

AFR/RC63/2
Original: Inglês

Actividades da OMS na Região Africana 2012-2013

Relatório do Director Regional



**Organização
Mundial da Saúde**

ESCRITÓRIO REGIONAL para a **África**

Actividades da OMS na Região Africana 2012-2013

Relatório do Director Regional

A apresentar à sexagésima terceira sessão do Comité Regional Africano,
Brazzaville, República do Congo,
2-6 de Setembro de 2013

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Escritório Regional para a África

Brazzaville • 2013

© Escritório Regional da OMS para a África, 2013

As publicações da Organização Mundial da Saúde beneficiam da protecção prevista pelas disposições do Protocolo n.º 2 da Convenção Universal dos Direitos de Autor. Reservados todos os direitos. Cópias desta publicação podem ser obtidas na Biblioteca do Escritório Regional da OMS para a África, Caixa Postal 6, Brazzaville, República do Congo (Tel: [+47 241 39425](tel:+4724139425); fax: [+ 47 24139501](tel:+4724139501) ou [+47 241 39503](tel:+4724139503); correio electrónico: bibliotheque@afro.who.int. Os pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir esta publicação, quer seja para venda ou para distribuição não comercial, devem ser enviados para o mesmo endereço.

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

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

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

Impresso na República do Congo

O Director Regional tem a honra de apresentar ao Comité Regional o relatório das actividades da Organização Mundial da Saúde na Região Africana, durante o biénio 2012-2013.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luís Gomes Sambo', is centered on the page. The signature is fluid and cursive, with a large initial 'L'.

Dr. Luís Gomes Sambo
Director Regional

ÍNDICE

	Página
SIGLAS E ACRÓNIMOS	v
RESUMO	viii
	Parágrafos
1. INTRODUÇÃO	1–5
2. CONTEXTO	6–15
3. EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA 2012-2013.....	16–21
4. REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS POR OBJECTIVO ESTRATÉGICO	22–167
4.1 OE1: Doenças transmissíveis	22–38
4.2 OE2: VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo	39–59
4.3 OE3: Afecções crónicas não transmissíveis, perturbações mentais, violência e traumatismos.....	60–66
4.4 OE4: Saúde materna, infantil, dos adolescentes e envelhecimento.....	67–77
4.5 OE5: Emergências, catástrofes, crises e conflitos	78–85
4.6 OE6: Factores de risco para as afecções de saúde	86–96
4.7 OE7: Determinantes sociais e económicos da saúde	97–104
4.8 OE8: Ambiente mais saudável.....	105–115
4.9 OE9: Nutrição, segurança e suficiência alimentar	116–121
4.10 OE10: Serviços de saúde.....	122–129
4.11 OE11: Produtos e tecnologias médicas.....	130–141
4.12 OE12: Liderança, governação e parcerias	142–154
4.13 OE13: Uma OMS eficiente e eficaz.....	155–167
5. PROGRESSOS REALIZADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DO COMITÉ REGIONAL	168–184
5.1 AFR/RC51/R3: Saúde dos Adolescentes: Estratégia para a Região Africana	169–170
5.2 AFR/RC58/R1: Saúde da Mulher na Região Africana da OMS: Apelo à Acção	171–173

5.3	AFR/RC56/R2: Sobrevivência Infantil: Estratégia para a Região Africana	174–176
5.4	AFR/RC61/R2: Quadro de Adaptação da Saúde Pública às Alterações Climáticas na Região Africana.....	177–178
5.5	AFR/RC61/R4: Erradicação da Poliomielite na Região Africana.....	179–181
5.6	AFR/RC61/R1: Eliminação do Sarampo até 2020: Estratégia para a Região Africana	182–184
6.	DESAFIOS, OBSTÁCULOS E LIÇÕES APRENDIDAS	185–194
6.1	Desafios e Obstáculos	185–189
6.2	Lições Aprendidas.....	190–194
7.	CONCLUSÃO.....	195–197

ANEXOS

Página

Quadro 1: Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS 2008–2013:	
Declaração de Objectivos Estratégicos.....	43
Quadro 2: Situação da Execução do Orçamento-Programa 2012-2013 por fonte de Financiamento (em milhares de dólares americanos).....	44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Cobertura notificada com a 3. ^a dose da vacina tríplice da Difteria, Tétano e Tosse Convulsa (DPT3) na Região Africana, em 2011 e 2012	7
Figura 2: Situação da erradicação da dracunculose nos Estados-Membros da Região Africana da OMS, em Julho de 2013.....	9
Figura 3: Pessoas que vivem com o VIH que receberam TAR na África Subsariana, entre 2005 e 2012	11
Figura 4: Comparação dos óbitos estimados em 2010 e óbitos e incapacidades por DNT previstas, em 2025, na Região Africana	15
Figura 5: Progressos na via do quarto Objectivo de Desenvolvimento do Milénio na Região Africana, relatórios de 2007 e 2012	18
Figura 6: Distribuição de fundos em resposta a catástrofes, antes da Estratégia de Gestão do Risco de Catástrofes	19

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AACHRD	Comissão Consultiva Africana para a Investigação e o Desenvolvimento Sanitário
AIDI	Atenção Integrada às Doenças da Infância
ANI	Acelerar as Melhorias na Nutrição
ARV	Medicamentos Anti-Retrovirais
ASV	Actividades Suplementares de Vacinação
CAMEL	Centro Africano de Manutenção dos Equipamentos de Laboratório
CEDEAO	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental
CER	Comunidades Económicas Regionais
CEWG	Grupo de Trabalho Consultivo de Peritos sobre a Investigação e o Desenvolvimento: Financiamento e Coordenação
CoIA	Comissão de Informação e Responsabilização
CQLA	Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica
DNT	Doenças Não Transmissíveis
DPT3	3. ^a Dose da Vacina da Difteria, Tétano e Tosse Convulsa no PAV de rotina
DTN	Doenças Tropicais Negligenciadas
ERF	Quadro de Resposta às Emergências
ESP	Eventos de Saúde Pública
ETV	Eliminação da Transmissão Vertical
EVIPNet	Rede das Políticas baseadas em Evidências
FAESP	Fundo Africano para Emergências de Saúde Pública
FANC	Cuidados Pré-natais Orientados
PFA	Paralisia Flácida Aguda
GAPPD	Plano Mundial de Acção contra a Pneumonia e a Diarreia
GAVI	Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação
GDF	Serviço Mundial de Medicamentos da TB
GFTAM	Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo
GLAAS	Análise e Avaliação Mundial do Saneamento e Água Potável
GLP	Programa Mundial de Aprendizagem
GRC	Gestão do Risco de Catástrofes

GSHS	Inquérito Mundial sobre Saúde Escolar
HELDS	Sistema de Gestão de Dados sobre a Relação entre Saúde e Ambiente
HHA	Harmonização para a Saúde em África
IMPACT	Tratamento Integrado da Gravidez e do Parto
IPSAS	Normas Internacionais de Contabilidade no Sector Público
ISO	Organização Internacional de Normalização
ITN	Mosquiteiros Tratados com Insecticida
IYCF	Alimentação dos Bebés e das Crianças Pequenas
MCV	Vacina contra o Sarampo
MDA	Administração em Massa de Medicamentos
MeTA	Aliança para a Transparência nos Medicamentos
mhGAP	Programa de Acção para as Lacunas da Saúde Mental
MNCH	Saúde Materna, Neonatal e Infantil
MNT	Tétano Materno e Neonatal
MOSS	Padrões Mínimos de Segurança Operacional
MTSP	Plano Estratégico a Médio Prazo
NMRA	Autoridades Nacionais de Regulação dos Medicamentos
OAS	Observatório Africano da Saúde
PACO	Programa Africano de Combate à Oncocercose
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PEID	Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento
PGT	Programa Geral de Trabalho
PMDT	Gestão Programática da TB Multirresistente
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
PVH	Papilomavírus Humano
PVS	Poliovírus Selvagem
QP-DTN	Quimioterapia Preventiva das DTN
RED	Chegar a Todos os Distritos
rGLC	Mecanismo Regional da Luz Verde
RMNCH	Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil
RRC	Redução dos Riscos de Catástrofes

r-SIS	Sistema da Informação Estratégica em Tempo Real
RSI	Regulamento Sanitário Internacional (2005)
SANA	Análise da Situação e Avaliação das Necessidades
SAV	Semana Africana da Vacinação
SHPPS	Política de Saúde nas Escolas e Estudo de Programas
SLIPTA	Processo de Melhoria Faseada dos Laboratórios para Acreditação
SSFFC	Medicamentos de Qualidade Inferior, Adulterados, com Rótulos Falsos, Falsificados e Contrafeitos
STEPS	Abordagem Faseada à Vigilância dos Factores de Risco de DNT
TAR	Terapêutica Anti-Retroviral
TICC	Tratamento Integrado de Casos na Comunidade
TV	Transmissão Vertical
UNDAF	Quadro das Nações Unidas de Ajuda ao Desenvolvimento
UNDG	Grupo das Nações Unidas para o Desenvolvimento
VRID	Vigilância e Resposta Integrada às Doenças
WAHO	Organização de Saúde da África Ocidental

RESUMO

1. As actividades da OMS durante o biénio foram orientadas pelo 11º Programa Geral de Trabalho 2006 – 2015, o MTSP 2008 – 2013, as Estratégias de Cooperação com os Países (CCS) e as Orientações Estratégicas para a OMS na Região Africana 2010 – 2015. Este relatório, que cobre o Orçamento-Programa 2012-2013, é apresentado por cada um dos objectivos estratégicos, nomeadamente, OE1: Doenças transmissíveis; OE2: VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo; OE3: Afecções crónicas não transmissíveis, perturbações mentais, violência e traumatismos; OE4: Saúde materna, infantil, dos adolescentes e envelhecimento; OE5: Emergências, catástrofes, crises e conflitos; OE6: Factores de risco para as afecções de saúde; OE7: Determinantes sociais e económicos da saúde; OE8: Ambiente mais saudável; OE9: Nutrição, segurança e suficiência alimentar; OE10: Serviços de saúde; OE11: Produtos e tecnologias médicas; OE12: Liderança, governação e parcerias; e OE13: Uma OMS eficiente e eficaz.

2. Para um melhor entendimento da prestação da OMS, este resumo salienta as realizações, de acordo com as funções essenciais da Organização, nomeadamente: a) fornecer liderança em assuntos fundamentais para a saúde e envolver-se em parcerias sempre que é precisa uma acção conjunta; b) formular a agenda da investigação e estimular a geração, tradução e divulgação de conhecimentos valiosos; c) estabelecer normas e padrões e promover e monitorizar a sua implementação; d) articular opções políticas éticas e baseadas em evidências; e) fornecer apoio técnico, catalisando as mudanças e formando capacidades institucionais sustentáveis; f) monitorizar a situação sanitária e avaliar as tendências da saúde.

3. O Orçamento-Programa foi implementado no contexto de uma crise económica e financeira mundial, que afectou a disponibilidade de recursos para a saúde, incluindo para a OMS. Nos países da Região Africana, registou-se uma média de 5-6% na taxa de crescimento económico e a maioria dos governos fizeram esforços para aumentar o investimento no sector da saúde, com vista à consecução dos ODM relacionados com a saúde. A redução na taxa de mortalidade infantil e no fardo do paludismo e do VIH são exemplos de progressos na via da consecução dos ODM. No entanto, os progressos têm sido lentos e insuficientes para permitir atingir as metas de 2015.

4. Uma das funções primordiais da OMS é fornecer liderança e envolver parceiros numa acção conjunta. Através dos representantes da OMS nos países, a Organização facilitou o diálogo entre as autoridades nacionais, as partes interessadas na saúde e os parceiros do desenvolvimento. Em sintonia com a Declaração de Paris sobre Eficácia da Ajuda, Harmonização e Alinhamento, foi também promovida a

coordenação entre os parceiros do desenvolvimento na área da saúde, sob a liderança dos ministérios da saúde. Os programas conjuntos com outras agências da ONU nos países levaram a uma melhoria da coesão da acção da ONU na área da saúde, no contexto das Equipas Interpaíses da ONU e do Quadro das Nações Unidas de Ajuda ao Desenvolvimento (UNDAF).

5. O envolvimento de líderes políticos, tradicionais e religiosos dos países, bem como dos parceiros do desenvolvimento internacional, conduziu a melhores resultados de saúde, especialmente na esfera da vacinação, resultando, por exemplo, na interrupção da transmissão do poliovírus nos países de transmissão reestabelecida (Angola, Chade e República Democrática do Congo) e na redução da ameaça de epidemias devidas à meningite meningocócica A, na África Ocidental.

6. Foram reforçadas as parcerias com organizações bilaterais e multilaterais, Comunidades Económicas Regionais, União Europeia, Iniciativas Mundiais para a Saúde, fundações, sociedade civil, organizações não-governamentais e instituições académicas. A OMS liderou e coordenou a acção através do mecanismo de parcerias Harmonização para a Saúde em África (HHA) e fez avançar o diálogo entre os ministros das finanças e os ministros da saúde. Esta iniciativa reforçou a incidência em mecanismos eficazes de financiamento da saúde e de prestação de serviços, com o intuito de acelerar os progressos na via da Cobertura Universal da Saúde.

7. Uma das importantes funções da OMS é ajudar a formular a agenda da investigação e estimular a geração, tradução e divulgação dos conhecimentos que darão forma à política e acção sanitárias. A Comissão Consultiva Africana para a Investigação e o Desenvolvimento da Saúde (AACHRD) foi reconstituída e está a prestar um aconselhamento inestimável na área da investigação para a saúde na Região Africana.

8. Os países foram apoiados para usarem os resultados da investigação e novos instrumentos para reforçarem os programas prioritários. Por exemplo, o tratamento integrado na comunidade dos casos de paludismo, pneumonia e diarreia foi baseado em recentes evidências e conhecimentos científicos. A investigação no Quénia para responder às principais causas de mortalidade nas crianças menores de cinco anos conduziu à elaboração de orientações para implementação de programas de base comunitária de saúde materna, neonatal e infantil. Foram reforçadas as capacidades nacionais de 34 países para realizar a vigilância faseada dos factores de risco das DNT, estando actualmente esses países a gerar dados para orientar as acções.

9. Ao criar normas e padrões, a OMS apoiou Estados-Membros na elaboração ou adaptação de orientações em muitos programas prioritários. Por exemplo, a OMS lançou orientações consolidadas para o uso de medicamentos anti-retrovirais destinados a tratar e prevenir a infecção pelo VIH. Foi elaborado um quadro que

integra a tuberculose pediátrica na Terapêutica de Curta Duração sob Observação Directa (DOTS). Para além disso, foram criados instrumentos para implementar a estratégia regional de Gestão do Risco de Catástrofes (DRM).

10. A OMS facilitou a formulação e a adopção de estratégias regionais baseadas em evidências para orientarem os Estados-Membros na definição de políticas e estratégias nacionais em resposta às prioridades de saúde pública. Em 2012, a sexagésima segunda sessão do Comité Regional aprovou a estratégia regional de Gestão do Risco de Catástrofes (DRM), o roteiro para reforçar os recursos humanos para a saúde, a Declaração de Brazzaville sobre doenças não transmissíveis, a estratégia de promoção da saúde, a estratégia renovada do VIH/SIDA, a estratégia de consolidação do Observatório Africano da Saúde, uma política para a saúde e os direitos humanos, e um documento de orientação sobre optimização de iniciativas mundiais de saúde, destinadas a reforçar os sistemas nacionais de saúde. Em 2013, foram criadas as seguintes políticas e estratégias, que foram analisadas pelo Subcomité do Programa e submetidas à aprovação da presente sessão do Comité Regional: políticas e planos das intervenções de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil (RMNCH), assim como de segurança dos doentes a nível nacional; estratégias para promover a medicina tradicional nos sistemas de saúde; reforço da capacidade de regulamentar produtos medicinais; utilização da ciber saúde para melhorar os sistemas de saúde; e controlo das doenças tropicais negligenciadas.

11. Na área da prestação de apoio técnico e catalisação das mudanças, a OMS apoiou os Estados-Membros a formularem políticas nacionais, através de um grupo de acção multisectorial, para promover a saúde em todas as políticas e elaborar legislação sobre riscos específicos, nomeadamente o uso do álcool e do tabaco. Foi prestado apoio técnico à implementação de actividades suplementares de vacinação (ASV) da poliomielite, que abrangeram mais de 300 milhões de crianças menores de cinco anos. Mais de 103 milhões de pessoas foram vacinadas com a vacina conjugada da meningite A (MenAfriVac™), no período de dois anos após a sua introdução.

12. Os Estados-Membros receberam apoio para implementar intervenções custo-eficazes destinadas a reduzir o fardo do VIH/SIDA, tuberculose e paludismo. Catorze países prioritários reforçaram a circuncisão masculina para reduzir a incidência do VIH. A OMS ainda apoiou o alargamento da terapêutica antirretroviral, para prevenção e tratamento do VIH/SIDA, bem como o acesso a medicamentos contra a tuberculose, através do Serviço Mundial de Medicamentos da TB (GDF).

13. Quarenta e três países avaliaram as suas capacidades essenciais para implementarem o Regulamento Sanitário Internacional com o apoio da OMS. Porém, nenhum desses países atingiu o mínimo de capacidades essenciais do Regulamento

Sanitário Internacional, no prazo limite de Junho de 2012, o que resultou na apresentação de um pedido de prolongamento por dois anos. Houve uma melhoria significativa na capacidade de vigilância das doenças dos países na Região. Cumulativamente, 36 países receberam apoio na elaboração de planos directores nacionais integrados de DNT, até finais de 2012. A capacidade dos países para enfrentar as doenças não transmissíveis tem vindo a aumentar com o apoio e orientações da OMS. Vinte países já definiram as prioridades para a prevenção e controlo das doenças não transmissíveis, criando unidades, programas ou departamentos nos seus ministérios da saúde.

14. A OMS reforçou mais o seu apoio estratégico, técnico e logístico aos Estados-Membros, em resposta às emergências ocorridas na Região. Coordenou o auxílio às componentes da saúde em conflitos armados, nas secas dos países do Sahel e nos surtos de doenças em muitos países, minimizando, desse modo, a morbilidade e salvando vidas. Para além disso, a OMS, em parceria com outras importantes partes interessadas, enfrentou a vertente alimentar e nutricional da crise no Sahel e em outras partes da Região.

15. De forma a reforçar os sistemas de saúde, foi prestado apoio técnico à elaboração ou revisão das políticas e planos estratégicos nacionais de saúde. Foi ainda dado apoio técnico à criação de planos estratégicos de acção para as políticas dos medicamentos nacionais, dos laboratórios e do sangue, assim como aos planos institucionais de desenvolvimento para as Autoridades Nacionais Reguladoras dos Medicamentos (NMRA). O Observatório Africano da Saúde está hoje operacional, com 23 perfis analíticos de países e quatro atlas estatísticos dos países hoje acessíveis, através do seu portal para monitorizar a situação sanitária e avaliar as tendências da saúde. Além disso, foi produzido um Atlas Africano das Estatísticas de Saúde 2012 e 2013, o qual foi divulgado aos países, fornecendo informação aos decisores políticos. Foram realizados inquéritos à prevalência da tuberculose na Etiópia, Nigéria, Ruanda e Tanzânia, tendo sido os resultados usados para melhorar a vigilância e o controlo. Os países receberam apoio para usar um sistema de dados electrónicos da TB baseados na internet, como parte da recolha de dados para o relatório mundial da TB de 2012-2013.

16. A OMS criou um Sistema de Informação Estratégica (SIE) regional, com dados e projecções retrospectivos sobre as doenças e condições transmissíveis e não transmissíveis. A base de dados do SIE está a ser ultimada e irá permitir a disponibilidade de dados para a acção em tempo real. Em colaboração com a Rede Africana de Resistência aos Vectores (ANVR), a OMS recolheu dados sobre a resistência aos insecticidas na Região, durante o biénio 2012-2013. Esses dados estão a ser usados na operacionalização do Plano Mundial de Gestão da Resistência aos Insecticidas (GPIRM).

17. Na generalidade, a execução do Orçamento-Programa 2012-2013, através de 13 objectivos estratégicos (OE), teve o apoio das funções facilitadoras e serviços empresariais do Secretariado da OMS. A implementação da abordagem de gestão baseada nos resultados e respectivo quadro foi evidente no alinhamento dos resultados técnicos, recursos financeiros e respectiva despesa com os planos operacionais para o biénio 2012-2013. A delegação da autoridade do Director Regional da OMS nos Gestores Superiores da Região colocou a tomada de decisões e a responsabilidade de entrega de resultados ao mesmo nível e reforçou a conformidade e as funções de supervisão. Além disso, como instrumento de gestão do projecto, o Sistema Mundial de Gestão melhorou a notificação financeira relativamente aos resultados técnicos apresentados neste relatório.

18. O programa de reforma da OMS proporciona a oportunidade de melhorar o desempenho, permitindo em simultâneo que a Organização se adapte ao contexto mundial da saúde em mudança e às prioridades daí emergentes. Durante o Décimo Programa Geral de Trabalho 2014 – 2019, a OMS focar-se-á nas seguintes prioridades:

- a) **Acelerar a cobertura universal da saúde** - conseguir que os países mantenham ou alarguem o acesso a serviços essenciais de saúde, a protecção financeira e a promoção da cobertura universal da saúde, como um conceito unificador da saúde no mundo.
- b) **Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a Saúde** — enfrentar os desafios existentes e os futuros: acelerar a consecução dos actuais objectivos relacionados com a saúde até e para lá de 2015. Esta prioridade inclui completar a erradicação da polio e de certas doenças tropicais negligenciadas.
- c) **Enfrentar o desafio das doenças não transmissíveis e saúde mental, violência e traumatismos**, bem como incapacidades.
- d) Implementar o **Regulamento Sanitário Internacional (RSI)**: garantindo que todos os países possam cumprir os requisitos de capacidades, especificados no Regulamento Sanitário Internacional (2005).
- e) Aumentar o acesso a **produtos médicos** essenciais, de alta qualidade e economicamente acessíveis (medicamentos, vacinas, meios de diagnóstico e outras tecnologias da saúde).
- f) Fazer face aos **determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde**, como um meio de reduzir as desigualdades na saúde, entre países e no seio de cada um deles.

