

# Actividades da **OMS** na Região Africana 2012-2013

Relatório Bienal do Director Regional

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
Escritório Regional para a África  
Brazzaville 2014



AFR/RC64/2  
Original: Inglês

# Actividades da **OMS** na Região Africana 2012-2013

## Relatório Bienal do Director Regional

À sexagésima quarta sessão do Comité Regional Africano,  
Cotonou, República do Benim, 1-5 de Setembro de 2014

Dados da Catalogação-na-Publicação da Biblioteca da OMS/AFRO

Actividades da OMS na Região Africana em 2012-2013: Relatório do Director Regional

1. Planeamento regional da saúde
2. Administração da saúde pública
3. Administração dos serviços de saúde
4. Política de saúde
5. África
- I. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a África II. Título

ISBN: 978 929 034067 6 (Classificação NLM : WA 541 HA1)

© 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; fax: + 47 24139501 ou +47 241 39503; correio electrónico: [bibliotheque@afro.who.int](mailto: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.

Concepção gráfica e impressão: Escritório Regional da OMS para a África,  
Brazzaville, República do Congo/Republic of Congo

# Prefácio



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

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Luis Gomes Sambo".

Dr. Luis Gomes Sambo  
Director Regional



# Índice

	Página
PREFÁCIO	i
SIGLAS E ACRÓNIMOS	vii
RESUMO	ix
	Parágrafos
1. INTRODUÇÃO	1 – 5
2. CONTEXTO	6 – 15
3. EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2012-2013	16 – 21
4. REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS POR OBJECTIVO ESTRATÉGICO	22 – 179
4.1 OE1: Doenças transmissíveis	22 – 38
4.2 OE2: VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo	39 – 62
4.3 OE3: Afecções crónicas não transmissíveis, perturbações mentais, violência e traumatismos	63 – 69
4.4 OE4: Saúde materna, infantil, dos adolescentes e envelhecimento	70 – 80
4.5 OE5: Emergências, catástrofes, crises e conflitos	81 – 90
4.6 OE6: Factores de risco para as afecções de saúde	91 – 101
4.7 OE7: Determinantes sociais e económicos da saúde	102 – 109
4.8 OE8: Ambiente mais saudável	110 – 120
4.9 OE9: Nutrição, segurança e suficiência alimentar	121 – 126
4.10 OE10: Serviços de saúde	127 – 134
4.11 OE11: Produtos e tecnologias médicas	135 – 146
4.12 OE12: Liderança, governação e parcerias	147 – 164
4.13 OE13: Uma OMS eficiente e eficaz	165 – 179

<b>5. PROGRESSOS REALIZADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DO COMITÉ REGIONAL</b>	<b>180–196</b>
5.1 AFR/RC51/R3: Saúde dos Adolescentes: Estratégia para a Região Africana	181 – 182
5.2 AFR/RC58/R1: Saúde da Mulher na Região Africana da OMS: Apelo à Acção	183 – 185
5.3 AFR/RC56/R2: Sobrevivência Infantil: Estratégia para a Região Africana	186 – 188
5.4 AFR/RC61/R2: Quadro de Adaptação da Saúde Pública às Alterações Climáticas na Região Africana	189 – 190
5.5 AFR/RC61/R4: Erradicação da Poliomielite na Região Africana	191 – 193
5.6 AFR/RC61/R1: Eliminação do Sarampo até 2020: Estratégia para a Região Africana	194 – 196
<b>6. DESAFIOS, CONDICIONALISMOS E LIÇÕES RETIRADAS</b>	<b>197–206</b>
6.1 Desafios e Obstáculos	197 – 201
6.2 Lições Aprendidas	202 – 206
<b>7. CONCLUSÃO</b>	<b>207–209</b>
	<b>Página</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>61–62</b>
Quadro 1: Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS 2008–2013: Declaração de Objectivos Estratégicos	61
Quadro 2: Orçamento-Programa aprovado para 2012-2013: dotação por objectivo estratégico, fonte de financiamento e repartição entre as Representações da OMS e o Escritório Regional (em milhares de dólares americanos)	62
<b>NOTAS FINAIS</b>	<b>63</b>

## LISTA DAS FIGURAS

Figura 1: Cobertura notificada com a 3. <sup>a</sup> dose da vacina tríplice da Difteria, Tétano e Tosse Convulsa (DPT3) na Região Africana, em 2012 e 2013	10
Figura 2: Situação da erradicação da dracunculose nos Estados-Membros da Região Africana da OMS, em Dezembro de 2013	13
Figura 3: Pessoas que vivem com o VIH que receberam TAR na África Subsariana, entre 2005 e 2012	16
Figura 4: Tendências da expansão das intervenções de luta contra o paludismo na Região Africana da OMS, 2000–2012	20
Figura 5: Comparação dos óbitos estimados em 2010 e óbitos e incapacidades por DNT previstas, em 2025, na Região Africana	21
Figura 6: Progressos na via do quarto Objectivo de Desenvolvimento do Milénio na Região Africana, relatórios de 2007 e 2012	24
Figura 7: Distribuição de fundos em resposta a catástrofes, antes da Estratégia de Gestão do Risco de Catástrofes	27





# Siglas e Acrónimos


AACHRD	Comissão Consultiva Africana para a Investigação e o Desenvolvimento Sanitário	ETV	Eliminação da Transmissão Vertical
AIDI	Atenção Integrada às Doenças da Infância	EVIPNet	Rede das Políticas baseadas em Evidências
ANI	Acelerar as Melhorias na Nutrição	FAESP	Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública
ARV	Medicamentos Anti-retrovirais	FANC	Cuidados Pré-natais Orientados
ASV	Actividades Suplementares de Vacinação	GAPPD	Plano Mundial de Acção contra a Pneumonia e a Diarreia
CAMEL	Centro Africano de Manutenção dos Equipamentos de Laboratório	GAVI	Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação
CEDEAO	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental	GDF	Serviço Mundial de Medicamentos da TB
CER	Comunidades Económicas Regionais	GFTAM	Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo
CEWG	Grupo de Trabalho Consultivo de Peritos sobre a Investigação e o Desenvolvimento: Financiamento e Coordenação	GLAAS	Análise e Avaliação Mundial do Saneamento e Água Potável
CoIA	Comissão de Informação e Responsabilização	GLP	Programa Mundial de Aprendizagem
CQLA	Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica	GRC	Gestão do Risco de Catástrofes
DNT	Doenças Não Transmissíveis	GSHS	Inquérito Mundial sobre Saúde Escolar
DPT3	3 Doses da Vacina da Difteria, Tétano e Tosse Convulsa no PAV de rotina	HELDS	Sistema de Gestão de Dados sobre a Relação entre Saúde e Ambiente
DTN	Doenças Tropicais Negligenciadas	HHA	Harmonização para a Saúde em África
ERF	Quadro de Resposta às Emergências	IMPACT	Tratamento Integrado da Gravidez e do Parto
ESP	Eventos de Saúde Pública	IPSAS	Normas Internacionais de Contabilidade no Sector Público
		ISO	Organização Internacional de Normalização

ITN	Mosquiteiros Tratados com Insecticida	RMNCH	Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil
IYCF	Alimentação dos Bebés e das Crianças Pequenas	RRC	Redução do Risco de Catástrofes
MCV	Vacina contra o Sarampo	RSI	Regulamento Sanitário Internacional (2005)
MDA	Administração em Massa de Medicamentos	r-SIS	Sistema da Informação Estratégica em Tempo Real
MeTA	Aliança para a Transparência nos Medicamentos	SANA	Análise da Situação e Avaliação das Necessidades
mhGAP	Programa de Acção para as Lacunas de Saúde Mental	SAV	Semana Africana da Vacinação
MNCH	Saúde Materna, Neonatal e Infantil	SHPPS	Política de Saúde nas Escolas e Estudo de Programas
MNT	Tétano Materno e Neonatal	SLIPTA	Processo de Melhoria Faseada dos Laboratórios para Acreditação
MOSS	Normas Mínimos de Segurança Operacional	SSFFC	Medicamentos de Qualidade Inferior, Adulterados, com Rótulos Falsos, Falsificados e Contrafeitos
MTSP	Plano Estratégico a Médio Prazo	STEPS	Abordagem Faseada à Vigilância dos Factores de Risco de DNT
NMRA	Autoridades Nacionais de Regulação dos Medicamentos	TAR	Terapêutica Anti-retroviral
OAS	Observatório Africano da Saúde	TICC	Tratamento Integrado de Casos na Comunidade
PACO	Programa Africano de Combate à Oncocercose	TV	Transmissão Vertical
PAV	Programa Alargado de Vacinação	UNDAF	Quadro das Nações Unidas de Ajuda ao Desenvolvimento
PEID	Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento	UNDG	Grupo das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PFA	Paralisia Flácida Aguda	VPH	Vírus do Papiloma Humano
PGT	Programa Geral de Trabalho	VRID	Vigilância e Resposta Integrada às Doenças
PMDT	Gestão Programática da TB Multirresistente	WAHO	Organização de Saúde da África Ocidental
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical		
PVS	Poliovírus Selvagem		
QP-DTN	Quimioterapia Preventiva das DTN		
RED	Chegar a Todos os Distritos		
rGLC	Mecanismo Regional da Luz Verde		

# Resumo


1. As actividades da OMS na Região Africana no ultimo biénio foram orientadas pelo 11.º 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. O presente relatório abrange o Orçamento-Programa 2012-2013, com as realizações significativas apresentadas em cada um dos objectivos estratégicos, nomeadamente, OE 1: 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 uma melhor apreciação das prestações da OMS, este Resumo salienta as principais realizações, de acordo com as funções essenciais da Organização, nomeadamente: a) fornecer liderança em questões que sejam críticas para a saúde e entrar em parcerias onde seja necessária uma acção conjunta; b) definir 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 execução; d) articular opções de políticas éticas e baseadas em evidências; e) prestar apoio técnico, catalisando a mudança e formando capacidades institucionais sustentáveis; f) monitorizar a situação sanitária e avaliar as tendências na saúde.
3. O Orçamento-Programa foi implementado no contexto de uma gradual recuperação económica e financeira mundial. Alguns dos países da Região Africana registaram uma taxa média de crescimento económico de 5-6% e a maioria dos governos desenvolveu esforços para aumentar os investimentos no sector da saúde, com vista à consecução dos ODM relacionados com a saúde. A redução da taxa de mortalidade nas crianças menores de cinco anos e no fardo das doenças evitáveis pela vacinação, paludismo, VIH e DNT são exemplos dos progressos para a consecução dos ODM. Mesmo assim, os modestos investimentos na saúde terão ainda de se traduzir em melhores resultados na saúde, tendo os progressos sido lentos e inadequados para permitir a consecução dos ODM até 2015.

4. Fornecer liderança e envolver os parceiros para uma acção conjunta continuam a ser um papel fundamental da OMS. Através dos Representantes da OMS, a Organização tem facilitado o diálogo entre as autoridades nacionais, as partes interessadas na saúde e os parceiros do desenvolvimento. Em linha com a Declaração de Paris sobre Eficácia da Ajuda, Harmonização e Alinhamento, a OMS tem igualmente promovido a coordenação entre os parceiros do desenvolvimento da saúde entre a liderança dos ministérios da saúde. Os programas conjuntos com outras agências das Nações Unidas proporcionaram a melhoria da coerência da acção das Nações Unidas sobre a saúde, no contexto das Equipas das Nações Unidas nos países e do Quadro das Nações Unidas para a Ajuda ao Desenvolvimento (UNDAF).
5. O envolvimento dos líderes políticos, tradicionais e religiosos dos países, assim como parceiros internacionais do desenvolvimento, conduziu à obtenção de melhores resultados na saúde, especialmente no que diz respeito à vacinação. Isso resultou em mais um ano consecutivo de sucesso na interrupção da transmissão do poliovírus nos países onde a transmissão tinha sido restabelecida (Angola, Chade e República Democrática do Congo), uma redução significativa da transmissão do PVS na Nigéria e eliminação da ameaça e epidemias devidas ao meningococo da meningite A nos países da cintura africana da meningite.
6. As parcerias com Organizações bilaterais e multilaterais, Comunidades Económicas Regionais, União Europeia, Iniciativas Mundiais sobre Saúde, fundações, sociedade civil, organizações não-governamentais e instituições académicas foram reforçadas. Através da liderança e coordenação da OMS, o mecanismo de parceria para a Harmonização da Saúde em África (HHA) foi usado para fomentar o diálogo entre os ministros das finanças e da saúde. Isso teve como resultado uma maior colaboração entre os ministérios da saúde e os ministérios das finanças e a definição de formas mais inovadoras de aumentar o financiamento da saúde e a prestação de serviços, com vista a acelerar os progressos para a Cobertura Universal de Saúde.
7. Um importante papel da OMS é ajudar a dar forma à agenda da investigação e a promover a geração, tradução e divulgação dos conhecimentos que informam as políticas e as acções de saúde. A Comissão Consultiva Africana para a Investigação em Saúde e Desenvolvimento (AACHRD) está a dispensar aconselhamento muito valioso e a ajudar a definir a agenda da investigação em saúde na Região Africana. Através da formação de jovens investigadores e de projectos de demonstração, estão a ser resolvidas importantes lacunas nas necessidades de saúde da Região. Os países foram ajudados a usar os resultados da investigação e de novos instrumentos



para reforçar os programas prioritários. Por exemplo, a gestão integrada de casos de paludismo, pneumonia e doenças diarreicas nas comunidades, baseou-se em evidências e conhecimentos científicos recentes. Através da investigação, elaboraram-se orientações para a implementação dos programas de saúde materna, neonatal e infantil baseados nas comunidades. As capacidades nacionais para realizar a vigilância gradual dos factores de risco das DNT foram reforçadas em 34 países que estão presentemente a gerar dados que possam orientar as suas acções.

8. Ao estabelecer normas e padrões, a OMS ajudou os Estados-Membros a elaborarem ou adaptarem orientações em vários programas prioritários. Outras orientações e instrumentos foram revistos para os tornar mais eficazes para a satisfação das necessidades dos países. Por exemplo, a OMS publicou orientações consolidadas para o uso de medicamentos anti-retrovirais no tratamento e prevenção das infecções pelo VIH. Foi elaborado um quadro que integra a tuberculose pediátrica no Tratamento Directamente Observado de Curta Duração (DOTS). Para além disso, foram também elaborados instrumentos para a implementação da estratégia de Gestão Regional do Risco de Catástrofes (DRM).
9. A OMS facilitou a formulação e a adopção de estratégias regionais baseadas em evidências que orientam os Estados-Membros na definição de políticas e estratégias nacionais destinadas a resolver as prioridades de saúde pública. Em 2012, a sexagésima segunda sessão do Comité Regional adoptou uma estratégia para a 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 nova estratégia do VIH/SIDA, uma estratégia para a consolidação do Observatório Africano da Saúde, uma política sobre saúde e direitos humanos e um documento de políticas sobre a optimização das iniciativas mundiais de saúde, para reforçar os sistemas nacionais de saúde. Em 2013, foram adoptadas políticas e estratégias para as intervenções na área da saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil saúde (RMNCH), segurança dos doentes nível nacional, promoção da medicina tradicional nos sistemas de saúde, reforço das capacidades de regulação dos produtos médicos, utilizando a ciber saúde para melhorar os sistemas de saúde e controlar as doenças tropicais negligenciadas.
10. No domínio da prestação de apoio técnico e de catalisar a mudança, a OMS ajudou os Estados-Membros a elaborarem políticas nacionais, através de grupos de acção multisectoriais, para promover a saúde em todas as políticas e elaborar legislação sobre determinados riscos, tais como o abuso do álcool e o tabagismo. Foi dado apoio




técnico para a implementação das actividades suplementares de vacinação contra a poliomielite (ASV), alcançando assim mais de 300 milhões de crianças menores de cinco anos. Para além disso, foram vacinadas mais de 153 milhões de pessoas com a vacina meningocócica conjugada da meningite A (MenAfriVac™), nos quatro anos seguintes à sua introdução.

11. Os Estados-Membros receberam apoio para implementarem intervenções custo-eficazes destinadas a reduzir o fardo do VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo. Catorze países prioritários aumentaram o número de circuncisões masculinas para reduzir a infecção pelo VIH. A OMS também apoiou a expansão da terapêutica anti-retroviral para a prevenção e tratamento do VIH/SIDA, assim como o acesso aos medicamentos antituberculose, através do Mecanismo Mundial de Medicamentos para a TB (GDF). Isso resultou numa redução de 24% na incidência de novas infecções pediátricas pelo VIH, expansão da terapêutica anti-retroviral (TAR) para a prevenção e tratamento, redução da incidência do paludismo, assim como melhoria da taxa de sucesso no tratamento da tuberculose na Região.
12. Quarenta e três países avaliaram as suas capacidades essenciais para a implementação do Regulamento Sanitário Internacional com o apoio da OMS. Registaram-se melhorias significativas nas capacidades para a vigilância das doenças nos países da Região. Cumulativamente, 36 países receberam apoio para elaborarem planos directores nacionais integrados de DTN no final de 2012 e para iniciarem a sua implementação. A capacidade dos países para combaterem as doenças não transmissíveis aumentou com as orientações e o apoio da OMS. Vinte países definiram as prioridades para a prevenção e controlo das doenças não transmissíveis criando unidades, programas ou departamentos nos seus ministérios da saúde.
13. A OMS reforçou ainda mais o seu apoio estratégico, técnico e logístico aos Estados-Membros, em resposta às situações de emergência que ocorreram na Região. A Organização coordenou o apoio para as componentes da saúde nos conflitos armados na República Centro-Africana, Sudão do Sul e Mali, a seca nos países do Sahel e surtos de doenças em vários outros, minimizando assim a morbilidade e salvando vidas. Por outro lado, a OMS, em parceria com outras partes interessadas importantes, abordou os aspectos da alimentação e nutrição da crise no Sahel e em outras partes da Região.


