promocionais impressos, também incluídos na página da internet.

171. Quanto à saúde escolar, seis países (Côte d'Ivoire, Gana, Guiné, Ruanda, Senegal, Suazilândia) iniciaram as actividades do projecto VIDA. Com apoio da OMS, nove países avaliaram as actividades do projecto de Saúde Escolar. Os países da Região Africana deram um contributo substancial para a preparação da *Estratégia Mundial sobre Alimentação, Actividade Física e Saúde*, visando a prevenção primária das doenças não-transmissíveis. A Etiópia, Tanzânia e Zâmbia iniciaram intervenções junto de idosos afectados ou infectados pelo HIV/SIDA, bem como a produção de materiais de formação.

172. A abordagem multisectorial da promoção da saúde é essencial para o respectivo sucesso. Para tal, durante o biénio 2004-2005 a Promoção da Saúde actuará em íntima colaboração com as áreas de actividade pertinentes da Divisão de Prevenção e Controlo das Doenças Não-Transmissíveis, a Divisão de Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis e a Divisão de Saúde Ambiental e Desenvolvimento Sustentável. Será dada ênfase especial às actividades de promoção da saúde, junto das crianças e dos adolescentes.

## Nutrição (NUT)

173. A fome e a malnutrição continuam a ser os problemas mais devastadores com que a maioria dos pobres e desfavorecidos se confrontam; são problemas que continuam a afectar a saúde dos mais pobres. A subnutrição é, por si só, o mais importante factor de risco de doenças infecciosas. A situação é agravada pelo número crescente de pessoas com excesso de peso ou obesidade, propensas a doenças não-transmissíveis. A resposta da OMS foi a formulação de estratégias regionais e o apoio aos países para implementarem actividades relacionadas com a insuficiência ponderal por malnutrição, a deficiência em micronutrientes e a promoção da alimentação dos lactentes.

174. As numerosas actividades da área de actividade da Nutrição foram coordenadas pela Sede e por programas regionais correlacionados, como a Atenção Integrada às Doenças da Infância e o HIV/SIDA. Com o apoio do Escritório Regional, os países aprovaram políticas nacionais para os alimentos e a nutrição e implementaram planos nacionais de acção. Dois seminários interpaíses reuniram 14 Estados-Membros; apoiado tecnicamente, o Togo aprovou o seu plano nacional para a nutrição; com apoio financeiro, o Chade, a República Democrática do Congo e o Lesoto criaram medidas de controlo da malnutrição proteico-energética.

175. A metodologia dos Perfis foi usada nos Camarões e no Zimbabwe como instrumento de advocacia para obter fundos destinados aos programas de nutrição. Em colaboração com parceiros dos programas de nutrição, foi organizado um seminário interpaíses sobre deficiências em micronutrientes, que reuniu participantes de 20 países. Organizaram-se dois seminários sobre a alimentação de lactentes e das crianças pequenas; um formou avaliadores da Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, de 11 países; o outro deu formação a participantes de quatro países sobre a *Estratégia Global Para a Alimentação dos Lactentes e das Crianças Pequenas*.

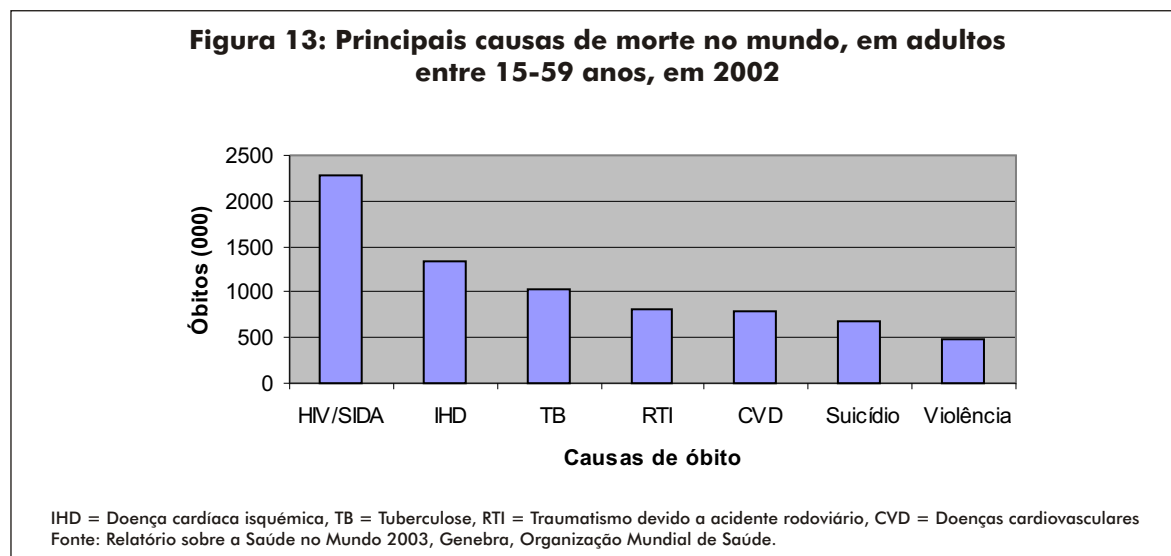
176. Com apoio específico para a recolha de dados de base sobre nutrição, foram realizados estudos na Eritreia e Guiné-Bissau sobre as carências em micronutrientes; outros, no Burkina Faso, investigaram o conhecimento, atitudes e práticas relacionadas com o aleitamento materno. A eliminação das doenças por deficiência de iodo (IDD) até 2005, é uma das metas de desenvolvimento do milénio. Assim, foram recolhidos dados sobre o consumo de sal iodado na Guiné-Bissau e na Eritreia, e 12 profissionais de saúde foram treinados na implementação de programas de controlo da IDD. Foram apoiadas numerosas actividades relacionadas com a nutrição, a nível dos países.

177. A nutrição foi também uma componente do apoio da OMS aos países da África Austral que enfrentaram crises alimentares. Apoiada tecnicamente, a Libéria fez uma avaliação da situação nutricional e planeou intervenções adequadas à luz da crise humanitária. Com a colaboração da UNICEF, *World Vision* e do Ministério da Saúde, a OMS realizou uma rápida avaliação nutricional a nível da comunidade, em Tubmanburg. Foi revelado que 12,3% das crianças com idades entre os 6 meses e os 5 anos tinham emaciação (moderada a grave), 2,4% estavam gravemente emaciadas, 57% tinham raquitismo (moderado a grave), 32% estavam gravemente raquíticas e 4,2% tinham edema (*kwashiorkor*).

178. Uma importante lição retirada foi que uma interacção positiva com as representações nos países e uma preparação em tempo oportuno do plano de implementação são da maior importância. Durante o biênio 2004-2005, a capacidade técnica da área de actividade Nutrição será reforçada, aumentando a advocacia a nível dos países. Será dada prioridade à formulação de políticas e planos de acção nacionais, programas integrados de prevenção e controlo de deficiências em micro-nutrientes, alimentação de lactentes e crianças pequenas e vigilância da nutrição.

## Prevenção e reabilitação das incapacidades e traumatismos (DPR)

179. Reduzir o fardo da violência e dos traumatismos não intencionais é um dos grandes desafios para a saúde pública, no Século XXI. Em 2002, morreram em todo o mundo, cerca de 5,2 milhões de pessoas, uma taxa média de mortalidade de 83,7 por 100.000 habitantes. No mesmo ano, os traumatismos rodoviários foram a quarta causa de óbito entre os adultos (ver Figura 13). A Região contribuiu com 14,4% do total de óbitos por traumatismos no mundo, embora a África represente apenas 7% da população mundial.



180. Na Quinquagésima-terceira sessão do Comitê Regional, foi apresentado um documento técnico sobre a prevenção da violência e dos traumatismos. Na sequência do lançamento internacional do *Relatório Mundial sobre violência e saúde*, na Bélgica, em 2002, Moçambique e a África do Sul lançaram o relatório em 2003. Com o apoio técnico e financeiro da OMS, a Etiópia e Moçambique prepararam sistemas de vigilância da violência e dos traumatismos, já implementados em ambos os países. As representações da OMS em Moçambique e na Etiópia foram reforçadas com funcionários técnicos, para a prevenção da violência e dos traumatismos.

181. Realizou-se um seminário para oito países, para melhorar os serviços de reabilitação. O Quênia apresentou uma proposta para reabilitação, que foi contemplada com fundos. Foi dado apoio financeiro a Angola, Comores, República Democrática do Congo, Gâmbia, Gana e Tanzânia, para análise da situação quanto à cegueira e surdez. O Centro de Formação de Técnicos em Ortopedia da Tanzânia, o Centro de Controlo de Traumatismos do Uganda e o Instituto de Ciências Sociais e da Saúde da África do Sul foram avaliados, em 2002; a sua candidatura a centros de colaboração da OMS foi aprovada, em 2003.

182. Uma lição aprendida foi que relações mais sólidas com instituições privadas, ONG e centros de colaboração pode ajudar no acesso a dados úteis e no reforço da implementação dos programas. Durante o próximo biênio, incidir-se-á na melhoria da colaboração com os outros níveis da OMS, acelerando a implementação da iniciativa "Vision 2020, The Right to Sight", e fazendo a prevenção dos traumatismos rodoviários e da violência.

## SAÚDE REPRODUTIVA E DA FAMÍLIA

183. Apesar da limitação de recursos durante o biênio 2002-2003, a Divisão de Saúde Reprodutiva e da Família registou sucessos significativos. As suas quatro áreas de actividade são: Saúde das Crianças e dos Adolescentes, Investigação em Saúde Reprodutiva, Tornar a Gravidez mais Segura e Saúde da Mulher.

### Saúde da crianças e dos adolescentes (CAH)

184. A má qualidade de vida, da saúde e do desenvolvimento das crianças (0-9 anos) e dos adolescentes (10-19 anos) foi consequência dos conflitos prevaletentes e do colapso da família e dos sistemas de apoio social. O resultado traduz-se numa elevada prevalência de infecções na infância e de óbitos devidos a doenças evitáveis ou tratáveis; houve também aumento no número de meninos da rua e de crianças soldados, bem como uma escalada no abuso, negligência e tráfico de crianças. Entre os principais desafios para a saúde dos adolescentes contam-se a actividade sexual precoce, gravidez indesejada, complicações de abortos, malnutrição, mortalidade materna elevada, HIV/SIDA/IST, abuso de substâncias psicoactivas, depressão e suicídio.

185. Foram preparados, distribuídos e usados nos países vários instrumentos, entre os quais uma brochura, "Recém-nascidos de África: As crianças esquecidas"; um kit de formação, *Saúde e desenvolvimento dos adolescentes na Região Africana: Desafios e oportunidades; Estratégia para a saúde dos adolescentes na Região Africana: Quadro de implementação*; e cartazes para promover os serviços amigos dos adolescentes e a educação para a vida activa.

186. Com a colaboração do Escritório Regional e do Secretariado Regional da *Commonwealth* para a Saúde, nove países<sup>20</sup> reviram e actualizaram as suas políticas, estratégias e programas de saúde dos adolescentes. Foi elaborado o Quadro da Política de Saúde dos Adolescentes, para orientar os Estados-Membros na formulação ou revisão das suas políticas nacionais. Daí resultou que, no fim do biênio, 14 países<sup>21</sup> possuíam políticas e estratégias nacionais, por comparação com os cinco de 2001.

187. De uma parceria entre a OMS e a *World Mission*, uma ONG americana, resultou o projecto *Lake Victória*, no qual livros falados transmitiam mensagens de HIV/SIDA e testemunhos aos jovens, famílias e comunidades. O livro falado foi distribuído em Inglês e Swahili. Vinte e cinco formandos de cinco países (Benim, República do Congo, Gabão, Níger e Togo) receberam formação em serviços de saúde amigos dos adolescentes. Os Camarões e o Lesoto integraram a Convenção dos Direitos da Criança nos seus programas de Saúde da Criança e do Adolescente.



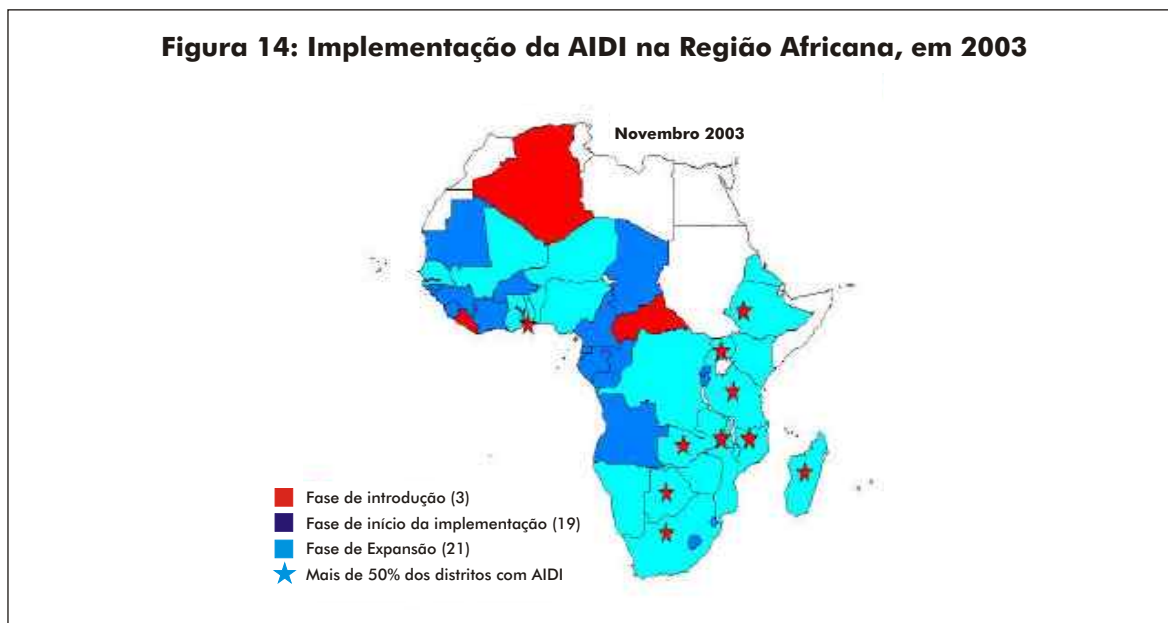
No Quênia, aldeãos de Pokot ouvem um livro falado  
Foto: World Mission, 2003

<sup>20</sup>Benim, Burkina Faso, Eritreia, Moçambique, Senegal, África do Sul, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.

<sup>21</sup>Botsuana, Camarões, Gâmbia, Quênia, Lesoto, Mauritània, Maurícias, Moçambique, Senegal, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.

188. Uma consulta regional com a participação de seis países<sup>22</sup> estudou o papel das práticas tradicionais e culturais, na prevenção do HIV/SIDA entre os jovens. As conclusões foram que os métodos de prevenção, tanto culturais como de inspiração religiosa, registavam sucessos na promoção da abstinência e tinham um forte apoio social e comunitário. Com apoio da OMS, nove países<sup>23</sup> elaboraram e implementaram a *Alliance of Parents, Adolescents and the Community*, um programa integrado de saúde dos adolescentes.

189. No fim do biénio 2002-2003, 43 países da Região Africana estavam a implementar a Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI). O desafio consiste em acelerar a implementação a nível distrital. Dez países passaram à fase de expansão, elevando para 21 o total de países; dez destes implementaram as actividades em mais de 50% dos distritos (ver Figura 14).



190. Mais de 15.000 profissionais de saúde do primeiro nível, de 34 países, receberam formação em tratamento de casos segundo a abordagem da AIDI. Os resultados do Inquérito sobre as Unidades de Saúde e o seguimento após a formação demonstraram um melhor desempenho desses profissionais, que resultou na prestação de cuidados de qualidade às crianças doentes.

191. O algoritmo do HIV/SIDA foi revalidado na Etiópia e no Uganda, em condições epidemiológicas diferentes, e 15 países incluíram o HIV/SIDA nos seus algoritmos da AIDI. Mais de 300 profissionais da saúde de 14 países<sup>24</sup> adquiriram competências clínicas e de relações inter-pessoais, para apoiar práticas optimizadas de aleitamento materno e actuarem junto de mães e bebés HIV-positivos.

192. A avaliação da formação inicial em AIDI demonstrou que os formadores tinham adquirido uma nova metodologia de ensino, que privilegiava as competências clínicas. Em consequência, 16 países aceleraram a

<sup>22</sup>Camarões, República Democrática do Congo, Namíbia, Suazilândia, Uganda e Zimbábue.