1. INTRODUÇÃO

1. Este relatório abrange as actividades da OMS na Região Africana, entre o período de Janeiro de 2012 a Agosto de 2013, do biénio 2012 – 2013. Apresenta os resultados da execução do Orçamento-Programa 2012 – 2013 e último biénio do Plano Estratégico a Médio Prazo (MTSP) 2008 – 2013.
2. Cada um dos Orçamentos-Programa bienais tem em consideração as lições retiradas dos anteriores, garantindo, assim, a continuidade na via da consecução das realizações do MTSP 2008 – 2013, bem como a comparabilidade. Dado o contexto da crise financeira mundial, o Orçamento-Programa 2012 – 2013 foi ajustado para se concentrar mais nas principais prioridades.
3. Este relatório reflecte as actividades desenvolvidas pelas Representações da OMS nos países, o apoio técnico prestado pelas três Equipas de Apoio Interpaíses (EAI) e a ajuda política e estratégica fornecida pelo Escritório Regional. Reflecte ainda os resultados da Revisão a Médio Prazo e subsequentes exercícios para monitorizar a execução do Orçamento-Programa, e que fazem parte do quadro de avaliação do desempenho da Organização.
4. Este relatório está dividido nas seguintes sete secções:
 1. Introdução
 2. Contexto
 3. Execução do Orçamento-Programa 2012 – 2013
 4. Realizações significativas por Objectivo Estratégico
 5. Progressos realizados na implementação das resoluções do Comité Regional
 6. Desafios, obstáculos e lições aprendidas
 7. Conclusão
5. Os anexos ao relatório incluem o Quadro 1, Plano Estratégico a Médio Prazo 2008 – 2013 da OMS: Declaração de Objectivos Estratégicos, e Quadro 2, Orçamento-Programa Aprovado, 2012 – 2013: Afectação por Objectivo Estratégico, fonte de financiamento e distribuição entre as Representações da OMS nos países e o Escritório Regional (em milhares de dólares americanos).

2. CONTEXTO

6. A implementação do Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho 2006 – 2015 foi iniciada durante um período de optimismo, resultante do rápido crescimento económico mundial e da disponibilidade de consideráveis recursos financeiros. Desde 2008, os sucessivos Orçamentos-Programas bienais foram executados num contexto de crise económica e financeira mundial. Contudo, na Região Africana, foi registada uma taxa média de crescimento económico de 5-6%, tendo a maioria dos governos desenvolvido esforços para aumentarem o investimento no sector da saúde, com vista à consecução dos ODM relacionados com a saúde. As reduções nas taxas de mortalidade infantil e no fardo do paludismo e do VIH são exemplos de progressos alcançados para atingir os ODM. No entanto, os progressos mantêm-se lentos e insuficientes para se atingirem as metas de 2015.

7. A crise financeira teve um impacto negativo sobre as condições socioeconómicas e o financiamento da saúde a nível nacional e por parte dos parceiros internacionais. Apesar das adversidades, a maioria dos parceiros fizeram esforços para honrar os seus compromissos com o financiamento da saúde. Alguns países da Região Africana estão a experimentar melhorias significativas nas taxas anuais de crescimento económico, algumas das quais começam a reflectir-se num maior financiamento da saúde. Independentemente destes avanços, a maioria dos países têm ainda de atingir a meta de Abuja de afectar 15% do orçamento nacional à saúde e a meta de financiamento dos ODM de 44 dólares americanos *per capita* na despesa da saúde. A procura de um financiamento mais flexível e previsível está na origem da reforma da OMS e da intensificação dos esforços para mobilizar recursos e dar resposta às prioridades regionais de saúde.

8. Embora os países continuem a investir na saúde, há algumas áreas que precisam urgentemente de melhorias, nomeadamente: o financiamento; o reforço do pessoal de saúde; melhores sistemas de informação e de vigilância das doenças; melhor acesso a medicamentos essenciais, vacinas e outros produtos de saúde; e investimento na investigação e inovação.

9. A globalização influenciou significativamente a saúde pública, nomeadamente através da promoção do consumo de certos bens que são prejudiciais à saúde e da migração do pessoal de saúde para os países desenvolvidos, à procura de melhores oportunidades. Além disso, o desenvolvimento da saúde em países da Região é influenciado por uma variedade de factores, incluindo a diversidade de novos intervenientes na saúde a nível mundial, disponibilidade de novos instrumentos e alterações de índole demográfica, epidemiológica e ambiental.

10. Apesar dos progressos alcançados na redução do fardo do paludismo, tuberculose, VIH/SIDA e algumas doenças tropicais negligenciadas (DTN) ao longo dos anos, o peso destas doenças transmissíveis continua a ser inaceitavelmente elevado. Alguns países,

com o apoio técnico da OMS, têm desenvolvido esforços para introduzir novas vacinas e melhorar a cobertura vacinal de rotina, conseguindo uma redução do fardo das doenças evitáveis pela vacinação. Contudo, vários países estão ainda a sofrer surtos de sarampo, a poliomielite continua endémica na Nigéria e o poliovírus selvagem (PVS) circula no Chade e no Níger, e mais recentemente no Quénia, especificamente entre os refugiados da Somália.

11. A Região está a sofrer um aumento no peso das doenças não transmissíveis, incluindo problemas de saúde mental, violência e traumatismos, e prevê-se que venha a sofrer um aumento de 15% nas mortes por doenças não transmissíveis, nas duas próximas décadas.

12. Ocorrem frequentemente na Região catástrofes naturais ou provocadas pelo homem, conflitos sociopolíticos e outras crises, que causam mortes, traumatismos, deslocações da população, destruição das infra-estruturas, incluindo instalações de saúde, e a sobrecarga dos sistemas de saúde dos países vizinhos que recebem refugiados. A seca nos países do Sahel, na África Ocidental, os distúrbios na República Centro-Africana, a guerra no Mali e as crises humanitárias no Corno de África são apenas alguns exemplos relevantes.

13. Apesar destes desafios, o panorama da saúde pública é muito bom. Apresentam-se novas oportunidades com as reformas do sector nacional de saúde, novos actores, novos medicamentos, vacinas, progressos na informação tecnológica e novas intervenções. A União Africana, agrupamentos económicos regionais, iniciativas e alianças mundiais para a saúde, coligações e parcerias têm influenciado os progressos realizados no combate aos desafios da saúde pública, como a mortalidade infantil, VIH/SIDA, tuberculose e paludismo. Também o montante dos fundos disponíveis para a saúde em todo o mundo aumentou nos últimos 15 – 20 anos, reflectindo uma maior priorização da saúde na agenda mundial do desenvolvimento, apesar da estagnação dos últimos dois anos.

14. O impacto da crise financeira e das alterações ambientais globais desencadearam a reforma da OMS, tendo sido articuladas novas orientações e prioridades. As necessidades dos países receberão mais atenção em termos de definição de prioridades, através dos órgãos directivos, nomeadamente o Comité Regional e a Assembleia Mundial da Saúde. Por este motivo, o papel de supervisão dos órgãos directivos tem sido substancialmente reforçado e harmonizado em toda a Organização.

15. Apesar das dificuldades levantadas com o financiamento pré-destinado, espera-se que as reformas em curso, incluindo o diálogo do financiamento com os parceiros, ajudem a OMS a mobilizar os fundos adequados e mais flexíveis para poder responder às prioridades de saúde acordadas com os Estados-Membros.

3. EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA 2012-2013

16. O Orçamento-Programa da OMS para 2012 – 2013 foi aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde, através da resolução WHA64.3, com uma dotação orçamental aprovada de 3 958 979 000 dólares americanos. À Região Africana, foram afectados 1 093 066 000 dólares, incluindo 209 600 000 dólares (19%) de Contribuições Fixas (CF) e 883 466 000 dólares (81%) de Contribuições Voluntárias (CV). O Orçamento-Programa foi aprovado pelos Estados-Membros, durante a sexagésima primeira sessão do Comité Regional, em Yamoussoukro, Côte d'Ivoire.

17. O orçamento da Região Africana para 2012 – 2013 é 13,4% inferior ao de 2010 – 2011. Uma das consequências da redução da dotação orçamental para a Região é a redução da dotação orçamental para certos programas que afectam as prioridades de saúde na Região. Foram os seguintes os programas cuja dotação orçamental diminuiu significativamente: Nutrição e segurança alimentar; Sistemas de saúde; VIH/SIDA, tuberculose e paludismo; Saúde materna e infantil; e protecção do ambiente humano. Simultaneamente, a OMS em fase de reforma, trabalhou com os países para priorizar e concentrar-se de novo nos desafios, enquanto envidava esforços consideráveis para mobilizar mais recursos e assim garantir uma execução bem-sucedida do Orçamento-Programa. Globalmente, os números da execução mostram significativas diferenças entre os 13 Objectivos Estratégicos, em termos de verbas afectadas, disponibilizadas ou implementadas, como mostra o quadro seguinte:

**Execução do Orçamento-Programa por Objectivo Estratégico, 31 de Julho de 2013
(em milhares de dólares americanos)**

Objectivo Estratégico (OE)	Orçamento Aprovado pela Assembleia* Mundial da Saúde	OP Atribuído	Total Fundos Disponíveis	% Fundos Disponíveis versus Orçamento Aprovado	Execução orçamental (excluindo folha de Julho)	% Execução orçamental versus Orçamento Aprovado	% Execução orçamental versus verbas disponíveis
	(1)	(2)	(3)	(4)=(3/1)	(5)	(6)=(5/1)	(7)=(5/3)
OE 01	484 082	716 061	686 242	142%	502 750	104%	73%
OE 02	147 467	127 458	91 224	62%	56 848	39%	62%
OE 03	18 948	19 999	16 984	90%	9836	52%	58%
OE 04	77 084	83 068	75 261	98%	46 601	60%	62%
OE 05	91271	106 268	81 835	90%	57 631	63%	70%
OE 06	20 286	20 277	18 215	90%	11 141	55%	61%
OE 07	10 746	13 090	9 628	90%	6239	58%	65%
OE 08	12 719	13 721	11 283	89%	6760	53%	60%
OE 09	10 633	16 635	15 971	150%	6907	65%	43%
OE 10	71 791	75 416	60 843	85%	36 301	51%	60%
OE 11	25 823	25 818	17 651	68%	9920	38%	56%
OE 12	45 968	46 928	43 473	95%	31 870	69%	73%
OE 13	76 248	77 251	68 011	89%	47 785	63%	70%
Total	1 093 066	1 341 990	1 196 621	109%	830 588	76%	69%

Fonte: Relatório do GSM sobre a Execução Global da Organização, Orçamento-Programa 2012 – 2013

* Ver Quadro 2 no Anexo para a discriminação do Orçamento Aprovado por verba e nível da Organização.

18. Como mostra o quadro supra, o orçamento actual de 1 337 066 001 dólares americanos é 22% superior à dotação orçamental inicialmente aprovada, o que reflecte um importante aumento do Objectivo Estratégico 1, devido aos fundos da poliomielite, assim como outros fundos mobilizados a nível dos países para programas relacionados com o OE 01 e o OE 09. Com este aumento das verbas afectadas, a distribuição relativa das dotações reflecte uma mudança significativa a favor dos países, com uma dotação de 77% do orçamento, enquanto ao Escritório Regional coube uma dotação de 23%. Estas contrastam com as dotações iniciais de 66% para as representações nos países e de 34% para o Escritório Regional.

19. Os fundos globais disponibilizados para a execução foram de 1 107 997 485 dólares americanos, que representam 101% do Orçamento Aprovado e 83% da actual dotação orçamental afectada. Uma análise mais profunda revela que os fundos disponibilizados

ao Escritório Regional representam 69% do Orçamento Aprovado inicialmente, enquanto os das representações nos países representam 118%.

20. A componente CV dos Fundos Disponíveis é de 904 720 000 dólares, representando 82% do financiamento total, enquanto a componente CF é de 203 279 000 dólares (18%). Assim se confirma o alto grau de dependência das Contribuições Voluntárias, destinadas a programas específicos. Este grau de dependência restringe a redistribuição de fundos para responder às prioridades regionais de saúde de forma mais equilibrada. Os dois objectivos estratégicos menos financiados foram o OE 07 e o OE 08, que receberam respectivamente 9,5M e 11,2M de dólares. A maioria dos OE sofreu quebras de financiamento. Os objectivos estratégicos menos contemplados foram o OE 02, com uma quebra de 39%, e o OE 11, com uma quebra de 33%.

21. A taxa de execução global é de 68% do Orçamento Aprovado. A taxa de execução para fundos efectivamente recebidos é de 67%. Por essa razão, os Centros Orçamentais têm recebido pedidos para acelerarem a execução de todos os fundos disponíveis, antes do final do biênio 2012 – 2013.

4. REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS POR OBJECTIVO ESTRATÉGICO

4.1 OE1: Doenças transmissíveis

22. O Objectivo Estratégico 1 pretende reduzir o peso social e económico das doenças transmissíveis para a saúde. A vacinação de rotina, a erradicação da poliomielite, as doenças tropicais negligenciadas, a vigilância integrada das doenças, a investigação, o regulamento sanitário internacional e a preparação e resposta às epidemias, todos contribuem para este Objectivo Estratégico.

23. A pedra basilar da erradicação, eliminação e controlo das doenças evitáveis pela vacinação é uma ampla e sustentável cobertura com vacinas da mais alta eficácia, segurança e qualidade nos programas de vacinação. As taxas de cobertura da vacinação de rotina, com três doses de vacina da Difteria, Tétano e Tosse Convulsa (DPT3) e a primeira dose da vacina do sarampo (MCV1) para a Região, foram, respectivamente, de 81% e 85%, no final de Dezembro de 2012, em comparação com 85% e 86%, em 2011 (Figura 1). Com base nas estimativas da OMS/UNICEF, a cobertura da DPT3 foi de 72%, em 2011 e 2012, enquanto a cobertura com a vacina do sarampo desceu de 74% em 2011, para 73% em 2012. A cobertura da terceira dose da vacina oral da poliomielite (VOP3) subiu de 74% em 2011 para 77%, em 2012. Estes números ficaram aquém da taxa de cobertura nacional esperada de 90% para as duas vacinas, devido a vários factores que incluem o financiamento inadequado da vacinação de rotina, problemas de infraestruturas, ruptura de *stocks* de vacinas e recursos humanos limitados para fornecer serviços de vacinação. Para além da vacinação de rotina, as actividades suplementares

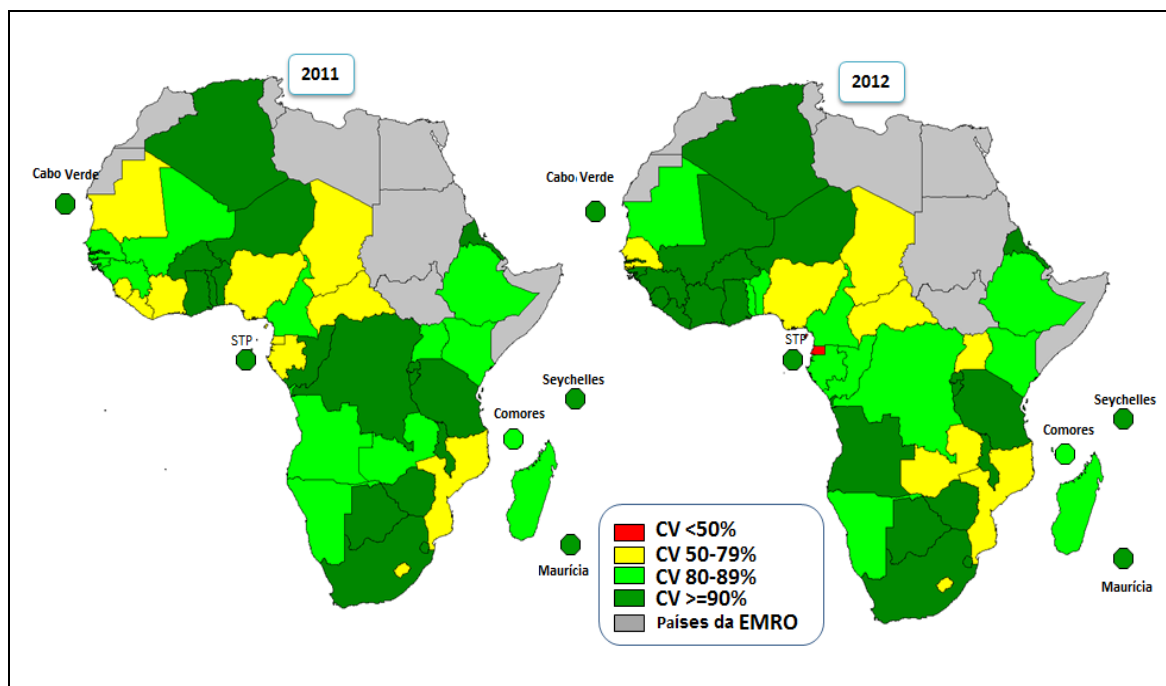
de vacinação (ASV) continuam a desempenhar um papel crucial na erradicação, eliminação e controlo das doenças evitáveis pela vacinação.

24. A Semana Mundial da Vacinação e a Semana Africana da Vacinação (SAV) constituem importantes eventos que servem de plataforma para uma forte advocacia, sensibilização da consciência das comunidades para o valor e a importância da vacinação, bem como para melhorar o acesso às vacinas. Estes dois eventos foram comemorados por 35 países¹, em 2012, e por 40 países, em Abril e Maio de 2013. Mais de 75 milhões de pessoas receberam a vacina oral da poliomielite em 13 países², em conjunto com outras intervenções de saúde pública de elevado impacto, durante a segunda edição da SAV, em 2012. Durante a sua terceira edição, efectuada em 2013, sob o lema: “Salve vidas. Evite as incapacidades. Vacine-se.”, mais de 32 milhões de pessoas em oito países³ receberam a vacina oral da poliomielite, algumas delas associada à desparasitação, suplementos de vitamina A, rastreio da má-nutrição, distribuição de ITN e tratamento preventivo do paludismo em mulheres grávidas.

25. A sexagésima primeira sessão do Comité Regional sublinhou a importância da erradicação da poliomielite, apelando a todos os Estados-Membros onde o poliovírus selvagem (PVS) continua a circular, para declararem a persistência da doença como emergência nacional de saúde pública, e para atingirem uma cobertura vacinal sustentada de, pelo menos, 90%⁴, com três doses de vacina oral da poliomielite na vacinação de rotina. Esta acção está em sintonia com a declaração da Assembleia Mundial da Saúde de que a poliomielite é uma emergência de saúde pública em todo o mundo.

26. Os esforços dos Estados-Membros, associados ao apoio técnico da OMS e ao investimento dos parceiros, resultaram numa significativa redução da transmissão da poliomielite na Região. O número de casos de poliovírus selvagem notificados em 2012 foi inferior a 63% (128 casos em apenas três países: Chade, Níger e Nigéria), em comparação com 350 casos em 12 países⁵, em 2011. Até Junho de 2013, três países de transmissão reestabelecida (Angola, Chade e República Democrática do Congo) ainda não tinham confirmado nenhum caso de poliovírus selvagem durante, respectivamente, 23, 12 e 18 meses. A Nigéria continuou a notificar casos de PVS, mas em número inferior, 26 casos até final de Junho de 2013, em comparação com 52 casos para o mesmo período de tempo em 2012.

Figura 1: Cobertura notificada com a 3.^a dose de vacina contra a Difteria, Tétano e Tosse Convulsa (DPT3) na Região Africana, em 2011 e 2012



Fonte: Dados dos Estados-Membros da Região Africana da OMS

27. Com o apoio da OMS, 15 países⁶ efectuaram ASV contra o sarampo, em 2012, alcançando um total de 42,7 milhões de crianças, incluindo a primeira utilização da vacina sarampo-rubéola no Ruanda. Em resposta aos surtos, mais de 6,9 milhões de crianças receberam a vacina do sarampo na República Democrática do Congo.

28. A fim de contribuir para a eliminação e o controlo de outras doenças evitáveis pela vacinação, 7,7 milhões de mulheres em idade fértil receberam a vacina do tétano toxóide, através das ASV, em cinco países⁷. A eliminação do tétano materno e neonatal foi validada num total cumulativo de 30 países⁸ da Região, em finais de Dezembro de 2012.

29. Para garantir a eliminação da meningite meningocócica provocada pela *Neisseria meningitidis* do serogrupo A, mais de 48 milhões de pessoas em sete países⁹ foram vacinadas com a vacina conjugada contra a meningite meningocócica A (MenAfriVacTM), em 2012. Isto resultou num total cumulativo de mais de 103 milhões de pessoas vacinadas nos dois anos seguintes à sua introdução. Como resultado da introdução da MenAfriVacTM na Região, não foi identificado nenhum caso confirmado em laboratório de meningite meningocócica A, entre as pessoas vacinadas. A vacina pneumocócica conjugada e as vacinas do rotavírus foram introduzidas, respectivamente¹⁰, em 23 e 7 Estados-Membros, até ao final de 2012.

30. Como parte da monitorização das tendências da doença e do impacto das vacinas sobre a tomada de decisões, a OMS prestou orientação assim como apoio técnico e financeiro a 30 Estados-Membros, para estabelecer e reforçar a vigilância das doenças visadas por estas novas vacinas. Os laboratórios em 30 Estados-Membros formaram capacidades adequadas para uma confirmação e diagnóstico rigoroso do rotavírus e doenças bacterianas e invasivas. Como resultado do apoio da OMS, os dados notificados mensalmente por estes laboratórios são usados para reforçar os programas de prevenção e controlo da doença.

31. A Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (VRID) e o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) 2005 são vitais para o controlo das doenças transmissíveis e doenças não transmissíveis na Região. Houve progressos na capacidade de vigilância das doenças por parte dos países na Região. Entre Janeiro de 2012 e 31 de Março de 2013, 14 países¹¹ adaptaram e reviram as orientações e os módulos de formação da IDSR. Oito desses países¹² iniciaram a formação aos níveis nacional e distrital, o que resultou numa notificação em devido tempo e na publicação regular de boletins epidemiológicos, numa melhor monitorização das tendências da saúde, que se espera que conduza à melhoria da detecção e resposta às epidemias, e em decisões de saúde pública baseadas em evidências.