14. Com vista a reforçar os sistemas de saúde, foi prestado apoio técnico para a formulação ou revisão das políticas e planos estratégicos nacionais de saúde. Além disso, foi igualmente concedido apoio técnico para a elaboração de planos estratégicos e de acção para as políticas nacionais de medicamentos, laboratórios e sangue, assim como para planos institucionais de desenvolvimento destinados às Autoridades Nacionais Reguladoras dos Medicamentos (NMRA). O Observatório Africano da Saúde está agora operacional em 23 perfis analíticos de países e quatro atlas estatísticos nacionais agora acessíveis através do seu portal para a monitorização da situação da saúde e avaliação das tendências no domínio da saúde. Para além disso, foi produzido e enviado aos países um Atlas Africano de Estatística da Saúde 2012 e 2013, fornecendo informação para a tomada de decisões. Na Etiópia, Nigéria, Ruanda e Tanzânia foram conduzidos inquéritos sobre a prevalência da tuberculose, tendo os resultados sido usados para melhorar o controlo e a vigilância. Os países foram ajudados a usar um sistema de dados electrónicos sobre a TB com base na Internet, como parte da recolha de dados para o relatório mundial sobre a TB de 2012-2013.
15. A OMS criou um sistema regional de informação estratégica (rSIS), com dados e projecções retrospectivas doenças e condições transmissíveis e não transmissíveis. A base de dados rSIS está a ser ultimada e permitirá a disponibilidade em tempo real de dados para acção. Em colaboração com a Rede Africana sobre a Resistência dos Vectores (ANVR), a OMS recolheu dados sobre a resistência aos insecticidas na Região, durante o biénio 2012-2013. Os dados estão a ser usados para operacionalizar o Plano Mundial para a Gestão da Resistência aos Insecticidas (GPIRM).
16. Na generalidade, a execução do Orçamento-Programa 2012-2013, no que respeita aos 13 Objectivos Estratégicos (OE), foi tornada possível através das funções de facilitação e dos serviços empresariais do Secretariado da OMS. A abordagem da gestão baseada em resultados e respectivo quadro foi evidente no alinhamento dos resultados técnicos, recursos financeiros e despesas correspondentes nos planos operacionais para o biénio 2012-2013. A delegação de competências do Director Regional da OMS para os Gestores Superiores da Região colocou no mesmo nível a tomada de decisões e a responsabilidade pela apresentação de resultados, tendo reforçado as funções de conformidade e supervisão. Por outro lado, o Sistema Mundial de Gestão continua a garantir melhores relatórios financeiros relativamente aos resultados técnicos, como se apresenta no presente relatório.



- 
17. O programa de reforma da OMS constitui uma oportunidade para melhorar o desempenho, ao mesmo tempo que permite à Organização adaptar-se às mudanças no contexto mundial da saúde e às novas prioridades. Durante o Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho 2014–2019, a OMS concentrar-se-á nas seguintes prioridades:
- a) **Melhorar a cobertura universal de saúde:** permitindo aos países manterem ou expandirem o acesso aos serviços de saúde essenciais e à protecção financeira e promovendo a cobertura universal de saúde, como conceito unificador na saúde a nível mundial.
  - b) **Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a Saúde** — enfrentar os desafios existentes e futuros: acelerar a consecução dos actuais objectivos relacionados com a saúde até e para lá de 2015. Esta prioridade inclui completar a erradicação da poliomielite 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:** 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 para o biénio 2012-2013 (Janeiro de 2012 a Dezembro de 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. Num contexto de gradual recuperação financeira e económica 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 subsequente monitorização da execução do Orçamento-Programa, como parte do quadro de avaliação do desempenho da Organização.
4. Este relatório está organizado em 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: Afecção 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. A redução observada nas taxas de mortalidade infantil e no fardo das doenças evitáveis pela vacinação, paludismo e VIH são exemplos de progressos alcançados para atingir os ODM. Os modestos investimentos na saúde terão ainda de ser traduzidos em resultados na saúde os progressos mantêm-se lentos e insuficientes para permitir a consecução dos ODM até 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. Apesar destes avanços, a maioria dos países ainda terá de atingir a meta de Abuja de afectar 15% do seu orçamento nacional à saúde e a meta de financiamento dos ODM de 44 dólares americanos na despesa da saúde *per capita*. 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 ser melhoradas, nomeadamente, o financiamento, o aumento da força de trabalho na saúde, melhores sistemas de informação e vigilância das doenças, melhor acesso a medicamentos essenciais, vacinas e outros produtos médicos e investimento na investigação e inovação.

9. A globalização influenciou significativamente a saúde pública, nomeadamente através da promoção do consumo de certos produtos que são prejudiciais à saúde e da migração do pessoal de saúde para os países desenvolvidos, em busca de melhores oportunidades. Além disso, o desenvolvimento da saúde nos países da Região é influenciado por uma multiplicidade 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 das doenças evitáveis pela vacinação, paludismo, tuberculose, VIH/SIDA e algumas doenças tropicais negligenciadas (DTN) ao longo dos anos, o peso destas doenças transmissíveis continua a ser inaceitavelmente elevado. Os 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, enquanto a poliomielite continua a ser endémica na Nigéria. Vários países em que a vacinação das populações ainda é insuficiente são afectados por surtos epidémicos de poliomielite, devido à importação do poliovírus selvagem. Em 2013, os Camarões, Etiópia e Quênia tiveram surtos de poliomielite desse tipo.
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 causadas 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 das populações, 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 confrontos na República Centro-Africana, as guerras no Mali e no Sudão do Sul 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. As reformas do sector nacional de saúde, a emergência de novos actores, novos medicamentos, vacinas, progressos na informação tecnológica e novas intervenções apresentam novas oportunidades. A União Africana, os agrupamentos económicos regionais, as 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, doenças evitáveis pela vacinação, DNT, 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 atribuição de prioridade da saúde na agenda mundial do desenvolvimento.

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 pelos 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 colocadas pelo financiamento pré-destinado, espera-se que as reformas em curso, incluindo o diálogo sobre financiamento com os parceiros, ajudem a OMS a mobilizar fundos adequados e flexíveis para poder dar resposta às prioridades de saúde acordadas com os Estados-Membros.

# 3. Execução do orçamento-programa para 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 de dólares americanos. À Região Africana, foram afectados 1 093 066 000 de dólares, incluindo 209 600 000 de dólares (19%) de Contribuições Fixas (CF) e 883 466 000 de dólares (81%) de Contribuições Voluntárias (CV). O Orçamento-Programa foi aprovado pelos Estados-Membros, durante a sexagésima primeira sessão do Comité Regional, em Yamoussoukro, na Côte d'Ivoire.
17. O orçamento da Região Africana para 2012-2013 era 13,4% inferior ao de 2010-2011. Uma das consequências da redução da dotação orçamental para a Região foi a redução da dotação orçamental para certos programas orientados para 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 se esforçava arduamente para mobilizar mais recursos e assim garantir uma execução bem-sucedida do Orçamento-Programa.
18. O total de fundos recebidos para a execução do Orçamento-Programa 2012-2013 na Região foi de 1 283 408 000 de dólares, representando um aumento de 17%, em comparação com o orçamento aprovado. Globalmente, os números da execução revelam diferenças significativas nos 13 Objectivos Estratégicos, em termos dos fundos atribuídos, disponibilizados ou executados.
19. As variações nas dotações orçamentais aprovadas e no financiamento dos 13 Objectivos Estratégicos persistiram, apesar dos esforços desenvolvidos para reduzir a falta de alinhamento entre as prioridades sanitárias e os recursos disponíveis. Por exemplo,

enquanto o financiamento do OE1 (incluindo a poliomielite), ultrapassava justificadamente a dotação e chegava aos 162% e a do OE9 atingia 152%, a dotação do OE2 (doenças transmissíveis) era financiado apenas em 58%, numa região cm o fardo mais pesado de VIH/SIDA, tuberculose, paludismo e outras doenças transmissíveis. O Quadro 1, em baixo, mostra a situação relativa ao financiamento e à execução do Orçamento-Programa 2012-2013, em 31 de Dezembro de 2013, por Objectivo Estratégico.

OBJECTIVO ESTRATÉGICO	QUADRO 1: TAXAS DE EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA 2012-2013, POR OBJECTIVO ESTRATÉGICO EM 31 DE DEZEMBRO DE 2013 (EM MILHARES DE DÓLARES)						
	ORÇAMENTO APROVADO PELA ASSEMBLEIA* MUNDIAL DA SAÚDE (DOTAÇÃO INICIAL)	ORÇAMENTO ATRIBUÍDO	TOTAL DE FUNDOS DISPONÍVEIS	% DOS FUNDOS DISPONÍVEIS VERSUS ORÇAMENTO APROVADO	EXECUÇÃO ORÇAMENTAL (FUNDOS AUTORIZADOS)	% DA EXECUÇÃO ORÇAMENTAL VERSUS ORÇAMENTO APROVADO PELA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE	% DE EXECUÇÃO ORÇAMENTAL VERSUS FUNDOS DISPONÍVEIS
	(1)	(2)	(3)	(4)=(3/1)	(5)	6=(5/1)	7=(5/3)
OE 1	484 082	789 061	777 032	161%	698 225	144%	90%
OE 2	147 467	127 458	85 774	58%	76 084	52%	89%
OE 3	18 948	20 380	17 490	92%	16 164	85%	92%
OE 4	77 084	80 569	79 340	103%	67 284	87%	85%
OE 5	91 271	106 268	79 418	87%	74 690	82%	94%
OE 6	20 286	20 277	18 144	89%	17 138	84%	94%
OE 7	10 746	12 741	9512	89%	9068	84%	95%
OE 8	12 719	13 711	11 434	90%	9673	76%	85%
OE 9	10 633	15 630	16 195	152%	11 871	112%	73%
OE 10	71 791	74 424	59 142	82%	52 060	73%	88%
OE 11	25 823	26 017	18 659	72%	16 671	65%	89%
OE 12	45 968	46 928	43 192	94%	42 849	93%	99%
OE 13	76 248	78 251	68 076	89%	67 219	88%	99%
<b>TOTAL</b>	<b>1 093 066</b>	<b>1 411 715</b>	<b>1 283 408</b>	<b>117%</b>	<b>1 156 173</b>	<b>106%</b>	<b>90%</b>

Fonte: GSM - Relatório da execução do orçamento 2012-2013 em toda a Organização



- 
20. A taxa de execução global foi 106% do orçamento aprovado. A taxa de execução dos fundos recebidos foi 90%. Do total dos fundos recebidos para a Região, as despesas de pessoal consumiram 35%, enquanto 65% do orçamento foram usados para as actividades. Apesar do elevado nível de execução dos fundos disponíveis para os OE, ainda há espaço para melhorar na gestão e implementação diária das actividades, usando planos de trabalho como base para o uso dos fundos.
  21. Globalmente, com 63% dos Resultados Esperados Específicos do Escritório totalmente atingidos, o nível de realização dos resultados previstos aumentou, em comparação com o biénio anterior de 2010-2011, quando foi de 54%. Apesar dos esforços desenvolvidos, a Organização ainda enfrenta alguns desafios na execução do orçamento-programa. São eles um melhor alinhamento dos recursos disponíveis com as prioridades regionais e ligações claras entre os resultados previstos e os resultados reais na saúde a nível de país.

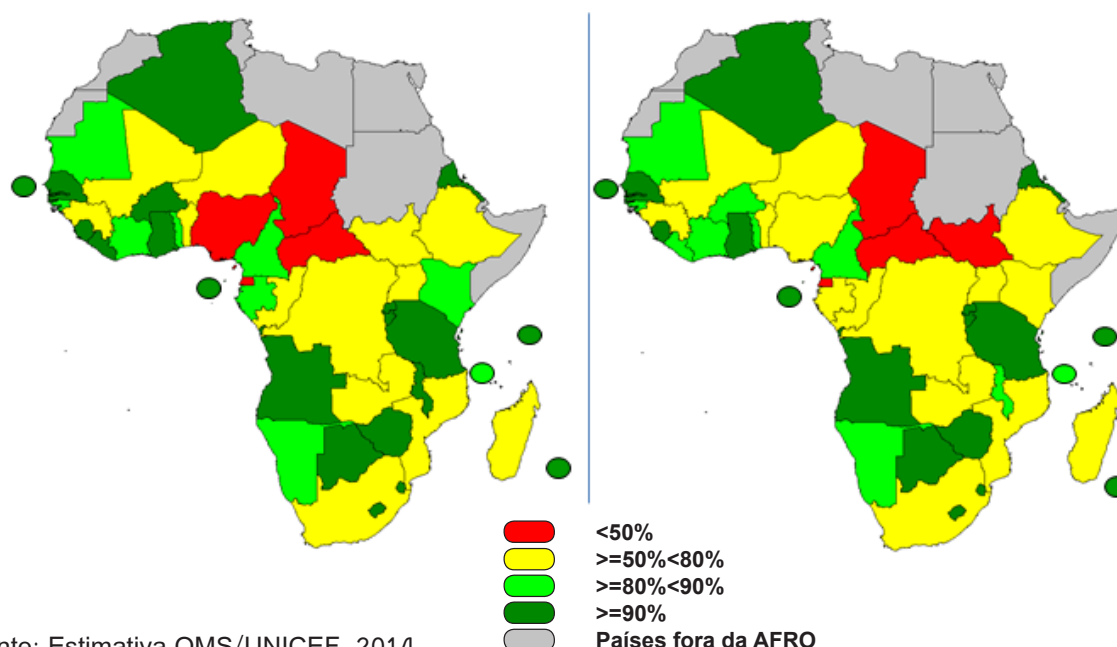
# 4. Realizações significativas por objectivo estratégico

## 4.1 OE1: Doenças transmissíveis

22. O Objectivo Estratégico 1 pretende reduzir o fardo social e económico para a saúde das doenças transmissíveis. 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 erradicação, eliminação e controlo de doenças evitáveis pela vacinação depende da cobertura elevada e sustentada com vacinas de mais alta eficácia, segurança e qualidade. Com base nas estimativas da OMS/UNICEF, a taxa de cobertura da vacinação, com três doses de vacina da Difteria, Tétano e Tosse Convulsa (DPT3) aumentou de 68%, em 2012, para 75%, em 2013 (Figura 1) e, para a vacina do sarampo (MCV1), de 71% em 2012, para 74% em 2013. A cobertura da terceira dose da vacina oral da poliomielite (VOP3) aumentou de 74%, em 2012, para 77%, em 2013. Em finais de 2013, 18 Estados-Membros<sup>1</sup> tinham atingido a meta da cobertura da DPT3 em, pelo menos, 90%. Estes números ficam aquém da esperada taxa de cobertura nacional de 90%, devido à inadequação do financiamento da vacinação de rotina, problemas de infra-estruturas, ruptura de *stocks* de vacinas e recursos humanos limitados para a prestação de serviços de vacinação. As actividades suplementares de vacinação (ASV) desempenham também um papel fundamental impulsionando a imunidade da população e contribuindo para a erradicação, eliminação e controlo das doenças evitáveis pela vacinação.
24. A Semana Mundial da Vacinação e a Semana Africana da Vacinação (SAV) forneceram uma oportunidade de exercer advocacia e aumentar a sensibilização comunitária para a importância da vacinação. Estes eventos foram comemorados por 35 países em 2012 e 43 países<sup>2</sup> em 2013. Mais de 75 milhões de pessoas receberam a vacina oral da poliomielite em 13 países, associada a outras intervenções de saúde pública, durante a segunda SAV, em 2012. Em 2013, sob o lema: “Salve vidas. Evite as incapacidades. Vacine-se”, mais de 36 milhões de pessoas em dez países<sup>3</sup> receberam a VOP, em conjunto com a desparasitação, suplementos de vitamina A, rastreio da desnutrição, distribuição de ITN e tratamento preventivo do paludismo durante a gravidez.

25. A sexagésima primeira sessão do Comité Regional apelou 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%<sup>4</sup>, com três doses da vacina oral da poliomielite na vacinação de rotina. Esta acção está em sintonia com a declaração da Assembleia Mundial de Saúde de que a poliomielite é uma emergência mundial de saúde pública.
26. Os esforços dos Estados-Membros, associados ao apoio técnico da OMS e ao investimento dos parceiros, resultaram numa redução significativa da transmissão da poliomielite na Região. O número de casos de poliovírus selvagem em 2012 era de 128 (inferior a 63%), notificado em apenas três países, nomeadamente o Chade, Níger e Nigéria, em comparação com 350 casos em 12 países<sup>5</sup>, em 2011. Em Dezembro de 2013, três países de transmissão restabelecida (Angola, Chade e República Democrática do Congo) ainda não tinham confirmado nenhum caso de poliovírus selvagem em 29, 18 e 24 meses, respectivamente. Embora a Nigéria tenha notificado casos de PVS, estes eram em número inferior, 53 casos até finais de Dezembro de 2013, em comparação com 122 casos para o mesmo período, em 2012.