<sup>23</sup>Botsuana, Etiópia, Lesoto, Malauí, Moçambique, Suazilândia, Tanzânia, Zâmbia e Zimbábue.

<sup>24</sup>Botsuana, Burkina Faso, Cote d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Gabão, Gana, Quênia, Moçambique, Nigéria, África do Sul, Tanzânia, Zâmbia e Zimbábue.

sua formação inicial em AIDI. Em 17 países tiveram início actividades para melhorar a qualidade dos cuidados às crianças doentes que procuravam hospitais de referência. Em colaboração com os parceiros, o Escritório Regional preparou um pacote com instruções da AIDI para a comunidade e deu formação a mais de 80 consultores sobre a respectiva utilização. Foi também preparado um instrumento de monitorização da AIDI, adoptado em vários países.

193. Durante o biénio 2004-2005, a saúde das crianças e dos adolescentes será promovida pela mobilização social, melhoria das capacidades nacionais, investigação e parcerias. Os países receberão apoio técnico e financeiro para elaborarem estratégias e programas nacionais, usando o quadro de implementação da estratégia regional da saúde dos adolescentes; implementarem intervenções integradas de saúde dos adolescentes, envolvendo pais, adolescentes e comunidade; e tornarem todos os serviços mais amigos dos jovens.

### Investigação e desenvolvimento de programas sobre saúde reprodutiva (RHR)

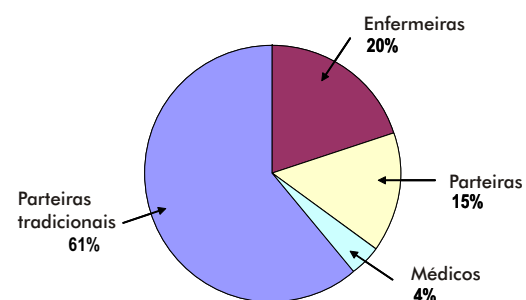
194. A área de actividade Investigação e Desenvolvimento de Programas sobre Saúde Reprodutiva tem três programas: Investigação e Saúde Reprodutiva, Desenvolvimento, Monitorização e Avaliação do Programa de Saúde Reprodutiva; Formação em Saúde Reprodutiva; e Prevenção da Transmissão Vertical da Infecção por HIV.

195. Em três países (Camarões, Quénia e Serra Leoa) procedeu-se à investigação operacional sobre os factores que contribuíam para o reduzido número de partos nas unidades de saúde, apesar da elevada frequência das clínicas pré-natais. Os resultados preliminares revelaram o seguinte: pelo menos 60% das mulheres afirmaram que os maridos participavam na decisão da ida à clínica pré-natal e quanto ao local do parto. As principais barreiras ao parto institucional incluíam a inacessibilidade física e financeira e as atitudes negativas do pessoal de saúde.

196. O padrão dos partos no domicílio foi documentado em Angola, Etiópia, Nigéria e Senegal. A percentagem de partos no domicílio variava de 76% a 94%, nas zonas rurais, e de 70% a 75%, nas urbanas; 40% dos partos no domicílio foram assistidos por profissionais da saúde e 60% por parteiras tradicionais, que não são consideradas assistentes com qualificação (ver Figura. 15). Crenças sócio-culturais, pobreza, atitudes erradas do pessoal de saúde e medo de intervenções cirúrgicas influenciaram a decisão do parto no domicílio. Os resultados do estudo farão recomendações para o futuro, relativamente aos partos no domicílio, na Região.

197. A maioria dos países da Região Africana registam elevados rácios de mortalidade materna. No entanto, há alguns países que conseguiram reduzi-la e mantê-la a um nível baixo. A redução e manutenção de baixa mortalidade materna em Cabo Verde, Maurícias e Seychelles foram classificadas como boas práticas. Nestes países, as intervenções em mortalidade materna foram implementadas nos níveis nacional e comunitário. A nível nacional, houve empenhamento político para obter progressos na saúde materna e das crianças (MCH) com uma dotação adequada de recursos; serviços gratuitos de MCH, incluindo planeamento familiar; educação gratuita, especialmente das meninas; e desenvolvimento das infra-estruturas, para melhorar o

**Figura 15: Distribuição dos partos no domicílio por categoria do assistente**



acesso aos serviços de saúde. A nível da comunidade, serviços nacionais de saúde reforçados conseguiram proporcionar o equipamento, medicamentos e suprimentos de base para os cuidados obstétricos de emergência. Houve quase 100% de partos efectuados nas unidades de saúde, com mais assistentes qualificados e aumentaram os supervisores dos serviços de cuidados de saúde, no nível comunitário.

198. Teve lugar uma consulta bi-regional, para estudo de uma estratégia que acelerasse a prossecução das metas de desenvolvimento do milénio relacionadas com a saúde reprodutiva. A reunião teve os auspícios da Sede da OMS e os participantes vieram dos Escritórios Regionais Africano e do Mediterrâneo Oriental. O documento da estratégia mundial de saúde reprodutiva foi analisado, com recomendações para a sua concretização.

199. A base de dados da Investigação em Saúde Reprodutiva, incluindo os indicadores mundiais e regionais, foi instalada no *site* da Divisão da Saúde Reprodutiva, para uso dos países.

200. Entre os principais resultados das reuniões anuais do grupo de trabalho regional da saúde reprodutiva conta-se a nomeação de um Embaixador de Boa Vontade para a saúde das mulheres na Região Africana. Foi também decidido comemorar anualmente o dia da saúde materna e do recém-nascido, no Dia da Mãe.

201. O Programa de Formação em Saúde Reprodutiva incidiu na melhoria das competências dos profissionais de saúde em cuidados de saúde reprodutiva. O planeamento e a prestação de serviços beneficiaram da troca de experiências e informações sobre cuidados de base factual, estando os manuais já disponíveis em inglês. Trinta peritos africanos em saúde reprodutiva e 20 membros do grupo de trabalho receberam formação sobre o uso da Biblioteca de Saúde Reprodutiva da OMS. Até ao presente, foram recebidos 35 pedidos de assinatura. Foram distribuídos um total de 500 discos rígidos para auto-formação pelos peritos; 600 foram distribuídos pelos Representantes da OMS.

202. Com o melhor acesso à terapia anti-retroviral para as pessoas que vivem com HIV/SIDA, em especial as mulheres HIV-positivas e os seus filhos, foi recrutado um médico para o Programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PMTCT). Foi dado apoio técnico a nove países<sup>25</sup> para orientação em PMTCT e para a formulação e finalização das orientações nacionais.

203. Houve colaboração inter-divisional com a área de actividade do HIV/SIDA, da Divisão de Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis, e com a Investigação e Saúde Reprodutiva da Sede, com consultas para integrar a PMTCT, AIDI e o paludismo nos serviços da saúde materna, dos recém-nascidos e das crianças. Realizaram-se missões de exploração a Moçambique e ao Uganda, para prepararem instrumentos e um quadro de integração, com apoio dos Fundos da Holanda para a Inovação.

204. O projecto de Apoio Psicossocial às mulheres grávidas HIV-positivas, no Zimbabwe, foi classificado como uma boa prática. Foram elaboradas orientações para os gestores de programas, sobre a integração do apoio psicossocial da PMTCT nos serviços de cuidados pré-natais.

205. As actividades de Prevenção da Transmissão Vertical foram aceleradas no Lesoto, com a adaptação de materiais genéricos e modelos de Prevenção da Transmissão Vertical, bem como de HIV e nutrição dos lactentes. Foram produzidos vários instrumentos de informação, incluindo projectos de orientações, um livro de bolso de referência, para profissionais da saúde, um protocolo do regime de ARV e um gráfico mural sobre a administração da nevirapina.

<sup>25</sup>Etiópia, Quênia, Lesoto, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Suazilândia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.



206. Foi dado apoio técnico à preparação de um Job-Aid para apoiar trabalhadores dos cuidados primários de saúde na tomada de decisões. Resultou dos materiais de formação para aconselhamento às mães HIV-positivas sobre nutrição de lactentes, preparado pelo *Regional Centre for Quality of Health Care*, no Uganda.

207. O planeamento da Iniciativa "3 by 5" começou em 2003, com a participação no encontro de conselheiros regionais para o HIV/SIDA. Também os grupos de trabalho africano e mundial da Iniciativa "3 by 5" aceleraram as actividades do programa.

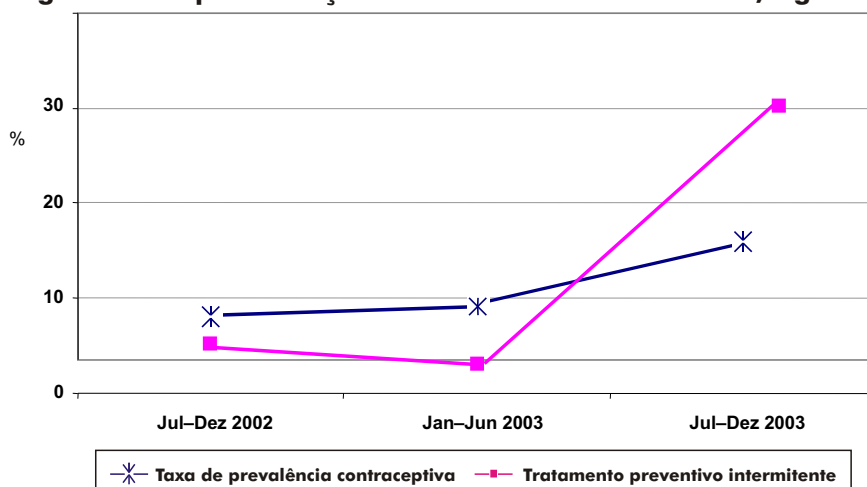
208. Durante o biénio 2004-2005, incidir-se-á na integração da PMTCT e do planeamento familiar nos serviços de saúde reprodutiva; na documentação e divulgação das boas práticas; na transferência dos resultados da investigação para os programas; e no reforço da capacidade dos Estados-Membros para acelerarem a implementação dos programas de saúde reprodutiva.

### **Tornar a gravidez mais segura (MPS)**

209. Muitas mortes maternas poderiam ser evitadas se as mulheres tivessem acesso a cuidados de saúde adequados, durante a gravidez, parto e pós-parto. A área de actividade Tornar a Gravidez mais Segura (MPS) visa melhorar o acesso a cuidados qualificados, em todos os níveis da prestação de serviços de saúde: comunitário, primário e de referência.

210. Foi feita uma avaliação das necessidades quanto à disponibilização de cuidados obstétricos de emergência, em cinco países onde a MPS está no centro das atenções: Etiópia, Mauritânia, Moçambique, Nigéria e Uganda. Como resultado, os seus sistemas de saúde foram reforçados com a formação de prestadores de cuidados em competências que salvam vidas e com o fornecimento de equipamentos e suprimentos, incluindo bancos de sangue. Na Nigéria e no Uganda, a instalação de um sistema de comunicação via rádio para emissão e recepção, em distritos seleccionados, facilitou a ligação e a referência entre as comunidades e as unidades de saúde. O fornecimento de ambulâncias foi apoiado em cinco países: Etiópia, Mauritânia, Moçambique, Nigéria e Uganda. A maioria (34) dos países da Região atribuíram prioridade à MPS e estão em várias fases da implementação das suas actividades. A avaliação intermédia dos resultados, no distrito de Soroti, Uganda, revelou uma diminuição na taxa de mortalidade (de 16% para 8%); uma maior utilização das instalações para os cuidados pré-natais e o parto; maior prevalência do uso de contraceptivos e do tratamento intermitente preventivo contra o paludismo (Figura 16), além de uma maior consciencialização na comunidade.

**Figura 16: Implementação da MPS no Distrito de Soroti, Uganda**



Fonte: Ministério da Saúde, Uganda

211. Com apoio da OMS, várias associações profissionais assumiram<sup>26</sup> a liderança da melhoria das capacidades ao introduzirem, na formação inicial de médicos e parteiras, os cuidados obstétricos de emergência. O *Tratamento das Complicação da Gravidez e do Parto* foi publicado em Inglês, Francês e Português; 7.300 exemplares foram distribuídos por instituições de formação e hospitais dos 46 países.

212. O Escritório Regional e o Programa Internacional Johns Hopkins para a Educação em Ginecologia e Obstetria organizaram um seminário conjunto, onde 20 peritos regionais de seis países<sup>27</sup> receberam formação em Tratamento Integrado da Gravidez e do Parto (IMPAC). O Uganda adaptou a obra *Gravidez, Parto e Cuidados do Recém-nascido*, um instrumento útil para gerir a gravidez e as suas complicações.

213. A OMS publicou um manual, *Para além dos Números*, com metodologia para a recolha de dados sobre a mortalidade materna, o qual foi distribuído por várias associações profissionais<sup>28</sup>. Um seminário regional de formação sobre inquéritos à mortalidade materna foi organizado em conjunto com o UNICEF (Escritório Regional da África Oriental e Austral) para 30 profissionais de saúde e directores de programa de oito países<sup>29</sup>. Os países participantes elaboraram planos nacionais para a introdução de análises à mortalidade materna. Decisores dos oito países realizaram estudos no terreno, na África do Sul, para observarem, a prática de realização de questionários confidenciais sobre a mortalidade materna.

214. Foi elaborado e enviado aos países um questionário para conhecer as suas políticas de prevenção e controlo do paludismo na gravidez (MIP), ao qual responderam 52% dos Estados-Membros. A partir dos resultados, foi elaborado um projecto de plano de acção para apoiar o desenvolvimento da política do MIP e a sua integração nos programas de saúde reprodutiva. A Nigéria fez um lançamento-piloto do quadro de monitorização e avaliação do MIP<sup>30</sup>. Foram criadas duas redes subregionais de paludismo na gravidez, para partilhar informações e documentar as melhores práticas.

<sup>26</sup>Por exemplo, a Associação de Ginecologistas e Obstetras da África Central, Oriental e Austral e a Sociedade Africana de Ginecologistas e Obstetras.

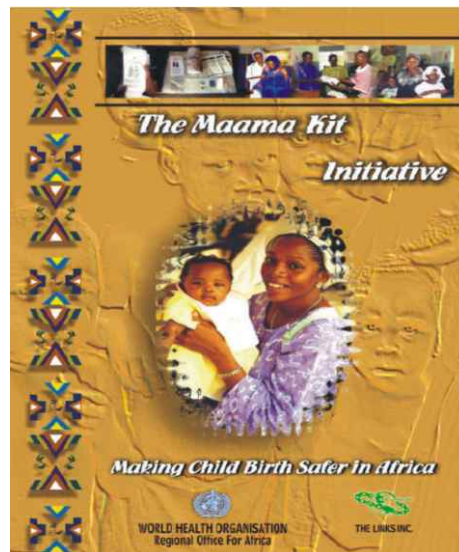
<sup>27</sup>Etiópia, Gana, Quênia, Moçambique, Nigéria e Uganda.

<sup>28</sup>Associação Africana de Obstetras e Ginecologistas; Associação de Obstetras e Ginecologistas das Sub-regiões da África Central, Oriental e Austral; Associação Etiópe de Cirurgiões; Sociedade de Obstetria.

<sup>29</sup>Etiópia, Quênia, Malawi, Moçambique, Suazilândia, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.

<sup>30</sup>Rede para o Paludismo durante a gravidez, África Oriental e Austral e Réseau de l'Afrique de l'Ouest contre le Paludisme Pendant la Grossesse.

215. Numa colaboração da OMS com a *Academy for Educational Development* e a *USAID*, cinco países (Etiópia, Mauritânia, Moçambique, Nigéria e Uganda) aplicaram o modelo REDUCE para criar instrumentos e planos nacionais de advocacia, a fim de consciencializar mais a opinião pública para a persistentemente elevada mortalidade materna e para o seu impacto nas famílias e no desenvolvimento sócio-*económico* dos países. Este instrumento foi usado para mobilizar recursos e obter um maior empenhamento na redução da mortalidade materna, por parte dos governos e dos parceiros para o desenvolvimento. Uma versão regional do REDUCE foi apresentado em assembleias internacionais<sup>31</sup> para sensibilizar e obter fundos destinados à saúde materna e dos recém-nascidos. Na Mauritânia, a advocacia em prol de maior disponibilidade e melhor acesso a cuidados obstétricos de emergência contribuiu para a decisão governamental de incentivar os especialistas e prestadores especializados de cuidados, para ocuparem postos de trabalho nas zonas rurais.



216. O Embaixador da Boa Vontade para a Saúde das Mulheres intensificará a advocacia para reduzir a mortalidade materna na Região Africana, alertando para a necessidade de maior financiamento dos programas de saúde materna e dos recém-nascidos por parte dos governos africanos, das comunidades económicas regionais e dos organismos internacionais. Haverá colaboração com ONG, parlamentares, grupos e associações profissionais e nacionais de mulheres, organizações internacionais e sector privado.