32. Quarenta e três países realizaram avaliações de capacidades essenciais em RSI em Março de 2013. Contudo, nenhum dos países atingiu completamente o mínimo de capacidades essenciais em RSI, até ao prazo limite de 15 de Junho de 2012. Como resultado, os países da Região pediram um prolongamento de dois anos. Durante a sexagésima segunda sessão do Comité Regional, os Estados-Membros adoptaram uma resolução, solicitando uma implementação acelerada do RSI na Região. Consequentemente, a OMS convocou duas reuniões consultivas dos parceiros, doadores e países, para identificarem as necessidades não satisfeitas para a implementação do RSI. Os planos de acção elaborados pelos países durante estas reuniões estão a ser usados na mobilização de recursos para a implementação do RSI.

33. Entre Janeiro de 2012 e Julho de 2013, foram notificados mais de 100 eventos de saúde pública na Região, a maioria dos quais foram provocados por cólera, meningite, febres hemorrágicas virais e doenças zoonóticas. Efectuou-se uma consulta regional envolvendo os sectores da saúde animal, humana e ambiental, sob a égide 'Uma Só Saúde'. Durante a consulta foram elaborados roteiros dos países para acelerar a implementação da abordagem 'Uma Só Saúde'. Estes roteiros estão a ser usados para promover as parcerias entre os sectores da saúde animal, humana e ambiental e para garantir uma acção coordenada na resposta às zoonoses.

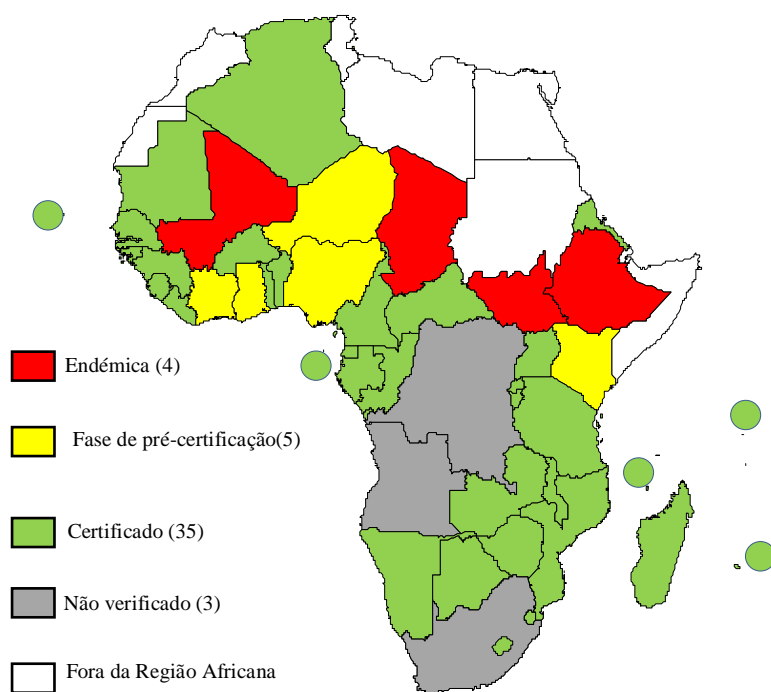
34. A inadequação dos recursos financeiros continua a ser um importante desafio na resposta às emergências e aos surtos de doenças. Reconhecendo esta realidade, a sexagésima segunda sessão do Comité Regional aprovou o quadro operacional para o Fundo Africano de Emergências de Saúde Pública (FAESP). Porém, até 31 de Março de

2013, apenas cinco Estados-Membros tinham processado os seus contributos anuais para este Fundo.

35. A Região Africana da OMS carrega cerca de metade do peso mundial das Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) e a maioria dos países da Região são co-endêmicos para, pelo menos, quatro DTN. A administração de medicamentos em massa (MDA) em DTN favorável à quimioterapia preventiva (QTP-DTN) aumentou significativamente durante o último biénio. Por exemplo, a MDA na filaríase linfática aumentou de 69 milhões de pessoas beneficiadas em 2009, para 113 milhões, em 2012. No entanto, à excepção da oncocercose, estes níveis de cobertura mantêm-se aquém das etapas necessárias para alcançar as metas de eliminação e controlo de 2020.

36. A incidência anual da dracunculose, uma doença tropical negligenciada para erradicação, reduziu em mais de 95%, dos 10 690 casos (5565 no Sudão do Sul) em 2005, para 542 casos (sendo 521 no Sudão do Sul), até Dezembro de 2012. Só quatro países¹³ eram ainda endémicos em Julho de 2013 (Figura 2). Os casos notificados até Maio de 2013 foram 68 (55 casos no Sudão do Sul), o que se traduz em 80% de redução, em comparação com o mesmo período em 2012. Embora a lepra tenha sido eliminada a nível nacional em todos os países da Região, manteve-se uma intensa transmissão em alguns distritos nas Comores, Etiópia e Nigéria. A detecção da tripanossomíase humana africana desceu de 9875 casos para 7197, em 2012. Um ensaio clínico no Gana confirmou a eficácia de uma dose única de Azitromicina para curar a framboesia, o que proporciona uma oportunidade do seu uso na erradicação desta doença.

Figura 2: Situação da erradicação da dracunculose nos Estados-Membros da Região Africana da OMS, em Julho de 2013



Fonte: Estados-Membros da Região Africana da OMS e Programa das DTN

37. Segundo o guia da Região Africana da OMS, foram apoiados um total cumulativo de 36 países¹⁴ para elaborarem planos nacionais directores integrados de DTN, até final de 2012. Esses planos forneceram um enquadramento para um planeamento e priorização harmonizados, e uma orçamentação e mobilização de recursos, para os programas nacionais de DTN na Região. Para além disso, as reuniões das partes interessadas entre os Estados-Membros e os parceiros recomendaram a criação de estruturas nacionais e regionais de coordenação das DTN, bem como mecanismos de financiamento para mobilizar recursos adicionais para os planos nacionais directores de DTN. Essas recomendações estão em sintonia com o Apelo à Acção de Acra, aprovado na reunião das partes interessadas de Junho de 2012. A 66.^a Assembleia Mundial da Saúde aprovou o plano de acção mundial das DTN, esperando-se que a sexagésima terceira sessão do Comité Regional adopte uma Estratégia e um Plano Estratégico Regional de DTN, para 2014–2020, assim como uma resolução sobre DTN.

38. Ao abrigo do Objectivo Estratégico 1, a OMS continuou a fornecer apoio aos Estados-Membros, para reforçar intervenções através da formulação de planos, estratégias e políticas, formação de capacidades e mobilização de recursos, em apoio aos esforços para a redução do fardo das doenças transmissíveis. Registou-se um progresso significativo na iniciativa de erradicação da poliomielite, não tendo nenhum dos três países reestabelecidos registado a circulação do vírus por prolongados períodos, até Junho de 2013. Outras áreas de progressos incluem a formulação de uma Estratégia Regional e de um Plano Estratégico para as DTN, a melhoria da vigilância das doenças e a operacionalização do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública.

4.2 OE2: VIH/SIDA, Tuberculose e paludismo

39. O Objectivo Estratégico 2 destina-se a combater o VIH/SIDA, tuberculose e paludismo, três doenças que colocam os maiores desafios à saúde pública na Região Africana da OMS. Embora a Região apenas conte com 10% da população mundial, ela contribui para o peso mundial do VIH/SIDA, tuberculose e paludismo com respectivamente, 66%, 26% e 80%, com base nos relatórios de 2012.

40. Em 2012 e 2013, os Estados-Membros, com o apoio da OMS, adoptaram e implementaram intervenções de prevenção, tratamento, cuidados e ajuda, com o intuito de reduzir o peso dessas três doenças. A disponibilidade aos países de recursos oriundos das várias iniciativas mundiais de saúde proporcionou aos Estados-Membros uma oportunidade para expandirem a cobertura destas intervenções custo-eficazes, de forma a atingirem as metas do ODM6.

41. A OMS apoiou os Estados-Membros na adaptação de orientações, reforçando a sua capacidade de intensificar intervenções de grande impacto e de mobilizar recursos, nomeadamente através do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo (GFATM), para acelerar os progressos na via do acesso universal a intervenções essenciais contra o VIH/SIDA, tuberculose e paludismo. Trinta e sete

países¹⁵ estão a implementar intervenções de VIH/SIDA com base nas orientações da OMS, o que conduziu a uma melhor qualidade e cobertura da prevenção e tratamento do VIH. Em 2013, foram lançadas as primeiras orientações consolidadas da OMS para o uso de medicamentos anti-retrovirais, para tratar e evitar a infecção pelo VIH. Estas orientações aumentam a elegibilidade da terapia anti-retroviral, com um limiar CD4 de 500 células CD4 por mm³ ou menos, para adultos, adolescentes e crianças. Os Estados-Membros receberam informação, através de duas acções de formação sobre divulgação, acerca das alterações operacionais, custos e necessidades em recursos humanos para a completa implementação destas orientações.

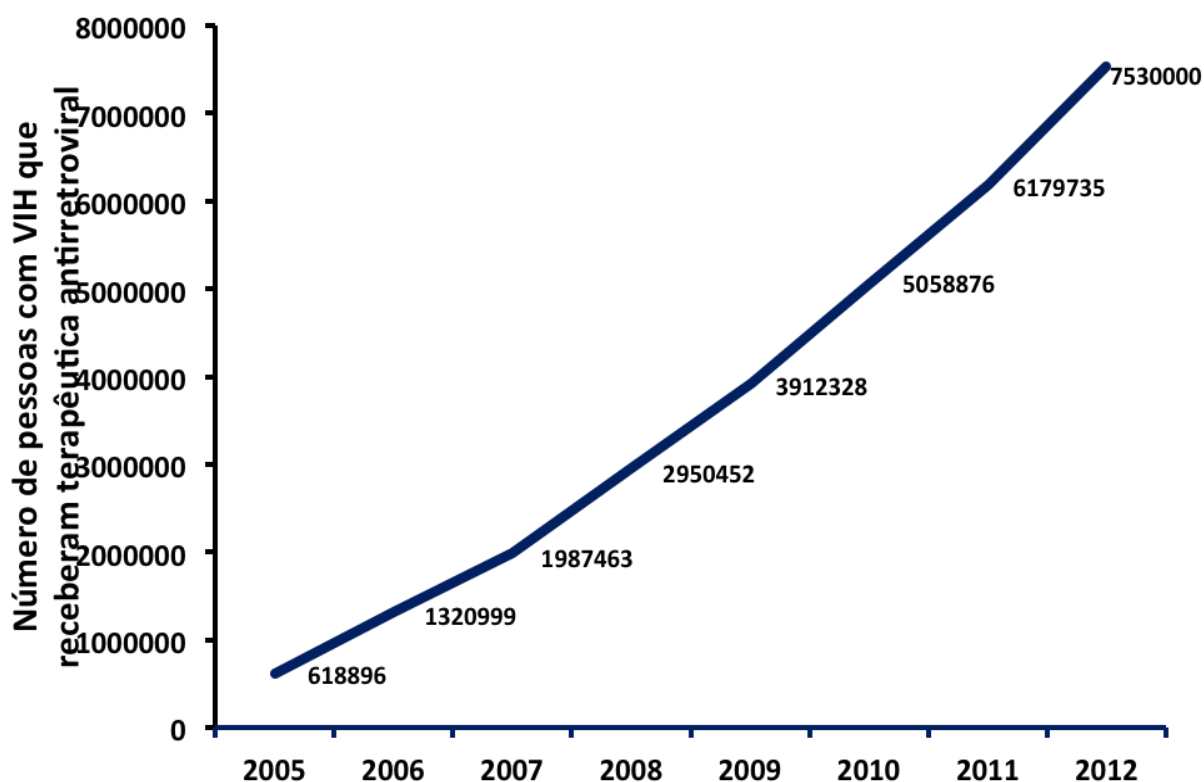
42. O relatório mundial de 2012 do VIH/SIDA revela que 23,5 dos 34,2 milhões de pessoas que vivem com o VIH/SIDA em todo o mundo pertenciam à África Subsariana, 3,1 milhões das quais eram crianças, representando 80% do fardo mundial pediátrico do VIH/SIDA. Para além disso, 1,7 milhões (68%) dos 2,5 milhões de novos infectados com VIH localizam-se na África Subsariana e a prevalência global do VIH, embora em declínio, continua alta nos 4,9%, com variações interpaíses. O mesmo relatório revelou um declínio global de 25% nas novas infecções pelo VIH, entre 2001 e 2011. Vinte e dois países¹⁶ da Região Africana da OMS experimentaram reduções de mais de 25%, com treze desses mesmos países notificando declínios de mais de 50%.¹⁷

43. De forma a orientar a implementação da *Estratégia Mundial da OMS para o Sector da Saúde sobre o VIH/SIDA, 2011 – 2015*, a sexagésima segunda sessão do Comité Regional aprovou a estratégia da Região Africana para o VIH/SIDA. Esta estratégia está a ser usada para acelerar a implementação de actividades contra o VIH, de forma a contribuir para chegar ao acesso universal e à consecução dos ODM, contemplando ao mesmo tempo os determinantes da saúde.

44. Foi prestado apoio técnico a 14 países¹⁸ prioritários, no reforço da circuncisão masculina, de modo a reduzir a incidência do VIH. Foram executadas mais de 2 milhões de circuncisões masculinas, com a cobertura a aumentar de 7% a 10%, entre 2011 e 2012.

45. Foi criado um quadro estratégico para eliminar até 2015 novas infecções pelo VIH em crianças e salvar a vida das suas mães, ajudando os países a atingir uma redução de 90% em novas infecções. Vinte dos 21 países¹⁹ prioritários elaboraram planos para eliminar a transmissão vertical (TV) com o apoio da OMS. Em finais de 2011, a percentagem de mulheres grávidas que viviam com o VIH e receberam TAR para evitar a TV atingiu os 59%, em comparação com 49% em 2009, e estima-se que se tenham situado entre os 75% e os 100% em seis países²⁰. Estes desenvolvimentos contribuíram significativamente para a quebra de 24% das novas infecções pediátricas pelo VIH na Região, entre 2009 e 2011.

Figura 3: Pessoas que viviam com o VIH e receberam a TAR na África Subariana, entre 2005 e 2012



Fonte: ONUSIDA, Relatório Mundial; Relatório da ONUSIDA sobre a Epidemia Mundial da SIDA, 2012

46. A OMS forneceu apoio aos Estados-Membros para alargar a terapêutica anti-retroviral (TAR) de prevenção e tratamento. Em consequência, mais de 7,5 milhões de doentes receberam a TAR até finais de 2012 (Figura 3). Assim, a cobertura da TAR aumentou de 49% em 2010, para 64% em finais de 2012. A cobertura da TAR foi superior a 80% em cinco países²¹ e situou-se entre os 50% e os 79% em outros 17²². O melhor acesso à TAR conduziu a uma redução nas mortes devidas à SIDA de 1,3 milhões em 2009, para 1,2 milhões em 2011.

47. Em África, o alto fardo da TB está ligado à pobreza, co-infecção TB/VIH e TB multirresistente aos medicamentos. Sessenta e nove por cento de doentes da TB na Região Africana foram rastreados para o VIH e 46% dos doentes elegíveis da TB receberam ARV²³ em 2011. Esta percentagem representa um aumento significativo relativamente a 2010, quando só 59% dos doentes com TB tinham sido rastreados. De acordo com o relatório mundial da TB, publicado em 2012, o aumento dos rastreios do VIH e do acesso a medicamentos ARV conduziu a uma redução da mortalidade pela TB, que se situa presentemente em 26 por 100 000 habitantes, na Região Africana.

48. Com base numa análise sistemática de dados dos países, a OMS avaliou o desempenho bem como os progressos para atingir as metas nacionais e regionais de controlo da TB. Com base em resultados publicados em 2012, a Região Africana da OMS registou 1 367 000 novos casos de TB, em 2011. Isso representa 26% de todos os novos casos notificados em todo o mundo, em 2011. No mesmo período, 10 países²⁴ atingiram a taxa de detecção de casos de 70%, enquanto 19 países²⁵ atingiram a taxa de sucesso de tratamento de 85%. A taxa de sucesso de tratamento da tuberculose na Região foi de 82% em 2011, o que representa uma melhoria.

49. A OMS prestou apoio no reforço da implementação da DOTS, intervenções de colaboração TB/VIH e programas para a TB resistente aos medicamentos. Foi criado pela OMS um quadro para integrar a TB pediátrica na DOTS, o qual foi adaptado pelos Estados-Membros. Trinta e sete países receberam apoio no acesso a medicamentos da TB, através do Serviço Mundial dos Medicamentos da TB (GDF). Essas intervenções conduziram ao reforço das capacidades dos recursos humanos, reduziram as rupturas de *stocks* de medicamentos da TB, e melhoraram o desempenho de programas, provocando a redução da transmissão da TB e, em última análise, a redução do fardo desta doença.

50. A estratégia Travar a TB recomendada pela OMS em 2006 exige que os países definam a gestão da TB resistente aos medicamentos como parte da implementação do programa. A OMS ajudou os países a criar sistemas para implementação da Gestão Programática da TB Multirresistente aos Medicamentos (PMDT). Durante o biênio 2012-2013, a OMS apoiou 13 países no reforço da capacidade laboratorial para efectuar culturas e testes de sensibilidade aos medicamentos, bem como para aceder a medicamentos de TB de segunda linha, através do mecanismo regional Luz Verde (rGLC). No entanto, a implementação continua a deparar-se com obstáculos, devido sobretudo a uma inadequada capacidade dos laboratórios em fazerem diagnósticos e ao elevado custo dos medicamentos de TB de segunda linha.

51. O Secretariado do mecanismo regional Luz Verde foi criado em 2012 e a comissão do rGLC foi nomeada em Fevereiro de 2013. A principal tarefa do rGLC é dar apoio à implementação do PMDT, através da melhoria do acesso a medicamentos de segunda linha, e coordenar as missões nacionais de assistência técnica. Treze países²⁶ receberam apoio, desde Janeiro de 2012. O laboratório central de referência da TB do Uganda recebeu apoio para promover as suas capacidades, tornando-se assim um laboratório supranacional de referência em 2013. Irá deste modo associar-se se à rede de laboratórios que apoiam a segurança externa da qualidade, para os diagnósticos da TB na Região.

52. Em 2012, 80% dos 219 milhões de casos de paludismo e 90% dos 660 000 óbitos por paludismo em todo o mundo localizaram-se em África. Estima-se que 86% dessas mortes incluíam crianças menores de cinco anos.

53. A OMS apoiou a recolha e validação de dados para a tabela de pontuação da Aliança dos Líderes Africanos contra o Paludismo (ALMA)²⁷. Esta tabela de pontuação foi usada em todos os países com paludismo endémico em África, para monitorizar a adopção de políticas, intervenções, cobertura, monoterapia e financiamento de intervenções de controlo de paludismo do sector público. O apoio foi prestado para controlar a resistência aos insecticidas e a eficácia dos medicamentos antipalúdicos, através da formação do pessoal nacional que trabalha nos programas do paludismo.

54. Foram recolhidos dados a partir do Relatório Mundial do Paludismo 2012, tendo sido dado apoio a sete países na área dos Inquéritos para Indicadores do Paludismo²⁸. Foram produzidos boletins de vigilância por 10 países e uma EAI²⁹. Seis países foram apoiados para documentarem as melhores práticas no controlo do paludismo³⁰. A percentagem de famílias que possuíam, pelo menos, um ITN subiu para 53%. Quarenta e sete por cento dos casos suspeitos de paludismo foram alvo de testes de diagnóstico no sector público. Os testes rápidos de diagnóstico contribuíram para 40% de todos os casos testados na Região, em 2011. Uma média de 44% de mulheres grávidas em 25 países recebeu duas doses de Terapêutica Preventiva Intermitente do paludismo na gravidez (TPI).

55. A incidência global estimada do paludismo desceu 33% desde 2000 até 2010, tendo assim invertido a tendência da doença para subir. Para além disso, 12 países da Região Africana estão no bom caminho para reduzir a incidência do paludismo, em pelo menos 50-75%, até 2015. Sete países estão a implementar intervenções de controlo do paludismo e medidas para a sua pré-eliminação³¹. Foram ainda implementadas várias iniciativas sub-regionais do paludismo, que incluem: iniciativa do paludismo dos países do Sahel, Fórum do Ruanda para a Eliminação do Paludismo, Iniciativa da SADC para a Eliminação do Paludismo, iniciativa do paludismo da Comunidade da África Oriental, compromisso contra o paludismo dos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (PEID), e iniciativas semelhantes nas Comores, Guiné Equatorial (Ilha de Bioko) e Madagáscar³².

56. As revisões do programa do paludismo foram realizadas com parceiros de 24 países³³, durante este biénio, e forneceram informação para a elaboração de planos estratégicos e planos de monitorização e de avaliação. O processo de condução das revisões do programa do paludismo e de elaboração de planos conduziu a um melhor diálogo com os principais parceiros e a um aumento dos compromissos de financiamento.

57. Foram prestadas aos países orientações sobre gestão integrada dos vectores, incluindo intervenções complementares com larvicidas. As orientações políticas sobre a Terapêutica Preventiva Intermitente do paludismo na gravidez (TPI) foram actualizadas e divulgadas. A Orientação para a Quimioprevenção do Paludismo Sazonal foi lançada em 2012, tendo sido usada para apoiar a elaboração de planos nacionais de implementação³⁴. Foram divulgados os manuais da iniciativa Testar, Tratar,

Acompanhar e o da vigilância do controlo e eliminação do paludismo, que tinham sido lançados pela Directora-Geral da OMS em 2012, por ocasião do Dia Mundial do Paludismo³⁵. Foi dado apoio aos Estados-Membros para criarem testes de eficácia da terapêutica antipalúdica.