**Figura 1: Cobertura da vacinação com a 3.ª dose da vacina da Difteria-Tétano-Tosse Convulsa (DPT3) na Região Africana, em 2012 e 2013**



Fonte: Estimativa OMS/UNICEF, 2014

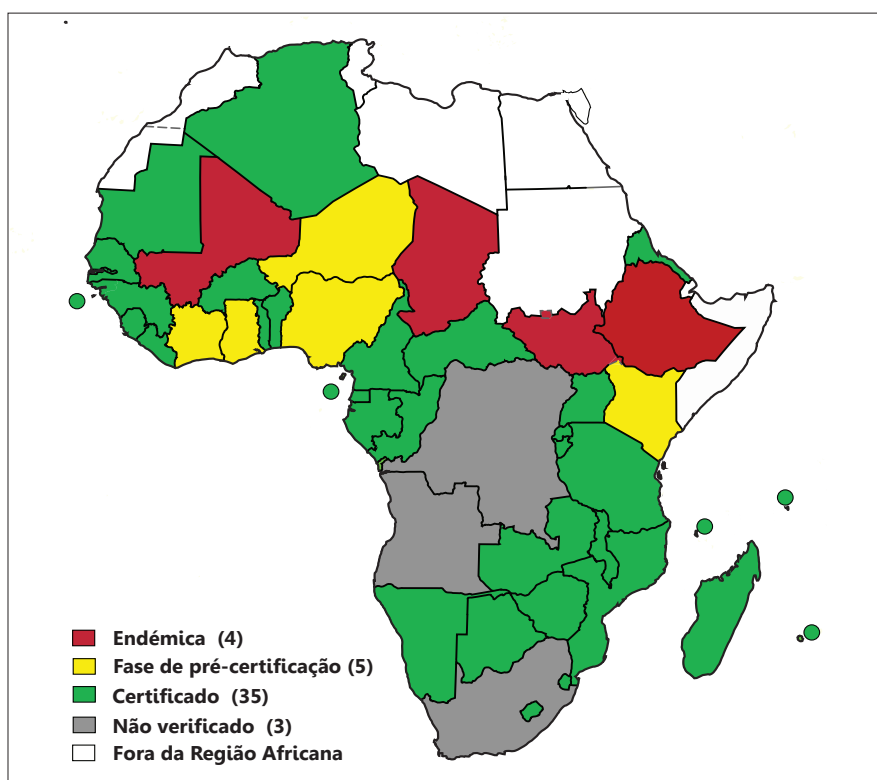
27. Com o apoio da OMS, 31 países realizaram ASV contra o sarampo em 2012-2013, atingindo um total de 133 milhões de crianças. As ASV utilizaram pela primeira vez a vacina sarampo-rubéola em Cabo Verde, Gana, Ruanda e Senegal. Em resposta aos surtos, mais de 6,9 milhões de crianças receberam a vacina 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 países<sup>6</sup>. A eliminação do tétano materno e neonatal foi validada num total cumulativo de 30 países<sup>7</sup> da Região, até finais de Dezembro de 2013.
29. Para garantir a eliminação da meningite meningocócica devida ao grupo serológico A da *Neisseria meningitides*, mais de 98 milhões de pessoas em sete países<sup>8</sup> foram vacinadas com a vacina conjugada contra a meningite meningocócica A (MenAfriVac™), em 2012 e 2013. Isto resultou num total cumulativo de mais de 153 milhões de pessoas vacinadas no espaço de 4 anos, após a sua introdução. Em resultado da introdução da MenAfriVac™ na Região, não foi detectado nenhum caso laboratorialmente confirmado de meningite A, entre as pessoas vacinadas. Em finais de Dezembro de 2013, alguns outros países tinham já introduzido a vacina pneumocócica conjugada (VPC) e vacinas do rotavírus. Quatro países introduziram a VPC, tendo o Burúndi e a Etiópia introduzido vacinas contra o rotavírus. Cumulativamente, 27 países<sup>9</sup> tinham introduzido a VPC até finais do biénio 2012-2013. Durante o mesmo período, um total de 11 países<sup>10</sup> tinham introduzido vacinas contra o rotavírus.
30. Ao monitorizar as tendências das doenças e o impacto das vacinas, a OMS forneceu orientações, bem como apoio financeiro e técnico a 30 Estados-Membros, para instituir e reforçar a vigilância das doenças visadas pelas vacinas recém-introduzidas. Os laboratórios de 30 Estados-Membros formaram capacidades adequadas à confirmação e diagnóstico rigorosos do rotavírus e doenças bacterianas invasivas. Como resultado, os dados mensalmente notificados desses laboratórios são usados para reforçar os programas de prevenção e controlo das doenças.
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 não transmissíveis na Região. Houve progressos na capacidade de vigilância das doenças por parte dos países da Região. Entre Janeiro de 2012 e Dezembro de 2013, 34 países adaptaram as orientações revistas e os módulos de formação da VRID. Oito destes países<sup>11</sup> começaram a formação a nível nacional e distrital, o que resultou numa notificação em devido tempo e na publicação regular de boletins epidemiológicos e numa melhor

monitorização das tendências da saúde, que se espera que conduza a uma melhor detecção e resposta às epidemias e a melhores decisões para a saúde pública baseadas em evidências.


32. Quarenta e três países<sup>12</sup> realizaram avaliações de capacidades essenciais em RSI até Dezembro de 2013. Porém, nenhum desses países tinha atingido plenamente o mínimo de capacidades essenciais do RSI no momento do prazo limite de 15 de Junho de 2012. Em resultado disso, os países da Região solicitaram um prolongamento de dois anos. Durante a sexagésima segunda sessão do Comité Regional, os Estados-Membros adoptaram uma resolução que apelava a uma implementação acelerada do RSI na Região. Consequentemente, a OMS convocou duas reuniões consultivas entre os 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 para mobilizar recursos destinados à implementação do RSI. A OMS apoiou a rede de Agentes Patogénicos Emergentes e Perigosos (EDPLN)<sup>13</sup>, o que resultou no diagnóstico de febres hemorrágicas virais na República Democrática do Congo, Nigéria e Mauritânia.
33. Foram notificados 77 e 72 eventos de saúde pública na Região, respectivamente em 2012 e 2013. A maioria desses eventos foram surtos de cólera, meningite, febres hemorrágicas virais e zoonoses. Realizou-se uma consulta regional que reuniu os sectores da saúde animal, humana e ambiental. Nessa consulta, os países elaboraram roteiros para acelerar a implementação da abordagem “Uma Só Saúde”. Estes roteiros estão a ser usados para reforço das parcerias entre os sectores da saúde animal, humana e ambiental e para garantir uma acção coordenada de resposta às doenças zoonóticas.
34. A inadequação dos recursos financeiros continua a ser um grande entrave para a resposta às emergências e aos surtos das doenças. Reconhecendo esta realidade, a sexagésima segunda sessão do Comité Regional aprovou o quadro operacional para o Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública (FAESP). No entanto, até 31 de Dezembro de 2013, apenas seis Estados-Membros tinham pago a sua contribuição anual para este Fundo.
35. A Região Africana da OMS carrega cerca de metade do fardo mundial das Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) e a maioria dos países da Região são co-endémicos para, pelo menos, quatro DTN. A administração em massa de medicamentos (MDA) para as DTN receptivas à quimioterapia preventiva (PCT-DTN) aumentou significativamente ao longo do último biénio. Por exemplo, a MDA para a filaríase linfática aumentou de 69 milhões de pessoas em 2009, para 113 milhões, em 2012. Contudo, à excepção da oncocercose, estes níveis de cobertura mantêm-se aquém das etapas exigidas para se atingirem as metas de eliminação e controlo de 2020.

36. A incidência anual da dracunculose, uma doença tropical negligenciada visada para erradicação, diminuiu mais de 99% desde 2005. O decréscimo foi de 10 690 casos (incluindo 5565 casos do Sudão do Sul) em 2005, para 145 casos (incluindo 113 casos no Sudão do Sul), em Dezembro de 2013. Apenas quatro países<sup>14</sup>, continuavam endémicos até Dezembro de 2013 (Figura 2). Apesar da lepra ter sido eliminada em todos os países da Região, persiste uma intensa transmissão em alguns distritos das Comores, Etiópia e Nigéria. Os casos detectados de tripanossomiase humana africana desceram de 9 875 para 6 314, em 2013. Um ensaio clínico no Gana confirmou a eficácia de uma dose única de Azitromicina como cura para a framboesia, fornecendo uma oportunidade para o seu uso na erradicação desta doença.

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



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

- 
37. Segundo o guia da Região Africana da OMS, um total cumulativo de 36 países<sup>15</sup> receberam apoio para criarem planos directores nacionais integrados de DTN, até final de 2012. Estes planos forneceram um enquadramento para um planeamento e definição de prioridades harmonizados, e uma orçamentação e mobilização de recursos para programas nacionais de DTN na Região. Para além disso, as reuniões das partes interessadas entre Estados-Membros e parceiros recomendaram a criação de estruturas de coordenação de DTN a nível nacional e regional, assim como mecanismos de financiamento para mobilizar recursos adicionais, destinados aos planos directores nacionais de DTN. Estas 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 Mundial de Combate às DTN e uma resolução abrangente sobre as 17 doenças tropicais negligenciadas (resolução WHA66.12). A sexagésima terceira sessão do Comité Regional aprovou uma Estratégia e um Plano Regional Estratégico das DTN para 2014–2020.
  38. Ao abrigo do Estratégico Objectivo 1, a OMS continuou a dar apoio aos Estados-Membros no reforço de intervenções, através da formulação de planos, estratégias e políticas, formação de capacidades e mobilização de recursos, visando apoiar os esforços para a redução do fardo das doenças transmissíveis. Realizaram-se progressos substanciais na iniciativa da erradicação da poliomielite, não tendo nenhum dos três países de transmissão restabelecida registado nenhuma circulação do vírus durante longos períodos, até Dezembro de 2013. Outras áreas de progresso incluem a formulação de uma Estratégia e de um Plano Estratégico Regional para as DTN; melhoria da vigilância das doenças; e 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 das doenças que colocam enormes desafios à saúde pública na Região Africana da OMS. Embora a Região conte com apenas 10% da população mundial, a sua contribuição para os fardos mundiais do VIH/SIDA, tuberculose e paludismo é de, respectivamente, 71%, 27% e 80%, segundo os relatórios de 2013.
40. Em 2012 e 2013, os Estados-Membros, com o apoio da OMS, aprovaram e implementaram intervenções de prevenção, tratamento, cuidados e suporte, destinadas a reduzir o peso destas três doenças. A disponibilidade de recursos prestados aos países por

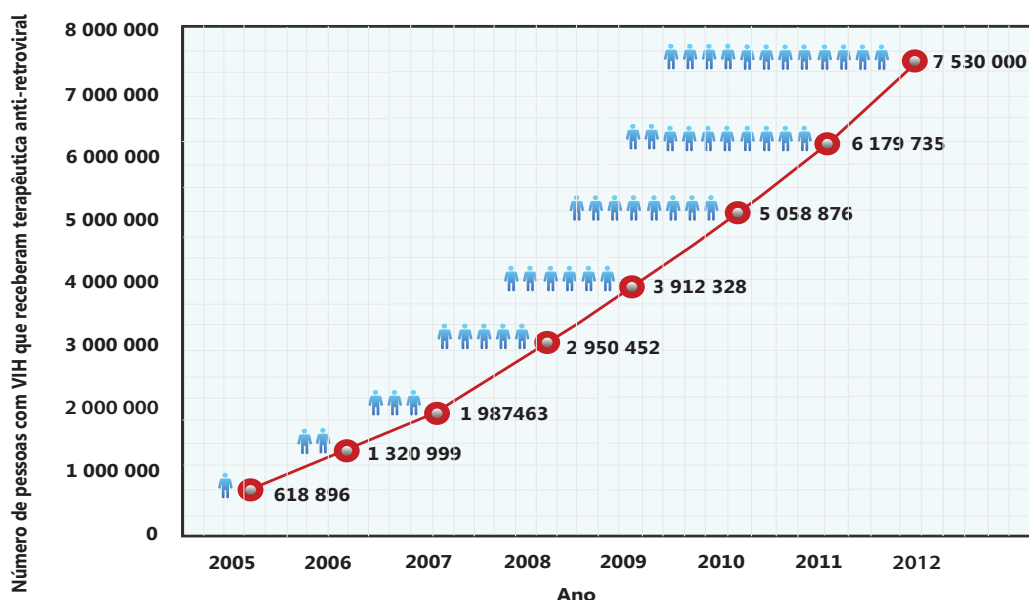
parte de diversas iniciativas mundiais de saúde proporcionou aos Estados-Membros uma oportunidade de alargar a cobertura destas intervenções custo-eficazes, para se atingirem as metas do ODM 6.

41. A OMS apoiou os Estados-Membros a adaptarem orientações, a reforçarem as suas capacidades para intensificar as intervenções de elevado 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. Tal conduziu a uma melhor qualidade e cobertura da prevenção e tratamento do VIH.
42. O relatório mundial de 2013 sobre o VIH/SIDA revelou que 25 dos 35,3 milhões de pessoas que vivem com o VIH/SIDA em todo o mundo, pertenciam à África Subsariana, 2,9 milhões dos quais eram crianças. Isto representa 88% do fardo mundial do VIH/SIDA pediátrico. Por outro lado, 1,6 milhões (70%) dos 2,3 milhões de novas infecções pelo VIH ocorrem na África Subsariana e a prevalência global do VIH, embora em declínio, continua elevada nos 4,7%, com largas variações entre os países. O mesmo relatório revelava um declínio global de 38% em novas infecções pelo VIH, em 2001 e 2012. Trinta e um países<sup>16</sup> da Região Africana da OMS reduziram mais de 25%, com 13 desses países a notificarem declínios de mais de 50%<sup>17</sup>.
43. Com vista 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 simultaneamente os determinantes da saúde. Em finais de 2013, 40 países tiveram que actualizar políticas e planos nacionais a médio prazo do VIH/SIDA. Foi reforçada a capacidade dos Gestores do Programa Nacional da SIDA para liderarem e coordenarem os seus programas, através da elaboração de um manual de formação que incluiu 11 módulos e a organização de cursos de formação para 22 gestores de programas nacionais.
44. Foi dado apoio técnico a 14 países prioritários<sup>18</sup>, para reforçarem as acções de circuncisão masculina, de modo a reduzir a incidência do VIH. Até finais de 2013, foi executado um total cumulativo de 5 822 924 circuncisões clínicas, aumentando a cobertura de 7% em finais de 2011, para 28% em finais de 2013. Tal irá contribuir para uma redução da incidência do VIH nestes países. Foram organizadas duas consultas sobre Populações-Chave, em 2012 e em 2013, para sublinhar e responder às necessidades destas populações. Espera-se, desta forma, aumentar o acesso aos serviços do VIH às populações-chave.



45. Em 2013, foram lançadas as primeiras orientações consolidadas da OMS sobre o uso de medicamentos anti-retrovirais para tratar e evitar as infecções do VIH. Consequentemente, a sexagésima terceira sessão do Comité Regional Africano da OMS aprovou uma resolução para guiar a implementação das Orientações Consolidadas da OMS de 2013, sobre o uso de ARV. Estas orientações alargaram a elegibilidade do tratamento anti-retroviral, com um limite de CD4 para 500 CD4 células por mm<sup>3</sup> ou menos para os adultos, adolescentes e crianças mais velhas. Os Estados-Membros foram informados, através de duas acções de divulgação, sobre mudanças operacionais, custos e necessidades em recursos humanos, para a total implementação destas orientações.
46. Foi formulado um quadro estratégico para eliminar novas infecções pelo VIH em crianças, até 2015, e salvar as vidas das suas mães, ajudando os países a alcançarem 90% de redução nas novas infecções. Vinte dos 21 países<sup>19</sup> prioritários criaram planos para a eliminação da transmissão vertical (TV) com o apoio da OMS. Em finais de 2011, a percentagem de mulheres grávidas que vivem com o VIH e que receberam TAR para prevenir a TV chegou aos 63%, em comparação com 49%, em 2009. Doze países<sup>20</sup> tinham taxas de cobertura da PTV de 80% ou mais, tendo cinco<sup>21</sup> alcançado a meta de acesso universal de 2015, em 90%. Estes resultados contribuíram significativamente para a redução em 24% de novas infecções pediátricas pelo VIH na Região, entre 2009 e 2011.