217. O "Maama Kit" foi preparado para promover a preparação para o nascimento e melhorar o acesso a um parto mais seguro. Em colaboração com a OMS e a *Links Inc* (uma ONG internacional), o Uganda lançou a Iniciativa "Maama Kit", sob o patrocínio da Primeira Dama. A Zâmbia concebeu um "Maama Kit" específico para o país, integrado na melhoria da preparação para o nascimento em ambientes de parques recursos.

218. Foi criado um quadro para promoção e implementação de intervenções de base comunitária em saúde materna e dos recém-nascidos (MNH). A Mauritânia lançou um esquema de seguros de saúde materna de base comunitária, assente na partilha dos custos e na abordagem do "contrato obstétrico". Além disso, profissionais de saúde da comunidade tiveram formação em promoção de MNH e preparação para o nascimento.

219. Durante o biénio 2004-2005, as actividades incidirão na implementação, a nível de país, de actividades que aumentem o número de assistentes qualificados para os partos; numa real integração da saúde dos recém-nascidos e do paludismo durante a gravidez na saúde materna; e na expansão dos serviços para tornar a gravidez mais segura e da maternidade com um mínimo de riscos, incluindo o planeamento familiar. A ênfase continuará numa maior participação da comunidade e na celebração de sólidas parcerias com o sector privado, a sociedade civil e organizações de base comunitária.

<sup>31</sup> Encontro de Primeiras Damas em Yaoundé sobre sinergia em África para reduzir o sofrimento das mulheres e crianças; na faculdade da First Adelphi University, New York.

## Saúde e desenvolvimento da mulher (WMH)

220. A vulnerabilidade biológica, baixo estatuto social, recursos limitados, baixo nível de literacia e falta de poder de decisão das mulheres deixam-nas expostas a muitos riscos sanitários e a um fraco acesso à saúde. Suportam o duplo fardo das doenças transmissíveis e não-transmissíveis, em especial a violência sexual e devida ao sexo, bem como o agravamento do HIV/SIDA. Apesar dos apelos à acção na área da saúde das mulheres, uma boa saúde continua fora do alcance da maioria das mulheres africanas, que ainda sofrem desigualdades sócio-éconómicas devidas ao sexo.

221. A *Estratégia da Saúde das Mulheres para a Região Africana* foi aprovada na 53ª sessão do Comité Regional. O seu objectivo é contribuir para a obtenção do mais elevado nível possível de saúde das mulheres, ao longo da vida, em harmonia com as metas de desenvolvimento do milénio (MDG). A área da actividade Saúde das Mulheres colaborou com o Programa Mulheres e Saúde, do Centro Kobe, no Japão (um Centro de Colaboração da OMS para o desenvolvimento humano), sublinhando a necessidade de recorrer a indicadores sensíveis aos sexos, para monitorizar a implementação das MDG. A Divisão da Família e Saúde Reprodutiva representou a Região Africana na 4ª Conferência Internacional sobre Mulheres e Saúde, onde se concluiu que ainda é necessário monitorizar melhor a igualdade entre os sexos e a saúde, a nível mundial.

222. Realizou-se em Bamaco, em 2003, um seminário de três dias para avaliar o nível da implementação das recomendações do fórum de 2001, sobre a redução da mortalidade materna e neonatal na África Central e Ocidental. Nove parceiros participantes<sup>32</sup> fizeram apresentações sobre os seus contributos a nível de país e 18 países<sup>33</sup> sublinharam as suas dificuldades em termos de insuficiência de pessoal especializado, falta de financiamento e múltiplas barreiras sócio-culturais. Foi criado um consórcio regional liderado pela OMS e o UNICEF e elaborado um plano de acção para apoiar as Primeiras Damas dos países participantes na concretização do seu empenho em reduzir a mortalidade materna e dos recém-nascidos.

223. Com apoio da OMS, o Burkina Faso, Mauritânia, Nigéria e Zimbabwe analisaram os programas de HIV/SIDA e de saúde sexual e reprodutiva a nível de país, numa perspectiva dos sexos.

224. O Escritório Regional avaliou a magnitude da violência sexual e baseada nos campos de refugiados e populações internamente deslocadas na Guiné. Concluiu que os trabalhadores do sector humanitário, da saúde e outros, necessitavam de mais informação e formação sobre a prevenção dessa violência e sobre a prestação de cuidados e de apoio psicossocial aos sobreviventes. Mais de 500 trabalhadores dos campos tinham tido formação em capacidades básicas de aconselhamento. Com o apoio do Escritório Regional e da Sede, a Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné e Libéria iniciaram programas de prevenção da violência sexual e com base nos sexos e de prestação de cuidados às vítimas.



Formação de profissionais do sector humanitário num campo de refugiados, 2002  
Foto: OMS/AFRO

<sup>32</sup>Averting Maternal Death and Disability (Columbia University, New York) (AMDD), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Federação Internacional da Paternidade Planificada (IPPF), Programa Internacional Johns Hopkins para a Educação em Ginecologia e Obstetria (JHPIEGO), Fundo das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF), Fundo das Nações Unidas de Apoio às Populações (FNUAP), Agência das Nações Unidas para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Organização da África Ocidental para a Saúde (WAHO), Organização Mundial de Saúde (OMS).

<sup>33</sup>Benim, Burkina Faso, Camarões, Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Mali, Mauritânia, Níger, Nigéria, Senegal e Togo.

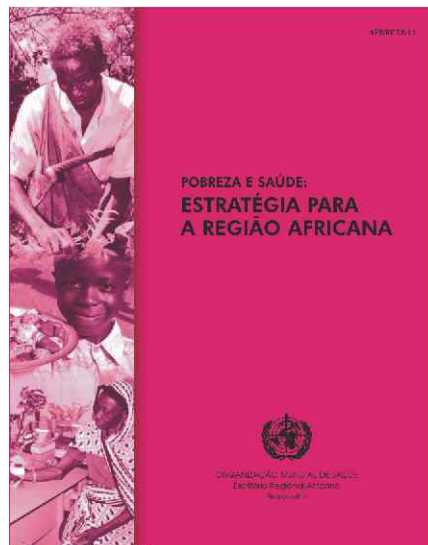
225. Os aspectos sociais do Programa Saúde Reprodutiva e da Família reforçaram as suas parcerias<sup>34</sup> com várias organizações. Na Conferência Internacional de Tolerância Zero da Mutilação Genital Feminina (MGF), em 2003, foi declarado que o dia 6 de Fevereiro seria o Dia Internacional da Tolerância Zero para a MGF.

226. Instrumentos de advocacia, como brochuras e o vídeo, "The road to change" (Caminhos para a Mudança), foram disseminados pelos países e parceiros, aumentando substancialmente a consciencialização e determinação de lutar contra a MGF e outras práticas tradicionais nocivas (HTP). Com o apoio técnico e financeiro do Escritório Regional, dez países<sup>35</sup> realizaram estudos sociais do desenvolvimento das políticas e programas de Práticas Tradicionais Nocivas e Mutilação Genital Feminina, tendo implementado actividades de importância crítica. Entre as intervenções eficazes contam-se ritos de passagem alternativos, sem excisão feminina; investigação; advocacia; e mobilização social e envolvimento de líderes comunitários, decisores políticos e parlamentares. Os dez grupos iniciais de colaboração multidisciplinar para a MGF<sup>36</sup> providenciaram regularmente informações para a base de dados da Saúde das Mulheres, sobre a Mutilação Genital Feminina.

227. Seis países<sup>37</sup> usaram regularmente o manual de formação da OMS, *Mutilação Genital Feminina* (2001), para rever os currículos da formação inicial e em serviço e melhorar as capacidades dos profissionais de saúde. Num seminário na Eritreia, 87 participantes da Associação de Médicos da Eritreia e do Ministério da Saúde receberam formação em prevenção da MGF e em cuidados às vítimas. Foram revistas as definições, classificações, consequências e perspectivas mundiais e regionais, para harmonizar o empenhamento nacional na eliminação da MGF.

228. Com o apoio do Escritório Regional, 15 países<sup>38</sup> avaliaram a implementação quinzenal do Plano de Acção Regional para Acelerar a Eliminação da Mutilação Genital Feminina em África. Os resultados preliminares revelaram que todos os países inquiridos tinham reforçado as suas orientações políticas e jurídicas para a eliminação da MGF. A sociedade civil e os parceiros para o desenvolvimento estavam activamente envolvidos na advocacia e na reforma legal. Foram assumidas várias iniciativas de boas práticas e os profissionais da saúde foram sensibilizados para a prevenção da MGF e para os cuidados às vítimas.

229. Para o biénio 2004-2005, incidir-se-á na criação de um ambiente favorável para as mulheres alcançarem o mais elevado nível de saúde possível. Será reforçada a capacidade dos profissionais de saúde para prevenir e tratar a violência contra as mulheres, em especial a mutilação genital feminina. Recorrer-se-á a parcerias, advocacia, equidade dos sexos e à abordagem dos direitos humanos, para aumentar a valorização do papel das mulheres na perpetuação do ciclo de vida humana.



<sup>34</sup>UNICEF, FNUAP, Comissão Inter-Africana para as Práticas Tradicionais Nocivas que afectam a Saúde de Mulheres e das Crianças, USAID, Conselho para as Populações, Banco Mundial, Tostan e Governo Sueco.

<sup>35</sup>Burkina Faso, Chade, Eritreia, Gana, Guiné-Bissau, Quênia, Mali, Nigéria, Tanzânia e Togo.

<sup>36</sup>Burkina Faso, Camarões, Chade, República Democrática do Congo, Gana, Quênia, Mali, Níger, Nigéria e Tanzânia.

<sup>37</sup>Burkina Faso, Gana, Quênia, Mali, Nigéria, Tanzânia.

<sup>38</sup>Burkina Faso, Camarões, Chade, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Mali, Níger, Nigéria, Senegal, Tanzânia.

## AMBIENTES SAUDÁVEIS E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

230. A extensão e gravidade da pobreza, a par das condições ambientais, colocam grandes ameaças ao desenvolvimento sanitário na Região Africana. Mais de 450 milhões de africanos não têm acesso a água potável e 490 milhões vivem sem saneamento adequado. A pobreza é também a principal causa da falta de alimentos e do consumo de alimentos insalubres. Adicionados às situações de emergência, naturais ou causadas pelo homem, estes factores levantam grandes obstáculos à prossecução das metas de desenvolvimento do milénio, que muitos países africanos consideram difíceis de alcançar.

231. Durante o biénio 2002-2003, o Escritório Regional Africano da OMS respondeu a estes desafios através da Divisão de Ambientes Saudáveis e Desenvolvimento Sustentável (DES). Os objectivos da Divisão são: reforçar a análise das relações entre a pobreza e a falta de saúde e promover a sua inclusão nos esforços nacionais e regionais de desenvolvimento sanitário; promover uma abordagem estratégica e sustentável de longo-prazo ao desenvolvimento sanitário; incorporar dimensões ambientais eficazes na gestão do meio ambiente humano e na implementação de outras políticas e actividades nacionais; abordar a elevada morbilidade e mortalidade atribuível à pouca segurança e higiene dos alimentos; melhorar as capacidades nacionais de preparação e resposta às situações de emergência e dar apoio técnico e financeiro aos países confrontados com crises.

232. A Divisão abrange quatro áreas de actividade: Saúde e Desenvolvimento Sustentável, Saúde e Ambiente, Segurança dos Alimentos e Situações de Emergência e Acção Humanitária.

### Desenvolvimento sustentável (HSD)

233. Um bom estado de saúde é essencial para criar e sustentar a capacidade de as pessoas fugirem à pobreza. Uma das principais prioridades do Escritório Regional tem sido a saúde e a redução da pobreza. Durante o biénio 2002-2003, a área de actividade Desenvolvimento Sustentável incidiu em três programas, para alcançar as metas de saúde para a redução da pobreza.

234. O Programa Pobreza e Má-Saúde apresentou, à 52ª sessão do Comité Regional, um documento sobre a redução da pobreza, mais tarde publicado com o título *Pobreza e Saúde: Estratégia para a Região Africana*. Teve lugar a reunião anual da Comissão Consultiva Africana para a Pobreza e Saúde. Com apoio da OMS, o Zimbábue implementou programas de pobreza e saúde com base comunitária e a República do Congo lançou um projecto de desenvolvimento comunitário. A República do Congo, República Democrática do Congo e Madagáscar colaboraram com outros parceiros (ONG e agências das Nações Unidas), dando o apoio técnico do sector da saúde a projectos de base comunitária para zonas desprotegidas.

235. Com o apoio técnico da OMS, sete países<sup>39</sup> elaboraram ou melhoraram a componente saúde nos seus documentos estratégicos para a redução da pobreza. Com um subsídio do Escritório Regional, o *Tropical Institute for Community Health and Development in África* (Kisumu, Quénia) adquiriu equipamento para a melhoria das capacidades e apoiou uma conferência científica anual. Um novo módulo sobre pobreza e saúde foi preparado para o seminário de formação, organizado pela Sede, sobre Bases Factuais e Informação

<sup>39</sup>Angola, Burundi, Chade, República Democrática do Congo, Quénia, Nigéria, Uganda.

para as Políticas, realizado na Grécia, em 2002. Sete Estados-Membros<sup>40</sup> finalizaram os seus documentos estratégicos para a redução da pobreza e o Benim finalizou um documento estratégico sobre as metas de desenvolvimento do milénio. O Benim, Chade, Madagáscar e o Uganda efectuaram estudos sobre uma vasta gama de temas, como o acesso de populações pobres aos serviços de saúde; iniciativas sanitárias de base comunitária; financiamento da saúde pública e despesas orientadas para os pobres, incluindo as abordagens de base sectorial (SWAP); problemática da equidade e desembolso das despesas de saúde, pelas populações pobres.

236. O Programa de Desenvolvimento Sanitário a Longo-Prazo preparou um módulo de formação e organizou um seminário sobre desenvolvimento sanitário a longo-prazo. O Burundi, Malawi, Senegal e Togo realizaram seminários nacionais que chamaram a atenção para a abordagem do desenvolvimento sanitário a longo-prazo. Os países da União Económica e Monetária da África Ocidental reuniram-se para analisar o âmbito, termos de referência e modalidades de financiamento de um estudo para uma política regional da saúde. Com o apoio técnico da OMS, os países iniciaram actividades de formação, melhoria das capacidades e sensibilização para planificadores da saúde e outros intervenientes. O Togo e Madagáscar organizaram reuniões para sensibilizar os parceiros quanto à necessidade de conceber uma visão de longo-prazo para o desenvolvimento sanitário. A nível do Escritório Regional, houve colaboração com outros sectores (nomeadamente a Divisão do Desenvolvimento de Sistemas e de Serviços, Saúde dos Adolescentes, Política de Saúde Ambiental, Situações de Emergência e Acção Humanitária) para que incorporassem, nos seus planos de actividade, uma perspectiva sanitária de longo-prazo.

237. Com o apoio do programa Macroeconomia e Saúde, 13 países<sup>41</sup> participaram num seminário interpaíses para elaborarem planos de acção. O documento "Macroeconomia e Saúde: Perspectivas Futuras na Região Africana" e a resolução correspondente foram preparados e apresentados à 53ª sessão do Comité Regional. A equipa do Escritório Regional participou numa reunião consultiva ministerial na Sede, para reforçar os investimentos nos resultados de saúde para as populações pobres, uma reunião em que participaram 40 países em desenvolvimento. Com o apoio técnico da OMS, o Gana e a Etiópia elaboraram planos de investimento a longo-prazo e Moçambique preparou um plano de acção para a fase 1. A Etiópia e o Gana organizaram seminários para parceiros e criaram grupos técnicos nacionais e mecanismos trans-sectoriais para divulgar e promover conceitos de macroeconomia e saúde; 11 países<sup>42</sup> elaboraram planos de acção. O Gana preparou um projecto de plano de investimento em saúde, que foi revisto pela representação da OMS e também pelo Escritório Regional. Deverá ser intensificada a colaboração inter-divisões e o conceito "Uma OMS Única", no âmbito da Iniciativa Centrada nos Países. São necessários mais dados para elaborar estratégias exequíveis e sustentáveis sobre macroeconomia e saúde e dever-se-ão preparar mais planos operacionais e mecanismos de implementação, para as próximas fases.