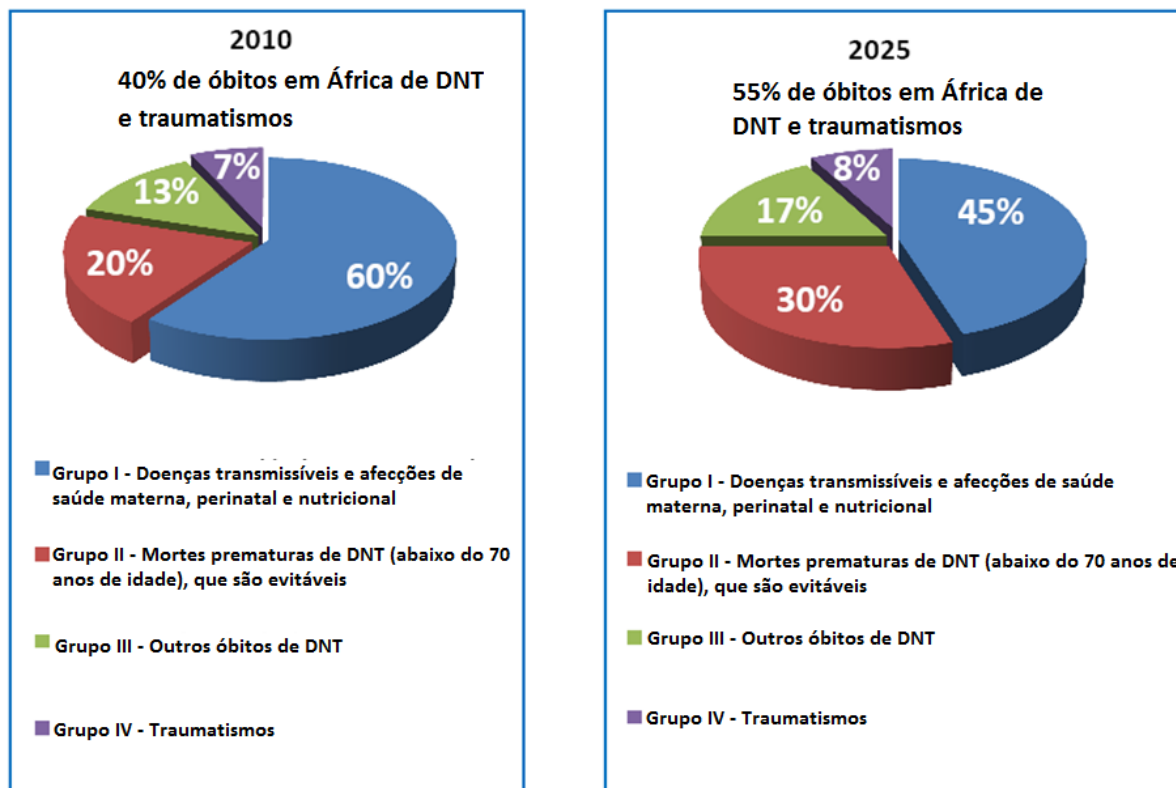
58. Para reforçar as capacidades em vigilância do paludismo, em 2012, a OMS apoiou participantes de 10 países a fazerem formação em vigilância avançada do paludismo³⁶. Isso permitiu que as intervenções dos programas de luta contra o paludismo fossem complementadas ou actualizadas com novos conhecimentos, para um maior impacto. Foi também dada assistência técnica a 11 países na implementação do Tratamento Integrado de Casos na Comunidade (TICC), incluindo formação de capacidades para praticantes de medicina tradicional³⁷. Isto resultou no envolvimento de mais parceiros em actividades relacionadas com o reforço das intervenções de luta contra o paludismo e de consecução da cobertura universal.

59. Ao abrigo do Objectivo Estratégico 2, a OMS apoiou os Estados-Membros a incrementar intervenções através do desenvolvimento de planos, estratégias e políticas, formação de capacidades e mobilização de recursos, em apoio aos esforços para a redução dos fardos do paludismo, VIH e TB. Os progressos notificados incluem a redução da incidência do paludismo e a formulação e divulgação das primeiras orientações consolidadas da OMS, para uso de medicamentos anti-retrovirais destinados ao tratamento e prevenção das infecções pelo VIH.

4.3 SO3: Afecções crónicas não transmissíveis, perturbações mentais, violência e traumatismos

60. O Objectivo Estratégico 3 refere-se à prevenção, controlo e tratamento das doenças cardiovasculares, cancros, diabetes, doenças respiratórias crónicas, drepanocitose, violência, traumatismos e incapacidades, doenças orais, cegueira, surdez e perturbações mentais. As doenças não transmissíveis (DNT) representam um problema crescente de saúde pública, sobrecarregando muito o fardo social e económico dos países. Estas condições estão fortemente associadas a certos factores de risco, como o tabagismo, o abuso do álcool, alimentação pouco saudável e inactividade física, bem como a factores ambientais. Se estas tendências não forem revertidas, prevê-se que os óbitos por doenças não transmissíveis possam aumentar em 15%, ao longo dos próximos 10 anos (Figura 4).

Figura 4: Comparação entre a estimativa de óbitos em 2010 e os óbitos e os traumatismos de DNT projectados para 2025 na Região Africana



Fonte: Relatório da Situação a nível Mundial das Doenças Não Transmissíveis, 2010

61. A principal realização estratégica referente às DNT foi a adopção da Declaração de Brazzaville sobre as DNT e respectiva resolução, pelos ministros da saúde dos países da Região Africana, durante a sexagésima segunda sessão do Comité Regional, em Luanda, em Novembro de 2012. Trinta e cinco países reorientaram as suas políticas e aceleraram a implementação de intervenções de prevenção e controlo. Além disso, algumas recomendações feitas durante as reuniões consultivas regionais sobre as DNT e a saúde mental serviram para reforçar o contributo da Região para a formulação de quatro documentos estratégicos mundiais³⁸.

62. A vigilância das DNT tem sido aperfeiçoada através do desenvolvimento de uma base de dados regional que envolve 21 países³⁹. Esta base de dados electrónica alimentará o Observatório Africano da Saúde (OAS) e o Sistema da Informação Estratégica em Tempo Real (r-SIS). O número de países com sistemas nacionais de informação sanitária que recolheram informações acerca da magnitude, causas e consequências das DNT aumentaram de 10 para 20, até Dezembro de 2012. A capacidade dos países para captarem os parâmetros mencionados ajudou as autoridades nacionais de saúde na tomada de decisões.

63. Foram criadas em 2012 uma base de dados regional e uma ficha descritiva regional sobre segurança rodoviária, com dados de 44 países. Estas constituíram uma orientação normativa para os Estados-Membros, tendo servido de base à monitorização da década da segurança rodoviária 2011 – 2020. Além disso, foi ainda reforçada a capacidade de seis países⁴⁰ na recolha de dados sobre violência e traumatismos. Foi realizada formação em inquéritos sobre insuficiências auditivas, para participantes da maioria dos países.

64. A capacidade dos países de dar resposta às DNT aumentou na sequência da orientação e do apoio da OMS. Vinte países elevaram agora a prioridade da prevenção e controlo das DNT, criando unidades, programas ou departamentos nos seus ministérios da saúde. Vinte e sete países estão no bom caminho para concluírem planos integrados de acção sobre prevenção e tratamento das DNT. Quatro países⁴¹ receberam apoio para avaliarem a situação da prevenção e controlo das DNT ao nível dos cuidados primários. Foram formuladas políticas e planos para outras afecções não transmissíveis, como insuficiência auditiva, surdez e noma, assim como para problemas de segurança rodoviária, os quais estão agora a ser implementados em oito países⁴². Cinco países⁴³ receberam apoio para a elaboração de planos nacionais de acção de luta contra o cancro, tendo quatro países recebido apoio⁴⁴ na área da saúde buco-dentária.

65. Outras realizações na esfera das doenças não transmissíveis na Região incluem o desenvolvimento de algoritmos para a prevenção e controlo integrados de doenças orais e noma, distúrbios da visão e cancro, ao nível dos cuidados primários⁴⁵, com base em evidências e documentação das melhores práticas em Sistemas de Avaliação de Instrumentos para a Saúde Mental (OMS-AIMS), na investigação sobre a drepanocitose e hemoglobinopatias no Benim, Guiné e Zâmbia, e na realização de estudos de viabilidade e eficácia na área do Programa de Acção para as Lacunas na Saúde Mental (mhGAP).

66. No âmbito do Objectivo Estratégico 3, a OMS defendeu uma mudança das políticas e a mobilização de recursos, criou instrumentos e orientações, providenciou apoio técnico aos Estados-Membros no reforço da vigilância, tudo isto com o intuito de reforçar a aceleração do controlo das DNT. A principal realização estratégica foi a adopção da Declaração de Brazzaville sobre as DNT e respectiva resolução, pelos Ministros Africanos da Saúde, na sexagésima segunda sessão do Comité Regional, em Luanda, Novembro de 2012.

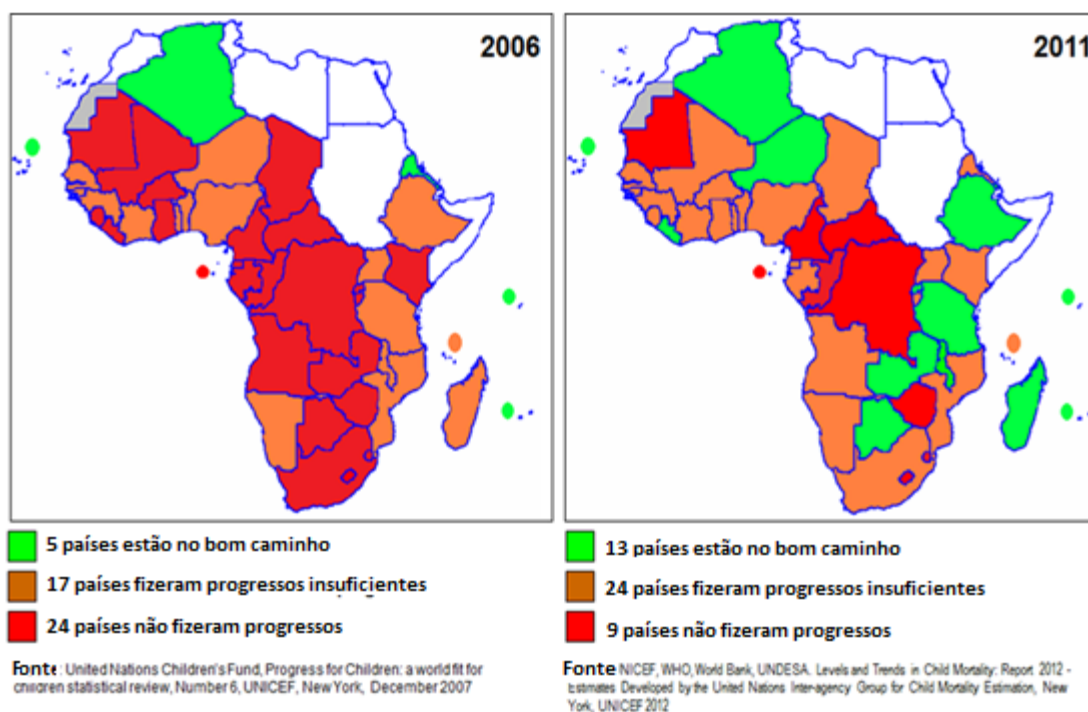
4.4 OE4: Saúde materna infantil, dos adolescente e envelhecimento

67. O Objectivo Estratégico 4 procura reduzir a morbilidade e mortalidade e melhorar a saúde durante as etapas fundamentais da vida, incluindo a gravidez, parto, período neonatal, infância e adolescência, melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover um envelhecimento activo e saudável para todos os indivíduos.

68. A OMS apoiou os Estados-Membros na abordagem aos desafios do aumento das intervenções na saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil (RMNCH). O apoio incluiu uma advocacia para a alteração de políticas, formulação de orientações e ferramentas e implementação, monitorização e avaliação de intervenções destinadas a salvar vidas. Isto contribuiu significativamente para o progresso dos países com vista à obtenção das metas previstas nos ODM 4 e 5.

69. O Relatório de 2012 sobre os Níveis e Tendências da Mortalidade Infantil mostrou que a mortalidade das crianças com menos de cinco anos desceu de 175 por 1000 nados-vivos, em 1990, para 107 por 1000 nados-vivos em 2011.⁴⁶ Treze países⁴⁷ estão no bom caminho para atingirem a meta do ODM 4 no que toca à redução das taxas de mortalidade de crianças com menos de cinco anos em dois terços, entre 1990 e 2015. Vinte e quatro países estão a fazer progressos no que toca a esta meta, embora sejam insuficientes, e nove países não fizeram progressos (Figura 5).

Figura 5: Progressos com vista ao Quarto Objectivo de Desenvolvimento do Milénio na Região Africana, relatórios de 2007 e 2012



70. De acordo com as estimativas de 2012 sobre a mortalidade materna, a Eritreia e a Guiné Equatorial estão no bom caminho para atingirem as metas do ODM 5 e 17 países⁴⁸ reduziram a sua taxa de mortalidade materna em mais de 50%.

71. A pneumonia e a diarreia são duas das principais causas de mortalidade entre as crianças com menos de cinco anos. Para lidar com estas doenças e como seguimento à introdução e implementação do Plano Mundial de Acção para a Pneumonia e Diarreia

(GAAPD) na Região Africana da OMS, o Quênia e a Zâmbia receberam, em 2012, visitas conjuntas de acompanhamento para a monitorização da implementação dos planos de acção. Isto culminou no desenvolvimento de capacidades para a pesquisa de implementação no Quênia, que envolveu a OMS e os parceiros, e no apoio conjunto por parte da OMS e dos parceiros à Zâmbia. Esta situação levou ao desenvolvimento de orientações para a implementação de programas de saúde materna, neonatal e infantil (MNCH) com base na comunidade, com especial foco no Tratamento Integrado de Casos na Comunidade (iCCM).

72. A advocacia para a saúde da mulher foi aumentada com a elaboração de um relatório intitulado *Enfrentar o Desafio da Saúde da Mulher em África: relatório da Comissão da Saúde da Mulher na Região Africana*. O relatório foi lançado em Dezembro de 2012 por Sua Excelência, a senhora Ellen Johnson Sirleaf, Presidente da República da Libéria, na sua qualidade de Presidente Honorária da Comissão da OMS da Saúde da Mulher na Região Africana. Desde então, o relatório foi divulgado aos países e principais parceiros. Espera-se que os países da Região Africana implementem as recomendações relevantes do relatório, de acordo com os seus contextos específicos.

73. A OMS tem apoiado activamente os Estados-Membros na implementação das recomendações da Comissão de Alto Nível para desenvolver a saúde da mulher e da criança. Ao implementarem as dez recomendações da Comissão de Alto Nível de Informação e Responsabilização (CoIA), foram dadas orientações e apoio a trinta e nove⁴⁹ dos 41 países prioritários para a realização de consultas nacionais às partes interessadas sobre a Comissão. Vinte e dois países⁵⁰ receberam um financiamento catalisador e desenvolveram os seus roteiros nacionais para orientarem a implementação das recomendações. Em resposta às recomendações da Comissão de Alto Nível sobre Produtos que Salvam as Vidas das Mulheres, a OMS apoiou onze países⁵¹ a desenvolverem e submeterem propostas para lidar com várias barreiras ao acesso a 13 produtos que salvam. As propostas estão actualmente a ser revistas pelo Secretariado da Comissão.

74. Com o objectivo de mobilizar todas as partes interessadas à volta dos mesmos planos, com os governos a assumirem a liderança e os parceiros a alinharem os seus esforços em algumas estratégias e intervenções previamente acordadas, a OMS apoiou 13 países⁵² a reverem os seus roteiros para a aceleração da redução da mortalidade materna e neonatal. Para além disso, quatro países⁵³ desenvolveram estratégias para a saúde reprodutiva e outros quatro países⁵⁴ actualizaram as suas estratégias nacionais de saúde infantil.

75. De modo a reduzir a mortalidade materna e infantil e ajudar a acelerar o progresso dos países com vista à consecução dos ODM, foi dada uma grande ênfase ao apoio da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde através da formulação de orientações e do reforço de capacidades. Neste aspecto, houve um reforço de capacidades em onze países⁵⁵ no que toca à utilização da Adaptação Computadorizada e Ferramentas de

Formação da AIDI. Além disso, foram desenvolvidas e divulgadas ferramentas e orientações, incluindo: materiais de formação em cuidados pré-natais orientados (FANC); gestão integrada de doenças de adolescentes/adultos – tratamento integrado da gravidez e do parto – prevenção da transmissão vertical (IMAI/IMPAC/PMTCT); e agenda regional para acelerar o acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva.

76. Reparando no fardo elevado do cancro do colo do útero e a sua contribuição para a mortalidade elevada entre as mulheres da Região, 26 países⁵⁶ receberam orientações para a introdução da vacina do papilomavírus humano (PVH) como uma estratégia-chave da abordagem holística à prevenção e tratamento do cancro do colo do útero. Esta nova vacina, que é dirigida a meninas entre os nove e os 13 anos, tem o potencial para reduzir as mortes devido ao cancro do colo do útero durante os anos reprodutivos e pós-reprodutivos das mulheres.

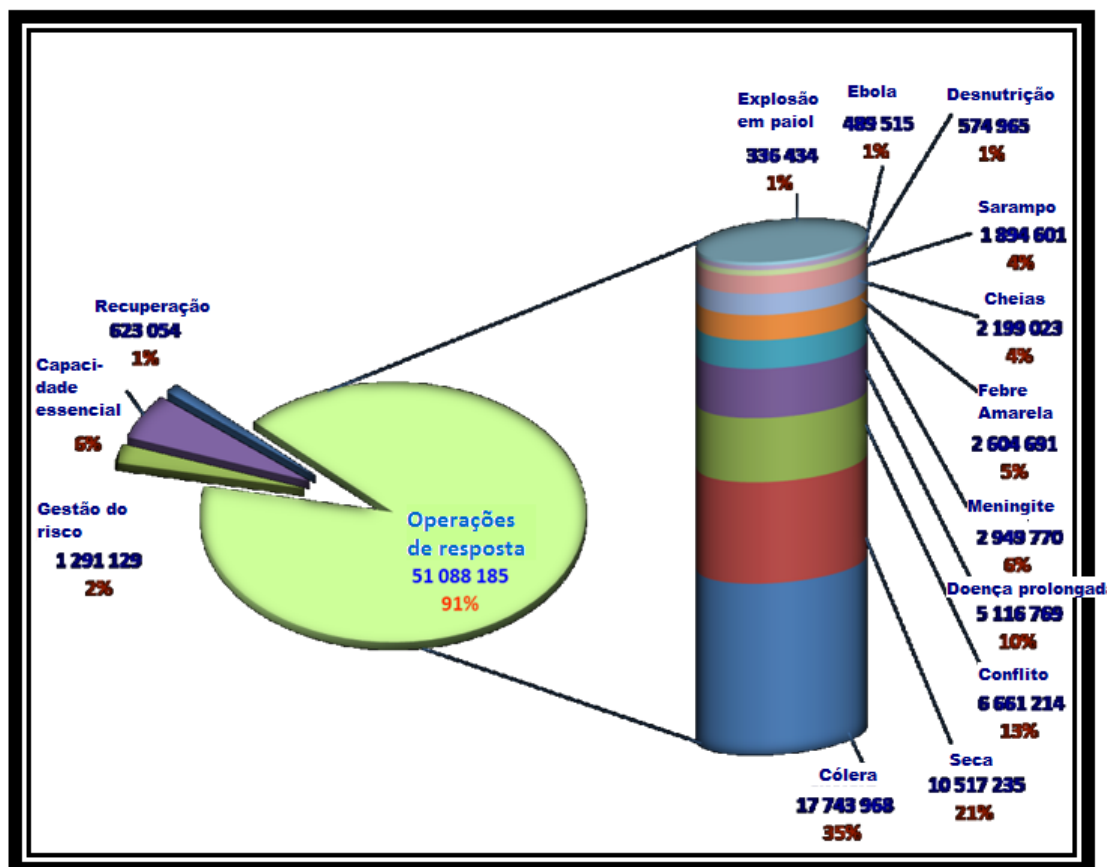
77. Ao abrigo do OE 4, a OMS advogou alterações de políticas, forneceu orientações e ferramentas, reforçou a capacidade dos Estados-Membros, para além de fornecer um apoio técnico, tudo com vista à redução da mortalidade materna e infantil, de modo a cumprir os ODM.

4.5 OE5: Emergências, catástrofes, crises e conflitos

78. O Objectivo Estratégico 5 centra-se em acções que minimizam o impacto adverso de emergências, catástrofes, conflitos e outras crises humanitárias na saúde, através da resposta eficaz às necessidades de saúde e nutrição das populações vulneráveis que são afectadas por esses acontecimentos. Estas acções incluem preparação adequada, resposta atempada a catástrofes e emergências, assim como esforços de recuperação.

79. Um grande desenvolvimento no Objectivo Estratégico 5 (OE5) foi a adopção, na sexagésima-segunda sessão do Comité Regional, realizada em Luanda a Novembro de 2012, da estratégia de Gestão Regional do Risco de Catástrofes (GRC), juntamente com a respectiva Resolução AFR/RC62/R1, que pede aos Estados-Membros para, entre outras coisas: fornecer liderança e mobilizar os parceiros para o desenvolvimento de roteiros nacionais com vista à implementação das principais intervenções delineadas nessa estratégia regional e mobilizar e distribuir os recursos humanos, materiais e financeiros necessários para a implementação das intervenções. A estratégia GRC representa uma mudança na abordagem à gestão de catástrofes, de não apenas fornecer respostas (Figura 6) mas também reforçar a resiliência nacional em termos de prevenção e redução do risco.

Figura 6: Distribuição de fundos em resposta a catástrofes antes da Estratégia de Gestão de Risco de Catástrofes



Fonte: OMS-AFRO/ DPR/DPC. Projectão Mensal da EHA e monitorização dos relatórios.