**Figura 3: Pessoas que viviam com o VIH que receberam TAR na África Subariana, de 2005 até 2012**



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

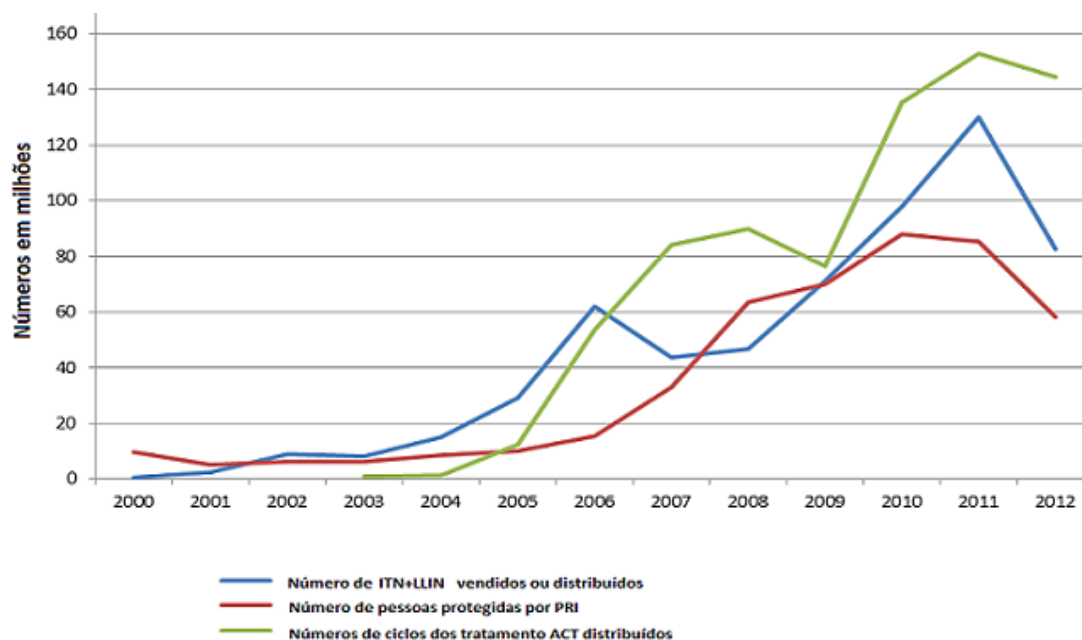
47. A OMS forneceu apoio aos Estados-Membros para alargar a terapêutica anti-retroviral (TAR) de prevenção e tratamento. Em consequência, mais de 7,5 milhões de doentes receberam a TAR até finais de 2012 (Figura 3). Assim, a cobertura da TAR aumentou de 49% em 2010, para 64% em finais de 2012. Dez países<sup>22</sup> atingiram a Cobertura Universal do Acesso em mais de 80%, segundo as orientações da OMS. 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 2012.
48. Foram publicados dois relatórios regionais sobre VIH/SIDA. Esses relatórios revelaram os excelentes progressos realizados no alargamento e reforço do sector da saúde, bem como no apoio a intervenções e serviços de prevenção, tratamento e cuidados do VIH. Estes relatórios foram usados como material de advocacia para estimular acções de resposta ao VIH por parte dos países.
49. Em África, o alto fardo da TB está ligado à pobreza, co-infecção TB/VIH e TB multirresistente aos medicamentos. Mais de 75% de doentes da TB na Região Africana foram rastreados para o VIH e 55% dos doentes elegíveis da TB receberam ARV em 2012<sup>23</sup>. 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 2013, 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.
50. 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 2013, a Região Africana da OMS registou 1 282 355 novos casos de TB em 2012. Isso representa 27% de todos os novos casos notificados em todo o mundo, em 2012. No final do biénio, 10 países<sup>24</sup> tinham atingido atingiram a taxa de detecção de casos de 70%, enquanto 18 países<sup>25</sup> atingiram a taxa de sucesso de tratamento de 85%. A taxa de sucesso de tratamento da tuberculose na Região foi de 92% em 2012, o que representa um notável sucesso.
51. 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.

52. 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 16 países<sup>26</sup> no reforço da capacidade laboratorial para efectuar culturas e testes de sensibilidade aos medicamentos para a TB. Dez países<sup>27</sup> foram apoiados na implementação da vigilância da TB resistente aos medicamentos e nove países na realização de inquéritos à prevalência da TB. Contudo 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.
53. O Secretariado do Mecanismo Regional da 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.
54. Em 2012, 80% dos 207 milhões de casos de paludismo e 90% dos 627 000 óbitos por paludismo em todo o mundo localizaram-se em África. Estima-se que 77% dessas mortes incluíam crianças menores de cinco anos.
55. Foram recolhidos dados a partir do Relatório Mundial do Paludismo 2013, tendo sido dado apoio a sete países<sup>28</sup> na área dos Inquéritos para Indicadores do Paludismo. Foram produzidos boletins de vigilância por 10 países e uma EAI. Seis países foram apoiados para documentarem as melhores práticas no controlo do paludismo. A percentagem de famílias que possuíam, pelo menos, um Mosquiteiro Tratado com Insecticida (ITN) subiu para 60%, enquanto a percentagem de habitantes que dormiam com um ITN foi estimada em 36%. Em 2012, 40 países da Região Africana usaram Pulverização Residual Intradomiciliária (PRI) no combate ao paludismo.
56. Em 2012, com o apoio prestado pela OMS, 41 de 44 países com transmissão de paludismo em curso notificaram a adopção da política de disponibilizar diagnósticos parasitológicos a todos os grupos etários. Assim, 61% dos casos suspeitos de paludismo foram sujeitos a testes de diagnóstico no sector público. A maior parte destes resultados nos testes são atribuíveis a um aumento do uso de Testes de Diagnóstico Rápido e seu alargamento ao nível comunitário. A política da associação medicamentosa à base de artemisinina (ACT) tinha sido adoptada por 42 países, até 2013, e a percentagem de doentes no sector público potencialmente tratados com ACT chegou aos 60% em 2012.

57. A incidência global estimada do paludismo desceu 31%, 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<sup>29</sup> estão a implementar intervenções de controlo do paludismo e medidas para a sua pré-eliminação. Foram ainda implementadas várias iniciativas nacionais e sub-regionais do paludismo, que incluem a iniciativa do paludismo dos países do Sahel, o Fórum do Ruanda para a Eliminação do Paludismo, a Iniciativa da SADC para a Eliminação do Paludismo, a iniciativa contra o paludismo da Comunidade da África Oriental, o compromisso contra o paludismo nos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (PEID) e iniciativas semelhantes nas Comores, Guiné Equatorial (Ilha de Bioko) e Madagáscar.
58. As revisões do programa do paludismo foram realizadas com parceiros de 16 países<sup>30</sup>, 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.
59. 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. Em média, 38% das mulheres grávidas de 34 países<sup>31</sup> receberam duas doses de Terapêutica Preventiva Intermitente do paludismo na gravidez (TPI). A Orientação para a Quimioprevenção do Paludismo Sazonal foi lançada em 2012, tendo sido usada para apoiar a elaboração de planos nacionais de implementação<sup>32</sup>. Foram divulgados o manual da iniciativa Testar, Tratar, Acompanhar e o manual da vigilância do controlo e eliminação do paludismo<sup>33</sup>, que tinham sido lançados pela Directora-Geral da OMS em 2012, por ocasião do Dia Mundial do Paludismo. Foi dado apoio aos Estados-Membros para criarem testes de eficácia da terapêutica antipalúdica.
60. Para reforçar as capacidades em vigilância do paludismo, em 2012, a OMS apoiou participantes de 10 países<sup>34</sup> a fazerem formação em vigilância avançada do paludismo. 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<sup>35</sup> na implementação do Tratamento Integrado de Casos na Comunidade (TICC), incluindo formação de capacidades para praticantes de medicina tradicional. 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.

- 61 Na continuidade do planeamento baseado em evidências, a OMS elaborou um manual de operações para apoiar a implementação de intervenções pelos Estados-Membros. Foram apoiados 16 países para realizarem Análises do Programa do Paludismo e para formularem a sua terceira geração de planos nacionais estratégicos do paludismo. Realizaram-se cursos no Benim e na Etiópia sobre planeamento e gestão dos programas de combate ao paludismo, os quais reuniram 209 participantes. Foi dado apoio ao Benim, Mali e Níger, para formarem capacidades de Praticantes de Medicina Tradicional, na esfera do combate ao paludismo e outras doenças. Cinco países<sup>36</sup> receberam apoio para documentarem as melhores práticas de combate ao paludismo.
62. 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.

**Figura 4: Tendências na expansão das intervenções do paludismo na Região Africana da OMS, 2000-2012**

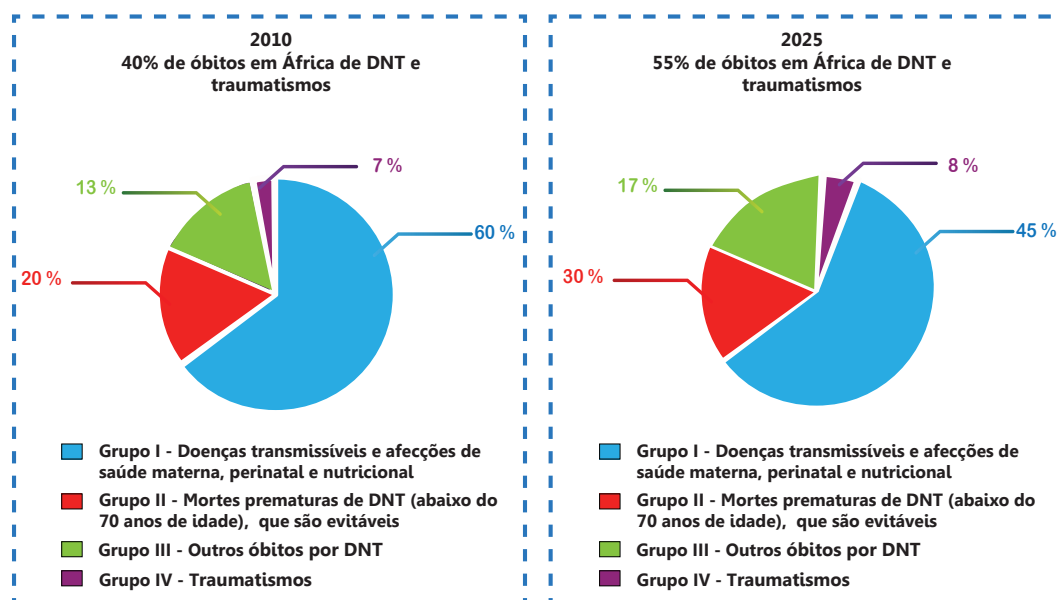


Fonte: Relatório do Paludismo, 2013.

### 4.3 OE3: Afecções crónicas não transmissíveis, perturbações mentais, violência e traumatismos

63. O Objectivo Estratégico 3 refere-se à prevenção, controlo e tratamento das doenças cardiovasculares, cancro, 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 afecções 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 5).

Figura 5: Comparação entre a estimativa de óbitos em 2010 e os óbitos e traumatismos de DNT projectados para 2025 na Região Africana



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

64. A principal realização estratégica referente às DNT foi a adopção da Declaração de Brazzaville sobre 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 redireccionaram 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 de base à formulação de quatro documentos estratégicos mundiais<sup>37</sup>.
65. A vigilância das DNT tem sido aperfeiçoada através do desenvolvimento de uma base de dados regional que envolve 21 países<sup>38</sup>. 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.
66. 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 países<sup>39</sup> na recolha de dados sobre violência e traumatismos. Foi realizada formação em inquéritos sobre insuficiências auditivas, para participantes da maioria dos países.
67. A capacidade dos países para 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 países<sup>40</sup> receberam apoio para avaliarem a situação da prevenção e controlo das DNT ao nível dos cuidados primários. Foram formuladas políticas e planos para outras condições não transmissíveis, como insuficiência auditiva, surdez e noma, assim como para problemas de segurança rodoviária, os quais estão agora a ser implementados em oito países<sup>41</sup>. Cinco países<sup>42</sup> receberam apoio para a elaboração de planos nacionais de acção de luta contra o cancro, tendo quatro países<sup>43</sup> recebido apoio na área da saúde oral.

- 68. 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 primários<sup>44</sup>, 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).
- 69. 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.

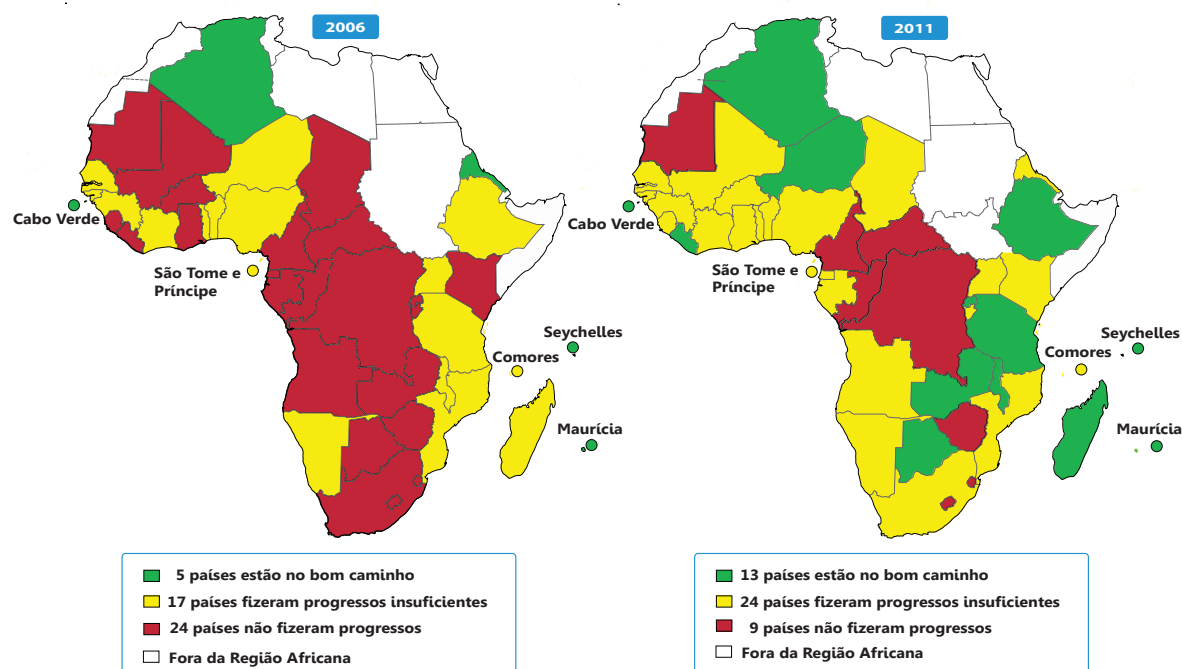
## 4.4 OE4: Saúde materna, infantil, dos adolescentes e envelhecimento

- 70. O Objectivo Estratégico 4 procura reduzir a morbilidade e mortalidade, melhorar a saúde durante as principais etapas da vida, incluindo gravidez, parto, período neonatal, infância e adolescência, melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover um envelhecimento activo e saudável para todos os indivíduos.
- 71. A OMS apoiou os Estados-Membros na abordagem aos desafios do aumento das intervenções na saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e adolescente (RMNCH). O apoio incluiu uma advocacia para a alteração de políticas, desenvolvimento de orientações e ferramentas e implementação, monitorização e avaliação de intervenções destinadas a salvar vidas. Isto contribuiu de forma significativa para os progressos dos países com vista à consecução das metas dos ODM 4 e 5.
- 72. O relatório de 2012 sobre Níveis e Tendências da Mortalidade Infantil mostrou que a mortalidade nas crianças com menos de cinco anos da Região desceu de 109 por cada 1000 nascimentos em 2010 para 95 por cada 1000 nascimentos em 2012<sup>45</sup>. A mortalidade neonatal na Região Africana desceu de 44 por cada 1000 nascimentos em 1990 para 32 por cada 1000 nascimentos em 2012. Quinze países 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 cinco países estão a fazer progressos no que toca a esta meta, embora sejam insuficientes; e seis países não fizeram progressos (Figura 6).

**Figura 6: Progressos com vista à consecução do Quarto Objectivo de Desenvolvimento do Milénio na Região Africana, relatórios de 2007 e 2012**



Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância, Progressos para as Crianças: um mundo apropriado para revisão estatística de crianças, Número 6, UNICEF, Nova Iorque, Dezembro de 2007

Fonte: UNICEF, OMS, Banco Mundial, UNDESA, Níveis e Tendências na Mortalidade Infantil: Relatório 2012 - Estimativas Desenvolvidas pelo Grupo Interagências das Nações Unidas para a Estimativa da Mortalidade Infantil, Nova Iorque, UNICEF 2012

73. Segundo as estimativas de 2013 sobre a mortalidade materna, quatro países<sup>46</sup> estão no bom caminho para atingirem as suas metas do ODM 5 e 17 países<sup>47</sup> reduziram a sua taxa de mortalidade materna em mais de 50%. Trinta e quatro países também fizeram progressos, enquanto nove países não fizeram quaisquer progressos. A taxa de recurso à contracepção também aumentou de 19% em 1990 para 27% em 2012.

74. 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 da prevenção e controlo do Plano Mundial de Acção para a Pneumonia e Diarreia (GAAPD) na Região Africana, o Quénia e a Zâmbia receberam visitas conjuntas adicionais de acompanhamento em 2012 para a monitorização da implementação dos planos de acção. Isto culminou no desenvolvimento de capacidades para a pesquisa de implementação no Quénia, envolvendo a OMS e os parceiros, e no apoio conjunto da OMS e dos parceiros à Zâmbia. Esta situação levou ao desenvolvimento de orientações para a implementação de programas de MNCH com base na comunidade, com um especial foco na Gestão Integrada de Casos na Comunidade (iCCM).
75. A advocacia para a saúde das mulheres 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 S. Ex.<sup>a</sup>, a Sr.<sup>a</sup> 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 do relatório de acordo com os seus contextos específicos.
76. A OMS tem apoiado activamente os Estados-Membros na implementação das recomendações da Comissão de Alto Nível para desenvolver a saúde das mulheres e crianças. Foram implementadas as dez recomendações da Comissão de Alto Nível de Informação e Responsabilização (CoIA). Todos os quarenta e dois países<sup>48</sup> prioritários receberam orientação e apoio para a realização de consultas nacionais às partes interessadas sobre a CoIA. Trinta e nove países<sup>49</sup> 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 Básicos de Sobrevivência das Mulheres, a OMS apoiou 11 países<sup>50</sup> no desenvolvimento e apresentação de propostas para lidar com as várias barreiras ao acesso a 13 produtos básicos de sobrevivência. Oito propostas foram depois financiadas pelo Secretariado da Comissão e estão a ser implementadas.
77. 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 concentrarem esforços em algumas estratégias e intervenções eficazes previamente acordadas, a OMS apoiou 28 países<sup>51</sup> a reverem os seus Roteiros para a Aceleração da Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Após a cimeira mundial de planeamento familiar, realizada em Londres em 2012, um total de 21 países<sup>52</sup> renovaram o planeamento familiar (PF) e onze

países<sup>53</sup> desenvolveram e implementaram planos nacionais detalhados de PF. Para além disso, quatro países<sup>54</sup> desenvolveram estratégias para a saúde reprodutiva e outros quatro países<sup>55</sup> actualizaram as suas estratégias nacionais de saúde infantil.