238. No biénio 2004-2005, incidir-se-á no reforço da componente saúde nas estratégias para a redução da pobreza e na monitorização dos progressos nos resultados sanitários daí resultantes. Uma actividade-chave será ampliar a capacidade da OMS nos níveis regional e de país, para apoiar os Estados-Membros na integração da componente saúde nas estratégias nacionais para a redução da pobreza, incluindo os respectivos documentos. Outra actividade será a monitorização sistemática dos resultados da saúde nas estratégias para a redução da pobreza, nas metas de desenvolvimento do milénio e nos objectivos da política de saúde para todos. Procurar-se-á maior colaboração, com os programas e unidades do Escritório Regional, bem como com outros intervenientes.

<sup>40</sup> Benim, República Democrática do Congo, Guiné-Bissau, Madagáscar, Mali, Togo, Uganda.

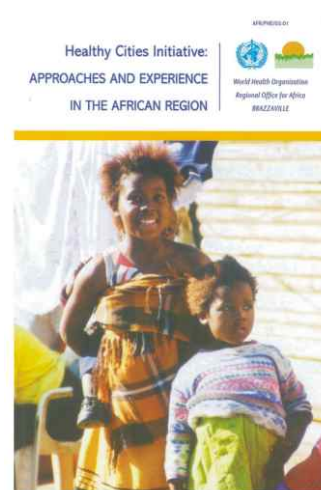
<sup>41</sup> Angola, Botswana, República do Congo, Etiópia, Gana, Quênia, Malawi, Moçambique, Nigéria, Ruanda, Senegal, Tanzânia e Uganda.

<sup>42</sup> Angola, Botswana, República do Congo, Quênia, Malawi, Moçambique, Nigéria, Ruanda, Senegal, Tanzânia e Uganda.

## Saúde e ambiente (PHE)

239. Entre as prioridades da área de trabalho Saúde e Ambiente, incluem-se a geração de informação pela avaliação dos riscos ambientais e mapeamento de riscos; melhoria do abastecimento de água e saneamento; e promoção da saúde ocupacional e da abordagem dos locais de trabalho saudáveis, um instrumento de acção intersectorial de apoio à saúde e ambiente. Estas prioridades foram contempladas em cinco programas: Política de Saúde Ambiental, Ambiente e Promoção da Saúde, Avaliação de Riscos Ambientais, Saúde Ocupacional, e Gestão da Informação para o Desenvolvimento Ambiental Sustentável. A Estratégia Regional de Saúde e Ambiente foi aprovada pela 52ª sessão do Comité Regional, em 2002. Visa melhorar a saúde das populações, pela formulação e implementação de políticas de gestão das determinantes ambientais para a saúde.

240. O programa Política de Saúde Ambiental elaborou um projecto de orientações para a saúde e ambiente, que foram discutidas numa reunião de pontos focais africanos para esta área, em Yaoundé, Camarões, em Maio de 2002. O documento foi revisto pela Comissão de Publicações, em 2003. Moçambique e a Nigéria receberam apoio técnico para a formulação de políticas. Foram enviados questionários aos países para aferir a sua situação quanto à formulação de políticas e para proceder a inquéritos sobre dados de base da saúde ambiental. Produziu-se um documento de advocacia sobre a necessidade de uma política de saúde e ambiente. Com o apoio do Escritório Regional, 11 países<sup>43</sup> formularam as suas políticas de saúde ambiental e seis países<sup>44</sup> reviram a legislação de saúde pública. A Guiné Equatorial preparou normas para a saúde pública e a Mauritânia legislou sobre água potável. As actividades de água, saneamento e higiene incluíram o apoio à construção de esquemas de abastecimento de água e de instalações sanitárias, a formação de funcionários em saúde e ambiente, a sensibilização das comunidades e a aplicação da abordagem da Transformação Participativa em Higiene e Saneamento, em vários países<sup>45</sup>.



241. O programa Ambiente e Promoção da Saúde incidiu na advocacia para a adopção de uma abordagem de ambientes saudáveis e o lançamento de um programa de acção para acudir às prioridades da saúde ambiental das crianças. Foi produzido e distribuído nos países um manual sobre cidades saudáveis. Com apoio financeiro e técnico da OMS, a República do Congo, Quênia e Tanzânia elaboraram e implementaram projectos de base comunitária. A República do Congo lançou uma campanha de mobilização social para mercados saudáveis e o Quênia abordou temas do tratamento de resíduos sólidos em zonas urbanas. Os conceitos de mercados saudáveis e de segurança dos alimentos foram introduzidos em Moçambique e uma iniciativa de mercados saudáveis foi avaliada em Dar-es-Salaam, na Tanzânia. Em colaboração com o Centro para a Saúde Urbana da Cidade do Cabo, África do Sul, foi organizado um curso breve sobre urbanização e saúde nos países em desenvolvimento.

242. Seis países<sup>46</sup> conceberam e realizaram avaliações rápidas para definirem perfis nacionais das preocupações ambientais com as crianças. Integradas na celebração do Dia Mundial da Saúde de 2003, os

<sup>43</sup>Camarões, Cabo Verde, República do Congo, Etiópia, Gâmbia, Quênia, Madagáscar, Mali, Namíbia, Suazilândia e Tanzânia.

<sup>44</sup>Botswana, Burkina Faso, República Centrafricana, Gâmbia, Quênia, Zâmbia.

<sup>45</sup>Benim, Burkina Faso, Camarões, Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, República do Congo, Gâmbia, Guiné-Bissau, Guiné, Quênia, Lesoto, Libéria, São Tomé e Príncipe, Suazilândia, Tanzânia e Zâmbia.

<sup>46</sup>Benim, República do Congo, Etiópia, Moçambique, Seychelles e Zimbabue.



países organizaram acções de consciencialização para os riscos ambientais que afectam as crianças. A nível de país, oito países<sup>47</sup> definiram perfis sanitários para as cidades, para reforço e expansão dos projectos cidades saudáveis. O Lesoto e o Ruanda organizaram seminários de consciencialização e sensibilização. O Burkina Faso, Comores, República do Congo e Togo promoveram a abordagem de locais saudáveis para reforço da higiene e do saneamento, incluindo a construção ou melhoramento de latrinas e de lavatórios nas escolas. O Uganda e o Zimbabwe implementaram a iniciativa das aldeias saudáveis e a Etiópia organizou um seminário sobre prisões saudáveis.

243. O programa da Avaliação de Riscos Ambientais, para o biénio 2002-2003, organizou um seminário de esclarecimento para pontos focais e funcionários técnicos dos ministérios da saúde de trinta países; do mesmo modo, participantes de mais de trinta países africanos participaram num seminário para reforço das capacidades de resposta a situações de emergência destinado aos pontos focais nacionais para a Protecção do Meio Ambiente Humano. Foram revistas as orientações para avaliação do impacto da saúde ambiental, depois apresentadas à Comissão de Publicações; foi também produzido e distribuído o manual *Mapeamento de Riscos Ambientais em África*.

244. Realizou-se, em 25 países, um inquérito aos perigos químicos e riscos para a saúde humana. Foram identificadas falhas nas políticas nacionais de tratamento de lixo químicos e perigosos, que tiveram reflexo no planeamento de futuras actividades de segurança química. Com o apoio técnico e financeiro da OMS, o Uganda e a Zâmbia instalaram incineradores para gestão e tratamento de lixo biomédico e o Quénia avaliou o problema dos níveis elevados de flúor na água para beber no Vale do Rift, tendo instalado uma unidade de filtragem para eliminar o flúor. Dois centros de colaboração da OMS foram reforçados para executarem programas de saúde e ambiente: o Centro Regional de Água e Saneamento do Burkina Faso e o Centro de Investigação Médica da África do Sul. Foram preparadas as candidaturas de duas instituições do Benim e da África do Sul, para apresentação à próxima comissão regional de selecção dos Centros de Colaboração da OMS.

245. A nível de país, realizaram-se várias actividades de avaliação de riscos ambientais. A República Centrafricana, Quénia, Mali e Ruanda reforçaram a capacidade das suas instituições nacionais e locais para a prevenção e resposta aos envenenamentos. A Eritreia e o Ruanda organizaram formação em temas da avaliação dos riscos ambientais. As Seychelles prepararam um plano de acção para avaliação de riscos ambientais e controlo dos vectores, tendo os Camarões feito o mesmo para a segurança química. Angola implementou projectos-piloto de saúde ambiental para o controlo dos vectores e o Benim construiu 15 incineradores em seis distritos sanitários, tendo melhorado o tratamento do lixo biológico.

246. O programa Saúde Ocupacional completou uma análise da situação da saúde ocupacional na Região Africana. Com apoio do Escritório Regional, o Botsuana elaborou uma política de saúde ocupacional e o Níger preparou um plano de desenvolvimento de recursos humanos. Foi reforçada a cooperação com a Organização Internacional do Trabalho. A nível de país, o Burkina Faso monitorizou e avaliou a capacidade do sector informal para evitar perigos relacionados com a actividade laboral. A Guiné reforçou a protecção e promoção da saúde nos locais de trabalho.

247. O programa Gestão da Informação para o Desenvolvimento Ambiental e Sustentável criou uma base de dados na Divisão, para facilitar os processos de planeamento e dar as informações adequadas à base de dados do Escritório Regional e a outros parceiros envolvidos no ambiente e desenvolvimento sustentável. O

<sup>47</sup>Camarões, República Centrafricana, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Namíbia, Uganda e Zimbabwe.

site da Divisão foi constantemente actualizado com publicações técnicas e documentos de informação; estes foram bem recebidos pelo público, de acordo com as estatísticas mensais publicadas pela unidade de Tecnologias da Informação e Comunicação. Foram enviadas às representações nos países publicações técnicas, bem como um mecanismo para harmonizar e unificar a recolha de dados.

248. No biénio 2004-2005, esta área de actividade continuará a facilitar os esforços dos países para integrarem a componente saúde em todos os documentos e estratégias relacionados com o ambiente, incluindo os quadros jurídicos e regulamentadores. O objectivo é aumentar a capacidade das representações da OMS nos países e dos ministérios da saúde, para acelerarem as actividades que protejam as comunidades contra condições ambientais adversas.

### **Preparação e resposta às situações de emergência (EHA)**

249. Em 2003, 25 países africanos foram afectados por diversas crises e 512 milhões de pessoas estiveram expostas a vários riscos sanitários na Região Africana. Catástrofes naturais, como epidemias, terremotos, inundações e secas são muitas vezes agravadas por catástrofes resultantes de conflitos e da guerra.



*Catástrofes naturais: terramoto na Argélia, 2003*

250. Em muitos países africanos, os governos têm uma reduzida capacidade para dar resposta às crises, devido à falta de recursos e à insuficiente preparação. Por isso, a resposta vem muitas vezes das organizações humanitárias nacionais e internacionais, e a intervenção do sector estatal da saúde depende da mobilização destes recursos externos para as situações de emergência. Com frequência, os atrasos no auxílio aumentam os riscos para as populações afectadas. A Organização Mundial de Saúde tem assumido um papel cada vez mais activo na ajuda aos países, para aliviar o impacto das situações de emergência sobre a saúde. Com base na Resolução WHA 48.2, a OMS intensificou a cooperação com os países na preparação e resposta às situações de emergência. O Escritório Regional Africano deu aos Estados-Membros apoio financeiro, logístico e técnico para mitigar os efeitos das calamidades sobre a saúde, avaliando os riscos sanitários e a vulnerabilidade, reforçando a capacidade de resposta e melhorando a coordenação.

251. Durante o biénio 2002-2003, face ao aumento de situações de emergência na Região, as actividades incidiram sobretudo no apoio às respostas dos países. Foram enviados para os países um total de 136 kits de emergência; a República do Congo, Eritreia, Madagáscar, Togo e Uganda receberam vacinas, medicamentos e suprimentos. O Escritório Regional coordenou actividades humanitárias na República Democrática do Congo e deu apoio às carências sanitárias da Guiné, e à prevenção e tratamento do abuso e violência sexual em campos de refugiados.



*Crises provocadas pelo homem: Um centro de saúde destruído durante a Guerra*

252. Foram recrutados profissionais-chave para reforço da Delegação Regional de Apoio à Coordenação Inter-agências, para a crise humanitária dos países da África Austral, e também para as equipas interpais de Harare (África Austral), Abidjan (África Ocidental), Nairobi (Região dos Grandes Lagos) e Addis-Abeba (Corno de África). Com apoio técnico da OMS, o Mali e o Burkina Faso resolveram crises humanitárias graças a uma rápida avaliação e a planos de contingência; a Guiné socorreu populações internamente deslocadas; e oito países<sup>48</sup> melhoraram a sua preparação para situações de emergência.

253. A nível de país, as representações da OMS e os seus parceiros desempenharam um importante papel na gestão das crises, durante o biénio. Com apoio financeiro ou técnico da Sede e do Escritório Regional, muitos países prepararam processos de apelo consolidados, para mobilização de fundos. A Sede da OMS, o Escritório Regional Africano, o Escritório de Ligação da OMS na Argélia, o Ministério da Saúde da Argélia e outros parceiros estiveram na linha da frente, durante o terramoto de Maio de 2003. A Representação da OMS em Angola descentalizou as actividades para situações de emergência e reforçou a capacidade nacional para uma melhor intervenção em todo o país. As províncias afectadas receberam o equipamento, medicamentos e *kits* de emergência necessários. O Burundi teve também milhares de pessoas internamente deslocadas, devido à crise em curso; a Representação da OMS no Burundi, em colaboração com o Ministério da Saúde, procedeu à avaliação epidemiológica nos campos e deu assistência sanitária às populações deslocadas e ao Programa de Desmobilização, Desarmamento, Repatriação e Reintegração. A República Centrafricana implementou várias actividades de assistência sanitária a populações deslocadas e às populações de acolhimento, tendo reforçado as unidades de saúde existentes. A República Democrática do Congo apoiou populações afectadas por conflitos de longa-duração, surtos de paludismo e epidemias de cólera. Houve actividades de vigilância das doenças em muitas províncias.

254. O Escritório Regional e a Representação da OMS na Namíbia reuniram com o governo, doadores e outros parceiros, com vista à sensibilização, envolvimento e resposta às crises. Na Eritreia e na Etiópia, as representações da OMS, ministérios da saúde e parceiros empreenderam acções vigorosas para mitigar as consequências da seca e os impactos da guerra. Com o apoio da representação no país, o Uganda deu assistência sanitária a populações deslocadas, devido à persistente crise interna. Em Outubro de 2003, procedeu-se à avaliação das necessidades sanitárias, para obter mais informação sobre os problemas da saúde e melhor orientar as intervenções. A Representação da OMS no Quênia organizou apoio sanitário para as vítimas da inundação e para o número crescente de refugiados do Sul do Sudão.

255. Para as crises na África Ocidental, as representações no Burkina Faso, Gana e Mali organizaram actividades para acudir às carências sanitárias, nutricionais e outras, dos refugiados. Vários campos de refugiados da Guiné acolheram populações deslocadas da Libéria e Côte d'Ivoire. Com apoio da Sede e do Escritório Regional, a Libéria procedeu a avaliações da saúde e da nutrição e organizou campanhas de vacinação contra o sarampo; além disso, mais de 6.000 poços contaminados foram desinfectados com cloro. Em certos locais, foram retirados dos poços cadáveres, que foram devidamente enterrados. Com apoio técnico e financeiro da Sede e do Escritório Regional e a colaboração de parceiros, o pessoal da representação no país organizou e monitorizou os sistemas de controlo, vigilância e gestão de dados das doenças. A OMS coordenou as orientações para as intervenções no sector da saúde e preparou o plano de apelo consolidado. O Níger respondeu com eficácia ao surto de meningite de 2002-2003, tendo sido tomadas as medidas necessárias para prevenir e mitigar futuros surtos.

<sup>48</sup>Camarões, Cabo Verde, Guiné, Malawi, Moçambique, Nigéria, Suazilândia e Zimbábue.

## Segurança dos alimentos (FOS)

256. A segurança dos alimentos continua a ser um grande problema de saúde pública na Região Africana. Muitos Estados-Membros sofrem de pouca higiene dos alimentos; assim o indica a elevada incidência e prevalência de doenças transmitidas pelos alimentos, como a cólera e outras doenças diarreicas; os surtos de Ébola; e os problemas dos contaminantes dos alimentos, como resíduos de pesticidas, micotoxinas e outras toxinas de ocorrência natural, além de objectos físicos. Apesar do constrangimento nos recursos, o Escritório Regional da OMS procura apoiar os Estados-Membros a melhorarem a segurança dos alimentos, reforçando a sua capacidade de vigilância das doenças transmitidas pelos alimentos e publicando legislação pertinente, normas e programas para promover a higiene e segurança dos alimentos.