80. Entre Janeiro de 2012 e o início de 2013, foram notificados um total de 17 acontecimentos significativos na Região Africana. Estes incluem secas, cheias, surtos de doenças, conflitos armados e explosões de paióis. Mais de 60 milhões de pessoas em 33 países da Região foram afectadas por estas emergências. Alguns dos acontecimentos significativos incluíram crises alimentares no Sahel, cheias na África Ocidental e Central; surtos de cólera em oito países;⁵⁷ Ébola na República Democrática do Congo e no Uganda; Marburgo no Uganda e febre do dengue nas Seicheles. Os conflitos armados ocorreram na República Centro-Africana e no Mali e prolongaram-se na República Democrática do Congo. A explosão de um paiol ocorreu em Brazzaville, no Congo, com efeitos devastadores. Estes acontecimentos, que podem ser classificados como relacionados com o clima (60%); surtos de doenças (30%); conflitos armados (9%); e acidentes (1%), perturbaram as actividades socioeconómicas em muitos dos países afectados, para além da perda de vidas humanas.

81. A OMS forneceu um apoio estratégico, técnico, logístico e financeiro aos países afectados como resposta às emergências e para salvar vidas. Por exemplo, a OMS foi essencial no desenvolvimento de um documento-quadro de resposta para orientar a coordenação da resposta da saúde na crise alimentar no Sahel. O quadro foi utilizado

para advogar a mobilização de fundos para os países afectados. Através dos mecanismos nacionais de coordenação da saúde, a OMS coordenou a resposta da saúde aos acontecimentos notificados, resultando em acções aperfeiçoadas e aceleradas na gestão de catástrofes.

82. Em conformidade com a Resolução AFR/RC62/R1, a Região Africana da OMS assumiu a liderança na formulação de seis ferramentas para a implementação da estratégia GRC. Estas incluem a ferramenta de Avaliação de Capacidade do País; ferramenta do Índice de Segurança Hospitalar; orientações para a realização de avaliações e mapeamento de riscos de vulnerabilidade; procedimentos operacionais normalizados; orientações para um quadro de recuperação e transição; e competências essenciais para o desenvolvimento de módulos de formação para os profissionais de saúde. As ferramentas foram distribuídas pelos países para serem utilizadas.

83. O processo de reforço de capacidades nacionais para a implementação da estratégia regional de gestão do risco de catástrofes teve início em 2012. Em Novembro de 2012 tinham sido informados pontos focais de 34 países sobre o Quadro Mundial de Resposta às Emergências (ERF) e sobre a estratégia regional GRC, assim como uma resolução relacionada. Foram realizadas avaliações de capacidade nacional da gestão do risco de catástrofes e foram também desenvolvidos roteiros para reforçarem a capacidade de saúde na GRC. Estes roteiros estão a ser implementados na Tanzânia e no Uganda.

84. A nível regional, a OMS construiu fortes parcerias com instituições regionais, incluindo o Centro de Formação e Educação da Gestão de Catástrofes para a África na África do Sul e com as comunidades económicas regionais. Além disso, a OMS contribuiu para o relatório da Quarta Plataforma Regional Africana sobre a redução dos riscos de catástrofes e para o Quinto Fórum Africano de Adaptação às Secas, cujas conclusões foram adoptadas na Plataforma Global em Genebra, em Maio de 2013.

85. Ao abrigo do Objectivo Estratégico 5, a OMS construiu e reforçou parcerias, apoiou o desenvolvimento de políticas, planos e estratégias, mobilizou recursos e forneceu um apoio técnico aos Estados-Membros para minimizar o impacto de emergências, catástrofes, conflitos e outras crises humanitárias na saúde. O principal feito foi a adopção, por parte dos ministros da saúde africanos na sexagésima-segunda sessão do Comité Regional, realizado em Luanda em Novembro de 2012, da estratégia regional da gestão do risco de catástrofes (GRC) juntamente com a respectiva Resolução AFR/RC62/R1, e as ferramentas de desenvolvimento subsequentes para a implementação da estratégia na Região.

4.6 OE6: Factores de risco para as afecções de saúde

86. O Objectivo Estratégico 6 aborda os principais factores de risco e os seus determinantes, que são responsáveis pelo crescente fardo das doenças não transmissíveis na Região. Estes factores de risco são o consumo do tabaco, consumo

nocivo do álcool, alimentação desequilibrada e inatividade física, assim como factores ambientais, especialmente químicos, radiação e contaminantes alimentares. Os líderes destes factores de risco incluem transições epidemiológicas e económicas, globalização de comércio e *marketing*, rápida urbanização sem planeamento, alterações nos padrões de consumo alimentar e crenças e valores culturais.

87. Foi adoptada uma estratégia actualizada para a promoção da saúde na Região Africana na sexagésima segunda sessão do Comité Regional. Centra-se na promoção de intervenções multissetoriais para as afecções prioritárias de saúde pública e apela a um financiamento inovador para apoiar a implementação de políticas e acções relacionadas.

88. Realizou-se um diálogo com várias partes interessadas para abordar os factores de risco para as doenças não transmissíveis em Joanesburgo, África do Sul, em Março de 2013. O diálogo reuniu participantes de 43 países da Região, compostos por governos, organizações não-governamentais, sociedade civil e outros parceiros. Os participantes deste diálogo reconheceram as crescentes tendências de inatividade física, consumo elevado de alimentos pouco saudáveis, consumo nocivo do álcool e consumo de tabaco, e salientaram a importância de trabalhar em todos os sectores, de modo a abordar os principais factores de risco e melhorar os resultados da saúde a nível individual e comunitário.

89. A OMS continuou a reforçar as capacidades para estimar o fardo das DNT e os factores de risco associados na população, de modo a planear a prevenção e controlo destas doenças. Durante o biênio, a capacidade nacional para realizar a vigilância faseada dos factores de risco das DNT foi reforçada no Lesoto, Ruanda e Tanzânia, passando para 34 o número total de países com dados de referência disponíveis sobre os factores de risco das DNT na Região. A OMS, em colaboração com os Centros para o Controlo e Prevenção das Doenças (CDC) dos EUA, formou funcionários dos ministérios da saúde e da educação de 12 países⁵⁸ para que estes realizem o Inquérito Mundial sobre Saúde Escolar (GSHS), de modo a monitorizar o nível de factores comportamentais de risco para a saúde entre crianças de idade escolar. Foi também introduzida nos países supramencionados uma nova ferramenta de inquérito, a Política de Saúde nas Escolas e Estudo de Programas (SHPPS), para monitorizar a implementação de políticas e programas sanitários nas escolas tanto para doenças transmissíveis como para as não transmissíveis.

90. Realçando a necessidade de reforçar medidas intersectoriais para lidar de forma eficaz com os factores de risco das DNT, foram realizadas três acções de formação para 10 países⁵⁹ sobre a coordenação de abordagens intersectoriais para a prevenção da obesidade infantil. Os países participantes receberam depois apoio para iniciarem o desenvolvimento de estratégias nacionais com vista à redução do consumo do sal e/ou prevenção da obesidade infantil. Os participantes de outros oito países⁶⁰ retirados dos sectores da saúde, nutrição, educação e comércio foram também formados no

desenvolvimento de estratégias com base na população de redução do consumo do sal, através de uma abordagem intersectorial.

91. Cinco países⁶¹ participaram num projecto de pesquisa com vista à recolha de dados sobre publicidade a álcool, de modo a reforçar as evidências e informar as decisões nas principais áreas de desenvolvimento de políticas e de legislação. Os resultados preliminares desta pesquisa mostram que a exposição à publicidade ao álcool aumenta o consumo de álcool por parte dos jovens, sendo essa a razão para haver a necessidade de reforçar a regulamentação a essa publicidade. Seis países⁶² estão a ser apoiados no desenvolvimento das suas políticas nacionais de álcool através de grupos de trabalho multisectoriais, ao passo que Moçambique e África do Sul receberam apoio para elaborar medidas legislativas para o controlo do consumo nocivo do álcool.

92. A OMS intensificou o seu apoio técnico aos países para que estes melhorem os sistemas integrados de cuidados e tratamento da toxicod dependência. Neste aspecto, o programa conjunto da OMS e do Escritório das Nações Unidas para o Controlo de Drogas (UNODC) apoiou a Côte d'Ivoire e o Senegal a iniciarem as actividades de controlo de drogas através de colaborações conjuntas dos sectores da saúde e do controlo de drogas; o Quénia desenvolveu orientações detalhadas e com base em evidências para a gestão do consumo de drogas, incluindo procedimentos operacionais normalizados para a terapia de substituição com metadona e troca de agulhas e seringas; o Benim e o Togo realizaram formações conjuntas para reforçarem a capacidade dos profissionais de saúde em tratar de dependências de drogas; e o Senegal está a receber apoio no desenvolvimento do seu Observatório Nacional para o Consumo de Drogas. Estas iniciativas-piloto serão utilizadas para orientar os outros países no desenvolvimento dos seus próprios programas de controlo das drogas.

93. Os Estados-Membros receberam apoio para desenvolverem e adoptarem legislação detalhada que esteja em consonância com a Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabágica (OMS CQLA). Mais dez países⁶³ adoptaram legislações que proíbem fumar em locais públicos, proibindo a publicidade a tabaco nos meios de comunicação nacional e obrigando os produtos de tabaco a possuírem avisos de saúde. Isto resultou não só na protecção de mais pessoas dos efeitos negativos do tabaco, mas também aumentou o cumprimento com a OMS CQLA por parte dos Estados-Membros na Região.

94. A Nigéria é o primeiro país na Região a completar o Inquérito Global sobre o Uso de Tabaco em Adultos. Os resultados mostram que cerca de 10% dos homens e 1,1% das mulheres consomem produtos de tabaco e 17,3% dos adultos que trabalham em espaços interiores são expostos ao fumo do tabaco no local de trabalho. Sete outros países⁶⁴ criaram novos dados de controlo de tabaco, passando para 45 o número total de países com dados sobre o consumo e exposição do tabaco entre os jovens. Cinco países adicionais forneceram dados comparáveis relativos à prevalência sobre o consumo do tabaco.⁶⁵ Um total de 24 países possui actualmente dados relativos a tendências sobre o consumo do tabaco. Estes estão a ser utilizados como evidências para reforçar a

implementação da OMS CQLA e introduzir novas leis e regulamentos que estejam em conformidade com o Tratado.

95. Cinco países⁶⁶ receberam apoio na área emergente da tributação do tabaco e dois deles, Quênia e Senegal, aumentaram os impostos sobre os produtos de tabaco com vista à redução da sua procura. Foram desenvolvidos planos de trabalho conjuntos com dois blocos económicos regionais, o *Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine* (UEMOA) e a Comunidade da África Oriental (CAO), para abordar os problemas da tributação do tabaco, eliminação das trocas ilícitas nos produtos de tabaco e promoção de meios de vida sustentáveis alternativos para os produtores de tabaco.

96. Ao abrigo deste Objectivo Estratégico, a OMS iniciou um diálogo que identificou uma abordagem intersectorial para lidar com as crescentes tendências de inactividade física, mau regime alimentar, consumo nocivo do álcool e consumo do tabaco. Ao mesmo tempo, os Estados-Membros receberam apoio para reforçar a vigilância das DNT, melhorar a monitorização dos programas de DNT e intensificar as intervenções, incluindo o fornecimento de tratamentos para a toxicod dependência e de sistemas de cuidados de saúde.

4.7 OE7: Determinantes sociais e económicos da saúde

97. O Objectivo Estratégico 7 procura abordar a resposta socioeconómica aos determinantes da saúde, de modo a produzir bons resultados na saúde entre os vários grupos da população. As intervenções prioritárias neste Objectivo Estratégico estão destacadas na estratégia para abordar os principais determinantes da saúde na Região Africana, adoptada pela sexagésima sessão do Comité Regional da OMS em Malabo, na Guiné Equatorial, em 2010.

98. O trabalho da OMS durante o biénio incidiu no aumento da sensibilização dos Estados-Membros relativamente aos benefícios da abordagem aos principais determinantes, de modo a melhorar os resultados na saúde; no apoio aos países para realizar análises equitativas da saúde; na documentação de experiências em acções intersectoriais e no reforço de capacidades para implementar a estratégia regional de abordagem aos principais determinantes da saúde.

99. Onze países⁶⁷ receberam apoio para realizarem acções de formação nacionais, de modo a acelerar a implementação da estratégia regional. A formação incidiu nos papéis de liderança e administração dos ministérios da saúde, nos mecanismos de coordenação para acções multisectoriais, incluindo a criação de grupos de trabalho sobre os determinantes sociais da saúde, e reforço de parcerias com vista à mobilização de recursos técnicos e financeiros.

100. De modo a analisar as disparidades nos determinantes proximais e estruturais da saúde em cada país, a OMS apoiou cinco países⁶⁸, incluindo três Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (PEID) na análise equitativa da saúde. Os relatórios da

análise documentaram o impacto da saúde de alguns dos principais determinantes sociais nos vários países. Maurícia, São Tomé e Príncipe e Seychelles partilharam as suas conclusões durante a reunião dos ministros da saúde dos PEID, realizada em São Tomé e Príncipe em Abril de 2013. Os outros dois países, a Libéria e Madagáscar, realizaram consultas nacionais para explorarem a aplicação dos resultados no desenvolvimento de políticas e programas da saúde. Os relatórios irão servir ainda como instrumentos de advocacia para os governos agirem sobre os principais determinantes da saúde e adoptarem uma abordagem de integração da saúde em todas as políticas.

101. Foi realizada uma análise ao estado de implementação de certas acções intersectoriais, incluindo a saúde, em todas as políticas na Região Africana. As conclusões foram aplicadas na elaboração: a) de um quadro analítico para acções intersectoriais na saúde; b) da declaração de posição sobre a saúde em todas as políticas na Região Africana da OMS; e c) na preparação de nove casos de estudo⁶⁹ sobre acções intersectoriais. Estes produtos foram discutidos na 8.ª Conferência Mundial sobre a Promoção da Saúde, realizada em Helsínquia, na Finlândia, em Junho de 2013.

102. Os nove casos de estudo nacionais captaram experiências na implementação de acções intersectoriais para abordar os principais determinantes de certas afecções de saúde pública. Estes demonstram a importância de acções intersectoriais para atingir os resultados na saúde e a necessidade de envolver os outros sectores na abordagem às afecções de saúde pública prioritárias.

103. Pela primeira vez, a OMS realizou uma acção de formação de orientação para gestores do programa em nove países⁷⁰ da África Central sobre a equidade, género e direitos humanos integrados nos programas da saúde. Como resultado, a República do Congo e a República Democrática do Congo começaram a recolher dados desagregados sobre sexo e idades e começaram também a integrá-los nos seus sistemas de rotina de informação sanitária. Estes dados vão ajudar a fornecer informação útil para vários programas-chave sobre a saúde e vão também facilitar a análise à equidade na saúde.

104. Ao abrigo deste Objectivo Estratégico, a OMS advogou a abordagem aos principais determinantes da saúde, de modo a melhorar os resultados na saúde e a reforçar a capacidade através de formações, apoio técnico e partilha das melhores práticas. Todos estes visavam o apoio aos Estados-Membros para que estes obtenham bons resultados na saúde entre os vários grupos da população.

4.8 OE8: Ambiente mais saudável

105. O Objectivo Estratégico 8 procura promover um ambiente mais saudável, intensificar a prevenção primária e influenciar as políticas públicas em todos os sectores, de modo a abordar as principais causas das ameaças ambientais à saúde. Na Região Africana, procura-se alcançar este objectivo através da implementação da Declaração de Libreville sobre a saúde e o ambiente em África.

106. Durante o período em apreço, a OMS apoiou os países na realização de análises da situação e avaliação das necessidades (SANA) para a implementação da Declaração de Libreville e para a preparação de planos nacionais de acção conjunta. Com esse objectivo, doze países⁷¹ adicionais receberam um apoio técnico e financeiro da OMS. Actualmente, um total de 34 países⁷² iniciou ou completou este processo.

107. A informação específica aos países criada pelas análises da situação e avaliação de necessidades sobre os determinantes ambientais da saúde humana e o estado dos sistemas de gestão nacional continuaram a ser processados através de um sistema regional computadorizado conhecido como Sistema de Gestão de Dados sobre a Relação entre Saúde e Ambiente (HELDS). De modo a melhorar as funcionalidades e desempenho do HELDS, foi criada e distribuída uma segunda versão (HELDS 2.0) para ser utilizada pelos países. Peritos nacionais de onze países⁷³, juntamente com os funcionários da sede da OMS, receberam formação para a utilização do HELDS.

108. Foi realizada uma avaliação da implementação da Declaração de Libreville, cinco anos após a sua adopção, em colaboração com o Programa das Nações Unidas para o Ambiente e o Banco Africano de Desenvolvimento. Esta avaliação incluiu uma auto-avaliação por parte dos países através da preparação de perfis nacionais; uma avaliação mais aprofundada em cinco países escolhidos aleatoriamente; e uma avaliação do apoio fornecido pelos parceiros.

109. Para além disso, seis países⁷⁴ realizaram uma documentação detalhada dos projectos intersectoriais eficazes da saúde e ambiente que abordam os ODM. As descobertas iniciais destas avaliações revelam que tem havido uma maior colaboração e projectos conjuntos entre ministérios da saúde, ministérios do ambiente e outros ministérios relevantes.

110. Foi desenvolvido um plano regional de acção para a adaptação da saúde pública às alterações climáticas em consulta com todos os 46 Estados-Membros. Foram elaboradas orientações para a preparação dos planos nacionais de adaptação e todos os países africanos receberam apoio técnico para prepararem os seus planos de adaptação às alterações climáticas de acordo com a Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre as Alterações Climáticas (UNFCCC). O Canadá, a Alemanha, a Noruega e o Reino Unido da Grã-Bretanha e da Irlanda do Norte financiaram a implementação dos projectos de adaptação da saúde às alterações climáticas, em conformidade com os planos, com o apoio técnico da OMS. Estes projectos procuram reforçar a resistência às alterações climáticas nas áreas da água e saneamento, nutrição e doenças vectoriais.

111. A OMS estabeleceu um Consórcio Internacional de Instituições Técnicas e Científicas (Clim-HEALTH África) para o desenvolvimento e implementação de sistemas de aviso e resposta antecipados aos impactos na saúde pública das alterações climáticas. O Clim-HEALTH África irá contribuir para o objectivo da saúde no Programa “Clima e Desenvolvimento em África” da União Africana.

112. A OMS intensificou os seus esforços para mobilizar os recursos financeiros de apoio a projectos sanitários e ambientais específicos a nível nacional. A *“abordagem estratégica para estimular os investimentos nas ligações entre saúde e ambiente como forma de contribuição para o desenvolvimento sustentável”* foi testada primeiramente nos Camarões, República Democrática do Congo e Gabão. Como resultado, os Camarões elaboraram um Plano Nacional de Investimento a cinco anos como uma contribuição conjunta dos sectores da saúde e ambiente aos objectivos de desenvolvimento sustentável do país. Este plano, que foi incluído nos orçamentos governamentais a partir de 2013, centra-se no aumento do acesso a água potável segura e do saneamento básico, na boa gestão de químicos e na adaptação às alterações climáticas. A República Democrática do Congo, o Gabão e o Quénia prepararam propostas de projectos para aumentarem a cobertura das intervenções na saúde e ambiente.

113. A OMS publicou, em 2012, o relatório sobre a Análise e Avaliação Globais da UN-Water do Saneamento e Água Potável (GLASS), utilizando dados recebidos de 74 países em desenvolvimento, incluindo 35 da Região Africana. Este relatório mostra que tanto os países em desenvolvimento como os países doadores não dão atenção suficiente às operações e manutenção das infra-estruturas relativamente à água potável, saneamento e higiene (WASH) e aos sistemas de informação para o planeamento e monitorização dos programas WASH.

114. A OMS, em colaboração com a UNICEF, publicou o relatório de 2013 sobre o Programa Conjunto de Monitorização relativamente ao acesso a água potável segura e saneamento, utilizando dados de 2010. O relatório mostrou que o acesso a água potável segura melhorou ligeiramente na Região, passando de 62% em 2008 para 63% em 2011. Também mostrou que a cobertura da água potável segura rural (52%) está muito atrás da cobertura da água potável segura urbana (85%). Do mesmo modo, a utilização de instalações de saneamento melhoradas aumentou de 33% para 34% no mesmo período, mais uma vez com uma grande discrepância entre as áreas urbanas (47%) e as áreas rurais (26%).

115. Ao abrigo deste Objectivo Estratégico, a OMS forneceu orientações de políticas e apoio técnico e reforçou a capacidade dos Estados-Membros em implementar a Declaração de Libreville sobre Saúde e Ambiente em África.

4.9 OE9: Nutrição, segurança e suficiência alimentar

116. O Objectivo Estratégico 9 procura melhorar a nutrição, a segurança e a suficiência alimentar ao longo da vida, de forma a apoiar a saúde pública e o desenvolvimento sustentável na Região. Em 2011 estimou-se que a subnutrição era um factor subjacente em 45% das mortes infantis a nível mundial, e a Região Africana continua a ser a única região com um aumento do número de crianças com atraso no crescimento na última década, com a maior incidência de atraso no crescimento a situar-se na África Oriental e Ocidental.⁷⁵

117. De modo a contribuir para a meta do ODM4 em reduzir a mortalidade nas crianças com menos de cinco anos, a OMS apoiou os países na protecção e promoção de práticas de alimentação infantil apropriadas. Isto foi feito principalmente através de apoio na revisão de políticas e planos estratégicos nacionais de Alimentação dos Bebés e de Crianças Pequenas (IYCF) no Botsuana, República Centro-Africana e Chade e de actividades de reforço de capacidades para IYCF em quatro outros países.⁷⁶ Foi fornecido um apoio a seis países⁷⁷ para reforçarem a sua capacidade de implementação do novo Gráfico de Crescimento da OMS e ao Quénia e África do Sul para promulgarem leis nacionais com vista à criação de um ambiente propício para óptimas práticas de aleitamento materno, impondo desta forma o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno.

118. A OMS, em parceria com outras importantes partes interessadas e através da Equipa de Directores Regionais da África Ocidental e Central, abordou os aspectos da alimentação e nutrição da crise no Sahel e outras partes da Região, centrando as suas acções na gestão da desnutrição aguda severa. O Manual sobre a Gestão da Desnutrição Aguda Severa (2000) foi revisto e doze países⁷⁸ adoptaram as orientações. Cabo Verde e Mali participaram no projecto conjunto das agências das Nações Unidas (OMS, UNICEF, FAO e WFP) sobre alimentação escolar consolidada e no programa de jardinagem, como forma de apoio à segurança e suficiência alimentar, nutrição e actividade física.