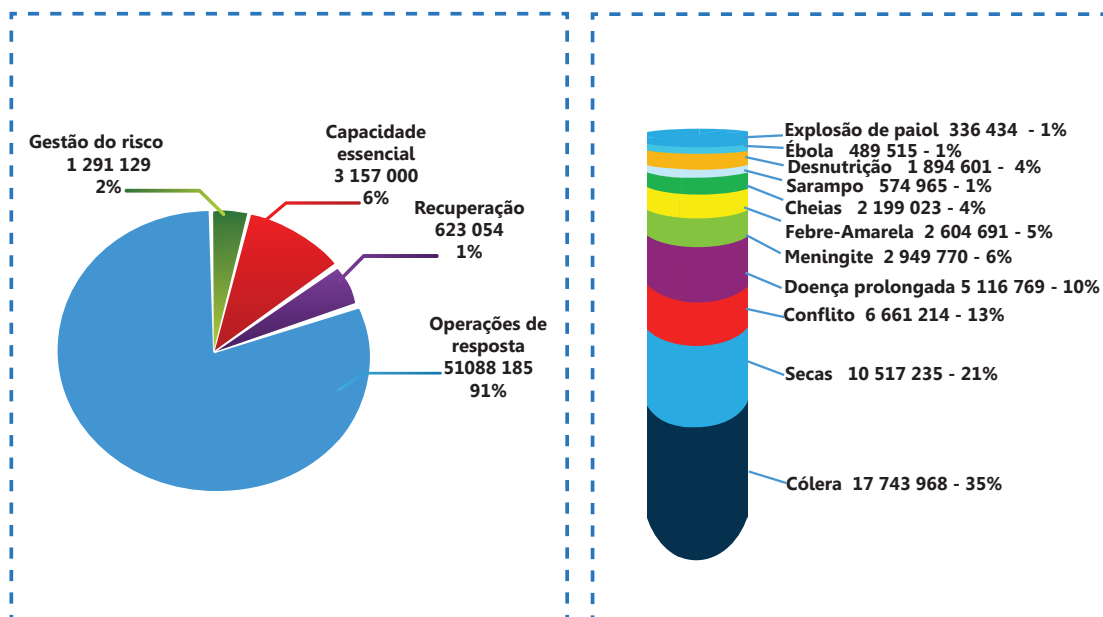
78. De modo a reduzir a mortalidade materna e infantil e ajudar a acelerar os progressos dos países com vista à consecução dos ODM, foi dado uma ênfase considerável ao apoio da melhoria da qualidade dos cuidados através do desenvolvimento de orientações e do reforço de capacidades. Neste sentido, houve um reforço de capacidades em 11 países<sup>56</sup> no que toca ao uso 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); Atenção Integrada às Doenças de Adolescentes/Adultos; Atenção Integrada da Gravidez e do Parto; Prevenção da Transmissão Vertical (AIDAA/AIGP/PTV); e a Agenda Regional para Acelerar o Acesso Universal a serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva.
79. Reparando no fardo elevado do cancro do colo do útero e a sua contribuição para a mortalidade elevada entre as mulheres da Região, 26 países<sup>57</sup> receberam orientações para a introdução da vacina do vírus do papiloma humano (VPH) como uma estratégia-chave da abordagem holística à prevenção e tratamento do cancro do colo do útero. Esta nova vacina, que é dirigida a raparigas 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. A OMS, em colaboração com a UNICEF e a FNUAP, desenvolveu ferramentas para apoiar os países na avaliação e identificação de intervenções de saúde adolescente que devem ser prestadas juntamente com a vacina do HPV.
80. 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


81. 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 sanitárias e nutricionais das populações vulneráveis que são afectadas por esses acontecimentos. Estas acções incluem preparação adequada e uma resposta atempada, incluindo esforços de recuperação.


82. Um grande desenvolvimento no Objectivo Estratégico 5 (OE5) foi a adopção, na sexagésima segunda sessão do Comité Regional, realizada em Luanda em Novembro de 2012, da estratégia de Gestão Regional do Risco de Catástrofes (GRC), juntamente com a respectiva Resolução AFR/RC62/R1, que exorta os 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 de GRC representa uma mudança na abordagem à gestão de catástrofes, de apenas fornecer respostas (Figura 7) para reforçar a resiliência nacional em termos de prevenção e redução de riscos.

**Figura 7: Distribuição de fundos em resposta a catástrofes antes da Estratégia de Gestão do Risco de Catástrofes**



Fonte: OMS-AFRO/DPR/DPC. Projecção mensal da EHA e monitorização dos relatórios

- 
83. Entre Janeiro de 2012 e Dezembro de 2013 foram notificados um total de 18 acontecimentos significativos na Região Africana. Estes acontecimentos, classificados como relacionados com o tempo (49%), surtos de doenças (30%), conflitos armados (20%) e acidentes (1%), incapacitaram os sistemas de saúde e perturbaram as actividades socioeconómicas em muitos dos países afectados, para além da perda de vidas humanas. Cerca de 100 milhões de pessoas em 35 países na Região foram afectadas por estas emergências. Os acontecimentos mais significativos incluíram crises alimentares no Sahel, cheias na África Ocidental e Central, surtos de cólera em oito países<sup>58</sup>, surtos de ébola na República Democrática do Congo e no Uganda, Marburgo no Uganda e febre do dengue nas Seychelles. Os conflitos armados ocorreram na República Centro-Africana e no Mali e prolongaram-se na República Democrática do Congo. Houve uma explosão de um paiol em Brazzaville, no Congo, com efeitos devastadores.
  84. A violência sectária na República Centro-Africana de 5 de Dezembro de 2013 custou a vida a 610 pessoas em apenas uma semana e causou o deslocamento de 600 000 pessoas apenas no Bangui, com cerca de 935 000 pessoas deslocadas por todo o país. A 15 de Dezembro de 2013 o Sudão do Sul experienciou um conflito armado que teve início na capital, Juba, e alastrou-se rapidamente para os sete estados do país, com o deslocamento estimado de 205 000 civis e 1000 mortes.
  85. 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 apoiou o desenvolvimento de um 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. Após aplicar o Quadro de Resposta a Emergências (ERF) da OMS, a Organização enviou rapidamente uma equipa de surtos para a República Centro-Africana após a declaração de Grau 3 por parte da Directora-Geral da OMS. Através dos mecanismos nacionais de coordenação do Agrupamento da Saúde, a OMS coordenou a resposta da saúde a acontecimentos notificados, resultando em acções aperfeiçoadas e aceleradas na gestão de catástrofes.
  86. Em conformidade com a Resolução AFR/RC62/R1, a Região Africana da OMS assumiu a liderança na criação de seis ferramentas para a implementação da estratégia de GRC. Estas incluem a) Avaliação das Capacidades do País (CCA); b) Índice de Segurança Hospitalar (ISH); c) orientações para a realização de avaliações e mapeamento do risco de vulnerabilidade (VRAM); d) procedimentos operacionais padrão; e) orientações para um quadro de recuperação e transição; f) competências essenciais para o desenvolvimento de módulos de formação para os profissionais de saúde. As ferramentas foram distribuídas




pelos países para serem utilizadas. Em Novembro de 2013, a OMS facilitou também uma consulta regional sobre o desenvolvimento de currículos de formação sobre emergências para os profissionais de saúde, com vista a melhorar a capacidade de gestão de emergências na Região.

87. O reforço de capacidades para a implementação da estratégia regional de GRC teve início em 2012. Em Novembro de 2012, um total de 94 pontos focais da OMS tinham sido informados sobre o Quadro de Respostas a Emergências da OMS (ERF) e sobre a estratégia regional da Gestão do Risco de Catástrofes e a sua resolução relacionada. Foram realizadas avaliações de capacidade nacional de GRC nos países da Região e foram desenvolvidos roteiros para reforçar a capacidade da saúde na gestão do risco de catástrofes. Esses roteiros estão a ser implementados nos países.
88. 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 (DiMTEC) na África do Sul e com as comunidades económicas regionais (CER). Além disso, a OMS contribuiu para o relatório da Quarta Plataforma Regional Africana sobre a Redução do Risco de Catástrofes (RRC) e para o Quinto Fórum Africano de Adaptação às Secas, cujas conclusões foram adoptadas na Plataforma Mundial em Genebra, em Maio de 2013.
89. 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.
90. Embora tenham sido feitos progressos por parte dos países na implementação da estratégia regional de Gestão do Risco de Catástrofes (2012-2022), há ainda muito por fazer no reforço de capacidades e resiliência dos sistemas de saúde a grandes catástrofes. As contribuições sanitárias dos países para as plataformas nacionais de redução de catástrofes são também fracas e a saúde nem sempre é considerada como uma prioridade nos esforços de Redução do Risco de Catástrofes.

## 4.6 OE6: Factores de risco para as afecções de saúde


91. 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, inactividade física e factores ambientais, especialmente exposição a químicos, radiação e contaminação alimentar. Os líderes destes factores de risco incluem transições epidemiológicas e económicas, globalização de comércio e marketing, rápida urbanização não planeada, alterações nos padrões de consumo alimentar e crenças e valores culturais.
92. 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 multisectoriais nas condições prioritárias de saúde pública e apela a um financiamento inovador para apoiar a implementação de políticas e acções relacionadas. Foram realizadas duas acções de formação orientadas sobre a nova estratégia de promoção da saúde, no Botsuana e Senegal, para os pontos focais nacionais dos 47 países da Região.
93. 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 inactividade física, consumo elevado de alimentos pouco saudáveis, consumo de tabaco e consumo nocivo do álcool e realçaram 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.
94. A OMS continuou a reforçar as capacidades dos países 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 biénio, a capacidade nacional para realizar a vigilância faseada dos factores de risco das DNT foi reforçada em quatro países<sup>59</sup>, passando para 35 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 nacionais dos ministérios da saúde e da educação de 12 países<sup>60</sup> 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 referidos anteriormente, 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.

95. Realçando a necessidade de reforçar medidas intersectoriais para lidar de forma eficaz com os factores de risco das DNT, a OMS organizou cinco acções de formação nacionais e uma acção de formação sub-regional para 10 países<sup>61</sup> sobre a utilização de abordagens intersectoriais para a prevenção da obesidade infantil. Os participantes de outros oito países<sup>62</sup> 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, utilizando uma abordagem intersectorial. 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 países<sup>63</sup> 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, utilizando uma abordagem intersectorial. Foi realizada uma acção de formação sobre a Formação de Formadores para 12 participantes, sobre como prevenir a obesidade infantil, focando-se na abordagem intersectorial. O pessoal formado irá apoiar os países na Região a desenvolverem estratégias para a prevenção da obesidade infantil.
96. De modo a reforçar as evidências para informar as decisões nas principais áreas do desenvolvimento de políticas e legislação, a OMS apoiou cinco países<sup>64</sup> a participarem num projecto de pesquisa com vista à recolha de dados sobre a publicidade a álcool. 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 países<sup>65</sup> estão a ser apoiados no desenvolvimento das suas políticas nacionais de álcool através de grupos de acção multisectoriais, ao passo que Moçambique e África do Sul receberam apoio para elaborar medidas legislativas de controlo do consumo nocivo do álcool.
97. 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






Quênia 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 de drogas.

98. Os Estados-Membros receberam apoio para desenvolverem e promulgarem legislação detalhada que esteja em consonância com a Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabágica (OMS-CQLA). Mais onze países<sup>66</sup> promulgaram 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 da OMS-CQLA por parte dos Estados-Membros na Região.
99. A Nigéria é o primeiro país na Região a completar o Inquérito Global sobre o Consumo 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 países<sup>67</sup> 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<sup>68</sup> adicionais forneceram dados comparáveis relativos à prevalência sobre o consumo do tabaco. Um total de 25 países<sup>69</sup> 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.
100. Cinco países<sup>70</sup> 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.

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

## 4.7 OE7: Determinantes sociais e económicos da saúde

102. 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 populacionais. 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.
103. O trabalho da OMS durante este 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 medidas intersectoriais e no reforço de capacidades para implementar a estratégia regional de abordagem aos principais determinantes da saúde.
104. Treze países<sup>71</sup> 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 acção sobre os determinantes sociais da saúde, e reforço de parcerias com vista à mobilização de recursos técnicos e financeiros.
105. De modo a analisar as disparidades nos determinantes proximais e estruturais da saúde em cada país, a OMS apoiou seis países<sup>72</sup>, incluindo quatro 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. A Maurícia, São Tomé e Príncipe e as Seychelles partilharam as suas conclusões durante a reunião dos ministros da saúde dos PEID, realizada em São Tomé




e Príncipe em Abril de 2013. 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.

106. Foi realizada uma análise ao estado de implementação de certas medidas intersectoriais, incluindo a saúde, em todas as políticas na Região Africana. As conclusões foram aplicadas na elaboração: a) de um quadro analítico para medidas 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 estudo<sup>73</sup> sobre medidas intersectoriais. Estes produtos foram discutidos na 8.ª Conferência Mundial sobre a Promoção da Saúde, realizada em Helsínquia, na Finlândia, em Junho de 2013.
107. Os nove casos de estudo nacionais captaram experiências na implementação de medidas intersectoriais para abordar os principais determinantes de certas condições de saúde pública. Estes demonstram a importância de medidas intersectoriais para atingir os resultados na saúde e a necessidade de envolver os outros sectores na abordagem às condições de saúde pública prioritárias. Foram publicados oito casos de estudo sobre a implementação das Cinco Medidas Prioritárias contidas na Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde, adoptada em 2011 na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde.
108. Pela primeira vez, a OMS realizou uma acção de formação de orientação para gestores do programa de nove países<sup>74</sup> 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 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. Em 2013, realizou-se em Harare, Zimbabwe, uma acção de formação semelhante, sobre a integração do género, equidade e direitos humanos nos programas, para gestores de programa de seis países<sup>75</sup> anglófonos.
109. Ao abrigo deste Objectivo Estratégico, a OMS defendeu a abordagem aos principais determinantes da saúde, de modo a melhorar os resultados na saúde e a reforçar a capacidade dos países 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 populacionais.

## 4.8 OE8: Ambiente mais saudável

110. 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 ambiente em África.
111. 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 (PNAA). Com esse objectivo, países<sup>76</sup> adicionais receberam um apoio técnico e financeiro da OMS. Actualmente, um total de 34 países<sup>77</sup> iniciou ou completou este processo.
112. 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 das Interligações entre Saúde e Ambiente (HELDS). De modo a melhorar as funcionalidades e desempenho do HELDS, foi criada e distribuída uma segunda versão do sistema (HELDS 2.0) para ser utilizada pelos países. Peritos nacionais de onze países<sup>78</sup>, juntamente com os funcionários das Representações da OMS, receberam formação para a utilização do HELDS.
113. 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.
114. Para além disso, seis países<sup>79</sup> realizaram uma documentação detalhada dos projectos intersectoriais eficazes da saúde e ambiente que abordam os ODM. As descobertas iniciais destas avaliações revelam que tem existido uma maior colaboração e projectos conjuntos entre ministérios da saúde, ministérios do ambiente e outros ministérios relevantes.

- 
115. 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 nacionais de adaptação às alterações climáticas de acordo com a Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre as Alterações Climáticas (UNFCCC).
  116. A OMS criou 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. Como parte da implementação dos seus HNAPS, cinco países receberam apoio financeiro para realizarem projectos em grande escala sobre o impacto das alterações climáticas na desnutrição, doenças diarreicas e doenças vectoriais. Para além disso, desde 2012, a OMS tem apoiado, em cinco países<sup>80</sup>, uma iniciativa de pesquisa de cinco anos sobre as vulnerabilidades sanitárias da população às doenças vectoriais e sobre a resiliência da comunidade em condições de alterações climáticas. Estes projectos irão ajudar a aumentar a compreensão dos efeitos de saúde locais das alterações climáticas, criar evidências e distribuir conhecimento sobre medidas locais apropriadas de adaptação.
  117. 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 interligações 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 saneamento, na boa gestão de químicos e na adaptação às alterações climáticas. A República Democrática do Congo, o Gabão e o Quênia prepararam propostas de projectos para aumentarem a cobertura das intervenções na saúde e ambiente.
  118. Em Setembro de 2013, a OMS publicou o relatório de 2013 sobre a Análise e Avaliação Globais do Saneamento e Água Potável (GLASS)<sup>81</sup>, 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.