O manuseio correcto dos alimentos reduz as doenças por eles transmitidas

257. Durante o biénio 2002-2003, o Escritório Regional realizou um inquérito à segurança dos alimentos, que analisou os riscos para a saúde, associados ao manuseio dos produtos alimentares. Foi organizado em Bamaco um seminário para maior consciencialização sobre a segurança dos alimentos. Informação sobre segurança dos alimentos foi preparada para o site do Escritório Regional, tendo sido elaborados diversos materiais de promoção. Foi apresentado à 53ª sessão do Comité Regional um documento sobre segurança dos alimentos e saúde, tendo sido aprovada a correspondente Resolução (AFR/RC53/R5).

258. O Escritório Regional participou num seminário conjunto com a FAO, sobre sistemas de controlo dos alimentos, na Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral. Em Moçambique foi iniciado uma apresentação do projecto mercados saudáveis. Houve ainda a participação, na Sede, numa reunião de conselheiros regionais para a segurança dos alimentos. Em Yaoundé, nos Camarões, realizou-se um curso de formação e métodos laboratoriais para a vigilância de doenças transmitidas pelos alimentos, integrada no projecto mundial da Sede para a vigilância da *Salmonella*. Foi elaborado um guia de formação para o sector informal, sobre o manuseio seguro dos alimentos e as causas das doenças por eles transmitidas. Foi preparado um projecto de estratégia para a Região Africana, sobre as doenças microbiológicas transmitidas pelos alimentos.

259. Vários Estados-Membros deram respostas positivas a esta área de actividade. O Botsuana realizou seminários em seis comunidades. A Gâmbia e o Quênia conceberam instrumentos para a vigilância das doenças transmitidas pelos alimentos. A Argélia, Botsuana, Quênia e Zimbabwe deram formação a inspectores alimentares e outros funcionários pertinentes. O Chade e a Nigéria efectuaram análises da situação dos seus programas nacionais. A Gâmbia reviu o projecto da Lei Nacional dos Alimentos e Madagáscar desenvolveu diversas actividades de advocacia.

260. Os desafios à segurança dos alimentos com que os países se confrontaram estarão na base da acção desta área de actividade, no biénio 2004-2005. Entre esses desafios contam-se a crescente pobreza, associada à má higiene e ao mau saneamento do meio ambiente; falta de políticas e legislação claras e actualizadas; pouca colaboração interdisciplinar para a gestão da segurança dos alimentos; proliferação rápida e não planificada de locais de venda nas ruas; reduzido financiamento da saúde pública, associado a recursos humanos inadequados; e vigilância inadequada das doenças.

261. Dada a natureza intersectorial dos problemas de segurança dos alimentos, será útil recorrer a uma abordagem multidisciplinar e integrada. Uma associação das actividades de segurança dos alimentos com outras, como ambientes saudáveis, saúde ocupacional, transformação participativa em higiene e saneamento, poderia também contribuir para colmatar as falhas no financiamento. É necessário cooperar com as agências nacionais e internacionais, em especial a FAO, que está empenhada na segurança dos alimentos.

262. Assim, no biênio 2004-2005, a área de actividade Segurança dos Alimentos pretende privilegiar o apoio aos países para que integrem a problemática da segurança dos alimentos nos vários sistemas e programas de saúde; aconselhar e apoiar os Estados-Membros na criação de legislação e de normas; e promover ou reforçar a vigilância e avaliação dos alimentos nos Estados-Membros.

## ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

263. A Divisão de Administração e Finanças tem três áreas de actividade: Recursos Humanos, Gestão Financeira, e Serviços de Infra-estruturas e Informática.

### Recursos humanos (HRS)

264. A área de actividade dos Recursos Humanos lida com cerca de 2.800 funcionários, permanentes e contratados a curto-prazo, dos 46 países da Região Africana. Durante o biênio 2002-2003, o maior desafio consistiu em enfrentar com êxito o volume de solicitações de serviços, como criação de postos de trabalho, recrutamento de pessoal, celebração de contratos e administração de benefícios e regalias. O aumento no financiamento para a Região acarretou outras exigências, já que foram recrutados mais funcionários a nível regional. Foi necessário assegurar o pessoal adequado para os vários níveis, e também garantir que os postos de trabalho estivessem suficientemente automatizados e informatizados.

265. No contexto da reforma da gestão dos recursos humanos, foram adoptados novos modelos de contratação, bem como o Sistema de Desenvolvimento e Gestão do Desempenho (PMDS). Teve-se em conta o recrutamento de uma força de trabalho bem motivada, empenhada e versátil, que reflectisse equilíbrio nos sexos e na distribuição geográfica. Outros aspectos importantes foram a mudança de Harare para Brazzaville e a criação, em Harare, de uma sub-unidade com 22 funcionários. A reforma pretendeu implementar sistemas e práticas modernas, para que o pessoal pudesse servir melhor os interesses da Região, de modo pro-activo e responsável, promovendo igualmente o bem-estar dos funcionários, aumentando assim a sua eficiência.

266. Entre os principais sucessos durante o biênio 2002-2003, mencionam-se a crescente capacidade de resposta, a redução nos atrasos em responder às solicitações e uma atitude mais pro-activa. Isso foi conseguido graças ao recrutamento de quatro funcionários superiores e dez novos funcionários administrativos para a área de pessoal, em Brazzaville; adopção de novos procedimentos nos testes e entrevistas aos candidatos dos serviços gerais; o recrutamento de duas enfermeiras altamente qualificadas e de um médico, ao serviço do pessoal em Brazzaville; a instalação, em Brazzaville e Harare, de um sistema informatizado de gestão do pessoal; e o reforço das ligações às divisões técnicas e às representações nos países. Organizaram-se seminários de formação sobre segurança, gestão do *stress*, PMDS, preparação de contratos e procedimentos administrativos e financeiros.

267. Há necessidade de interagir melhor com as divisões técnicas e as representações nos países, para assegurar um planeamento adequado. Do mesmo modo, um programa abrangente de visitas às representações nos países ajudará os Representantes da OMS a harmonizar os procedimentos administrativos e a informar os funcionários. Devem ser continuamente melhorados os mecanismos de comunicação entre os Recursos Humanos e todo o pessoal.

268. Durante o biênio 2004-2005, os esforços centrar-se-ão numa contínua melhoria dos serviços de recursos humanos. Será implementado o plano estratégico regional para o desenvolvimento e formação, o qual tem duas componentes diferentes: organização da formação em grupo e apoio à formação individual. A interacção com as divisões técnicas e os Representantes da OMS nos países prosseguirá, para uma melhor compreensão das suas necessidades e para melhorar os serviços. Será distribuído um pacote de informações a todo o pessoal e será incluído no *site* do Escritório Regional. Um programa de visitas às representações nos países, quatro a seis por trimestre, merecerá atenção especial.

## **Gestão financeira (FNS)**

269. A área de actividade Gestão Financeira é responsável por todas as actividades financeiras na Região, incluindo a apresentação do Orçamento-Programa e a prestação de serviços aos funcionários e fornecedores, em devido tempo. Durante o biénio 2002-2003, isso foi conseguido de modo semi-automatizado, para prestar apoios em devido tempo. Um desafio-chave é a instalação de um sistema financeiro integrado e interactivo *on-line*, em toda a Região. Este projecto foi iniciado a nível mundial, mas a implementação pode demorar até cinco anos. Além disso, dado que as funções da Gestão Financeira estão repartidas entre Harare e Brazzaville, outro desafio foi um funcionamento bem sucedido de serviços de contabilidade e finanças em dois locais.

270. A gestão financeira assumiu também a responsabilidade no que concerne ao financiamento da implementação de programas, bem como pelos procedimentos e normas institucionais da Organização Mundial de Saúde. Auditorias a nível de país demonstraram a necessidade de melhoramentos na área da responsabilização e do respeito pelas normas.

271. O principal objectivo da Gestão Financeira continua a ser o apoio financeiro adequado e em devido tempo aos gestores dos programas. Seis outros objectivos foram plenamente alcançados, tendo-se conseguido grandes sucessos. Os países foram apoiados na gestão de tesouraria e funções de fiscalização, com um apoio de elevado nível concedido aos programas da polio. Foram preparados quadros orçamentais para o Orçamento-Programa de 2004-2005. Foi devolvida às divisões a elaboração dos documentos de compromissos e foi implementado um sistema de afectação de verbas para prosseguir com a melhoria dos serviços. A implementação do Orçamento-Programa para 2002-2003 foi gerida com sucesso, numa época de severos constrangimentos orçamentais. O Sistema de Informação e Contabilidade do Escritório Regional foi melhorado, de modo a incluir o controlo das despesas.

272. Para reforçar a área de actividade Gestão Financeira, é necessário dispor-se de funcionários em número suficiente. Embora a delegação de competências nos países e divisões acelere a implementação do programa, ela deve vir acompanhada de uma maior ênfase na responsabilização e no compromisso individual. É necessário fazer mais visitas aos países para proceder a análises financeiras, dar formação ao pessoal, monitorizar de perto os orçamentos e evitar o excesso de despesas.

273. As principais actividades durante o biénio 2004-2005 serão o aumento das funções de fiscalização, face à maior autoridade delegada nos países e divisões; aumentar os relatórios da monitorização do orçamento; visitar os países para proceder a análises e dar formação; e apoiar a preparação do Orçamento-Programa para 2006-2007.

## **Serviços de infra-estruturas e informática (IIS)**

274. A área de actividade Serviços de Infra-estrutura e Informática é responsável por proporcionar, de modo adequado, infra-estruturas e sistemas de tecnologias da informação, serviços administrativos e logísticos e serviços eficientes de aquisição de bens, com boa relação custo-eficácia. Esta área de actividade inclui o gabinete e o secretariado do Director de Administração e Finanças.

275. No que toca às Tecnologias de Informação e Comunicação (ICT), os maiores desafios incluíram o estado da infra-estrutura de ICT na Região, um número insuficiente de funcionários devidamente qualificados nessa unidade e constrangimentos orçamentais em geral. Para os serviços administrativos e logísticos, o grande desafio foi maximizar a eficiência na prestação dos serviços de apoio às actividades do Escritório Regional, tanto em Brazzaville como em Harare. Para os serviços de aquisição de bens, o objectivo geral foi beneficiar dos novos serviços de aquisição coordenados a nível mundial, para adquirir e distribuir suprimentos e equipamentos aos melhores preços possíveis.

276. O regresso do Escritório Regional a Brazzaville implicou os desafios adicionais de reinstalar os funcionários e equipamentos em Brazzaville e de reabilitar o complexo do Djoué, em parte com financiamento do Fundo Mundial Imobiliário da OMS. O objectivo desta área de actividade foi socorrer-se das melhores práticas, em todos os aspectos da administração-geral e em todos os níveis da organização, para apoiar o papel de liderança que cabe à OMS no plano da saúde, a nível internacional.

277. Verificaram-se diversas alterações. Entre os sucessos, menciona-se a harmonização do Sistema de Informação e Contabilidade do Escritório Regional, entre Brazzaville e Harare, pela aplicação de soluções técnicas às operações à distância. Além disso, foi reforçado o apoio técnico para instalar o Sistema de Gestão de Actividades nos países; foi reforçada a rede de segurança do Escritório Regional; os serviços de correio electrónico e telecomunicações foram melhorados, obtendo-se mais de 99,6% de disponibilidade; e procedeu-se às actividades preparatórias para instalar a Rede Privada Mundial da OMS, em oito países. Foram automatizadas novas actividades no Escritório Regional, o sistema de gestão contabilística (Imprest) foi instalado em todas as representações nos países e efectuaram-se cursos de informática, para aumentar a produtividade dos funcionários.

278. Quanto aos serviços administrativos e logísticos, 240 funcionários e 300 toneladas de equipamento e bens pessoais foram transferidos, com sucesso, de Harare para Brazzaville. Completaram-se ainda vários projectos para melhorar as condições de vida e de trabalho, no Escritório Regional: foram adquiridos e instalados dois novos geradores de 800 KVA. Foram instalados cabos eléctricos numa extensão de 5 km; completaram-se dois novos furos hertzianos com um reservatório de água para 180 m<sup>3</sup> e uma rede de abastecimento de água com 8 km. Assim, o Escritório Regional passou a funcionar em condições fiáveis de abastecimento de água e energia eléctrica. O sistema de segurança foi reforçado com a criação de uma sub-unidade, a construção de um muro no perímetro do complexo do Djoué e o recurso a um serviço de segurança de 24 horas. O Escritório Regional adquiriu uma ambulância e equipamento para combater incêndios.

279. A unidade serviços de abastecimento continuou a desempenhar um importante papel na disponibilização de bens e serviços essenciais, após o regresso do Escritório Regional a Brazzaville. Os Estados-Membros que solicitaram suprimentos de emergência foram apoiados, através de compras reembolsáveis. Foi comprado, ao Escritório Regional do Pacífico Ocidental, um sistema abrangente e integrado de aquisições, posteriormente adaptado e instalado no Escritório Regional Africano. Durante o biênio 2002-2003, foram processadas para a Região 829 autorizações de aquisição e 3.031 ordens de compra locais, num total de 1.082.191.068 dólares americanos. Foram igualmente processadas oito autorizações ao abrigo do esquema de compras reembolsáveis, totalizando 520.811 dólares americanos.

280. Foram proporcionados serviços de impressão, para apoio às sessões do Comité Regional e outras conferências. Contrataram-se tipografias no exterior, sempre que os seus serviços apresentavam melhor relação custo-eficácia.

281. Valiosas lições foram aprendidas pelos serviços de tecnologias das comunicações e informação. Cada representação da OMS necessita de um especialista interno em tecnologias da informação, para uma utilização eficiente dos serviços existentes e futuros. Para os serviços administrativos e logísticos, por exemplo, a manutenção de estatísticas sobre despesas no passado, provaram ser essenciais para uma boa planificação futura. A contratação directa de pessoal para a manutenção do equipamento tecnológico em ICT provou ter uma melhor relação custo-eficácia do que a sua procura no exterior; contudo, o oposto é verdadeiro, para serviços administrativos como limpezas, segurança e manutenção, contratados no exterior.

282. No biénio 2004-2005, o Escritório Regional continuará a criar o *software* de informação tecnológica adequado e a manter os sistemas existentes, colaborando com a Sede e outros escritórios regionais na produção de programas mundiais. Serão privilegiados um apoio logístico de boa relação custo-eficácia e a manutenção das instalações do Escritório Regional. Quanto aos serviços de abastecimento, será implementado o sistema de aquisições a nível mundial da OMS, para acelerar as encomendas e ter acesso a preços mais competitivos. Serão também envidados esforços para melhorar o actual sistema de abastecimento, incluindo o acompanhamento das ordens de compra, bem como a colaboração entre as sub-unidades de Brazzaville e Harare.



# FACTORES FACILITADORES E DE CONSTRANGIMENTO NA EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA

283. A vontade política a nível mundial e o empenhamento dos governos, face aos problemas sanitários da Região Africana, facilitaram a implementação dos programas dos países. Várias iniciativas internacionais destinaram financiamentos às prioridades regionais e às oportunidades de colaboração frutuosa com parceiros externos. Para os progressos alcançados, foram da máxima importância as parcerias entre a Organização Mundial de Saúde e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional; a Agência Canadiana para o Desenvolvimento Internacional; o Governo da Itália; o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo; Previsão Global de Medicamentos Anti-Tuberculose; Fundo das Nações Unidas para as Crianças, e muitas outras agências.

284. A estreita colaboração entre os vários intervenientes e a OMS, a nível nacional e mundial, foi um factor importante que facilitou a implementação dos programas. Entre outros factores facilitadores, decisivos para a implementação do plano de actividades do biénio, contam-se a excelente colaboração entre a Sede, o Escritório Regional e as representações nos países; o empenhamento do pessoal; uma administração-geral positiva por parte da gestão do Escritório Regional; e um sólido espírito de equipa e a criação de redes entre os funcionários da OMS. A implementação das actividades também foi facilitada pelo desenvolvimento dos recursos humanos, a progressiva estabilização no ambiente de trabalho em Brazzaville e a responsabilização dos funcionários, a todos os níveis.

285. Vários problemas relacionados com a segurança, situações de emergência e catástrofes naturais na Região, afectaram negativamente a implementação de certas actividades. Outros obstáculos resultaram das respostas tardias de alguns países. Apesar dos esforços no planeamento orçamental, as operações na Região dependeram grandemente dos fundos de Outras Fontes. Infelizmente, devido à escassez de fundos no biénio 2002-2003, várias actividades foram canceladas, mas algumas estão de novo calendarizadas para o biénio 2004-2005.