119. Outra das principais áreas de incidência da OMS foi apoiar os países no reforço dos seus sistemas de vigilância de nutrição. Neste aspecto, 10 países⁷⁹ implementaram o projecto Acelerar as Melhorias na Nutrição (ANI) para aumentarem a vigilância nutricional de rotina e reforçarem as Equipas de Coordenação Multisectoriais relativamente à Nutrição. Para além disso, o Chade, Comores e Madagáscar receberam apoio para reforçarem a vigilância nutricional em situações de emergência.

120. A segurança alimentar é uma grande preocupação para os países da Região. Como parte da resposta da OMS a este problema, foram desenvolvidos dois manuais, nomeadamente *Vigilância Integrada de Doenças de Origem Alimentar na Região Africana* e *Como Desenvolver Políticas e Planos Estratégicos de Segurança Alimentar*, sendo que o primeiro foi utilizado para formar técnicos dos sectores da agricultura e da saúde de quatro países⁸⁰ na vigilância de doenças de origem alimentar. Para além disso, o conceito da OMS *Cinco Chaves para uma Alimentação mais Segura*⁸¹ foi implementado em sete países⁸² como parte da educação da higiene alimentar e incorporada nos manuais de formação para a Gestão da Desnutrição Aguda Severa em seis outros países.⁸³

121. Ao abrigo deste Objectivo Estratégico, os Estados-Membros receberam apoio para melhorarem a nutrição, especialmente as práticas de alimentação de bebés e crianças pequenas, desenvolverem políticas sobre segurança alimentar, melhorarem a suficiência alimentar e reforçarem os seus sistemas de vigilância nutricional.

4.10 OE10: Serviços de saúde

122. O Objectivo Estratégico 10 centra-se na prestação de apoios normativos e técnicos aos países, para que possam melhorar os serviços de saúde através de melhor governação, financiamento, recursos humanos e gestão, informados por evidências fiáveis e acessíveis geradas pelos sistemas de investigação e saúde. As medidas tomadas decorrem das Orientações Estratégicas da OMS (2010 – 2015), dos quadros de execução da Declaração de Ouagadougou sobre os Serviços de Saúde Primários e Sistemas de Saúde e da Declaração de Argel sobre a Redução da Lacuna nos Conhecimentos.

123. Prestou-se apoio técnico a seis países adicionais⁸⁴ para a revisão das suas políticas nacionais e dos seus planos estratégicos de saúde, de modo a orientar o processo nacional de desenvolvimento da saúde e o seu financiamento. Através do Programa de Aprendizagem Mundial que se propõe desenvolver as capacidades dos funcionários da OMS para elaborar planos estratégicos e encetar o diálogo sobre as políticas, foram formadas 18 equipas adicionais das Representações da OMS⁸⁵, elevando assim para 46 o número total de equipas das Representações da OMS formadas, aumentando desta forma a participação da OMS na criação de sistemas e serviços através de políticas e planos nacionais sólidos.

124. Foi elaborado um guia dos custos dos planos estratégicos nacionais de saúde, que foi utilizado para calcular os custos dos PNEs em 13 países⁸⁶ e ajustar o conteúdo dos planos aos recursos estimados para a sua implementação. Foi publicado o primeiro Atlas de Despesas da Região Africana, que apresentou o panorama das despesas nacionais de saúde em todos os países e permitiu a comparação entre estes. O desenvolvimento das capacidades em termos da metodologia empregue na organização das Contas Nacionais da Saúde foi realizado em 26 países.⁸⁷ Como resultado, muitos países estão a utilizar os dados recolhidos para acompanhar as despesas de saúde e formular estratégias de financiamento. Foi dado o apoio técnico a 19 países⁸⁸, que começaram a implementar medidas para a cobertura universal da saúde.

125. O roteiro para melhorar a mão-de-obra no sector da saúde na Região Africana (2012–2025) foi elaborado e aprovado pelo Comité Regional. Foram desenvolvidas políticas e planos estratégicos nacionais em sete Estados-Membros⁸⁹, com o apoio da OMS, por forma a lidar com a magnitude da crise da mão-de-obra no sector da saúde e reduzir o seu impacto na prestação de serviços de saúde. Foram criados Observatórios Nacionais de RHSS em 6 países.⁹⁰ Em colaboração com as associações de entidades profissionais da Região, instituições académicas e comunidades económicas regionais (CER), foi elaborado um quadro regulamentar profissional para promover uma abordagem comum para a regulamentação relativa a enfermeiros e parteiras na Região.

126. O armazém de dados, e as plataformas de dados e estatísticas, os perfis analíticos, as publicações e o trabalho em rede integrados do Observatório Africano da Saúde estão totalmente operacionais. O perfil analítico de 22 países e um perfil regional foram adicionados ao portal do Observatório Africano da Saúde.⁹¹ O Uganda e a Etiópia

formularam estratégias e políticas nacionais relativas à Ciber saúde. Cabo Verde, Congo e Serra Leoa desenvolveram os seus observatórios nacionais de saúde (ONS), e a sexagésima segunda sessão do Comité Regional Africano aprovou uma resolução sobre os ONS, com o intuito de apoiar os sistemas nacionais de informação sanitária.

127. Quatro atlas de estatísticas sobre os países⁹² e quatro publicações do Monitor da Saúde em África foram produzidos pelo Observatório Africano da Saúde, abrangendo temas sobre os sistemas de saúde, a saúde reprodutiva, o controlo das doenças e os determinantes da saúde. Para além disso, foram elaborados os Atlas das Estatísticas Africanas sobre a Saúde de 2012 e 2013. Estes foram amplamente divulgados nos países da Região, fornecendo informações para a tomada de decisões.

128. A Rede de Políticas Informadas com base em Evidências (EVIPNet), uma plataforma de tradução dos conhecimentos da OMS, existente em sete países, promoveu a investigação e a recolha de evidências que influenciaram as mudanças nas políticas nacionais sobre práticas importantes de saúde pública. O Comité Consultivo Africano para a Investigação e o Desenvolvimento na Saúde (AACHRD) foi reconstituído e está a facultar conselhos importantes sobre a investigação para a agenda da saúde na Região Africana da OMS. Durante a reunião do Comité Consultivo Africano para a Investigação e o Desenvolvimento na Saúde (AACHRD), realizada na Cidade do Cabo, em 2012, a África do Sul reiterou a necessidade de se fazerem esforços colectivos para melhorar a agenda de investigação e inovação na Região, impulsionadores essenciais da saúde, equidade e desenvolvimento, e pediu para acolher e financiar a próxima reunião de um fórum africano anual de investigação, para aprofundar o debate sobre este tema.

129. De acordo com o Objectivo Estratégico 10 os Estados-Membros deveriam rever as suas políticas de saúde e planos estratégicos nacionais, definir as agendas de investigação, reforçar os recursos humanos e melhorar os seus sistemas de informação no sector da saúde através do Observatório Africano da Saúde e dos observatórios nacionais da saúde.

4.11 OE11: Produtos e tecnologias médicas

130. O Objectivo Estratégico 11 centra-se na melhoria do acesso e na qualidade e uso racional de produtos e tecnologias médicas nos Estados-Membros, através do apoio técnico e orientação das políticas de desenvolvimento e da implementação e a monitorização de políticas e estratégias nacionais abrangentes.

131. Seis países⁹³ actualizaram as suas políticas nacionais relativas aos medicamentos com o apoio da OMS, por forma a contribuir para uma maior disponibilidade, qualidade e uso racional de medicamentos essenciais. Para além disso, foram elaborados planos estratégicos com relação a medicamentos nacionais pelo Burkina Faso e pela Suazilândia, enquanto que o Zimbabwe elaborou uma estratégia de cinco anos sobre medicamentos e produtos médicos e o Benim avaliou o seu plano nacional de implementação das políticas sobre os medicamentos (2006–2010).

132. Quinze países receberam apoio para reforçar os seus sistemas farmacêuticos e melhorar o acesso a medicamentos de qualidade através da parceria EC/ACP/WHO sobre as políticas farmacêuticas. Para além disso, o Gana, o Uganda e a Zâmbia desenvolveram um plano de trabalho para implementar actividades de promoção da Aliança para a Transparência dos Medicamentos (MeTA), uma iniciativa mundial centrada na melhoria do acesso a medicamentos com garantia de qualidade em países em desenvolvimento através do aumento da transparência e da responsabilização no sector farmacêutico.

133. A OMS e o PNUD deram apoio à Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO) através da Organização da Saúde da África Ocidental (OOAS) no desenvolvimento de uma política e directivas regionais sobre as flexibilidades do Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio (ADPIC). Isto irá permitir aos Estados-Membros actualizar as políticas e a legislação nacionais e maximizarem o uso das oportunidades dadas pelas flexibilidades do ADPIC na melhoria do acesso aos medicamentos. Para além disso, as comunidades económicas da África⁹⁴ Ocidental, Central, Austral e Oriental receberam o apoio da OMS na implementação da Iniciativa Africana sobre a Harmonização do Registo dos Medicamentos. O Director Regional criou um Grupo de Trabalho sobre os Medicamentos de Qualidade Inferior, Rótulos Falsos, Falsificados e Contrafeitos (SSFFC) para que se compreenda melhor as implicações e contribuições regionais no debate global sobre este tema.

4.10 OE10: Serviços de saúde

134. As seguintes ferramentas e orientações importantes foram revistas e finalizadas por grupos de peritos multidisciplinares, sob a coordenação da OMS: a) o quadro Regional para regulamentação dos praticantes, das práticas e dos produtos da medicina tradicional; b) o quadro Regional para a colaboração entre praticantes da medicina tradicional e da medicina convencional; e c) uma ferramenta para documentar as práticas da medicina tradicional. Estas ferramentas proporcionam conhecimentos aos países, orientando-os na operacionalização das suas políticas e estratégias nacionais relativas à medicina tradicional.

135. A União Africana elaborou, com a colaboração da OMS, um plano de acção para a implementação da Década da Medicina Tradicional Africana (2011 – 2020) renovada e o plano de actividades da Produção Farmacêutica para a África, que foram aprovados pela Cimeira dos Chefes de Estado e de Governo da União Africana em Adis Abeba, em Julho de 2012. Estas ferramentas estão a ser utilizadas para melhorar o papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde e promover a produção local. A Farmacopeia à base de plantas da Organização de Saúde da África Ocidental (OOAS) para a sub-região da CEDEAO foi desenvolvida com o apoio da OMS, para orientar a harmonização das especificações técnicas e das normas de controlo de qualidade.

136. Quarenta e três países adoptaram políticas nacionais sobre laboratórios e sangue. Dos 43 países, 6 adoptaram políticas durante o biénio em curso⁹⁵ e, como resultado, tem havido progressos no que toca à qualidade e à quantidade das dádivas de sangue. Segundo as normas da OMS, mais de metade das necessidades de transfusão segura de unidades de sangue tem sido satisfeita actualmente na Região. A avaliação da implementação da Estratégia Regional para a Segurança do Sangue indica que o estado da transfusão de sangue em 37 países foi conhecido e que mais de 80% das dádivas de sangue em 21 países⁹⁶ foram voluntárias e não remuneradas. Foram iniciados programas de reforço da capacidade relativamente à segurança das injeções em 20 países.⁹⁷

137. Foram publicadas as Orientações da OMS para o Processo Gradual de Melhoria dos Laboratórios com vista à Acreditação (SLIPTA) e foram feitas parcerias com a Sociedade Africana de Medicina Laboratorial (ASLM) e os CDC/GAP-Atlanta para a sua implementação. Desde 2012, 32 laboratórios em oito países⁹⁸ já aplicaram a abordagem SLIPTA e três laboratórios de saúde pública foram acreditados na Tanzânia, no Togo e no Uganda. Vinte peritos laboratoriais, tanto de laboratórios veterinários como de saúde pública, em oito países da África Central⁹⁹ receberam formação sobre as normas ISO 15189.

138. Responsáveis pela segurança biológica do Ruanda, Senegal e Zâmbia foram formados em gestão de riscos biológicos e transporte de substâncias infecciosas de acordo com as regulamentações da IATA e da OMS. A Eritreia recebeu apoio para elaborar as suas orientações da política de serviços laboratoriais e protocolos sobre os procedimentos em diferentes níveis de unidades de saúde. Com o apoio da OMS e dos CDC, o Centro Africano para a Manutenção de Equipamentos Laboratoriais (ACLEM), em Enugu, na Nigéria, foi criado como um Centro de Excelência para efectuar serviços de manutenção, certificação e reparação de cabines de biossegurança.

139. Foram finalizadas as directrizes da OMS para a elaboração de políticas e planos nacionais de segurança do doente. As Parcerias Africanas para a Segurança do Doente (APPS) foram iniciadas em cinco países¹⁰⁰. Como resultado, estes países incluíram a segurança do doente nos seus planos nacionais de desenvolvimento sanitário. Com o apoio da OMS, foi organizada uma reunião de ministros de 20 países¹⁰¹ sobre a segurança do doente, para promover a consciencialização e intensificar as intervenções em matéria de segurança do doente.

140. Reforçaram-se as capacidades das autoridades nacionais de regulação dos medicamentos (NMRA) através da criação de planos de desenvolvimento institucional e formação de profissionais dentro do quadro da rede do Fórum Africano de Regulação das Vacinas (AVAREF). Também foi reforçada a capacidade de 21 Estados-Membros¹⁰² para supervisionar os ensaios clínicos de vacinas. Como resultado, sete países¹⁰³ estão a fazer a supervisão ética e regulatória e a assegurar a segurança dos participantes num ensaio clínico de fase 3 de uma vacina contra o paludismo.

141. No âmbito do Objectivo Estratégico 11, a OMS forneceu orientações às políticas, desenvolveu ferramentas e orientações para situações específicas dos países e apoiou o reforço das capacidades dos Estados-Membros de elaborar políticas, estratégias e planos para melhorar o acesso, a qualidade e o uso racional de medicamentos e tecnologias médicas.

4.12 OE12: Liderança, governação e parcerias

142. O Objectivo Estratégico 12 diz respeito ao papel da OMS em assegurar liderança, reforçar a governação e fomentar as parcerias para o desenvolvimento sanitário. Também aborda a coerência entre os vários níveis da Organização.

143. O Director Regional prosseguiu a defesa de um maior investimento no reforço dos sistemas nacionais de saúde por forma a promover a saúde, realizando missões de alto nível em 13 países na Região e fora desta. Para além disso, participou em 10 conferências internacionais para sensibilizar a respeito das necessidades, prioridades e estratégias da Região em matéria de saúde, e do apoio dado pela OMS aos Estados-Membros. Os temas das conferências incluíram abordagens futuras de financiamento, parcerias e acesso aos cuidados de saúde em África; a mudança para a equidade na saúde mundial; salvar mães que são vida; a nova era no tratamento e prevenção do VIH/SIDA; os factores de risco das doenças não transmissíveis; vacinação; recursos humanos para a saúde; e boa relação qualidade/preço, sustentabilidade e responsabilidade no sector da saúde.

144. Os chefes das representações da OMS (HWCO) em todos os países da Região focaram-se na saúde como parte integrante do desenvolvimento nacional e da cooperação da ajuda. Facilitaram o diálogo entre os governos, as partes interessadas do sector da saúde e os parceiros do desenvolvimento. Com base na Declaração de Paris sobre a Harmonização e o Alinhamento da Eficácia da Ajuda, promoveram a coordenação entre os parceiros do desenvolvimento sanitário, sob a liderança dos ministros da saúde. Além disso, estiveram na linha de frente da agenda da saúde pública no seio das equipas nacionais da ONU e garantiram de que os UNDAF/UNDAF reflectiam as prioridades nacionais de saúde. Programas conjuntos com outras agências da ONU em 21 países conduziram a uma melhoria na coerência das acções da ONU em matéria de saúde.

145. A reforma em curso da OMS, cuja tónica incide na resposta às necessidades dos países, sublinha a importância da Estratégia de Cooperação com os Países (CCS) enquanto instrumento essencial para a cooperação da OMS com os Estados-Membros. Foi dado o apoio técnico a trinta e oito países na revisão dos seus documentos de CCS. Foi feita uma reestruturação em 46 países, no sentido de melhorar a eficiência e reforçar ainda mais a presença da OMS nos países. Através de um acordo com o Governo da Argélia, o estatuto do Gabinete de Ligação naquele país foi elevado ao de uma Representação da OMS de pleno direito.

146. Em 2012, foi feita uma avaliação do trabalho das Equipas de Apoio Interpaíses (EAI). As principais recomendações, que estão todas em fase de implementação, incluem aumentar as capacidades das EAI para acelerar o apoio técnico aos países; ter pessoal adequado nas EAI para responder às necessidades dos países; reforçar a capacidade dos Técnicos Nacionais dos Programas; assegurar a externalização de serviços de consultores a baixo custo; e melhorar a coordenação das missões planeadas aos países.

147. O sexagésimo segundo Comité Regional debateu largamente a reforma em curso da OMS e aprovou resoluções relativas à saúde pública sobre, nomeadamente: gestão do risco de catástrofes; aceleração da prevenção e da luta contra o VIH/SIDA; roteiro para aumentar os recursos humanos para a saúde; estratégia de promoção da saúde; reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária através do Observatório Africano da Saúde; saúde e direitos humanos; Declaração de Brazzaville sobre as Doenças Não Transmissíveis; implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005). O Comité Regional acolheu e aceitou o pedido da República do Sudão do Sul de ser reafectada à Região Africana da OMS; este pedido foi aceite pela sexagésima sexta sessão da Assembleia Mundial da Saúde.

148. Foi promovido o esclarecimento por parte do público quanto ao trabalho da OMS e aos problemas de saúde através da produção e divulgação regular de materiais de informação. A disponibilidade da maioria destes materiais em linha contribuiu para um aumento de 12% no número de visitas ao sítio Web da Região Africana da OMS entre 2011 e 2012. Foram criadas e utilizadas plataformas de redes sociais como o *Twitter* e o *YouTube* para aumentar a consciencialização sobre o trabalho da OMS na Região. A capacidade do pessoal nas Representações da OMS e no Escritório Regional no domínio da comunicação foi reforçada através de acções de formação.

149. Foi criada uma rede de Responsáveis pela Comunicação, para fornecer capacidade de resposta rápida e apoio aos países, em casos de emergências de saúde pública ou humanitárias. As suas intervenções irão contribuir para melhorar a consciência das pessoas afectadas por surtos de doenças e situações de emergência, de modo a limitar a propagação de doenças e outros perigos para a saúde.

150. A Organização continuou a reforçar e diversificar as parcerias com organizações bilaterais (USAID, CDC, ACDI, DFID, Cooperação Francesa), organizações multilaterais (Banco Mundial, União Europeia, GAVI, Fundo Mundial, Banco Africano de Desenvolvimento, União Africana), comunidades económicas regionais (COMESA, SADC, CEDEAO, ECCAS, IGAD, CEN-SAD) e Fundações (Bill e Melinda Gates, Rotary, Hewlett) com a intenção de se alcançar melhor saúde para as populações na África. Foram estabelecidas e/ou reforçadas parcerias com a sociedade civil, ONG, sector privado e instituições académicas.

151. A OMS dirigiu e coordenou as acções do mecanismo de parceria Harmonização para a Saúde em África (HHA) fazendo avançar o diálogo entre os ministros das finanças e os ministros da saúde com o fim de melhorar o financiamento do sector da

saúde nos países. A HHA organizou uma reunião interministerial que aprovou a Declaração de Tunis sobre a boa relação qualidade/preço, a sustentabilidade e a responsabilidade no sector da saúde, um quadro que irá guiar as acções dos países e parceiros na aceleração dos progressos para a Cobertura Sanitária Universal.

152. Como seguimento à reunião de Tunis, o Banco Mundial e o Gabinete da Diplomacia no sector da Saúde Mundial do Departamento de Estado Norte-americano, em colaboração com outros parceiros da HHA organizaram conjuntamente um diálogo de alto nível entre ministros das finanças e ministros da saúde com o intuito de explorar opções de políticas que garantam que os investimentos na saúde produzem sistemas e resultados sustentáveis, com uma maior dependência nos fundos nacionais. Para tal, será necessária uma maior colaboração entre os ministros da saúde e os ministros das finanças, bem como formas inovadoras de aumentar o financiamento no sector da saúde, por exemplo, através da tributação de bebidas alcoólicas, telefones móveis, tabaco, etc., e do uso eficaz dos recursos, para assegurar o acesso universal. Solicitou-se aos países com um abundante património de recursos naturais valiosos que os traduzissem para os domínios da saúde e do desenvolvimento social.

153. O envolvimento contínuo da OMS nas acções conjuntas da ONU a nível regional através do Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas (UNDG) contribuiu para apoiar as equipas nacionais da ONU, especialmente no desenvolvimento dos UNDAF e em acções no sector da saúde mais harmonizadas e eficazes. A Organização liderou o grupo orgânico da saúde e envolveu-se em acções colaborativas nas áreas da Nutrição e das Emergências e Acção Humanitária. A capacidade das partes interessadas do sector da saúde envolvidas na gestão da desnutrição aguda grave foi aumentada durante a crise da seca que se viveu no Sahel. Além disso, a OMS teve um papel preponderante no controlo sub-regional da cólera em três países da África Ocidental.

154. Em suma, o Objectivo Estratégico 12 defendeu o aumento dos investimentos internos e externos nos sistemas nacionais de saúde; contribuiu para uma melhor coordenação entre os parceiros do desenvolvimento no sector da saúde; apoiou os países na revisão dos documentos CCS; avaliou o desempenho das Equipas de Apoio Interpaíses; organizou com êxito a reunião da sexagésima segunda sessão do Comité Regional, que aprovou importantes estratégias no domínio da saúde pública; e produziu e divulgou materiais informativos da OMS.