119. A OMS, em colaboração com a UNICEF, através do seu programa conjunto de monitorização (PCM)<sup>82</sup>, forneceu um apoio técnico aos Estados-Membros para estes monitorizarem os progressos com vista à consecução do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio sobre água potável e saneamento (ODM 7, Meta 7c)<sup>83</sup>. De acordo com o relatório do PCM de 2014, utilizando dados de 2012, a percentagem da população total da África Subsariana que tem acesso a uma fonte de água potável melhorada aumentou de 63% em 2011 para 64% em 2012<sup>84</sup>. O acesso varia entre os 46% na República Democrática do Congo e os 100% na Maurícia. A cobertura ultrapassa os 90% em oito países<sup>85</sup>. Existem também discrepâncias no acesso a água potável entre áreas urbanas (85%) e áreas rurais (53%). De acordo com o mesmo relatório do PCM, em 2013 apenas 30% da população na Região utilizou instalações de saneamento melhoradas. O acesso a água potável e a instalações de saneamento melhoradas não viu alterações de 2011 para 2012, variando entre os 9% no Sudão do Sul e 10% no Níger para os 97% nas Seychelles. Apenas a Argélia e Cabo Verde cumpriram as metas do ODM para o saneamento e cinco países<sup>86</sup> estão no bom caminho para o fazerem. Angola, Benim e Etiópia pertencem aos 10 melhores países<sup>87</sup> no mundo a conseguirem as maiores reduções no uso de instalações abertas de defecação.
120. 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

121. O Objectivo Estratégico 9 visa melhorar a nutrição, a segurança sanitária e do abastecimento de alimentos durante toda a vida a favor da saúde pública e do desenvolvimento sustentável da região. Em 2011, foi estimado que a subnutrição foi um factor subjacente em 45% das mortes de crianças em todo o mundo, e a Região Africana continua a ser a única região em que o número de crianças com raquitismo aumentou na última década, tendo a África Ocidental e Oriental registado a mais elevada prevalência de raquitismo<sup>88</sup>.


122. A fim de contribuir para a meta do ODM4, que é a redução da mortalidade das crianças com menos de 5 anos, a OMS apoiou os países na protecção e promoção de práticas adequadas de alimentação infantil. Isto foi feito principalmente através da prestação de apoio na revisão dos planos estratégicos e políticas nacionais de alimentação de bebés e crianças em 7 países<sup>89</sup> e actividades de reforço de capacidades dos mesmos em mais 4 países<sup>90</sup>. Foi concedido apoio a 6 países<sup>91</sup> para reforçarem a sua capacidade de implementar a nova Carta da OMS sobre o Crescimento, e a países como a Eritreia, o Quênia e a África do Sul na adopção de leis nacionais visando criar condições propícias para práticas de amamentação optimizadas, aplicando assim o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno.
123. A OMS, em parceria com outros intervenientes-chave, através da Equipa de Directores Regionais da África Ocidental e Central, abordou os aspectos de alimentação e nutrição no âmbito da crise no Sahel e noutras partes da Região, incidindo as suas acções no tratamento da subnutrição aguda grave. O Manual de Tratamento da Subnutrição Aguda Grave (2000) foi revisto e 12 países<sup>92</sup> adoptaram as directivas. Cabo Verde e Mali participaram no projecto conjunto das Agências das Nações Unidas (OMS, UNICEF, FAO e PAM) sobre o programa consolidado de cantinas e hortas escolares a favor da segurança do abastecimento de alimentos, a segurança sanitária de alimentos, a nutrição e a actividade física.
124. O apoio a países para reforçar os seus sistemas de vigilância nutricional foi outra área-chave da OMS. Neste sentido, 11 países<sup>93</sup> implementaram o projecto de Aceleração das Melhorias Nutricionais (ANI) para melhorar a vigilância da nutrição de rotina e reforçaram as Equipas Multisectoriais de Coordenação da Nutrição. Além disso, o Chade, as Comores e Madagáscar receberam apoio para reforçar a vigilância nutricional em situações de emergência.
125. A segurança sanitária dos alimentos é uma grande preocupação dos países da Região. No quadro da resposta da OMS às preocupações com a segurança sanitária dos alimentos foram publicados e divulgados 7 manuais, directivas e instrumentos. Estes manuais, directivas e instrumentos eram relativos à vigilância de doenças provocadas por alimentos, à segurança sanitária dos alimentos, à nutrição e higiene alimentar nas escolas, ao tratamento da subnutrição aguda grave com a componente de segurança sanitária dos alimentos. Além disso, o princípio da OMS intitulado “Cinco Soluções para a Segurança dos Alimentos” foi implementado em 7 países<sup>94</sup>, no quadro da educação para a higiene alimentar, tendo sido integrado em manuais de formação para o Tratamento da Subnutrição Aguda Grave em mais 6 países.


126. No quadro deste Objectivo Estratégico, os Estados-Membros receberam apoio para melhorar a nutrição, especialmente nas práticas de Alimentação de Bebés e Crianças, elaborar políticas sobre a segurança sanitária dos alimentos, melhorar a suficiência de alimentos e reforçar os seus sistemas de vigilância da nutrição.

## 4.10 OE10: Serviços de Saúde

127. O Objectivo Estratégico 10 incide na prestação de apoio normativo e técnico a países para melhorarem os Serviços de Saúde através da consolidação da governação, financiamento, dotação de efectivos e gestão com base em provas fiáveis e acessíveis geradas pela investigação e por sistemas de informação sanitária. As medidas tomadas derivam das Orientações Estratégicas da OMS (2010-2015), dos quadros de implementação da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas Sanitários e da Declaração de Argel sobre a Investigação em Saúde: colmatar as lacunas em matéria de conhecimentos.
128. Sete países<sup>95</sup> receberam apoio técnico para fazer a revisão das suas políticas e planos estratégicos nacionais de saúde a fim de orientarem os seus processos nacionais de desenvolvimento da saúde e seu funcionamento. Através do Programa Global de Ensino sobre o reforço de capacidades do pessoal da OMS em planificação estratégica e diálogo político, foram formadas 18 equipas dos escritórios nacionais da OMS<sup>96</sup>, elevando assim para 46 o número total de equipas nacionais da OMS formadas, melhorando assim a participação da OMS no reforço de sistemas e serviços através de políticas e planos nacionais sólidos.
129. Foi elaborado um guia para estabelecer os custos dos Planos Estratégicos Nacionais de Saúde (PENS) e utilizado para calcular os custos dos mesmos em 13 países<sup>97</sup> e ajustar o seu conteúdo com os recursos previstos para a sua implementação. O primeiro Atlas de Despesas da Região Africana foi publicado, tendo apresentado uma resenha das despesas nacionais da saúde em todos os países, o que permitiu fazer a comparação entre os países. Foi realizado um reforço de capacidades na metodologia de realização das Contas Nacionais da Saúde em 26 países<sup>98</sup>. Por conseguinte, vários países estão a utilizar os dados recolhidos para seguir as despesas da saúde e formular estratégias de financiamento da saúde. Foi concedido apoio a 19 países<sup>99</sup> que começaram a implementar intervenções para a cobertura universal de saúde.



- 
130. O Comité Regional adoptou um roteiro para aumentar os efectivos da saúde na Região Africana no período 2012-2025. Um quadro para a implementação deste roteiro regional de RHS para satisfazer a necessidade de Cobertura Universal de Saúde foi adoptado durante a 4.ª Consulta Regional de Recursos Humanos da Saúde (RHS) realizada em Brazzaville em Dezembro de 2013. A fim de fazer face à crise no pessoal da saúde e reduzir o seu impacto na prestação dos serviços de saúde, nove Estados-Membros<sup>100</sup>, com o apoio da OMS, elaboraram políticas e planos estratégicos nacionais. Foram criados observatórios nacionais de RHS em 6 países<sup>101</sup> para melhorar os dados disponíveis de RHS. Em colaboração com as associações profissionais da Região, instituições académicas, centros de colaboração da OMS, Ministérios da Saúde, Comunidades Económicas Regionais (CER) e outros parceiros, a OMS desenvolveu um Quadro Profissional de Regulação para promover uma abordagem comum à regulação e formação de enfermeiros e parteiras na Região.
  131. Os armazéns e plataformas de dados integrados do Observatório Africano da Saúde sobre dados e estatísticas, perfis analíticos, publicações e gestão de rede estão totalmente operacionais. Para melhorar a base de provas para a tomada de decisões políticas nacionais, foram acrescentados 22 perfis analíticos nacionais e um perfil regional ao seu portal<sup>102</sup>. Foram produzidos 4 atlas estatísticos nacionais e 4 questões do Monitor Africano da Saúde, abarcando as questões relacionadas com sistemas sanitários, saúde reprodutiva, controlo de doenças e determinantes da saúde. Além disso, o Atlas<sup>103</sup> das Estatísticas da Saúde Africana em 2012 foi elaborado e distribuído aos países.
  132. Cinco países elaboraram estratégias e políticas nacionais de ciber saúde. Para reforçar os sistemas nacionais de informação sanitária (SNIS), foram desenvolvidos protótipos de observatórios nacionais de saúde (ONS) para Cabo Verde e Congo enquanto Camarões e Ruanda começaram a elaborar os seus ONS. Para melhorar a monitorização dos sistemas de saúde, foi reforçado o quadro de resultados do sistema de saúde na Libéria e no Senegal e foram avaliados sistemas de registo civil e de estatísticas vitais no Burquina Faso e na Libéria. A capacidade institucional dos Estados-Membros no registo e utilização do HINARI para melhorar o acesso à informação sanitária na Região Africana foi reforçada.
  133. A Rede de Políticas Baseadas em Provas (EVIPNet), uma plataforma de tradução de conhecimentos da OMS em 7 países, promoveu a investigação e a recolha de provas que influenciaram mudanças em políticas nacionais sobre importantes práticas de saúde pública. O Comité Consultivo Africano sobre a Investigação e o Desenvolvimento




da Saúde (CCAIDS) está a prestar uma valiosa assessoria e a ajudar a configurar a investigação para a agenda da saúde. Foram identificados projectos de demonstração para ajudar a colmatar o défice das necessidades de saúde que, de uma forma desproporcionada, afecta os países em desenvolvimento. Para melhorar a capacidade nacional de investigação em saúde, em 2013, setenta jovens investigadores africanos de 16 países foram formados em técnicas de redacção de subvenções de investigação.

134. No âmbito do Objectivo Estratégico, 10 Estados-Membros receberam apoio para rever as suas políticas e planos estratégicos nacionais de saúde, definir programas de investigação sanitária, reforçar os recursos humanos da saúde e melhorar os sistemas nacionais de informação sanitária através do Observatório Africano da Saúde e dos observatórios nacionais de saúde.


## 4.11 OE11: Produtos e tecnologias médicas

135. O Objectivo Estratégico 11 incide na melhoria da acessibilidade, da qualidade e da utilização racional de produtos e tecnologias médicas nos Estados-Membros através de apoio técnico e orientações políticas para o desenvolvimento, implementação e monitorização de políticas e estratégias nacionais abrangentes.
136. Para contribuir para melhorar a disponibilidade, a qualidade e a utilização racional de medicamentos essenciais, seis países<sup>104</sup> actualizaram as suas políticas nacionais de medicamentos com o apoio da OMS. Além disso, o Burquina Faso e a Suazilândia elaboraram planos estratégicos de medicamentos nacionais enquanto o Zimbabue elaborou uma estratégia de 5 anos sobre medicamentos e material clínico, e o Benim avaliou o seu plano de implementação da política nacional de medicamentos (2006-2010).
137. Quinze países receberam apoio para reforçar os seus sistemas farmacêuticos e melhorar o acesso a medicamentos de qualidade através da parceria EC/ACPRO sobre políticas farmacêuticas. Além disso, o Gana, o Uganda e a Zâmbia elaboraram um plano de trabalho para a implementação de actividades de promoção da Aliança para a Transparência dos Medicamentos (MeTA), que é uma iniciativa mundial focada na melhoria do acesso a medicamentos de qualidade garantida nos países em desenvolvimento através do aumento da transparência e da responsabilização do sector farmacêutico.

- 
138. A OMS e o PNUD deram apoio à Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO) através da Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS) para desenvolver uma política regional e directivas sobre as flexibilidades dos Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio (TRIPS). Isto vai permitir aos Estados-Membros actualizar as suas políticas e legislação nacional e maximizar a utilização das oportunidades oferecidas pelas flexibilidades dos TRIPS para melhorar o acesso aos medicamentos. Além disso, as Comunidades Económicas Regionais<sup>105</sup> da África Ocidental, Central, Austral e Oriental receberam apoio da OMS para implementar a Iniciativa Africana de Harmonização do Registo de Medicamentos. A OMS criou um Grupo Regional de Trabalho sobre Medicamentos de Má Qualidade, Falsos, Indevidamente Rotulados, Contrafeitos e Falsificados para compreender melhor as implicações e contribuições regionais para o debate mundial em curso sobre esta questão.
139. No quadro da coordenação da OMS foram desenvolvidos os seguintes instrumentos e directivas importantes: a) Quadro de regulação dos profissionais, práticas e produtos de medicina tradicional; b) Quadro de colaboração entre profissionais de medicina tradicional e medicina convencional; c) Instrumento para documentar práticas de medicina tradicional; d) Orientações políticas para a protecção de conhecimentos autóctones da medicina tradicional Africana; e e) Um quadro legislativo específico para protecção de conhecimentos autóctones da medicina tradicional Africana. Estes instrumentos fornecem informações aos países, que os orientam na operacionalização das suas políticas e estratégias nacionais de medicina tradicional.
140. Em colaboração com a OMS, a União Africana desenvolveu o Plano de Acção de Implementação da Renovada Década da Medicina Tradicional Africana (2011-2020) e o Plano Comercial de Produção Farmacêutica para África, que foram adoptados pela Cimeira de Chefes de Estado e de Governo da União Africana em Adis Abeba, em Julho de 2012. Estes instrumentos estão a ser utilizados para melhorar o papel da Medicina Tradicional nos Sistemas de Saúde e para promover a produção local. A Farmacopeia de Plantas da Organização Oeste Africana da Saúde para a Sub-Região CEDEAO foi desenvolvida em 2013 para orientar a harmonização de especificações técnicas e padrões de garantia de qualidade.
141. Quarenta e cinco países elaboraram políticas nacionais sobre o sangue e a qualidade dos laboratórios. Destes 45 países, 6<sup>106</sup> adoptaram políticas durante o biénio em curso e, por conseguinte, foram registados progressos na qualidade e quantidade da dádiva de sangue. Mais de metade das necessidades das unidades de sangue seguro para transfusão, de acordo com os padrões da OMS, foram satisfeitas na Região. A OMS

contribuiu para a revisão da política nacional do sangue no Burquina Faso. A avaliação da implementação da Estratégia Regional para a Segurança do Sangue mostra que o estado dos serviços de transfusão sanguínea foi conhecido em 42 países<sup>107</sup> e que mais de 80% das dívidas de sangue em 21 países<sup>108</sup> foram voluntárias e não remuneradas. Quarenta e dois países<sup>109</sup> declararam ter realizado a despistagem do VIH em 100% em todas as unidades de sangue enquanto 40 países<sup>110</sup> fizeram o teste de VHB e sífilis, e 39<sup>111</sup> de VHC. Vinte países<sup>112</sup> iniciaram programas de reforço da segurança das injecções.

142. As Orientações da OMS para o Processo Gradual da Melhoria dos Laboratórios para a Acreditação (SLIPTA) foram publicadas e estabelecidas parcerias com a Sociedade Africana de Medicina Laboratorial e CDC/GAP-Atlanta para a sua implementação. Desde 2013, 56 laboratórios em 8 países<sup>113</sup> aplicaram a abordagem SLIPTA e 3 laboratórios de saúde pública foram acreditados em 4 países<sup>114</sup>. Vinte analistas dos laboratórios de Veterinária e Saúde Pública de 8 países<sup>115</sup> da África Central foram formados na norma ISO 15189.
143. Funcionários de Biossegurança de 4 países<sup>116</sup> foram formados em gestão de riscos biológicos e transporte de substâncias infecciosas, de acordo com os regulamentos de embarque da IATA e da OMS. A fim de apoiar os países a reforçar os seus serviços de laboratório e passar da atenção específica a doenças para sistemas laboratoriais integrados e coordenados, o “Guia para o Estabelecimento de um Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde” foi distribuído aos países. O Congo elaborou um roteiro para reforçar o SNLS enquanto a Eritreia e S. Tomé e Príncipe elaboraram as suas políticas e planos estratégicos nacionais sobre laboratórios. Com o apoio do CCD, foi criado o Centro Africano de Manutenção de Equipamento Laboratorial (ACLEM), em Enugu, Nigéria, como Centro de Excelência para garantir serviços de manutenção, certificação e reparação dos Gabinetes de Biossegurança.
144. As orientações para a elaboração de políticas e planos nacionais de segurança do doente foram finalizadas. As Parcerias Africanas de Segurança do Doente foram alargadas a 5 países<sup>117</sup>. Assim, esses países incluíram agora a segurança sanitária do doente nos seus planos nacionais de desenvolvimento da saúde. Com o apoio da OMS, foi organizada uma reunião ministerial sobre a segurança sanitária do doente, à intenção de 20 países<sup>118</sup>, com o objectivo de aumentar a consciencialização e intensificar intervenções nesta área.
145. As capacidades das Autoridades Nacionais de Regulação de Medicamentos (ANRM) foram reforçadas através do estabelecimento de planos de desenvolvimento institucionais e através da formação de profissionais no âmbito da rede do Fórum Africano de




Regulação das Vacinas (FARV). Além disso, foi reforçada a capacidade de 21 Estados-Membros<sup>119</sup> em matéria de supervisão de ensaios clínicos de vacinas. Assim, 7 países estão a fazer supervisão ética e de regulação e a garantir a segurança dos participantes na 3.ª fase do ensaio clínico de uma vacina contra o paludismo.