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

### Estratégia regional para acções humanitárias e de emergência

286. Para melhor fazer face às frequentes situações de emergência que se declaram na Região Africana, e devido à sua amplitude e consequências sanitárias, sociais e económicas, os Estados-Membros e os parceiros adoptaram a Resolução AFR/RC47/R1, na Quadragésima-sétima sessão do Comité Regional Africano da OMS, em Setembro de 1997. A implementação desta resolução e da estratégia regional para as acções humanitárias e de emergência prosseguiu durante o biénio 2002-2003, melhorando as capacidades dos países na preparação, resposta e mobilização de recursos para as situações de emergência.

287. Durante o biénio, o Escritório Regional orientou as representações nos países, para que as situações de acção humanitária e de emergência figurassem entre as prioridades dos seus planos de acção bienais. A unidade Situações de Emergência e Acção Humanitária (EHA) foi descentralizada e a sua administração foi orientada, para facilitar o funcionamento e a rapidez e eficácia de acção.

288. No que respeita à preparação e resposta às situações de emergência, o Escritório Regional concentrou esforços de formação na identificação de riscos e na análise das vulnerabilidades, formando uma bolsa de consultores chamados a apoiar tecnicamente os países da Região. A avaliação das vulnerabilidades representa uma etapa importante na formulação dos programas de preparação e resposta às situações de emergência e organização de acções humanitárias, a nível dos países.

289. Para reforçar as capacidades de planeamento, um guia técnico foi preparado e revisto pelos pontos focais de EHA de todos os países da Região, para seu enriquecimento e adopção. Assim, graças ao domínio dos processos de análise das vulnerabilidades e de planificação para a gestão das situações de emergência, os Estados-Membros dispõem de dois instrumentos essenciais nesta área. Para estas actividades foram necessárias abordagens multissetoriais e multidisciplinares, nomeadamente nos países, bem como parcerias com as agências das Nações Unidas pertinentes e outras instituições.

290. A colaboração entre o Escritório Regional, a Sede e o Comité Internacional da Cruz Vermelha (CICR) permitiu organizar, para os pontos focais da EHA, um curso de formação em Ajuda de Emergência para as Populações (HELP) no Instituto Regional de Saúde Pública de Ouidah (Benim). Este esforço vai prosseguir e diversificar-se, para que a Região possa dispor de um importante grupo de profissionais com a devida formação, que apoiem os países na preparação e resposta a situações de emergência, na Região Africana.

291. Para melhorar o apoio técnico aos Estados-Membros nas situações de emergência, foram recrutados coordenadores de EHA, afectados em Harare, para a África Austral, Abidjan para a África Ocidental, Nairobi e Brazzaville para a África Central e a Região dos Grandes Lagos e Adis-Abeba para o Corno de África. Esta descentralização deverá possibilitar acções de proximidade, reduzir o atraso nas intervenções e melhorar a sua qualidade. Foram mantidos, em Brazzaville, Dakar e Harare, kits de emergência.

292. Os vários países afectados por situações de emergência receberam apoio técnico e financeiro do Escritório Regional. Este esforço, que exige recursos financeiros importantes e uma acção concertada da OMS e dos Estados-Membros, deverá ter continuidade para garantir uma resposta e assistência imediatas no terreno, em caso de necessidade, enquanto se aguarda a organização das intervenções com os parceiros internacionais e a preparação de pedidos de financiamento.

293. A maior participação dos países na preparação e acompanhamento de apelos consolidados permitiu mobilizar recursos substanciais para a África Austral, a República Democrática do Congo, a Região dos Grandes Lagos e a África Ocidental, em particular a Libéria. No que toca a este país, a OMS assumiu um papel importante na organização da Conferência Internacional para a Reconstrução da Libéria, realizada em Nova Iorque, em Fevereiro de 2004.

294. Graças ao auxílio do Escritório Regional, os ministérios da saúde da Região estão em vias de criar as suas próprias unidades de preparação e resposta às situações de emergência. Elas permitir-lhes-ão dispor de um quadro institucional e organizativo, que facilitará a formulação de programas de preparação e respostas às situações de emergência e a organização de socorros em curto espaço de tempo e com eficácia optimizada.

295. A implementação da estratégia regional para as acções humanitárias e de emergência foi facilitada pela consciencialização e o empenho dos Estados-Membros, o apoio dos parceiros e o progressivo reforço da OMS na capacidade de apoiar tecnicamente os países.

296. Persistem alguns problemas, nomeadamente a insuficiência de recursos humanos e materiais e o baixo nível de preparação e capacidade de resposta dos países para as situações de emergência.

297. As actividades em curso serão reforçadas no próximo biénio. Serão feitos esforços suplementares para prosseguir com a melhoria das capacidades nacionais, na preparação e resposta às situações de emergência, e com o apoio aos ministérios da saúde para a implementação das suas próprias unidades EHA. Serão igualmente preparados e colocados à disposição dos países outros instrumentos para gerir crises humanitárias: um conjunto mínimo de intervenções em saúde pública em situações de emergência, e orientações para utilização em emergências e planificação.

## **Estratégia regional para o desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde**

298. A Resolução AFR/RC48/R3, sobre a Estratégia Regional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde, aprovada em Setembro de 1998, solicitava ao Director Regional que apoiasse a criação de orientações e modelos; assegurasse a continuidade da acção do Grupo Consultivo Multidisciplinar regional; reorganizasse e reforçasse a unidade do Escritório Regional responsável pelos recursos humanos para a saúde; e sensibilizasse os parceiros quanto à mobilização de recursos para a implementação da estratégia.

---

<sup>49</sup>Botsuana, Burkina Faso, Camarões, República Centrafricana, Chade, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia e Zimbábue.

299. O Escritório Regional apoiou 26 países<sup>49</sup> na elaboração, actualização ou implementação de políticas e planos de recursos humanos. Apoiou também vários países na concretização de actividades, incluindo a avaliação de *currícula* de formação, revisão dos níveis salariais e formulação de estratégias de motivação e incentivo. Avaliou a actividade do Programa de Bolsas de Estudo da OMS na Região Africana, no período de 1990-2000. Essa avaliação revelou que foram concedidas 3.553 bolsas, muitas das quais, para estudos em saúde pública; que 91% delas foram para cursos realizados em África; e que, após os estudos, os ex-bolseiros desempenhavam importantes papéis no desenvolvimento dos sistemas de saúde dos seus países.

300. Além disso, o Escritório Regional procedeu ao estudo das migrações em seis países<sup>50</sup> e a um inquérito às migrações em 42 países. Os resultados mostraram um elevado nível nas migrações de profissionais de saúde qualificados, com um impacto negativo na qualidade, eficácia e equidade da prestação de cuidados de saúde. A esse respeito, foi elaborado um relatório regional sobre a migração, o qual propunha acções a serem seguidas a nível nacional, sub-regional, regional e internacional.

301. No âmbito do apoio para reforçar as capacidades dos países no planeamento, formação, utilização e regulamentação dos profissionais de saúde, foram preparados vários documentos e orientações, incluindo um folheto sobre recursos humanos para a saúde (HRH), bem como orientações estratégicas para reforço dos serviços de enfermeiros e parteiras na Região Africana. Foram também elaborados instrumentos e orientações para monitorizar e avaliar a implementação da estratégia regional e foi dada formação a 33 directores de recursos humanos para a saúde, de 33 países.

302. Para reforçar a bolsa de peritos em Recursos Humanos para a Saúde na Região Africana ocorreu, em Junho de 2002, o segundo encontro do Grupo Consultivo Multidisciplinar, para peritos em desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde. Nele, foi analisado o estado da implementação das recomendações que o Grupo fizera na sua primeira reunião, em 2000, e foram dados valiosos contributos para a redacção de dois projectos de documentos. O apoio da unidade de Recursos Humanos para a Saúde abrangeu quatro conselheiros regionais em 2003, incluindo um especialista em educação; 23 peritos africanos foram orientados na prestação de apoio aos países.

303. No âmbito do desenvolvimento da advocacia dos HRH, foram preparadas novas parcerias com a Organização Internacional da Migração, sobre o problema da migração e da fuga de quadros dos profissionais de saúde, e também com o Banco Mundial, União Africana e *Fundação Rockefeller*, visando a permanente advocacia a favor do desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde. Neste contexto, os Chefes-de-Estado e de Governo dos países da União Africana decidiram, em 2002, declarar o ano de 2004 como "Ano do desenvolvimento dos recursos humanos, com especial ênfase para os profissionais da saúde", e ainda organizar uma cimeira especial no mesmo ano. Os ministros da saúde da Região Africana decidiram que os problemas dos recursos humanos seriam, a partir de então, discutidos em todas as sessões do Comité Regional, até nova orientação.

<sup>49</sup>Botsuana, Burkina Faso, Camarões, República Centrafricana, Chade, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Niger, Nigéria, Ruanda, Senegal, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia e Zimbabwe.

<sup>50</sup>Camarões, Gana, Senegal, África do Sul, Uganda e Zimbabwe.

304. Entre os factores que facilitaram a implementação da resolução, incluem-se uma maior consciencialização e vontade política dos países; a emergência de parcerias dinâmicas para desenvolver os Recursos Humanos para a Saúde; e um número crescente de peritos, para apoio à actividade nos países. Por outro lado, a implementação foi afectada pela insuficiência dos recursos financeiros e humanos para os HRH, do desenvolvimento a nível nacional e regional, bem como pelo facto de os países, por vezes, não responderem prontamente às solicitações da OMS para participarem em certos estudos ou actividades.

305. O Escritório Regional planeia apoiar os Estados-Membros, para acelerarem a formulação e planeamento das políticas de recursos humanos para a saúde, reforçar a educação e formação dos profissionais de saúde e documentar as melhores práticas e lições aprendidas com o desenvolvimento dos HRH. Também mobilizará recursos adicionais, continuará a advocacia e reforçará as parcerias para o desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde, a nível de país e da Região.

### **Plano estratégico para a investigação em saúde na Região Africana**

306. A Resolução AFR/RC48/R4 do Comité Regional, aprovada em Setembro de 1998, exortava o Director Regional a: preparar e divulgar um inventário das instituições de investigação sanitária e das actividades de investigação em saúde e áreas correlacionadas; reforçar os programas de investigação em saúde do Escritório Regional; escrutinar os centros de colaboração da OMS; promover a formação de formadores em metodologia da investigação; e mobilizar apoio financeiro para os programas de investigação prioritários.

307. Para facilitar a preparação dos inventários das instituições de saúde e de investigação sanitária foi preparado, em 2003 um instrumento de recolha de dados, enviado aos países para preenchimento. Esse instrumento, intitulado "Inquérito à Capacidade dos Países para a Investigação em Saúde", pretendia recolher informações sobre a existência de políticas nacionais de investigação em saúde, planos estratégicos de investigação em saúde, legislação para a investigação em saúde, mecanismos de coordenação em investigação (incluindo comissões de bioética e de análise científica), programas de investigação em saúde, institutos nacionais de investigação em saúde, universidades nacionais com faculdades de ciências médicas, financiamento e orçamento da investigação em saúde, organizações não-governamentais empenhadas na investigação em saúde e actividades necessárias para a melhoria das capacidades de investigação em saúde.

308. No que toca ao reforço da actividade de investigação em saúde do Escritório Regional, foi nomeado um ponto focal para cada divisão técnica. Cabe ao ponto focal catalisar as actividades de investigação no seio da divisão. A coordenação das actividades é assegurada por reuniões dos pontos focais com a Comissão para o Desenvolvimento da Investigação.

309. Foram actualizados e enviados aos países Orientações para a Gestão dos Centros de Colaboração da OMS (WCC), bem como o inventário dos centros. O Escritório Regional continuou a facilitar a designação e a renovação da designação dos WCC. Em 2003, as divisões concertaram esforços para renovação da designação de muitos centros de colaboração que estavam em risco de serem eliminados, por ter terminado o prazo da renovação. O Escritório Regional continuou a celebrar parcerias com WCC da Argélia, Burkina Faso, África do Sul, Tanzânia e Zimbábwe, entre outros.

310. Prosseguiram, nos Estados-Membros, os esforços para promover a formação de formadores em metodologia da investigação, sobretudo em três áreas de actividade: Investigação e Desenvolvimento de Produtos para as Doenças Transmissíveis, Investigação e Desenvolvimento de Produtos para a Saúde Reprodutiva e Organização da Prestação de Serviços de Saúde (Programa de Investigação em Sistemas de Saúde). A capacidade para conceber e efectuar investigação operacional foi reforçada em 33 países, graças a seminários interpaíses e missões nos Estados-Membros. Em consequência, foram elaborados 53 projectos de investigação operacional; 36 deles foram, financiados pelo Escritório Regional e encontram-se em implementação. Foram também apoiados seis países, no desenvolvimento de competências para a investigação em sistemas de saúde. Foram tecnicamente revistas e financiadas 12 propostas de investigação operacional de quatro países.

311. Em Junho de 2003, o Parlamento Europeu criou a Parceria dos Países Europeus e em Desenvolvimento para Ensaios Clínicos (EDCTP), para uma acção eficaz contra o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo nos países em desenvolvimento. O seu objectivo é acelerar o desenvolvimento de novas intervenções clínicas de luta contra o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo, através de parcerias de longo-prazo entre a Europa e os países em desenvolvimento. No âmbito dos seus esforços de mobilização de apoio financeiro para os programas prioritários de investigação, a OMS procurou, com sucesso, participar nesta iniciativa que dedica 600 milhões de dólares americanos à investigação. Foram divulgadas, nos países, orientações para reforço, criação e operacionalidade de comissões nacionais de bioética, para salvaguarda dos sujeitos humanos no decurso de investigações em saúde (incluindo ensaios clínicos).

312. Os factores que intensificaram a implementação da Resolução foram a vontade da União Europeia (entre outros doadores) para financiar a investigação em África; a disponibilidade de fundos extra-orçamentais para a investigação, sobretudo nas áreas de actividade do paludismo, doenças evitáveis pela vacinação e AID1; e a colaboração com a iniciativa Fazer Recuar o Paludismo, o Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais e a Iniciativa Multilateral de Luta contra o Paludismo. Os obstáculos foram a longa ausência do conselheiro regional para a Política e Coordenação da Investigação; o número limitado de estudos de casos e a escassez de dados sobre histórias de sucesso da tradução dos resultados da investigação em políticas e práticas; assim como a baixa motivação dos países e unidades do Escritório Regional em orçamentar para a investigação, nos seus planos de acção.

313. Futuramente, será necessário dar poderes aos Centros de Colaboração da OMS e à Comissão Consultiva Africana para a Investigação e Desenvolvimento em Saúde para apoiarem directamente os países que elaborem políticas de investigação e planos estratégicos; criar mecanismos nacionais de coordenação da investigação em saúde; constituir comissões de bioética e análise científica; e reforçar a capacidade dos países em investigação operacional.

## **Segurança do sangue: Estratégia para a Região Africana**

314. A Resolução AFR/RC51/R2 do Comité Regional, sobre uma estratégia regional para a segurança do sangue, exortava os Estados-Membros a formular, aprovar e implementar políticas nacionais de sangue; afectar fundos adequados para a criação de infra-estruturas de serviços de transfusão de sangue; e promover a doação de sangue, voluntária e não remunerada. A Resolução solicitava também ao Director Regional que apoiasse os Estados-Membros na formulação e implementação de políticas nacionais de sangue, promovesse e apoiasse programas de formação para os funcionários dos serviços de transfusão de sangue e os médicos

que as prescrevem; facilitasse a utilização de centros de referência na área de transfusão de sangue na Região, para formar o pessoal adequado dos Estados-Membros; mobilizasse recursos de parceiros internacionais para financiar a segurança das transfusões de sangue na Região; reforçasse a cooperação e colaboração técnicas entre o Estados-Membros e a OMS, de modo a melhorar a gestão dos centros de transfusão de sangue e a qualidade do sangue e dos seus produtos; assegurasse o seguimento e implementação da estratégia; e apresentasse um relatório à Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional.

315. Quanto à formulação e implementação da política de transfusão de sangue, foram apoiados 12 países<sup>51</sup> no desenvolvimento, finalização e implementação das políticas e planos nacionais de transfusão sanguínea. Nove países<sup>52</sup> receberam apoio para o reforço dos programas de recrutamento de doadores, com base em doações de sangue voluntárias e não remuneradas.