4.13 OE13: Uma OMS eficiente e eficaz

155. O Objectivo Estratégico 13 visa fornecer um apoio eficiente e eficaz aos programas técnicos no sentido de se alcançar os resultados esperados. Este apoio é dado em áreas funcionais que incluem: Gestão de Programas; Orçamento e Finanças; Serviços Administrativos; Recursos Humanos; Tecnologias de Informação; Serviços de Compras e Abastecimento; bem como os serviços de Tradução; Interpretação e Impressão.

156. Em relação à função de planeamento, o Secretariado trabalhou com 56 Centros Orçamentais para melhorar a gestão dos planos de trabalho a nível das Representações da OMS, do EAI e do Escritório Regional. Noventa e quatro membros do pessoal foram formados para se aumentar a utilização do quadro de gestão com base nos resultados. Isso melhorou a eficácia da gestão dos planos de trabalho através do uso do GSM e levou assim a resultados mais mensuráveis que, entre outras coisas, aumentaram a responsabilidade da OMS.

157. A Revisão Intercalar demonstrou uma implementação e uma boa gestão dos planos de trabalho em 2012. Além disso, os Relatórios Mensais de Monitorização do Orçamento (BMR) melhoraram a supervisão da execução do Orçamento do Programa. A reprogramação dos planos de trabalho foi simplificada de modo a possibilitar aos Centros Orçamentais alinharem os fundos disponíveis com os custos planeados e as dotações orçamentais ajustadas, sempre que for preciso.

158. Em 2012, a Região Africana contribuiu para a elaboração de demonstrações financeiras em toda a Organização e, pela primeira vez, cumpriu com as Normas Internacionais de Contabilidade do Sector Público (IPSAS). Esta é uma conquista significativa, uma vez que as demonstrações financeiras que estão de acordo com as IPSAS contribuem para uma maior transparência, responsabilização e um padrão mais elevado dos relatórios financeiros.

159. Foram conciliadas as principais contas bancárias da Região e mais de 270 fundos para adiantamentos, o que representa uma melhoria substancial relativamente aos anos anteriores. As responsabilidades legais da Organização perante o pessoal e os fornecedores de bens e prestadores de serviços estão actualizadas e a migração dos activos actuais e de longo prazo para o GSM estava mais de 90% concluída até ao final do período em apreço.

160. Houve uma melhoria considerável na gestão dos custos do pessoal nos planos de recursos humanos e nas afectações de despesas a fontes de financiamento apropriadas. Foram revistos os procedimentos para disponibilizar verbas nas contas bancárias das Representações da OMS para a implementação atempada dos programas. O reaprovisionamento dos fundos para adiantamentos foi melhorado de modo a que o excesso de dinheiro não fique estagnado e os custos de transacção sejam mantidos baixos. O Escritório Regional conseguiu eliminar o atraso dos créditos de seguros e contribuições pendentes dos funcionários para o fundo de pensões.

161. Em relação à gestão dos recursos humanos, ainda que persista a falta de fundos, o exercício de redução do pessoal que começou em 2011 abrandou em 2012. Desde o início do biénio 2012-2013, a função da Gestão dos Recursos Humanos (HRM) centrou o seu trabalho na implementação da nova estrutura de gestão no Escritório Regional, nas Equipas de Apoio Interpaíses e nas Representações da OMS nos países. A avaliação do desempenho dos recursos humanos melhorou em toda a Região, como resultado do

lançamento dos e-PMDS electrónicos, uma ferramenta mais simples de avaliação do pessoal.

162. Foram feitas contribuições para implementar a agenda de reforma da OMS relativamente às condições de emprego do pessoal para um melhor alinhamento das práticas de contratação com as realidades de financiamento da Organização. Além disso, centenas de funcionários foram formados a nível regional de modo a aumentar as suas capacidades para realizarem transacções de recursos humanos e de gestão através do GSM.

163. As equipas regionais estão a trabalhar conjuntamente com a sede da OMS para a implementação do *desktop management* e do *email* na Região Africana. Esta integração e agrupamento dos serviços deverá reduzir os custos de manutenção das TI e permitir ao pessoal desempenhar funções mais analíticas.

164. A renovação da infra-estrutura das TIC está a progredir a nível do Escritório Regional, incluindo a instalação de uma rede sem fios no campus do Escritório Regional. *Firewalls* geridas estão agora implementadas em todos os locais, melhorando assim a segurança e a protecção da largura de banda. Novas ferramentas como a “GoToMeeting” foram introduzidas para reforçar a colaboração entre os funcionários.

165. Os serviços administrativos e logísticos proporcionaram um apoio eficaz às conferências e reuniões estatutárias organizadas durante o ano, incluindo o sexagésimo segundo e o sexagésimo terceiro Comitês Regionais. Foram disponibilizadas tradução e interpretação nas três línguas da Região, bem como serviços de impressão e documentação.

166. Investimentos direccionados para as infra-estruturas melhoraram as condições de vida e de trabalho dos membros do pessoal e das suas famílias, apesar dos recursos orçamentais limitados. A segurança física foi reforçada no Escritório Regional através do reforço das barreiras do perímetro e da instalação de câmaras de vigilância.

167. Está a decorrer uma monitorização e uma avaliação da situação de segurança e dos níveis de ameaça, que têm mudado rapidamente, em muitas Representações da OMS. Foi dado um apoio financeiro às Representações da OMS no Burkina Faso, Mali e Nigéria, por forma a se poder cumprir com as Normas Mínimas Operacionais de Segurança (MOSS).

168. Várias resoluções foram aprovadas pelos Estados-Membros e os progressos da sua implementação estão a ser monitorizados de perto pelo Secretariado da OMS. O capítulo seguinte apresenta os progressos para cada resolução, num parágrafo que passa em revista a resolução, seguido de um resumo das actividades e dos resultados.

5. PROGRESSOS REALIZADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DO COMITÉ REGIONAL

5.1 AFR/RC51/R3: Saúde do adolescente: uma estratégia para a Região Africana

169. A resolução do Comité Regional de 2001 sobre a saúde do adolescente solicitava ao Director Regional que prestasse apoio técnico aos Estados-Membros no sentido de elaborarem políticas e programas nacionais para a saúde do adolescente; e que exercesse advocacia e mobilizasse recursos para a implementação destes programas.

170. Desde 31 de Dezembro de 2012, 25 países¹⁰⁴ na Região Africana elaboraram estratégias e/ou planos estratégicos no domínio da saúde do adolescente. Um relatório regional provisório sobre o estado da saúde do adolescente na Região Africana da OMS foi elaborado em 2012. Foram desenvolvidas ferramentas, orientações e normas para a implementação de serviços de saúde favoráveis aos adolescentes. Foram realizadas análises da situação e avaliações da cobertura como parte do aumento das capacidades em cinco países.¹⁰⁵ Os países foram orientados na introdução da vacina HPV como um elemento-chave da abordagem holística de prevenção do cancro do colo do útero.

5.2 AFR/RC58/R1: A saúde das mulheres na Região Africana da OMS: um apelo para a tomada de medidas

171. Preocupado com o nível inaceitavelmente alto da mortalidade materna na África Subsariana, o Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC/58/R1 em Setembro de 2008. A resolução solicitava ao Director Regional a “criar uma Comissão da Saúde da Mulher para gerar evidências sobre o papel da saúde melhorada das mulheres no desenvolvimento socioeconómico”. Em 2009, o Director Regional criou a Comissão da Saúde da Mulher na Região Africana, composta por uma equipa de 16 peritos multidisciplinares com amplas competências e conhecimentos em diversas disciplinas.

172. A Comissão recolheu evidências sobre os factores-chave que influenciam a saúde das mulheres e recomendou acções apropriadas por parte dos governos e de todos os sectores da sociedade, de modo a se alcançar uma melhoria sustentável na saúde das mulheres. O relatório intitulado: *Enfrentar o desafio da saúde da mulher em África: relatório da Comissão da Saúde da Mulher na Região Africana* foi apresentado em Dezembro de 2012 por S.Ex.^a a Sr.^a Ellen Johnson Sirleaf, Presidente da República da Libéria, na qualidade de Presidente Honorária da Comissão.

173. O relatório está a ser divulgado nos países e aos principais parceiros durante reuniões continentais e fóruns internacionais.

5.3 AFR/RC56/R2: Sobrevivência infantil: Estratégia para a Região Africana

174. Esta resolução solicitava que a OMS, em colaboração com os parceiros relevantes, apoiasse os países a intensificar as intervenções para a sobrevivência infantil através do reforço da capacidade nacional para elaborar eficazmente políticas, estratégias e planos e implementar e monitorizar as actividades que tratam dos problemas de sobrevivência infantil no contexto dos sistemas de prestação de cuidados de saúde.

175. Em termos da adopção das políticas, 38 países desenvolveram até ao momento políticas, estratégias e planos nacionais relativos à sobrevivência infantil e 17 países¹⁰⁶ estão a implementar a gestão integrada de casos de pneumonia, diarreia e paludismo na comunidade. No âmbito do alargamento da Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), 27 países estavam a implementar o AIDI em mais de 75% dos distritos visados, em 2011, em comparação com 22 países em 2009.¹⁰⁷

176. Isto contribuiu para uma redução na mortalidade de crianças com menos de cinco anos, de 175 por 1000 nados-vivos em 1990 para 107 por 1000 nados-vivos em 2011. Em 2011, 13 países da Região Africana da OMS estavam no bom caminho quanto à redução da mortalidade infantil em dois terços entre 1990 e 2015, em comparação com cinco em 2006, aquando da adopção da estratégia regional para a sobrevivência infantil. Vinte e quatro países estão a registar progressos, embora insuficientes; e nove países não fizeram quaisquer progressos.

5.4 AFR/RC61/R2: Quadro de Adaptação da Saúde Pública às Alterações Climáticas na Região Africana

177. O Quadro de Adaptação da Saúde Pública às Alterações Climáticas foi adoptado pelos Ministros Africanos da Saúde na 61.^a Sessão do Comité Regional em 2011. Os Ministros solicitaram ao Director Regional que apoiasse a promoção da utilização do Quadro como base de coordenação das acções dos parceiros e para facilitar o acesso dos países aos recursos financeiros disponibilizados aos países em desenvolvimento, especialmente os fundos destinados às alterações climáticas, para garantir o financiamento necessário à implementação dos planos de acção nacionais.

178. Os 38 Estados Membros elaboraram e aprovaram um plano de acção para implementar o Quadro em África no período 2012-2016. Foi criado um comité consultivo científico e técnico e foi realizada uma reunião e também avaliações sobre a vulnerabilidade das alterações climáticas para além da mobilização de recursos. A OMS participou na 17.^a e 18.^a Conferências das Partes na Convenção Quadro das Nações Unidas sobre as Alterações Climáticas.

5.5 AFR/RC61/R4: Erradicação da poliomielite na Região Africana

179. A Resolução FR/RC61/R4 exortou todos os Estados Membros em que há reincidência do vírus da poliomielite a declararem a poliomielite uma emergência nacional de saúde pública e a envolverem sistematicamente todos os líderes políticos e tradicionais, a todos os níveis, para garantir que todas as crianças sejam alcançadas durante a vacinação de rotina e as ASV, para interromper, com sucesso, toda a transmissão de poliovírus que ainda existe. Os Estados-Membros onde a transmissão é endémica (Nigéria) ou há reincidência (Angola, Chade e República Democrática do Congo), foram instados a implementar acções prioritárias em planos de emergência para garantir, o mais depressa possível, a interrupção da transmissão do poliovírus. Para além disso, todos os Estados-Membros foram exortados, especificamente, a mobilizar os recursos necessários, reforçar a colaboração transfronteiriça para aumentar a qualidade da vacinação e das acções de vigilância, melhorar a qualidade das ASV e reforçar a monitorização independente, atingir a cobertura de vacinação de rotina de pelo menos 90% com três doses de VOP, aumentar a vigilância da PFA e garantir que as actividades de resposta sejam implementadas até 4 semanas após a confirmação de qualquer caso de poliomielite.

180. Um total de 24 Estados-Membros na Região Africana, perfazendo uma população de cerca de 300 milhões de crianças com menos de cinco anos de idade, implementou pelo menos duas rondas de ASV. Quatro países¹⁰⁸, com o apoio da OMS, prepararam e estão a implementar rigorosamente os seus planos nacionais de emergência para a erradicação da poliomielite. O envolvimento de líderes políticos tradicionais e religiosos, aos níveis nacional e local, e a criação de condições para garantir uma microplanificação de alta qualidade, a formação e a supervisão de equipas de vacinadores bem como actividades inovadoras de mobilização social e comunicação, contribuíram para a

melhoria da qualidade das ASV. A importância atribuída à melhoria da responsabilidade dos intervenientes-chave, particularmente ao nível operacional nas áreas de maior risco, também contribuiu para melhorar a qualidade das actividades prioritárias de erradicação da poliomielite, incluindo a vacinação e a vigilância nessas áreas.

181. Por conseguinte, o número de casos confirmados de poliovírus selvagem na Região Africana da OMS diminuiu de 350, em 12 Estados-Membros em 2011, para 128 em três Estados-Membros, em 2012. Os três Estados-Membros da Região Africana (Angola, Chade e República Democrática do Congo) com reincidência de transmissão do vírus da poliomielite foram capazes de interromper a transmissão.¹⁰⁹ Dezassexes Estados-Membros alcançaram a meta de cobertura VOP3 em pelo menos 90%, enquanto 32 Estados-Membros alcançaram a meta da taxa de detecção da Paralisia Flácida Aguda (PAF) não transmissora da poliomielite, de pelo menos 2 por 100 000 habitantes na população com menos de 15 anos.

5.6 AFR/RC61/R1: Eliminação do Sarampo até 2020: Estratégia para a Região Africana

182. A Resolução AFR/RC61/R1 fixou a meta de 2020 para a eliminação do sarampo e exortou os Estados Membros a desenvolverem e a implementarem planos estratégicos nacionais para alcançar esta meta, em conformidade com o Plano Estratégico Regional. Os Estados-Membros foram instados a disponibilizar recursos necessários, mobilizar parceiros nacionais e internacionais dos sectores público e privado e das comunidades locais, e coordenar os esforços de eliminação do sarampo. Os Estados-Membros foram igualmente instados a produzir dados demográficos fiáveis e actualizados para a cobertura da monitorização da vacinação do sarampo.

183. Trinta¹¹⁰ países receberam apoio para elaborar planos estratégicos de eliminação do sarampo e atingir o objectivo da sua eliminação até 2020. A OMS ajudou os países a melhorar a coordenação e nas actividades de mobilização de recursos; foram mobilizados localmente 14,9 milhões de dólares americanos em 12 Estados-Membros¹¹¹ para o seguimento das ASV em 2012, quando foram vacinadas um total de 37 927 595 crianças. Nove¹⁰² dos 12 Estados- Membros receberam apoio para realizar estudos de cobertura para validação administrativa dos seus números de cobertura. Todas as ASV incluíram intervenções-chave de sobrevivência da criança tais como distribuição de anti-helmínticos, vitamina A e mosquiteiros tratados com insecticida.

184. No final de 2012, oito¹¹² (17%) Estados-Membros tinham alcançado a meta de pelo menos uma cobertura de 95% com vacina 1 de sarampo na vacinação de rotina. Dez dos 12 países¹¹³ (83%) que realizaram seguimento das ASV atingiram uma cobertura de 95%. A incidência confirmada do sarampo foi reduzida para menos de um por um milhão de habitantes em 17¹¹⁴ (39%) dos 44 Estados-Membros que indicaram a utilização de sistemas de vigilância com base em casos. Destes 44 Estados-Membros inquiridos, vinte e dois¹¹⁵ (52%) alcançaram as metas da qualidade da vigilância do sarampo (i.e. uma taxa de erupção cutânea febril não sarampo de pelo menos 2 por 100 000 habitantes e

pelo menos 80% de zonas que declararam pelo menos um caso suspeito de sarampo por ano).

6. DESAFIOS, CONDICIONALISMOS E LIÇÕES APRENDIDAS

6.1 Desafios e condicionalismos

185. O principal desafio com que o Secretariado da OMS e os Estados-Membros se defrontam na implementação do Orçamento-Programa tem sido a forma como aumentar as intervenções efectivas disponíveis e contribuir para os resultados desejados na área da saúde, à luz dos fracos sistemas de saúde e da crise financeira mundial que afectou alguns programas prioritários.

186. Em muitos países, as condições prevalecentes não contribuíram para o aumento significativo da cobertura de serviços essenciais relacionados com programas prioritários, tais como vacinação, VIH/SIDA, tuberculose, paludismo, saúde materna e infantil e doenças não transmissíveis. Onde se registaram progressos significativos, persiste o desafio de manter as realizações.

187. Ocorreram conflitos sociopolíticos e guerras na República Centro-Africana, Mali e Nigéria, que causaram mortos, feridos, deslocamento de populações e destruição de infra-estruturas, nomeadamente infra-estruturas sanitárias. A insegurança decorrente colocou um enorme desafio ao trabalho da OMS na implementação do Orçamento-Programa. Por exemplo, a vacinação e a vigilância das doenças foram afectadas, o que resultou na fraca implementação das actividades de erradicação da poliomielite.

188. Uma grande condicionante foi a crise financeira mundial, que provocou a diminuição dos recursos disponibilizados à OMS e que, em seguida, se traduziu na incapacidade para implementar correctamente algumas áreas programáticas importantes. A mobilização de contribuições voluntárias limitou a flexibilidade do Secretariado da OMS para afectar recursos permanentes às prioridades acordadas com os Estados-Membros, deixando áreas subfinanciadas tais como o reforço dos sistemas de saúde e o tratamento dos factores de risco e determinantes-chave da saúde. Embora o aumento do número e da diversidade de intervenientes no desenvolvimento da saúde tenha ajudado a mobilizar recursos adicionais financeiros e técnicos, contribuiu em alguns casos para a fragmentação, a fraca coordenação e a duplicação do apoio aos países, aumentando assim os custos de transacção.

189. Outros condicionalismos enfrentados pela OMS na Região incluíram a identificação de mais oportunidades para a mobilização de recursos, nomeadamente o reforço de capacidades e a apresentação atempada de relatórios aos doadores, bem como as flutuações dos custos de transacção e os desafios ligados ao trabalho com parceiros que têm mandatos e interesses diferentes. Além disso, deve-se acelerar a contribuição efectiva dos Estados-Membros ao FAESP, bem como a sua operacionalização, uma vez que é uma forma inovadora de mobilizar recursos na Região.

6.2 Lições Aprendidas

190. A estreita colaboração e a correcta comunicação entre os três níveis da OMS, acompanhada pela clara definição de papéis e responsabilidades, melhorou a coesão interna e a eficiência, bem como a prestação atempada de apoio aos países. Através de trabalho conjunto concretizaram-se sinergias na utilização de recursos técnicos e financeiros nos diversos programas e unidades. Por exemplo, vários programas da OMS estão conjuntamente a apoiar países a implementarem uma abordagem global para a prevenção e tratamento do cancro do colo do útero, incluindo a introdução da vacina para o HPV.

191. O trabalho em colaboração com as Agências das Nações Unidas e outros parceiros através de mecanismos como o UNDAF, ao nível nacional, e a parceria Harmonização para a saúde em África, ao nível regional, facilitou um apoio mais consistente e harmonizado aos Estados-Membros. Um exemplo é a redução da ameaça de epidemias devido à meningite meningocócica A na África Ocidental, através da introdução da MenAfriVac™ e a interrupção da transmissão do vírus da poliomielite nos três países em que houve reincidência da transmissão. Outro exemplo é a acção coordenada pelo mecanismo da parceria Harmonização para a Saúde em África (HHA) que encetou o diálogo entre os Ministros das Finanças e os Ministros da Saúde e reforçou mecanismos eficazes de financiamento da saúde e de prestação de serviços. Estas recomendações estão em conformidade com o Apelo à Acção de Acra, adoptado na reunião dos intervenientes nas DTN, realizada em Junho de 2012. Outros exemplos, que contribuem para os esforços de combate às DTN, são o Apelo à Acção dos Intervenientes, o Plano de Acção Mundial para as DTN, adoptado pela Sexagésima Sexta Assembleia Mundial da Saúde, e o Plano Estratégico Regional para as DTN, que deverá ser adoptado na Sexagésima Terceira Sessão do Comité Regional.

192. Assim, a OMS continuará a alargar parcerias e alianças, e a estabelecer um maior envolvimento com as organizações da sociedade civil, associações profissionais e instituições académicas para fazer frente às prioridades sanitárias da Região.

193. Foram introduzidas medidas de redução de custos para responder à falta de recursos devido à crise financeira, nomeadamente redução do número de reuniões organizadas, redução de viagens e aumento da utilização das tecnologias de comunicação, início atempado dos pedidos de viagem, que contribuiu para a redução dos custos das mesmas. Tudo isso teve resultados positivos e reforçou a cultura de responsabilidade colectiva entre o pessoal, que será alargada e prosseguida aos níveis nacional, sub-regional e regional.

194. Além disso, o trabalho da Equipa de Observância do Escritório Regional reforçou a responsabilidade e melhorou o tempo de análise das recomendações da auditoria e também a conformidade com o regulamento financeiro da OMS. A cultura de auditoria, observância e supervisão está a melhorar a gestão geral da OMS na Região. Entretanto, o diálogo sobre o financiamento, encetado com os parceiros no quadro do financiamento

da implementação do Orçamento-Programa, deverá melhorar tanto o financiamento como a eficácia da OMS.

7. CONCLUSÃO

195. O Orçamento-Programa para 2012 – 2013 é o último do Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho, que abarcou um período inicial de aumento da disponibilização de recursos para a saúde, interrompido pela crise financeira mundial. A OMS e os seus Estados- Membros tiveram de se adaptar a esta realidade e ao contexto da saúde mundial em mudança. Ao mesmo tempo, tiveram de acelerar medidas para fazer face ao elevado fardo de doenças transmissíveis e aos níveis elevados de mortalidade materna e infantil. Também se teve em conta as prioridades emergentes, tais como as doenças não transmissíveis, e estão sendo envidados esforços adicionais para reforçar os sistemas de saúde.