146. No Objectivo Estratégico 11, a OMS forneceu orientações políticas, desenvolveu instrumentos e directivas para situações específicas dos países e apoiou o reforço da capacidade dos Estados-Membros para a formulação de políticas, estratégias e planos para melhorar o acesso, a qualidade e a utilização racional dos produtos e tecnologias médicas.

## 4.12 OE12: Liderança, governação e parcerias


147. O Objectivo Estratégico 12 diz respeito ao papel da OMS na prestação de liderança, reforço da governação e melhoria das parcerias para o desenvolvimento da saúde. Trata, igualmente, da coerência entre os vários níveis da Organização.
148. A OMS apoiou a sensibilização para o aumento de investimento destinado a reforçar os sistemas nacionais de saúde e promover a saúde através da realização de missões de alto nível a 29 países dentro e fora da Região. Além disso, através da participação em 14 importantes conferências internacionais, o Director Regional deu a conhecer as necessidades, prioridades e estratégias regionais de saúde e o apoio da OMS aos Estados-Membros. Os temas das conferências incluem abordagens futuras ao financiamento, parcerias e acesso aos cuidados de saúde em África; caminhar para a equidade global na saúde; salvar mulheres – dar vida; a nova era do tratamento e prevenção do VIH-SIDA; factores de risco das doenças não transmissíveis; vacinação; recursos humanos da saúde; e boa aplicação do dinheiro, sustentabilidade e responsabilização no sector da saúde. Isto contribuiu para o apoio sustentado dos parceiros ao trabalho da OMS na Região Africana e para investimentos nacionais destinados ao desenvolvimento da saúde.
149. Os chefes dos escritórios nacionais da OMS na Região garantiram que a saúde continuasse a ser parte integrante do desenvolvimento nacional e da cooperação em matéria de ajuda. Facilitaram o diálogo entre os governos, os intervenientes da saúde e os parceiros de desenvolvimento. De acordo com a Declaração de Paris sobre a Eficácia, a Harmonização e o Alinhamento da Ajuda, conduziram a coordenação entre os parceiros de desenvolvimento da saúde sob a liderança dos Ministérios da Saúde.



Além disso, conduziram a Agenda Pública da Saúde no seio das equipas nacionais das Nações Unidas e garantiram que os UNDAF/UNDAF reflectissem as prioridades nacionais da saúde. Os programas conjuntos com outras agências das Nações Unidas em 21 países levaram à melhoria da coerência da acção das Nações Unidas na saúde, melhoraram a harmonização, o alinhamento com planos nacionais e outras iniciativas dos parceiros bem como a coordenação do sector da saúde.

150. A reforma da OMS realça a resposta às necessidades do país e sublinha a importância da Estratégia de Cooperação Nacional (CCS) como instrumento chave de cooperação da OMS com os Estados-Membros. Foi concedido apoio técnico a 39 países para reverem as suas CCS. No final de 2013, todos os países tinham uma CCS válida. Os 46 escritórios nacionais foram reestruturados para melhorar a eficiência e reforçar ainda mais a presença da OMS nos países. Foi assinado um acordo com o governo da Argélia, que culminou com a elevação do Escritório de Ligação da OMS nesse país a um efectivo Escritório Nacional da OMS. As reuniões, nomeadamente as 2 Reuniões sobre os Programas Regionais (RPR), foram aproveitadas para informar todo o pessoal sobre a reforma em curso na OMS e a planificação, implementação e monitorização dos programas da OMS. Tudo isso melhorou a coerência da orientação política e responsabilização em todos os níveis.
151. A quarta reunião dos Ministros da Saúde dos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (PEID), formados por Cabo Verde, Comores, Maurícia, S. Tomé e Príncipe e Seychelles foi realizada com sucesso em S. Tomé e Príncipe, em Abril de 2013, tendo culminado com a adopção de um comunicado. O comunicado contém compromissos destes Estados-Membros que abordam os determinantes sociais da saúde, as doenças não transmissíveis e seus factores de risco, o paludismo e a cobertura universal de saúde. Em 2013 foi criada a Comunidade de Colaboração em Linha da Rede PEID foi criada em 2013 com o apoio do portal do Observatório Africano da Saúde para facilitar a partilha permanente de experiências.
152. Foi realizada uma avaliação do trabalho das Equipas de Apoio Interpaíses (EAI) da OMS em 2012. As principais recomendações que estão a ser implementadas incluem o aumento da capacidade das equipas para acelerar o apoio técnico aos países; garantir os efectivos adequados das EAI para que possam satisfazer as necessidades dos países; reforçar a capacidade dos Responsáveis dos Programas Nacionais; garantir a contratação de consultores a um custo acessível e melhorar a coordenação de missões previstas aos países.

153. O 62.º Comité Regional discutiu exaustivamente os vários pontos da agenda incluindo a reforma em curso da OMS e adoptou resoluções sobre a gestão de riscos de catástrofe naturais; prevenção e combate ao VIH/SIDA; roteiro para aumentar os recursos humanos da 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 doenças não transmissíveis e implementação dos Regulamentos Internacionais de Saúde de 2005. O Comité Regional acolheu com satisfação e aceitou o pedido da República do Sudão do Sul para reintegrar a Região Africana da OMS. O pedido foi também aceite pela 66.ª Sessão da Assembleia Mundial da Saúde. O 63.º Comité Regional adoptou 6 resoluções<sup>120</sup> incluindo uma resolução sobre as mudanças propostas ao Regulamento Interno do Comité Regional para além de adoptar os nos termos de referência do Subcomité do Programa. Assim, esta resolução implementa a Decisão 9 da 65.ª Assembleia Mundial de Saúde exortando a harmonização das normas e práticas dos Comités Regionais no quadro da reforma da OMS. A implementação das resoluções deverá melhorar a capacidade nacional de prevenir, gerir e monitorizar as doenças prioritárias.
154. Foram reforçadas parcerias através da participação da OMS e parceiros em reuniões conjuntas, missões e actividades. A OMS continuou a reforçar e a diversificar parcerias com organizações bilaterais (USAID, CDC, SIDA, DFID, Cooperação Francesa, Suíça), 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, Grupo das Nações Unidas para o Desenvolvimento de África e Fundações (Bill e Melinda Gates, Rotary, Hewlett) com vista a alcançar melhor saúde para os povos de África. O Mecanismo Regional de Coordenação foi melhorado através de consultas, diálogo, conselhos e sinergias, promovendo novas parcerias para melhorar a saúde dos povos de África. A OMS também assinou MdE com 6 novos parceiros, incluindo ONG. Foram iniciadas e/ou reforçadas parcerias com a sociedade civil, ONG, sector privado e instituições académicas.
155. A OMS conduziu e coordenou acções dos 16 membros (incluindo dois membros associados) do mecanismo de parceria Harmonização para a Saúde em África (HHA), para avançar ainda mais o diálogo entre os ministros das finanças e os ministros da saúde e melhorar o financiamento do sector da saúde nos países. A HHA organizou uma reunião interministerial que adoptou a Declaração de Tunes sobre a Boa Aplicação do Dinheiro, a Sustentabilidade e a Responsabilização no Sector da Saúde, um quadro para orientar a acção dos países e parceiros na aceleração dos progressos para a



Cobertura Universal da Saúde. Foi formado um grupo de pessoas recurso em HHA para dar uma resposta integrada e harmonizada através das agências membros na Região na área de planificação e elaboração de orçamento utilizando a ferramenta “Uma Só Saúde”.

156. Dando seguimento à reunião de Tunes, o Banco Mundial e o Escritório da Diplomacia Global de Saúde do Departamento de Estado dos Estados Unidos, em colaboração com outros parceiros HHA co-patrocinou um diálogo de alto nível entre os ministros das finanças e os ministros da saúde para explorar opções políticas que garantam que os investimentos na saúde produzam sistemas e resultados sustentáveis, com maior dependência do financiamento interno. Para isso, será necessária uma colaboração mais estreita entre os ministérios das finanças e os ministérios da saúde bem como mais mecanismos inovadores para aumentar o financiamento da saúde, nomeadamente o aumento dos impostos sobre o álcool, telemóveis, tabaco, etc., e a utilização eficiente de recursos para garantir o acesso universal. Os países dotados de valiosos recursos naturais foram instados a tirar proveito da sua exploração com vista ao desenvolvimento social e da saúde.
157. A coordenação com a HHA foi reforçada através dos apelos dos membros do Comité Director, das reuniões bienais do Comité Director e da reunião anual dos Directores Regionais da HHA. A coordenação também foi reforçada a nível nacional, em que as actividades da HHA foram facilitadas por representantes da OMS como coordenadores à luz da decisão dos Directores Regionais da HHA, em Outubro de 2012. As actividades da HHA ao nível nacional são agora conjuntamente planificadas, implementadas, monitorizadas e reportadas pelos membros da HHA que têm mais conhecimento das políticas, objectivos e actividades da HHA. O resultado foi um apoio harmonizado e eficiente dos parceiros da HHA para o reforço do sistema de saúde.
158. A OMS continuou a sua participação conjunta com as NU ao nível regional através do Grupo das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDG), que contribui para apoiar as equipas nacionais das NU, especialmente no desenvolvimento do UNDAF e acções harmonizadas e mais eficientes na área da saúde. A Organização conduziu o grupo da saúde e encetou medidas de colaboração, tanto a nível da Nutrição como da Emergência e Acção Humanitária. A capacidade dos intervenientes no sector da saúde relativamente ao tratamento da subnutrição aguda grave foi reforçada durante a crise da seca no Sahel. Além disso, a OMS desempenhou um papel de liderança no combate à cólera a nível sub-regional, nomeadamente em 3 países da África Ocidental.




159. A colaboração com a Comissão da União Africana (CUA) e a Comissão Económica das Nações Unidas para África (UNECA) foi reforçada. Foi aprovado um acordo entre a OMS e a CUA pela 65.<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde e assinado em 2012 para substituir o antigo assinado entre a OMS e a Organização da Unidade Africana. Um plano de acção conjunto OMS-CUA para 2012/2013 foi elaborado e implementado. A OMS apoiou a produção da publicação da CUA intitulada 50 Anos de Saúde e Desenvolvimento.
160. A OMS apoiou a génese da constituição da Federação Africana de Obstetrícia e Ginecologia (FAOG) e o seu lançamento durante o Congresso Mundial de Obstetrícia e Ginecologia, em Outubro de 2012. Nessa ocasião, o Director Regional proferiu um discurso inaugural, sublinhando as potenciais funções da FAOG na sensibilização dos governos para afectação de mais recursos à saúde materna e neonatal, no reforço das capacidades dos cuidados especializados a nível da saúde maternal e neonatal, apoio à investigação operacional destinada a aumentar intervenções chave de saúde materna e neonatal, conjuntamente com a monitorização da qualidade dos cuidados maternos e neonatais nos países. Os membros executivos da Federação Africana das Associações de Saúde Pública (FAASP) foram apoiados na elaboração de um plano estratégico e na participação do 13.<sup>o</sup> Congresso da Federação Mundial das Associações de Saúde Pública, realizada em 2012 em Adis Abeba.
161. Cento e vinte funcionários de 12 países<sup>121</sup> receberam formação em comunicação a doadores e mobilização de recursos. Esta actividade contribuiu para aumentar os recursos mobilizados em comparação com o biénio anterior.
162. O entendimento público do trabalho da OMS e das questões sanitárias foi promovido através da produção e disseminação regular de materiais de informação. A disponibilidade em linha da maior parte destes materiais contribuiu para um aumento de 39% do número de visitas ao *website* da Região Africana da OMS que passou de 38 484 em 2010/2011 para 53 681 no biénio 2012/2013. A introdução de boletins electrónicos, pelos Escritórios da OMS em toda região, melhorou a promoção da marca e a visibilidade da OMS. As plataformas dos meios de comunicação social como *Twitter* e *YouTube* foram estabelecidas e utilizadas para a consciencialização do trabalho da OMS na região.
163. O pessoal melhorou os seus conhecimentos e aprendeu técnicas efectivas de comunicação e mobilização de recursos através de seminários de reforço de capacidades. Foi criada uma rede de profissionais de comunicação que deu apoio ao Sudão do Sul e à República Centro-Africana durante a crise humanitária nos dois países. O trabalho desta rede contribuiu para melhorar a consciencialização das pessoas afectadas por surtos de doenças e emergências, promoveu a saúde e reduziu a propagação de doenças e outros problemas de saúde.

164. Em resumo, o Objectivo Estratégico 12 defendeu o aumento dos investimentos internos e externos dos sistemas de saúde; melhorou a coordenação entre os parceiros de desenvolvimento na área da saúde, consolidou as parcerias da OMS e a mobilização de recursos com os intervenientes da saúde e apoiou as avaliações dos CCS.

### 4.13 OE13: Uma OMS eficiente e eficaz


165. O Objectivo Estratégico 13 procura prestar um apoio eficaz e eficiente aos programas técnicos com vista à obtenção dos resultados esperados. Este apoio é prestado em áreas funcionais que incluem Gestão dos Programas; Orçamento e Finanças; Serviços Administrativos; Recursos Humanos; Tecnologias da Informação; Compras e Prestação de Serviços; bem como Serviços de Tradução, Interpretação e Impressão.
166. A função de Gestor de Programas foi reforçada através da formação de 94 funcionários encarregados de planear e prestar diariamente uma assistência directa a todas as Rubricas Orçamentais. Este apoio contínuo contribuiu para uma melhor utilização do quadro de gestão baseada nos resultados e melhorou a gestão dos planos de trabalho através do uso eficaz do GSM.
167. O relatório de avaliação de fim de biénio demonstrou uma boa implementação das actividades planeadas em 2012-2013, o que levou a resultados mais palpáveis que, entre outras coisas, aumentaram a responsabilização e a transparência na OMS. A produção sistemática de relatórios periódicos de monitorização tais como o Relatório de Monitorização Orçamental e o Relatório de Distribuição de Fundos serviram de instrumentos de alerta para as Rubricas Orçamentais. Estes relatórios permitiram melhorar a supervisão da execução do Orçamento de Programa, simplificando assim a reprogramação dos planos de trabalho para assegurar, sempre que necessário, um melhor alinhamento dos fundos disponíveis com os custos planeados e as dotações orçamentais ajustadas.
168. A Região cumpriu os requisitos revistos de produção de relatórios para o encerramento do biénio 2012-2013. As alterações feitas asseguraram que os relatórios financeiros da OMS estivessem em conformidade com as Normas Internacionais de Contabilidade do Sector Público (IPSAS). Estas incluem requisitos relativos à apresentação de relatórios e certificação de elementos específicos conforme estabelecido na carta de representação do Director Regional, baseada em relatórios submetidos pelos 47 representantes da



OMS na Região. Isso aumentou a transparência, a responsabilização e os padrões de produção de relatórios financeiros. Relatórios sobre o desempenho, o cumprimento das normas e a execução do orçamento são agora apresentados ao Subcomité do Programa, em linha com a agenda de reforma da OMS.

169. As principais contas bancárias foram inteiramente conciliadas. No entanto, oito dos 270 fundos para adiantamentos nos países tinham itens pendentes por mais de 90 dias. Isso marca uma melhoria significativa em comparação com os anos precedentes. Os níveis de reposição dos fundos para adiantamento dos países foram revistos para que se mantenha um mínimo de liquidez/saldos bancários a nível dos países, minimizando assim o risco de perda do poder de compra devido a flutuações da taxa de câmbio ou emergências.
170. A gestão dos planos salariais e a distribuição dos custos do pessoal às fontes de financiamento apropriadas foram aperfeiçoadas através de seguimentos contínuos e apoio prestado às rubricas orçamentais. A distribuição e monitorização dos fundos foram geridas eficazmente de modo a assegurar que os fundos fossem utilizados nos prazos estabelecidos, para evitar perdas.
171. Foram fornecidas orientações e apoio às Equipas de Apoio Interpaíses e às Representações da OMS no que diz respeito à implementação de políticas relativas aos recursos humanos. A taxa de cumprimento da avaliação do pessoal através do ePMDS aumentou consideravelmente para 82% em 2013, na sequência do lançamento desta ferramenta em 2013. Foram feitos esforços para recrutar mais mulheres nas representações da OMS da Região Africana numa tentativa de cumprimento da política de equilíbrio dos géneros da Organização, não obstante problemas persistentes como os locais de afectação difíceis e a falta de oportunidades de emprego para os esposos. Nove funcionários que trabalharam na OMS por mais de 30 anos foram homenageados com a atribuição de certificados por parte da Directora-Geral e do Director Regional. Foram organizados cursos de reciclagem em várias áreas de administração e tornaram mais regulares as formações contínuas.
172. Como parte da agenda de reforma da OMS, as condições de recrutamento do pessoal foram renovadas para que as práticas de contratação estejam mais alinhadas com a realidade do financiamento da Organização. Ademais, centenas de funcionários foram formados ao nível regional com vista a aumentar as suas capacidades de realizarem no GSM as transacções que dizem respeito aos recursos humanos e à administração.