316. Foram organizados, em Harare, Dakar e Abidjan, cinco cursos regionais de formação em gestão de qualidade e quatro cursos de seguimento, tendo assim recebido formação 100 gestores da qualidade de 44 países. Na sequência dessa formação, 14 países<sup>53</sup> lançaram actividades de gestão da qualidade. O Burkina Faso, Camarões, República Democrática do Congo e Ruanda organizaram cursos nacionais de formação, em 2002. Dez outros países notificaram que procediam ao despiste do HIV em todas as unidades de sangue recolhidas. O despiste de outras infecções transmitidas pela transfusão, além do HIV, também melhorou. O Gana, a Guiné e as Maurícias foram apoiados na organização de seminários de formação sobre a utilização clínica do sangue e dos seus produtos e na preparação de orientações.

317. Os centros nacionais de transfusão de sangue da Côte d'Ivoire e do Zimbabwe foram identificados como centros de formação e equipados pelo Escritório Regional. Dois profissionais sêniores de cada centro receberam formação em criação de esquemas regionais de avaliação da qualidade da serologia de grupos sanguíneos, em Bangkok, Tailândia. Em resultado da advocacia de sangue seguro por parte da OMS, incluindo a iniciativa do Director Regional para a segurança do sangue em África, muitos doadores bilaterais e multilaterais (Banco Mundial, Centros de Controlo e Prevenção de Doenças, União Europeia, etc.) e ONG estão presentemente a financiar actividades de transfusão de sangue nos países.

318. Foram organizados três encontros regionais de directores de serviços nacionais de transfusão de sangue. Foi criada uma rede de gestores de controlo da qualidade. A colaboração com a Sede foi reforçada, tendo-se lançado actividades conjuntas. A colaboração internacional foi reforçada pelo quadro da Colaboração Mundial para a Segurança do Sangue.

319. No âmbito do seguimento e implementação da estratégia, foi criada uma base de dados regional para monitorizar a segurança do sangue nos países, a qual servirá de base para a avaliação e posterior seguimento da implementação da estratégia regional.

<sup>51</sup>Camarões, República Centrafricana, Comores, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Maurícias, Níger, Seychelles, Serra Leoa e Tanzânia (Zanzibar).

<sup>52</sup>República Centrafricana, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gana, Guiné, Mauritânia, Moçambique, Ruanda e Suazilândia.

<sup>53</sup>Argélia, Benim, Burkina Faso, Camarões, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Eritreia, Gâmbia, Guiné, Quênia, Mali, Moçambique, Ruanda e Suazilândia.

320. Os factores que facilitaram a implementação da Resolução foram o reforço do orçamento; a colaboração com a Sede e os dois centros sub-regionais de formação; e o apoio técnico do *Établissement Français du Sang*, de Paris. Os principais obstáculos foram o baixo nível de implementação das políticas nacionais de sangue; a falta de pessoal qualificado; a deficiente coordenação em muitos países; e a falta de fundos. Nos próximos anos, a acção centrar-se-á na implementação das políticas nacionais de sangue, na gestão da qualidade e na intensificação dos esforços para aumentar o número de doadores de sangue de baixo risco.

## Promoção da saúde: Estratégia para a Região Africana

321. Na Resolução AFR/RC51/R4, aprovada em 2001, o Comité Regional exortava os Estados-Membros a apoiar e advogar a favor da promoção da saúde; formular estratégias nacionais e dar apoio aos vários níveis; reforçar a componente de promoção da saúde nos programas; planear, implementar e avaliar a promoção generalizada da saúde; e mobilizar novos recursos e intervenientes. A Resolução também solicitava ao Director Regional que criasse um quadro e orientações para a implementação; proporcionasse liderança técnica aos Estados-Membros; facilitasse a investigação operacional e a disseminação dos resultados e das melhores práticas pelos Estados-Membros; mobilizasse recursos adicionais; e estimulasse parcerias entre os principais intervenientes.

322. Foram preparados um quadro e orientações para a concepção e implementação da estratégia, a nível de país. Os pontos focais da promoção da saúde de 18 países<sup>54</sup> receberam formação em desenvolvimento ou avaliação da promoção multisectorial da saúde. Foram revistos os perfis dos postos de trabalho dos funcionários de informação sanitária e promoção da saúde, para facilitar o apoio a actividades de promoção da saúde. Foi revista e consolidada a componente de promoção da saúde dos programas<sup>55</sup> regionais prioritários. Alguns países reviram as políticas de promoção da saúde, com o apoio do Escritório Regional<sup>56</sup>. A implementação de programas de saúde escolar foi financeira e tecnicamente apoiada em vários países<sup>57</sup>.

323. Em 14 países, os coordenadores de um inquérito mundial sobre a saúde dos estudantes receberam formação em comportamentos saudáveis dos estudantes e promoção da saúde com base nas escolas. A estratégia regional de promoção da saúde e documentos relacionados foram distribuídos pelos países<sup>58</sup>.

324. Obtiveram-se fundos adicionais para actividades junto da juventude e dos idosos<sup>59</sup>. Prosseguiu a cooperação com a União Internacional para Promoção da Saúde e Educação e a HelpAge. O apoio de peritos regionais e de várias instituições facilitou a implementação da Resolução, a qual encontrou como obstáculos a inadequação dos recursos humanos nos países e a ausência de políticas.

<sup>54</sup>Argélia, Benim, Botsuana, Cabo Verde, República Centrafricana, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Eritreia, Gâmbia, Gana, Quênia, Lesoto, Moçambique, Nigéria, Ruanda, Senegal, Zâmbia e Zimbabwe.

<sup>55</sup>A Saúde dos Adolescentes, Saúde Mental, os programas de Abuso de Substâncias Psicoactivas e Doenças Crónicas, reviram e reforçaram de modo especial a componente da promoção da saúde nas suas actividades.

<sup>56</sup>Botsuana, Lesoto, Moçambique, Nigéria, África do Sul, Tanzânia e Uganda.

<sup>57</sup>Benim, Botsuana, Côte d'Ivoire, Gana, Guiné, Namíbia, Ruanda, Senegal e Suazilândia.

<sup>58</sup>Botsuana, Gâmbia, Gana, Malaui, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.

<sup>59</sup>Cerca de 500.000 dólares americanos foram reunidos e usados no apoio a intervenções de reforço dos programas de saúde escolar e saúde dos idosos, como solicitado pelos países.



325. O Escritório Regional concebeu planos para desenvolver a promoção da saúde. A implementação desses planos processa-se em segmentos bienais, de acordo com o ciclo do planeamento na OMS. Futuramente, será intensificado o apoio à revisão, desenvolvimento e formação em política de promoção da saúde. Serão consolidadas as parcerias e as alianças.

## **Estratégia Regional sobre a vacinação para o período de 2003 - 2005**

326. Na Resolução AFR/RC52/R2, aprovada em Outubro de 2002, o Comité Regional exortava os Estados-Membros e outros intervenientes a acelerarem a implementação das estratégias de vacinação, tendo em vista continuar a reduzir a morbidade e mortalidade devidas a doenças evitáveis pela vacinação, incluindo a interrupção da transmissão do poliovírus selvático, e alcançar a certificação da Região Africana como livre da polio. A Resolução solicitava também ao Director Regional que continuasse a advogar a favor das estratégias do Programa Alargado de Vacinação (PAV), para alcançar a meta da erradicação da polio na Região Africana; monitorizasse a implementação das estratégias de controlo acelerado das doenças; reforçasse os sistemas de vacinação de rotina; e reforçasse a colaboração com os parceiros, quanto à coordenação das políticas e a utilização dos recursos.

327. Foram endereçadas cartas aos parceiros da Iniciativa de Erradicação da Polio (PEI), advogando um apoio sustentado. Houve reuniões com chefes-de-estado, dirigentes políticos e outros líderes de opinião, para assegurar um empenhamento sustentado na PEI e dar resposta aos problemas da Nigéria, quanto à segurança das vacinas para a polio. Na sessão da União Africana em Maputo, subiu à mesa uma Resolução sobre a Iniciativa de Erradicação da Polio. Na Conferência Internacional de Tóquio para o Desenvolvimento Internacional, em Setembro de 2003, foram advogadas iniciativas para o controlo das doenças.

328. Para apoiar os países no reforço dos seus programas de vacinação, o Escritório Regional desenvolveu advocacia e coordenou o apoio técnico e financeiro aos Estados-Membros. A este respeito, 15 países<sup>60</sup> iniciaram a implementação da estratégia Chegar a Todos os Distritos. A cobertura com DPT3 aumentou de 55%, em 2001, para 60% em Julho de 2003. Em finais de 2003, a Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação (GAVI) foi usada por 34 países para reforçarem os serviços de vacinação, por 23 países para novas vacinas, por 18 países para a febre amarela e por 29 países para a segurança das injeções. Realizaram-se, e foram facilitados, dois cursos interpaíses de gestão do Programa Alargado de Vacinação (PAV) de nível intermédio. Foram actualizados os currículos do PAV em 17 escolas médicas e paramédicas. Doze países procederam à revisão das suas logísticas. Três países avaliaram a introdução de novas vacinas.

329. Muitas lições foram colhidas de todas estas actividades, para melhorar os programas de vacinação. Todos os países criaram comissões nacionais de certificação, estando de momento a apresentar relatórios anuais de progressos à Comissão Regional Africana de Certificação. Em 11 países, realizaram-se actividades suplementares de vacinação contra o sarampo e em sete países, realizaram-se actividades suplementares de vacinação contra o tétano. A eliminação do tétano materno e neonatal foi validada em mais dois países. Seis países em risco de transmissão da febre amarela incluíram a respectiva vacina no seu PAV. Outros seis países formularam planos plurianuais, com base na abordagem de alto risco.

<sup>60</sup>Burkina Faso, Camarões, Chade, República do Congo, República Democrática do Congo, Etiópia, Gana, Guiné, Quênia, Madagascar, Níger, Senegal, Togo, Uganda e Zâmbia.

330. Em 2003, o Grupo de Trabalho da Vacinação e a Comissão Regional Africana de Coordenação Interagências reuniram em Luanda, Angola, tendo participado 20 intervenientes; estes recomendaram aos parceiros que dedicassem 10% dos seus fundos de controlo das doenças à vacinação de rotina. Em Outubro de 2003, teve lugar na cidade do Cabo uma reunião de âmbito mundial, para a redução sustentável da mortalidade devida ao sarampo e o reforço dos sistemas de vacinação; nela foram analisados os progressos e os obstáculos ainda prevaletentes. Os representantes da OMS nos países continuaram a apoiar as comissões de coordenação inter-agências, para reforço da sua intervenção no Programa Alargado de Vacinação. A OMS continuou a liderar as actividades da GAVI na Região.

331. Entre os factores que facilitaram a implementação da Resolução referem-se o empenho dos Estados-Membros, no controlo das doenças transmissíveis com importância para a saúde pública; o empenho dos parceiros do Programa Alargado de Vacinação, tanto tradicionais como recentes, incluindo a GAVI e as parcerias para o sarampo; e a disponibilidade de pessoal financiado pela iniciativa polio. No entanto, houve obstáculos importantes. Mencionam-se, entre eles, o deficiente financiamento dos programas nacionais de vacinação, na Região; a excessiva dependência de fontes externas e imprevisíveis; os comportamentos de resistência durante as actividades suplementares de vacinação contra a polio, na Nigéria, devido a boatos de que a vacina oral contra a polio continha substâncias prejudiciais à fertilidade.

332. Foram concebidos planos para o apoio do Escritório Regional aos Estados-Membros na erradicação da polio, no controlo do sarampo e no reforço da vacinação de rotina. Os planos futuros procurarão interromper a circulação do poliovírus selvático, nos dois países ainda endémicos, e consolidar os esforços para alcançar todos os distritos e todas as crianças, com todas as vacinas disponíveis.

### **Macroeconomia e saúde: Perspectivas futuras na Região Africana**

333. Na Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional, em Setembro de 2003, os Estados-Membros aprovaram a Resolução AFR/RC53/R1, a qual solicitava ao Director Regional que continuasse a advocacia para maiores investimentos na saúde, reforçasse a capacidade dos países para implementarem as recomendações da Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMH), partilhasse as lições aprendidas com a implementação e apresentasse anualmente, ao Comité Regional, um relatório sobre os progressos conseguidos.

334. O Escritório Regional contratou um profissional a curto-prazo, em Maio de 2003, para coordenar as actividades de macroeconomia e saúde na Região. Em Agosto de 2003, teve lugar um seminário interpaises em Adis Abeba, Etiópia, para reunir consenso sobre macroeconomia e saúde e elaborar projectos de planos de acção que fizessem avançar o processo. O seminário contou com a participação de treze países.

335. A segunda Reunião Consultiva de Macroeconomia e Saúde teve lugar em Genebra, de 28 a 30 de Outubro de 2003, com o objectivo de sustentar a dinâmica política e o empenhamento de todos os intervenientes, face ao investimento na saúde. Catorze dos 40 países que participaram na reunião eram da Região Africana.

336. Foi dado apoio técnico à Etiópia, Gana, Moçambique, Ruanda e Senegal. Onze países encontram-se na primeira fase de advocacia e de análise da situação. Dois outros estão na segunda fase, preparando investimentos a longo-prazo; outros países mostraram interesse pela macroeconomia e saúde, incluindo-a no seu plano bienal para 2004-2005.

337. São muito fortes o desejo e o empenhamento de investir na saúde. Os países deveriam aproveitar esta oportunidade em seu benefício. A insuficiência dos recursos financeiros e de capacidade técnica são os principais obstáculos com que se deparam quer a OMS, quer os países.

338. A macroeconomia e saúde é essencial para se chegar às metas de desenvolvimento do milénio. A Região terá de assegurar o mínimo importante de capacidade técnica para apoiar devidamente os países. Embora estejam planeados diversos seminários práticos para reforço das capacidades, tanto a OMS como os países deverão dotar correctamente a macroeconomia e saúde nos seus orçamentos.

# CONCLUSÃO

339. No geral, o biênio 2002-2003 foi marcado por um notável empenhamento nos aspectos relacionados com a saúde, por parte dos Estados-Membros e das agências internacionais de cooperação. A OMS aproveitou a oportunidade para obter, junto dos doadores, fundos adicionais para a Região Africana e para os países.

340. O biênio 2002-2003 assistiu também à consolidação de algumas mudanças no modo como a OMS vem operando na Região Africana. Verificaram-se, em toda a Região, progressos notáveis, com o reforço da capacidade de gestão dos programas. Isso implicou a formulação de novas Estratégias de Cooperação com os Países e a implementação de uma abordagem à gestão com base nos resultados, com a implementação do sistema de gestão das actividades informatizado. Houve, além disso, uma maior compreensão do processo de gestão do programa da OMS. O conceito de “Uma OMS única” encontrou expressão, tanto nos esforços redobrados em todos os níveis da Organização, como no espírito de entrega dos funcionários.

341. No que concerne à gestão dos problemas de saúde prioritários, deve-se mencionar o crescente apoio dado aos países para a formulação ou renovação das estratégias, orientações e protocolos de prestação de cuidados; a afectação de recursos adicionais e a disponibilização de peritos para o controlo das doenças transmissíveis; a redução dos factores de risco conhecidos, para as doenças não-transmissíveis; e a promoção da saúde reprodutiva, em especial a redução da mortalidade materna. Embora os países ainda se confrontem com um pesado fardo de doenças, é importante realçar os esforços significativos no sentido de enfrentar os grandes problemas da saúde, como o HIV/SIDA, paludismo, tuberculose, poliomielite e outros.

342. O Escritório Regional continuou a colher lições, a partir das experiências. Confrontado com numerosos desafios, orientou-se pelo princípio de centrar os esforços e os recursos nas áreas onde a intervenção da OMS pode fazer a diferença. Por essa razão, apela-se aos Estados-Membros para que mostrem uma maior compreensão face a esta opção e apoiem a OMS nos seus esforços, nesse sentido.

343. No futuro, o desafio-chave reside em melhorar o desempenho e a sustentabilidade dos sistemas de saúde, de modo a reduzir a pobreza e combater a doença, através da promoção da saúde. No biênio 2004-2005, a OMS continuará a concentrar-se em funções fulcrais, que contribuam para melhor saúde e desenvolvimento nos países, permitindo-lhes assumir uma maior influência nas actividades mundiais e regionais de saúde pública.

344. Na implementação do Orçamento-Programa para 2004-2005, o objectivo é apoiar os governos e a sociedade civil para que atinjam as Metas nacionais de Desenvolvimento do Milénio (MDG). A OMS incidirá mais nos produtos que correspondem às expectativas dos Estados-Membros e reformulará os indicadores, para que eles possam ser mais bem monitorizados e avaliados.