196. Este relatório demonstra que foram realizados progressos significativos nos vários Objectivos Estratégicos para prestar apoio político e normativo, produzir evidências e dados para a tomada de medidas e de decisões e apoio técnico para aumentar as intervenções efectivas. Este esforço contribuiu para os resultados sanitários nos países. Os Estados- Membros decidiram mobilizar recursos financeiros adicionais e criaram o Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública, que agora está a operacional. São necessários esforços adicionais para melhorar o financiamento do sector da saúde, a prestação e a equidade dos serviços visando a cobertura sanitária universal.

197. Em conclusão, o trabalho da OMS contribuiu para gerar resultados na área da saúde e ter impacto aos níveis regional e mundial através das funções essenciais da OMS. O papel fundamental dos governos e as contribuições significativas dos parceiros da saúde, aos níveis nacional e internacional, são dignos de nota. O próximo orçamento-programa será implementado no quadro da reforma da OMS de acordo com o estipulado no Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho. Os trabalhos para atingir os ODM serão acelerados em colaboração com os parceiros e com base nos progressos registados em áreas como a redução da mortalidade infantil. As reformas administrativas em curso, incluindo a melhoria do cumprimento das funções e maior eficiência na utilização dos recursos, serão consolidadas. A OMS trabalhará com os Estados-Membros e os parceiros do desenvolvimento da saúde para defender a devida importância atribuída à saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 e dará apoio aos países na concretização dos seus objectivos de saúde.

ANEXOS

Quadro 1: Plano Estratégico da OMS a Médio Prazo para 2008 – 2013: Apresentação dos Objectivos Estratégicos

01	Reduzir o fardo sanitário, social e económico das doenças transmissíveis.
02	Combater o VIH/SIDA, o paludismo e a tuberculose.
03	Prevenir e reduzir as doenças, as incapacidades e as mortes prematuras provocadas por doenças crónicas não transmissíveis, perturbações mentais, violência e traumatismos, e as deficiências visuais.
04	Reduzir a morbilidade e a mortalidade e melhorar a saúde durante as principais fases da vida, nomeadamente gravidez, parto, período pré-natal, infância e adolescência, melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover um envelhecimento saudável para todos os indivíduos.
05	Reduzir as consequências sanitárias de situações de emergência, catástrofes, crises e conflitos e minimizar o seu impacto social e económico.
06	Promover a saúde e o desenvolvimento e evitar ou reduzir os factores de risco das afecções de saúde associadas ao uso do tabaco, álcool, drogas, e outras substâncias psicotrópicas, alimentação desequilibrada, falta de actividade física e sexo de risco.
07	Agir sobre determinantes sociais e económicos subjacentes à saúde através de políticas e programas que promovam a equidade na saúde e integrem abordagens a favor dos pobres, que tenham em conta o género e sejam baseadas nos direitos humanos.
08	Promover um ambiente mais saudável, intensificar a prevenção primária e influenciar políticas públicas em todos os sectores para abordar as causas que estão na origem das ameaças ambientais à saúde.
09	Melhorar a nutrição e a suficiência alimentar em todo o ciclo de vida para apoiar a saúde pública e o desenvolvimento sustentável.
10	Promover os serviços de saúde através duma melhor gestão, financiamento, dotação de pessoal e gestão com base na investigação e em evidências fiáveis e acessíveis.
11	Garantir um melhor acesso, qualidade e utilização de produtos e tecnologias médicas.
12	Fornecer liderança, reforçar a gestão e promover parcerias em colaboração com os países, o sistema das Nações Unidas e outros parceiros, a fim de cumprir o mandato da OMS de avançar a agenda mundial da saúde, de acordo com o estipulado no Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho.
13	Desenvolver e apoiar a OMS como uma organização flexível e pedagógica, permitindo-lhe levar a cabo o seu mandato com mais eficiência e eficácia.

Quadro 2:Orçamento-Programa aprovado para 2012 – 2013: dotação por objectivo estratégico, fonte de financiamento e distribuição entre as Representações da OMS nos países e o Escritório Regional (em milhares de dólares americanos)

OE	EscritórioRegional/EAI			Representações da OMS			Total Região Africana		
	CF	CV	Total	CF	CV	Total	CF	CV	Total Geral
OE 01	7225	124 815	132 040	13 594	338 448	352 042	20 819	463 263	484 082
OE 02	5858	54 592	60 450	5827	81 190	87 017	11 685	135 782	147 467
OE 03	4375	3106	7481	6692	4775	11 467	11 067	7881	18 948
OE 04	7382	22 021	29 403	13 679	34 002	47 681	21 061	56 023	77 084
OE 05	2306	20 436	22 742	1994	66 535	68 529	4300	86 971	91 271
OE 06	4364	3950	8314	6986	4986	11 972	11 350	8936	20 286
OE 07	3219	1918	5137	3110	2499	5609	6329	4417	10 746
OE 08	1994	3130	5124	4079	3516	7595	6073	6646	12 719
OE 09	2345	2557	4902	3443	2288	5731	5788	4845	10 633
OE 10	10 865	14 190	25 055	14 949	31 787	46 736	25 814	45 977	71 791
OE 11	3071	5073	8144	3533	14 146	17 679	6604	19 219	25 823
OE 12	5455	9194	14 649	31 319	0	31 319	36 774	9194	45 968
OE 13	18 213	31 490	49 703	23 723	2822	26 545	41 936	34 312	76 248
Total	76 672	296 472	373 144	132 928	586 994	719 922	209 600	883 466	1 093 066

NOTAS FINAIS

- ¹ Todos os países, excepto Burkina Faso, Cabo Verde, Comores, Gâmbia, Guiné-Bissau, Lesoto, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia e Ruanda.
- ² Benim, Burúndi, Camarões, República CentroAfricana, República Democrática do Congo, Etiópia, Gâmbia, Quénia, Malawi, Mali, Ruanda, Serra Leoa e África do Sul.
- ³ Benim, Burkina Faso, Camarões, Côte d'Ivoire, Guiné, Libéria, Mali e Serra Leoa.
- ⁴ Resolução AFR/RC61/R4, Erradicação da Poliomielite na Região Africana. Em: *Sexagésima primeira Sessão do Comité Regional Africano da OMS, Yamoussoukro, Côte d'Ivoire, 29 de Agosto a 2 de Setembro de 2011, Relatório Final*, Brazzaville, Organização Mundial de Saúde, Escritório Regional Africano, 2011 (AFR/RC61/14) pp. 12-14.
- ⁵ Angola, República Centro-Africana, Chade, Congo, República Democrática do Congo, Côte d'Ivoire, Gabão, Guiné, Quénia, Mali, Niger e Nigéria.
- ⁶ Burúndi, Camarões, Chade, Eritreia, Guiné, Guiné-Bissau, Quénia, Namíbia, Niger, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Sierra Leone, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
- ⁷ Angola, Etiópia, Guiné, Madagáscar e Niger.
- ⁸ Argélia, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Cabo Verde, Comores, Congo, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Malawi, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Ruanda, Senegal, Seychelles, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
- ⁹ Benim, Camarões, Chade, Gana, Nigéria, Senegal e Sudão do Sul.
- ¹⁰ PCV (Benim, Botsuana, Burúndi, Camarões, República Centro-africana, Congo, República Democrática do Congo, Etiópia, Gâmbia, Gana, Quénia, Madagáscar, Malawi, Mali, Moçambique, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, África do Sul, Tanzânia, Uganda, Zimbabwe); Vacina Rotavirus (Botsuana, Gana, Malawi, Ruanda, África do Sul, Tanzânia e Zâmbia).
- ¹¹ Burkina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Congo, República Democrática do Congo, Gana, Guiné, Quénia, Lesoto, Seychelles, Tanzânia, Uganda e Zimbabwe.
- ¹² Camarões, República Centro-Africana, Chade, Gana, Guiné, Seychelles, Uganda e Zimbabwe.
- ¹³ Chade, Etiópia, Mali e Sudão do Sul.
- ¹⁴ Angola, Benim, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Comores, Congo, República Democrática do Congo, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quénia, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Niger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.
- ¹⁵ Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Congo, República Democrática do Congo, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quénia, Lesoto, Libéria, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Niger, Nigéria, Ruanda, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
- ¹⁶ Botsuana, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Etiópia, Gabão, Gana, Quénia, Malawi, Mali, Moçambique, Namíbia, Niger, Ruanda, Serra Leoa, África do Sul, Togo, Suazilândia, Zâmbia e Zimbabwe.
- ¹⁷ Botsuana, Burkina Faso, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Etiópia, Gabão, Gana, Malawi, Namíbia, Ruanda, Togo, Zâmbia e Zimbabwe.
- ¹⁸ Botsuana, Etiópia, Quénia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Ruanda, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
- ¹⁹ Angola, Botsuana, Burúndi, Camarões, Chade, República Democrática do Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Quénia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nigéria, África do Sul, Suazilândia, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe.
- ²⁰ Botsuana, Gana, Namíbia, África do Sul, Suazilândia e Zâmbia.

-
- 21 Botsuana, Namíbia, Ruanda, Suazilândia e Zâmbia.
- 22 Benim, Burkina Faso, Burundi, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Malawi, Mali, São Tomé e Príncipe, Senegal, África do Sul, Uganda e Zimbabwe.
- 23 Relatório Mundial de 2012 sobre a TB.
- 24 Angola, Botsuana, Etiópia, Gana, Quênia, Lesoto, São Tomé e Príncipe, Seychelles, Tanzânia e Zâmbia.
- 25 Argélia, Benim, Burúndi, Comores, República Democrática do Congo, Eritreia, Gâmbia, Gana, Quênia, Malawi, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Ruanda, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, Tanzânia e Zâmbia.
- 26 República Democrática do Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gana, Quênia, Madagáscar, Malawi, Moçambique, Nigéria, Libéria, Suazilândia, Senegal e Zimbabwe.
- 27 <http://www.alma2015.org/alma-scorecard-accountability-and-action>.
- 28 Botsuana, Burúndi, Chade, Comores, Côte d'Ivoire, Eritreia e Zimbabwe.
- 29 Benim, Burúndi, Camarões, Chade, Comores, República Democrática do Congo, Quênia, São Tomé e Príncipe, Senegal, Uganda e EAI/ESA.
- 30 Benim, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana e Serra Leoa.
- 31 Botsuana, Cabo Verde, Namíbia, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia (Zanzibar) e Zimbabwe.
- 32 Argélia, Botsuana, Cabo Verde, Eritreia, Madagáscar, Namíbia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia e Zâmbia.
- 33 Angola, Benim, Camarões, República Centro-Africana, Camarões, Comores, República Democrática do Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Madagáscar, Mali, Moçambique, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, África do Sul, Sudão do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Uganda e Zimbabwe.
- 34 http://www.who.int/malaria/publications/atoz/smc_policy_recommendation_en_032012.pdf.
- 35 http://www.who.int/malaria/test_treat_track/en/.
- 36 República Centro-Africana, Guiné Equatorial, Etiópia, Côte d'Ivoire, Libéria, Malawi, Moçambique, Nigéria, Tanzânia e Togo.
- 37 Angola, Benim, Congo, República Democrática do Congo, Côte d'Ivoire, Malawi, Mali, Moçambique, Niger, Nigéria e Senegal.
- 38 O Plano de Acção Mundial de 2013 – 2020 para prevenção e combate às doenças não transmissíveis; o quadro geral de monitorização mundial e metas de prevenção e combate às doenças não transmissíveis; os Planos de Acção Mundiais Actualizados de 2013 – 2020 para a saúde mental e a Saúde Oftálmica Universal – plano de acção mundial para 2014 – 2019.
- 39 Argélia, Benim, Burkina Faso, Guiné Equatorial, Comores, Congo, República Democrática do Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Mali, Maurícia, Namíbia, Niger, Nigéria, São Tomé e Príncipe e Zâmbia.
- 40 Moçambique, Namíbia, Nigéria, Serra Leoa, África do Sul e Uganda.
- 41 Benim, Côte d'Ivoire, Guiné e Serra Leoa.
- 42 Benim, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guiné-Bissau, Mali, Niger, Senegal e Togo.
- 43 Burkina Faso, Moçambique, Níger, Tanzânia e Zimbabwe.
- 44 Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Moçambique e Ruanda.
- 45 Benim, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Guiné, Serra Leoa e Togo.
- 46 Níveis e tendências na mortalidade infantil, Relatório de 2012, elaborado pelo Grupo Interinstitucional das Nações Unidas para as estimativas da mortalidade infantil; UNIFEC 2010.
- 47 Argélia, Botsuana, Cabo Verde, Etiópia, Libéria, Madagáscar, Malawi, Maurícia, Níger, Ruanda, Seychelles, República Unida da Tanzânia e Zâmbia.

-
- 48 Gâmbia (50%), Guiné (50%), Togo (51%), Mali (51%), Níger (52%), São Tomé e Príncipe (54%), Benim (55%), Argélia (56%), Burkina Faso (57%), Malawi (59%), Cabo Verde (61%), Madagáscar (62%), Angola (62%), Ruanda (63%), Etiópia (64%), Eritreia (73%) e Guiné Equatorial (81%).
- 49 Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Comores, Côte d’Ivoire, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Uganda e Zimbabwe.
- 50 Angola, Benim, Botsuana, Camarões, Comores, Congo, República Democrática do Congo, Etiópia, Guiné, Madagáscar, Malawi, Mauritânia, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Tanzânia (continente), Togo, Uganda e Zimbabwe.
- 51 Burkina Faso, Camarões, República Democrática do Congo, Etiópia, Guiné, Quênia, Lesoto, Malawi, Suazilândia, Tanzânia e Uganda.
- 52 Burkina Faso, Chade, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Quênia, Lesoto, Mali, Níger, Suazilândia, Tanzânia e Zâmbia.
- 53 Angola, Burúndi, Nigéria e Suazilândia.
- 54 Burúndi, Comores, Lesoto e Malawi.
- 55 Eritreia, Etiópia, Quênia, Lesoto, Malawi, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
- 56 Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Côte d’Ivoire, Gana, Gâmbia, Guiné, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
- 57 Congo, República Democrática do Congo, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Níger, Serra Leoa e Uganda.
- 58 Gana, Quênia, Moçambique, Namíbia, Ruanda, Serra Leoa, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
- 59 Botsuana, Gana, Quênia, Lesoto, Maurícia, Namíbia, Seychelles, Togo, Zâmbia e Zimbabwe.
- 60 Etiópia, Gana, Quênia, Maurícia, Namíbia, Nigéria, Seychelles e África do Sul.
- 61 Burúndi, Quênia, Malawi, Namíbia e Zâmbia.
- 62 Gana, Lesoto, Malawi, Namíbia, Zâmbia e Zimbabwe.
- 63 Burkina Faso, Congo, Gana, Guiné, Madagáscar, Mali, Níger, Ruanda, Seychelles e Togo.
- 64 Côte d’Ivoire, Quênia, Moçambique, Níger, São Tomé e Príncipe, Senegal e Zâmbia.
- 65 Côte d’Ivoire, Namíbia, África do Sul, Uganda e Zâmbia.
- 66 Gana, Quênia, Senegal, Uganda e Zâmbia.
- 67 Botsuana, Camarões, Guiné Equatorial, Quênia, Madagáscar, Namíbia, Senegal, Suazilândia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
- 68 Libéria, Madagáscar, Maurícia, São Tomé e Príncipe e Seychelles.
- 69 Botsuana, Quênia, Lesoto, Moçambique, Namíbia, Ruanda, Suazilândia, Uganda e Zimbabwe.
- 70 Burúndi, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Congo, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Gabão e São Tomé e Príncipe.
- 71 Benim, Burkina Faso, Côte d’Ivoire, Gâmbia, Guiné, Namíbia, Níger, Ruanda, Senegal, Seychelles, África do Sul e Togo.
- 72 Angola, Botsuana, Benim, Burúndi, Camarões, Comores, Congo, República Democrática do Congo, Côte d’Ivoire, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Mali, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia e Togo.
- 73 Burkina Faso, Burundi, Camarões, Congo, Côte d’Ivoire, Etiópia, Gabão, Guiné, Quênia, Lesoto e Mali.

-
- 74 Etiópia, Gabão, Quênia, Lesoto, Mali e Serra Leoa.
- 75 Black RE, Victora CG, Walker SP, and the Maternal and Child Nutrition Study Group. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2013; publicado online a 6 de Junho. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X).
- 76 República Centro-Africana, Chade, Tanzânia e Zâmbia.
- 77 Camarões, Guiné-Bissau, Quênia, Malawi, Serra Leoa e Zimbabwe.
- 78 Angola, República Centro-Africana, Chade, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Guiné, Mali, Mauritânia, Níger, Serra Leoa e Tanzânia.
- 79 Burkina Faso, Etiópia, Moçambique, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
- 80 Comores, Madagáscar, Maurícia e Seychelles.
- 81 MANUAL DAS CINCO CHAVES PARA UMA ALIMENTAÇÃO MAIS SEGURA - www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual_keys.pdf.
- 82 Chade, Cote d'Ivoire, Gabão, Guiné, Mali, Maurícia e Togo.
- 83 Côte d'Ivoire, Gâmbia, Mali, Mauritânia, Níger e Senegal.
- 84 Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gambia, Kenya, Liberia and Sierra Leone.
- 85 Angola, Botswana, Cape Verde, Central Africa Republic, Comoros, Equatorial Guinea, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Lesotho, Liberia, Namibia, Sao Tome and Principe, Senegal, South Africa and Swaziland.
- 86 Burkina Faso, Cape Verde, Democratic Republic of Congo, Ethiopia, Kenya, Lesotho, Liberia, Mauritania, Mozambique, Senegal, Sierra Leone, Togo and Zambia.
- 87 Algeria, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroon, Democratic Republic of Congo, Ethiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Kenya, Liberia, Malawi, Mauritania Mozambique, Niger, Nigeria, Rwanda, Seychelles, Sierra Leone, Tanzania, Togo, Uganda, Zambia and Zimbabwe.
- 88 Benin, Botswana, Burkina Faso, Cape Verde, Chad, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinea, Kenya, Lesotho, Liberia, Mali, Mozambique, Niger, Rwanda, South Africa, Tanzania, Uganda and Zambia.
- 89 Burundi, Guinea-Bissau, Mali, Mozambique, Senegal, Uganda and Zambia.
- 90 Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Ethiopia, Nigeria and Senegal.
- 91 Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cape Verde, Comoros, Congo, Côte d'Ivoire, Equatorial Guinea, Ethiopia, Gabon, Gambia, Liberia, Malawi, Mauritania, Mozambique, Namibia, Niger, Sierra Leone, Swaziland, Uganda, Zambia and Zimbabwe.
- 92 Cape Verde, Congo, Rwanda and Sierra Leone.
- 93 Benin, Burkina Faso, Cameroon, Liberia, Mali and Swaziland.
- 94 Economic Community of West African States/West African Health Organization (ECOWAS/WAHO), Economic and Monetary Union of West Africa (UEMOA), Economic Community of Central African States (ECCAS), East African Community (EAC) and Southern African Development Community (SADC).
- 95 Burkina Faso, Burúndi, República Democrática do Congo, Eritreia, Maurícia e Seychelles.
- 96 Argélia, Benim, Botsuana, Burúndi, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Quênia, Lesoto, Malawi, Maurícia, Namíbia, Nigéria, Ruanda, Senegal, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
- 97 Burkina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Comores, Congo, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Niger, Nigéria, Senegal, África do Sul, Togo and Uganda.
- 98 Camarões, Cote d'Ivoire, Etiópia, Quênia, Lesoto, Moçambique, Nigéria and Tanzânia.
- 99 Burundi, Camarões, Chade, Congo, República Democrática do Congo, Equatorial Guiné, Gabão, São Tomé e Príncipe.
- 100 Burúndi, Côte d'Ivoire, Moçambique, Ruanda e Zâmbia.

-
- ¹⁰¹ Argélia, Benim, Burkina Faso, Cabo Verde, Comores, Chade, República Democrática do Congo, Côte d'Ivoire, Gabão, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Libéria, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Libéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Togo, Tunísia, Zâmbia e Zimbabwe.
- ¹⁰² Botsuana, Burkina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Quênia, Malawi, Mali, Moçambique, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
- ¹⁰³ Burkina Faso, Gabão, Gana, Quênia, Malawi, Moçambique e Tanzânia.
- ¹⁰⁴ Benin, Botswana, Burkina Faso, Central African Republic, Comoros, Congo, Democratic Republic of Congo, Ethiopia, Gabon, Ghana, Guinea, Madagascar, Malawi, Mali, Namibia, Niger, Rwanda, Sao Tome and Principe, Sierra Leone, South Africa, Tanzania, Togo, Uganda, Zambia and Zimbabwe.
- ¹⁰⁵ Chad, Ethiopia, Malawi, Tanzania and Uganda.
- ¹⁰⁶ Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Democratic Republic of Congo, Eritrea, Ethiopia, Ghana, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Rwanda, Senegal, Togo and Uganda.
- ¹⁰⁷ Benin, Botswana, Burkina Faso, Central African Republic, Equatorial Guinea, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Rwanda, Sao Tome and Principe, Senegal, Sierra Leone, South Africa, Swaziland, Tanzania, Togo, Uganda and Zambia.
- ¹⁰⁸ Angola, Chade, República Democrática do Congo e Nigéria.
- ¹⁰⁹ Em Junho de 2013, Angola tinha passado 23 meses sem um caso confirmado de vírus agressivo da poliomielite, o Chade 12 meses e a República Democrática do Congo 18 meses.
- ¹¹⁰ Benim, Burkina Faso, Camarões, Cabo Verde, Chade, Congo, República Democrática do Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Mauritânia, Maurícia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Suazilândia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
- ¹¹¹ Burúndi, Camarões, Eritreia, Guiné-Bissau, Quênia, Namíbia, Níger, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
- ¹¹² Argélia, Cabo Verde, Eritreia, Malawi, Maurícia, Ruanda, Seychelles e Suazilândia.
- ¹¹³ Burúndi, Camarões, Chade, Guiné, Quênia, Namíbia, Níger, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
- ¹¹⁴ Argélia, Botsuana, Cabo Verde, Comores, Gabão, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mauritânia, Moçambique, África do Sul, Suazilândia e Zimbabwe.
- ¹¹⁵ Benim, Burkina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Congo, República Democrática do Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gâmbia, Gana, Quênia, Lesoto, Moçambique, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, África do Sul, Suazilândia, Togo, Uganda e Zimbabwe.