345. A OMS necessitará de marcar uma presença mais forte nos países, para realizar o seu trabalho com parceiros tradicionais, como o UNICEF, FNUAP e Banco Mundial, e com os novos parceiros, como a Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação e o Fundo Mundial de Luta contra o HIV/SIDA, Tuberculose e Paludismo. A introdução de novas iniciativas, a nível regional e nacional, para dar resposta aos desafios, oferece oportunidades reais para celebrar parcerias com vista a uma melhor implementação do Orçamento-Programa para 2004-2005. Com elas, a OMS irá com sucesso, enfrentar os problemas de saúde da Região Africana.

346. Entre estas iniciativas inclui-se a Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano, o instrumento-chave da União Africana para o desenvolvimento. A sua componente saúde reconhece as iniciativas, decisões e resoluções anteriormente adoptadas pelos chefes-de-estado e de governo ou pelos ministros da saúde africanos. As componentes sanitárias das metas de desenvolvimento do milénio deverão ser integradas nos programas regionais e nacionais da saúde. Do mesmo modo, deverá dar-se continuidade à discussão, pela Assembleia Mundial da Saúde, da utilidade do programa de trabalho da Comissão de Macroeconomia e Saúde para a prossecução das MDG.

347. As Estratégias de Cooperação com os Países, elaboradas a partir da iniciativa da OMS centrada nos países, são consideradas instrumentos-chave para articular a resposta da OMS com as necessidades dos países. Os documentos estratégicos para a redução da pobreza, são também considerados novos instrumentos para uma parceria eficaz entre os países ricos e os pobres, assentando na confiança mútua e no bom desempenho. Uma última iniciativa é a gestão interna das situações de crise pelos Estados-Membros e a recuperação dos sistemas de saúde após os conflitos, quando as infra-estruturas se tenham deteriorado.

# ANEXOS

A Região Africana desembolsou, na totalidade, os fundos que lhe foram afectados ao abrigo do Orçamento Ordinário. Quanto aos fundos de Outras Fontes, foram implementados 119% do orçamento aprovado, já que se receberam mais fundos do que os previstos.

Durante o biénio, houve um défice no Orçamento Ordinário, devido a despesas não planificadas, resultantes sobretudo do regresso do Escritório Regional a Brazzaville e à depreciação do dólar americano face ao Euro, no decurso do biénio, uma situação que afectou sobretudo os países associados ao franco francês. Foram tomadas medidas para resolver o défice, cortando nas despesas e solicitando um avanço de 7,5 milhões de dólares americanos da dotação de fundos para apoio administrativo, do orçamento de 2004-2005. Dessa importância, cerca de 2,5 milhões de dólares americanos de poupanças transitaram para o biénio 2004-2005.

Apresentam-se a seguir quadros pormenorizados da execução do orçamento, por área de actividade.

**ANEXO 1**
**EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO ORDINÁRIO DA OMS NA REGIÃO AFRICANA  
(Escritório Regional)**

Área de actividade		Dotação Inicial	Ajustamento/Reprogramação	Dotação final & execução	Taxa de execução com base na dotação final
Série	Abreviaturas*				
		1	2	3	4
01.1.01	CSR	1.795.000	350.000	2.145.000	119%
01.2.01	CPC	1.141.000	1.277.000	2.418.000	212%
01.3.01	CRD	380.000	-80.000	300.000	79%
01.4.01	MAL	1.131.000	-447.000	684.000	60%
01.5.01	TUB	981.000	-167.000	814.000	83%
02.1.01	NCD	2.457.000	-357.000	2.100.000	85%
02.2.01	TOB	701.000	158.000	859.000	123%
02.3.01	HPR	442.000	328.000	770.000	174%
02.4.01	DPR	275.000	201.000	476.000	173%
02.5.01	MNH	1.351.000	-429.000	922.000	68%
03.1.01	CAH	1.221.000	-102.000	1.119.000	92%
03.2.01	RHR	1.666.000	1.118.000	2.784.000	167%
03.3.01	MPS	2.098.000	-670.000	1.428.000	68%
03.4.01	WMH	862.000	-21.000	841.000	98%
03.5.01	HIV	3.017.000	-89.000	2.928.000	97%
04.1.01	HSD	1.132.000	540.000	1.672.000	148%
04.2.01	NUT	682.000	196.000	878.000	129%
04.3.01	PHE	2.254.000	219.000	2.473.000	110%
04.4.01	FOS	150.000	91.000	241.000	161%
04.5.01	EHA	1.225.000	701.000	1.926.000	157%
05.1.01	EDM	1.609.000	-68.000	1.541.000	96%
05.2.01	IVD	415.000	193.000	608.000	147%
05.3.01	BCT	1.874.000	-350.000	1.524.000	81%

06.1.01	GPE	1.505.000	-457.000	1.048.000	70%
06.2.01	IMD	3.677.000	495.000	4.172.000	113%
06.3.01	RPC	716.000	-486.000	230.000	32%
06.4.01	OSD	7.512.000	-515.000	6.997.000	93%
07.1.01	GBS	1.374.000	751.000	2.125.000	155%
07.2.01	REC	2.605.000	496.000	3.101.000	119%
08.1.01	BMR	557.000	90.000	647.000	116%
08.2.01	HRS	2.442.000	-132.000	2.310.000	95%
08.3.01	FNS	3.600.000	-8.000	3.592.000	100%
08.4.01	IIS	12.378.000	3.106.000	15.484.000	125%
09.1.01	DGO	1.084.000	247.000	1.331.000	123%
09.2.01	DDP	630.000	-77.000	553.000	88%
<b>Totals</b>		<b>66.939.000</b>	<b>6.102.000</b>	<b>73.041.000</b>	<b>109%</b>

*BCT	Segurança do Sangue e Tecnologias Clínicas
BMR	Reforma Administrativa e Orçamental
CAH	Saúde das Crianças e dos Adolescentes
CPC	Prevenção, Erradicação e Controlo das Doenças Transmissíveis
CRD	Investigação e Desenvolvimento de Produtos para as Doenças Transmissíveis
CSR	Vigilância das Doenças Transmissíveis
DDP	Programas e Iniciativas de Desenvolvimento do Director-Geral e do Director Regional
DGO	Gabinetes do Director-Geral e do Director Regional
DPR	Prevenção e Reabilitação das Incapacidades e Traumatismos
EDM	Medicamentos Essenciais e Política Farmacêutica
EHA	Preparação e Resposta às Situações de Emergência
FNS	Gestão Financeira
FOS	Segurança dos Alimentos
GBS	Órgãos Directivos
GPE	Bases Factuais para a Política de Saúde
HIV	Virus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HPR	Promoção da Saúde
HRS	Recursos Humanos
HSD	Desenvolvimento Sustentável
IIS	Serviços de Infra-estruturas e Informática
IMD	Gestão e Difusão da Informação Sanitária
IVD	Vacinação e Desenvolvimento de Vacinas
MAL	Paludismo
MNH	Saúde Mental e Abuso de Substâncias Psicoactivas
MPS	Tornar a Gravidez Mais Segura
NCD	Abordagem Integrada à Vigilância, Prevenção e Controlo das Doenças Não-Transmissíveis
NUT	Nutrição
OSD	Organização dos Serviços de Saúde
PHE	Saúde e Ambiente
REC	Mobilização de Recursos e Cooperação Externa e Parcerias
RHR	Investigação e Elaboração de Programas em Saúde Reprodutiva
RPC	Política e Promoção da Investigação
TOB	Tabaco
TUB	Tuberculose
WMH	Saúde e Desenvolvimento da Mulher



## ANEXO 2

### EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO ORDINÁRIO DA OMS NA REGIÃO AFRICANA (Países)

Área de actividade		Dotação Inicial	Ajustamento/ Reprogramação	Dotação final & execução	Taxa de execução com base na dotação final
Série	Abreviaturas *				
		1	2	3	4
01.1.01	CSR	6.334.000	-2.859.000	3.475.000	55%
01.2.01	CPC	4.569.000	-1.098.000	3.471.000	76%
01.3.01	CRD	100.000	-78.000	22.000	22%
01.4.01	MAL	2.214.000	-1.158.000	1.056.000	48%
01.5.01	TUB	1.572.000	-893.000	679.000	43%
02.1.01	NCD	2.227.000	-920.000	1.307.000	59%
02.2.01	TOB	303.000	-149.000	154.000	51%
02.3.01	HPR	4.854.000	-1.366.000	3.488.000	72%
02.4.01	DPR	369.000	-151.000	218.000	59%
02.5.01	MNH	1.348.000	-539.000	809.000	60%
03.1.01	CAH	2.467.000	-1.163.000	1.304.000	53%
03.2.01	RHR	1.999.000	-160.000	1.839.000	92%
03.3.01	MPS	3.391.000	-2.004.000	1.387.000	41%
03.4.01	WMH	542.000	-249.000	293.000	54%
03.5.01	HIV	2.799.000	-1.386.000	1.413.000	50%
04.1.01	HSD	963.000	-598.000	365.000	38%
04.2.01	NUT	871.000	-544.000	327.000	38%
04.3.01	PHE	4.134.000	-1.532.000	2.602.000	63%
04.4.01	FOS	108.000	-20.000	88.000	81%
04.5.01	EHA	2.237.000	-635.000	1.602.000	72%
05.1.01	EDM	2.526.000	-954.000	1.572.000	62%

<b>05.2.01</b>	<b>IVD</b>	<b>1.514.000</b>	<b>-754.000</b>	<b>760.000</b>	<b>50%</b>
<b>05.3.01</b>	<b>BCT</b>	<b>1.070.000</b>	<b>-239.000</b>	<b>831.000</b>	<b>78%</b>
<b>06.1.01</b>	<b>GPE</b>	<b>579.000</b>	<b>-269.000</b>	<b>310.000</b>	<b>54%</b>
<b>06.2.01</b>	<b>IMD</b>	<b>625.000</b>	<b>-143.000</b>	<b>482.000</b>	<b>77%</b>
<b>06.3.01</b>	<b>RPC</b>	<b>558.000</b>	<b>-379.000</b>	<b>179.000</b>	<b>32%</b>
<b>06.4.01</b>	<b>OSD</b>	<b>22.582.000</b>	<b>-3.552.000</b>	<b>19.030.000</b>	<b>84%</b>
<b>07.2.01</b>	<b>REC</b>	<b>46.678.000</b>	<b>14.194.000</b>	<b>60.872.000</b>	<b>130%</b>
<b>Total</b>		<b>119.533.000</b>	<b>-9.598.000</b>	<b>109.935.000</b>	<b>92%</b>

- \*BCT Segurança do Sangue e Tecnologias Clínicas
- CAH Saúde das Crianças e dos Adolescentes
- CPC Prevenção, Erradicação e Controlo das Doenças Transmissíveis
- CRD Investigação e Desenvolvimento de Produtos para as Doenças Transmissíveis
- CSR Vigilância das Doenças Transmissíveis
- DPR Prevenção e Reabilitação das Incapacidades e Traumatismos
- EDM Medicamentos Essenciais e Política Farmacêutica
- EHA Preparação e Resposta às Situações de Emergência
- FOS Segurança dos Alimentos
- GPE Bases Factuais para a Política de Saúde
- HIV Virus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- HPR Promoção da Saúde
- HSD Desenvolvimento Sustentável
- IMD Gestão e Difusão da Informação Sanitária
- IVD Vacinação e Desenvolvimento de Vacinas
- MAL Paludismo
- MNH Saúde Mental e Abuso de Substâncias Psicoactivas
- MPS Tornar a Gravidez Mais Segura
- NCD Abordagem Integrada à Vigilância, Prevenção e Controlo das Doenças Não-Transmissíveis
- NUT Nutrição
- OSD Organização dos Serviços de Saúde
- PHE Saúde e Ambiente
- REC Mobilização de Recursos e Cooperação Externa e Parcerias
- RHR Investigação e Elaboração de Programas em Saúde Reprodutiva
- RPC Política e Promoção da Investigação
- TOB Tabaco
- TUB Tuberculose
- WMH Saúde e Desenvolvimento da Mulher

**ANEXO 3**
**EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO ORDINÁRIO DA OMS NA REGIÃO AFRICANA  
(Fundos de Outras Fontes)**

Área de actividade		Dotação Inicial	Ajustamento/Reprogramação	Dotação final & execução	Taxa de execução com base na dotação final
Série	Abreviaturas*				
		1	2	3	4
01.1.01	CSR	4.500.000	14.190.000	9.281.000	206%
01.2.01	CPC	65.000.000	8.584.000	7.022.000	11%
01.4.01	MAL	34.500.000	50.846.000	38.763.000	112%
01.5.01	TUB	2.000.000	7.205.000	4.319.000	216%
02.1.01	NCD	1.000.000	754.000	694.000	69%
02.2.01	TOB	1.000.000	1.488.000	1.129.000	113%
02.3.01	HPR	0	410.000	302.000	
02.4.01	DPR	0	1.576.000	967.000	
02.5.01	MNH	500.000	176.000	59.000	12%
03.1.01	CAH	7.000.000	12.043.000	9.332.000	133%
03.2.01	RHR	1.684.000	3.684.000	1.158.000	69%
03.3.01	MPS	0	864.000	634.000	
03.4.01	WMH	32.000	279.000	156.000	488%
03.5.01	HIV	30.000.000	21.590.000	16.501.000	55%
04.1.01	HSD	268.000	3.858.000	3.007.000	1122%
04.2.01	NUT	0	104.000	85.000	
04.3.01	PHE	0	150.000	25.000	
04.5.01	EHA	0	20.846.000	14.696.000	
05.1.01	EDM	499.000	4.382.000	3.315.000	664%
05.2.01	IVD	91.832.000	199.099.000	171.531.000	187%
05.3.01	BCT	0	106.000	99.000	

<b>06.1.01</b>	<b>GPE</b>	<b>0</b>	<b>545.000</b>	<b>17.000</b>	
<b>06.2.01</b>	<b>IMD</b>	<b>0</b>	<b>27.000</b>	<b>23.000</b>	
<b>06.3.01</b>	<b>RPC</b>	<b>0</b>	<b>139.000</b>	<b>76.000</b>	
<b>06.4.01</b>	<b>OSD</b>	<b>794.000</b>	<b>7.047.000</b>	<b>3.454.000</b>	<b>435%</b>
<b>07.2.01</b>	<b>REC</b>	<b>3.273.000</b>	<b>6.421.000</b>	<b>5.314.000</b>	<b>162%</b>
<b>08.1.01</b>	<b>BMR</b>	<b>450.000</b>	<b>758.000</b>	<b>717.000</b>	<b>159%</b>
<b>08.2.01</b>	<b>HRS</b>	<b>2.459.000</b>	<b>2.858.000</b>	<b>2.263.000</b>	<b>92%</b>
<b>08.3.01</b>	<b>FNS</b>	<b>5.141.000</b>	<b>4.322.000</b>	<b>4.322.000</b>	<b>84%</b>
<b>Totais</b>		<b>251.932.000</b>	<b>374.351.000</b>	<b>299.261.000</b>	<b>119%</b>

- \*BCT Segurança do Sangue e Tecnologias Clínicas  
 BMR Reforma Administrativa e Orçamental  
 CAH Saúde das Crianças e dos Adolescentes  
 CPC Prevenção, Erradicação e Controlo das Doenças Transmissíveis  
 CSR Vigilância das Doenças Transmissíveis  
 DPR Prevenção e Reabilitação das Incapacidades e Traumatismos  
 EDM Medicamentos Essenciais e Política Farmacêutica  
 EHA Preparação e Resposta às Situações de Emergência  
 FNS Gestão Financeira  
 GPE Bases Factuais para a Política de Saúde  
 HIV Virus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
 HPR Promoção da Saúde  
 HRS Recursos Humanos  
 HSD Desenvolvimento Sustentável  
 IMD Gestão e Difusão da Informação Sanitária  
 IVD Vacinação e Desenvolvimento de Vacinas  
 MAL Paludismo  
 MNH Saúde Mental e Abuso de Substâncias Psicoactivas  
 MPS Tornar a Gravidez Mais Segura  
 NCD Abordagem Integrada à Vigilância, Prevenção e Controlo das Doenças Não-Transmissíveis  
 NUT Nutrição  
 OSD Organização dos Serviços de Saúde  
 PHE Saúde e Ambiente  
 REC Mobilização de Recursos e Cooperação Externa e Parcerias  
 RHR Investigação e Elaboração de Programas em Saúde Reprodutiva  
 RPC Política e Promoção da Investigação  
 TOB Tabaco  
 TUB Tuberculose  
 WMH Saúde e Desenvolvimento da Mulher