173. As equipas regionais estão a trabalhar com a sede da OMS no sentido de se implementar um sistema global de gestão informática e correio electrónico na Região Africana. Esta integração e reagrupamento dos serviços deverão reduzir os custos de manutenção informática e permitir aos funcionários desempenharem funções mais analíticas.
174. As capacidades do pessoal responsável pelas TIC foram reforçadas para facilitar o trabalho da OMS. Assegurou-se de que os funcionários estivessem ao mesmo nível e comprometidos com a implementação de projectos mundiais. Isso terá como efeito um apoio mais eficaz aos programas técnicos. Foi introduzido um sistema global de correio electrónico da OMS e, presentemente, todos os funcionários da Região Africana têm o mesmo domínio de correio electrónico (@who.int). Já se iniciou o trabalho para a *Global Synergy* [Sinergia Global] (uma configuração comum e normalizada dos terminais informáticos da OMS). O novo telefone e sistema de comunicação Unified Communications Manager da CISCO (CUCM) está a ser distribuído. Estas iniciativas irão melhorar significativamente a comunicação e reduzir ainda mais as despesas com viagens e reuniões.
175. Estão a ser tomadas medidas para se privilegiar as opções economicamente mais vantajosas dentro da Organização, sendo que o principal objectivo é assegurar compras a preços competitivos com a melhor qualidade possível e entrega atempada a todas as Rubricas Orçamentais da Região Africana. Foram efectuados inventários para compilar dados de inventários dos bens capitalizados. Este importante requisito das IPSAS foi referido como sendo uma fraqueza em vários relatórios de auditoria precedentes da Organização. A 31 de Dezembro de 2013, os activos fixos da Organização estimavam-se a 39 749 527 dólares americanos.
176. Os serviços de edição, tradução e interpretação nas três línguas da Região, bem como os serviços de impressão, foram todos prestados como apoio aos programas técnicos. Os serviços de língua também foram prestados nas sessões do Comité Regional. Foi publicado e distribuído um guia de uso da língua francesa e a lista de consultores de língua foi aumentada para satisfazer a crescente procura. Numa tentativa de se obter uma maior eficiência, foi aumentada a capacidade para publicações internas.
177. Os serviços administrativos e logísticos prestaram um apoio eficaz às conferências e reuniões estatutárias organizadas durante o ano, incluindo as reuniões dos sexagésimo segundo e sexagésimo terceiro Comités Regionais.

- 
178. Os investimentos específicos no domínio das infra-estruturas melhoraram as condições de vida e trabalho dos funcionários e das suas famílias, apesar dos recursos orçamentais limitados. A segurança física no Escritório Regional foi reforçada através da fortificação das barreiras no perímetro e da instalação de câmaras de vigilância.
179. A situação de segurança em rápida mutação e os níveis de ameaça em várias representações da OMS foram monitorizados e foram emitidos avisos apropriados. Como resultado, os funcionários passaram a estar mais conscientes da sua segurança pessoal. O nível de cumprimento das Normas Mínimas de Segurança Operacional (MOSS) aumentou em 70%. Um conjunto de agentes de segurança prestou um apoio eficiente sempre que necessário. Cinco representações da OMS<sup>122</sup> receberam financiamento adequado para o cumprimento das MOSS. As recentes crises na República Centro-Africana e no Sudão do Sul suscitaram a prestação de apoio no domínio da segurança para garantir a segurança e protecção do pessoal enquanto se continuava a execução do programa num contexto de segurança volátil.

## 5. Progressos realizados na implementação das resoluções do Comité Regional

180. Várias resoluções foram aprovadas pelos Estados-Membros e os progressos na sua implementação estão a ser monitorizados de perto pelo Secretariado da OMS. Para cada resolução, os progressos são apresentados num parágrafo deste capítulo que analisa a resolução, seguido por um resumo da sua implementação e os seus resultados.

### 5.1 AFR/RC51/R3: Saúde dos adolescentes: uma estratégia para a Região Africana

181. Em 2001, o Comité Regional, por meio de uma resolução sobre a saúde do adolescente, solicitou ao Director Regional que prestasse apoio técnico aos Estados-Membros para elaborarem políticas e programas nacionais sobre a saúde do adolescente, e levarem a cabo acções de sensibilização e a mobilização de recursos para implementar estas políticas e programas.

182. Até 31 de Dezembro de 2013, 25 países<sup>123</sup> da Região já tinham elaborado ou renovado as suas políticas ou planos estratégicos relativos à saúde do adolescente, ou seja, 5 países mais do que em 2012. Foram desenvolvidas ferramentas, orientações e normas para avaliar e implementar serviços de saúde voltados para os adolescentes, que ajudaram 23 países a desenvolverem normas relativas ao serviço de saúde dirigido aos adolescentes e a implementarem os planos de acção referentes a estas. Foram realizadas análises da situação e avaliações da cobertura como parte do desenvolvimento das capacidades em cinco países<sup>124</sup>. Os países foram orientados no sentido de introduzirem a vacinação contra o VPH como um elemento-chave da abordagem holística de prevenção contra o cancro do colo do útero. Vinte países receberam apoio da Aliança GAVI e começaram a introduzir a vacinação contra o VPH em todo o país ou através de projectos de demonstração.

## 5.2 AFR/RC58/R1: A saúde da mulher na Região Africana da OMS: Um apelo à Acção

183. Preocupado com o nível inaceitavelmente elevado de mortalidade materna na África Subsariana, o Comité Regional aprovou, em Setembro de 2008, a Resolução AFR/RC/58/R1. A resolução solicitou ao Director Regional “que criasse uma Comissão da Saúde da Mulher para gerar evidências sobre o impacto que melhores condições de saúde das mulheres teriam 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 muitas competências e conhecimentos em diferentes disciplinas.
184. A Comissão reuniu evidências sobre os principais factores que influenciam a saúde das mulheres e recomendou medidas apropriadas a serem tomadas pelos governos e por todos os sectores da sociedade de modo a se conseguir uma melhoria sustentável na saúde da mulher. O relatório intitulado: *Enfrentar o desafio da saúde da mulher em África: relatório da Comissão da Saúde da Mulher na Região Africana*, foi tornado público em Dezembro de 2012 pela Sua Ex.<sup>a</sup> a Sr.<sup>a</sup> Ellen Johnson Sirleaf, Presidente da República da Libéria, enquanto Presidente Honorária da Comissão. O relatório foi aprovado pelos Ministros da Saúde durante a sexagésima terceira sessão do Comité Regional Africano da OMS.


185. O relatório está a ser distribuído aos países e aos principais parceiros no decurso de encontros a nível do continente e de fóruns internacionais.

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

186. Esta resolução lançou um apelo à OMS, para que, em colaboração com parceiros relevantes, apoie os países na intensificação das intervenções para sobrevivência infantil através do reforço das capacidades nacionais para elaborar eficazmente políticas, estratégias e planos e implementar e monitorizar as actividades que lidam com os problemas relacionados com a sobrevivência infantil no contexto dos sistemas de prestação de cuidados de saúde.
187. Em termos da adopção de políticas, 38 países elaboraram, até à data, políticas, estratégias e planos nacionais em matéria de sobrevivência infantil e 17 países estão a implementar a gestão integrada e comunitária dos casos de pneumonia, diarreia e paludismo. Quanto à intensificação da Gestão Integrada das Doenças Infantis (AIDI), 27 países estavam a implementar a AIDI em mais de 75% dos distritos visados em 2011 em comparação com 22 países em 2009.
188. Isso contribuiu para uma diminuição da mortalidade dos menores de cinco anos de 175 em cada 1000 nados-vivos em 1990 para 107 em cada 1000 nados-vivos em 2011. Em 2012, 15 países da Região Africana da OMS estavam no bom caminho para a redução das mortes infantis em dois terços entre 1990 e 2015, em comparação com cinco países em 2006, ano em que foi adoptada a estratégia regional para a sobrevivência infantil. Vinte e cinco países estão a fazer progressos, apesar de ainda serem insuficientes; e seis países não fizeram qualquer progresso.

### 5.4 AFR/RC61/R2: Quadro de adaptação da saúde pública às alterações climáticas na Região Africana

189. A sexagésima primeira sessão do Comité Regional aprovou o Quadro de Adaptação da Saúde Pública às Alterações Climáticas através da Resolução AFR/RC61/R2. O quadro tem como finalidade orientar a formulação e implementação da componente sanitária dos planos nacionais de adaptação às alterações climáticas. Através desta resolução, os Estados-Membros solicitaram à OMS que criasse o Programa Pan-africano para a Adaptação da Saúde Pública às Alterações Climáticas. Em resposta, o Programa Pan-




africano para a Adaptação da Saúde Pública às Alterações Climáticas foi criado em 2012 enquanto plataforma abrangente de resposta coordenada da saúde pública às necessidades de adaptação dos países africanos às alterações climáticas.

190. A OMS prestou apoio técnico aos países para a implementação do Programa Pan-africano através da criação de um consórcio internacional para as alterações climáticas e a saúde em África com o intuito de ajudar os países africanos a gerirem os efeitos negativos das alterações climáticas na saúde pública. Para aumentar a representação do sector da saúde na elaboração das políticas e estratégias relativas às alterações climáticas, peritos em saúde pública de dez países africanos receberam formação sobre diplomacia em matéria de alterações climáticas e foram patrocinados para participarem na Conferência das Nações Unidas sobre as Alterações Climáticas (COP19). Até à data, 42 países da Região elaboraram os seus planos do sector da saúde, de adaptação às alterações climáticas. Actualmente, quatro países<sup>125</sup> estão a implementar projectos-piloto de grande escala sobre o impacto das alterações climáticas na nutrição, doenças diarreicas e doenças transmitidas por vectores.

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

191. A Resolução AFR/RC61/R4 do Comité Regional exortou todos os Estados-Membros onde o poliovírus continua a circular que declarem a poliomielite uma emergência de saúde pública e que envolvam sistematicamente todos os líderes políticos e tradicionais a todos os níveis para assegurar que todas as crianças sejam abrangidas durante a vacinação de rotina e as actividades suplementares de vacinação, por forma a garantir uma interrupção bem-sucedida das transmissões ainda existentes do poliovírus. Os Estados-Membros onde a transmissão é endémica (Nigéria) ou foi restabelecida (Angola, Chade e República Democrática do Congo) foram exortados a introduzir medidas prioritárias nos planos de emergência para assegurar a interrupção da transmissão do poliovírus o mais rapidamente possível. Além disso, todos os Estados-Membros foram exortados a especificamente mobilizarem os recursos adequados, reforçarem a colaboração transfronteiriça no que diz respeito à melhoria da qualidade das actividades de vacinação e vigilância, melhorar a qualidade das actividades suplementares de vacinação e reforçar a monitorização independente, atingir uma cobertura vacinal de pelo menos 90% com três doses da VOP, intensificar a vigilância da paralisia flácida aguda e assegurar que as actividades de resposta sejam implementadas num prazo de quatro semanas a partir da confirmação de qualquer caso de poliomielite.



- 
192. Um total de 24 Estados-Membros na Região Africana, com uma população de menores de 5 anos de quase 300 milhões implementou pelo menos dois ciclos de actividades suplementares de vacinação. Quatro países<sup>126</sup> prepararam e estão a implementar activamente, com o apoio da OMS, os seus planos nacionais de emergência para a erradicação da poliomielite. O envolvimento dos líderes políticos, tradicionais e religiosos aos níveis nacional e subnacional, assim como uma maior atenção voltada para a garantia de um micro-planeamento de alta qualidade, formação de equipas de vacinadores e supervisão, e também actividades inovadoras de mobilização social e comunicação resultaram na melhoria da qualidade das actividades suplementares de vacinação. A ênfase em assegurar uma maior responsabilização das principais partes envolvidas, sobretudo a nível operacional, nas zonas de risco mais elevado, também contribuiu para o aperfeiçoamento da qualidade das actividades de erradicação da poliomielite, incluindo a vacinação e a vigilância nessas zonas.
193. Consequentemente, o número de casos confirmados de poliovírus selvagem na Região Africana da OMS diminuiu de 350 em 12 Estados-Membros em 2011 para 80 em 4 Estados-Membros em 2013. Angola, Chade e República Democrática do Congo, onde houve um restabelecimento da transmissão do poliovírus, conseguiram interromper a transmissão. Com base nas estimativas da OMS/UNICEF, até ao final de 2013, dezasseis Estados-Membros<sup>127</sup> tinham atingido a meta de cobertura da VOP3 de pelo menos 90% enquanto 38 Estados-Membros alcançaram a meta de uma taxa de detecção da paralisia flácida aguda não provocada pela poliomielite de pelo menos dois em cada 100 000 pessoas com a idade inferior a 15 anos.

## 5.6 AFR/RC61/R1: A eliminação do sarampo até 2020: uma estratégia para a Região Africana

194. A Resolução AFR/RC61/R1 estabeleceu o objectivo de eliminação do sarampo até 2020 e apelou aos Estados-Membros para que elaborassem e implementassem planos estratégicos nacionais com vista a alcançar este objectivo em linha com o Plano Estratégico Regional. Os Estados-Membros foram exortados a fornecer recursos adequados, mobilizar os intervenientes nacionais e internacionais dos sectores público e privado, bem como as comunidades locais, e coordenar os esforços de eliminação do sarampo. Solicitou-se igualmente aos Estados-Membros que gerassem dados fiáveis e actualizados sobre a população para a monitorização a cobertura vacinal do sarampo.

195. Trinta e dois países<sup>128</sup> receberam apoio na elaboração de planos estratégicos de eliminação do sarampo para que seja possível atingir este objectivo até 2020. A OMS prestou apoio aos países na melhoria das actividades de coordenação e a mobilização de recursos e um total de 21 milhões de dólares americanos foram mobilizados localmente em 26 dos 31 Estados-Membros<sup>129</sup> que realizaram actividades suplementares de vacinação de reforço em 2012 e 2013, quando foram vacinadas um total de 133 021 154 crianças. Vinte e dois destes 31 Estados-Membros<sup>130</sup> receberam apoio na realização de inquéritos sobre a cobertura para validar os números administrativos relativos a esta. Todas as actividades suplementares de vacinação incluíram intervenções-chave para a sobrevivência infantil tais como o fornecimento de anti-helmínticos, vitamina A e redes tratadas com insecticida.
196. Até ao fim de 2013, oito (17%) Estados-Membros<sup>131</sup> alcançaram a meta de pelo menos 95% de cobertura da primeira dose da vacina contra o sarampo através da vacinação de rotina. Vinte e quatro dos 31 países (77%) que realizaram actividades suplementares de vacinação de seguimento em 2012–2013 atingiram uma cobertura de 95%. A incidência confirmada de sarampo foi reduzida para menos de um em cada 1 milhão de pessoas em dezasseis<sup>132</sup> (36%) dos 44 Estados-Membros que notificam com base em sistemas de vigilância dos casos. Destes 44 Estados-Membros que fazem a notificação, vinte (45%)<sup>133</sup> alcançaram as duas metas de qualidade da vigilância do sarampo (ou seja, a taxa de doença com erupção cutânea e febre não provocada pelo sarampo de, pelo menos, dois em cada 100 000 pessoas e pelo menos 80% dos distritos a notificarem pelo menos um caso suspeito de sarampo por ano) em 2013.

## 6. Desafios, Condicionalismos e Lições Retiradas


### 6.1 Desafios e condicionalismos

197. O maior desafio enfrentado pelo Secretariado da OMS e pelos Estados-Membros na execução do Orçamento do Programa tem sido como intensificar as intervenções eficazes disponíveis e contribuir para a obtenção dos resultados sanitários desejados tendo em conta os sistemas de saúde deficientes e a crise financeira mundial que afectou alguns programas prioritários.

198. Em muitos países, as condições existentes não permitem um aumento significativo da cobertura dos serviços essenciais relacionados com os programas prioritários como vacinação, DTN, VIH/SIDA, tuberculose, paludismo, saúde materno-infantil e doenças não transmissíveis. Apesar de terem sido feitos progressos significativos, continua o desafio de conseguir manter as realizações.
199. Convulsões sociopolíticas e guerras na República Centro-Africana, Mali, Sudão do Sul e Nigéria causaram mortes, traumatismos, deslocações de populações e destruição de infra-estruturas incluindo unidades sanitárias. A insegurança resultante impôs um enorme desafio ao trabalho da OMS de executar o Orçamento do Programa. Por exemplo, a vacinação e a vigilância das doenças foram afectadas, o que resultou na implementação inadequada das actividades de erradicação da poliomielite.
200. Uma das maiores limitações tem sido a crise financeira mundial que resultou na diminuição dos recursos disponíveis à OMS, o que se traduziu na incapacidade de produzir resultados adequados em algumas áreas importantes do programa. A orçamentação das Contribuições Voluntárias limitou a flexibilidade do Secretariado da OMS de afectar, de forma consistente, os recursos às prioridades acordadas com os Estados-Membros, deixando subfinanciadas áreas como o reforço dos sistemas de saúde e a abordagem dos factores de risco e os principais determinantes da saúde. Se, por um lado, o aumento do número e da diversidade dos actores envolvidos no desenvolvimento da saúde ajudou a mobilizar recursos financeiros e técnicos adicionais, por outro, levou, em alguns casos, à fragmentação, má coordenação e duplicação do apoio aos países, aumentando assim os custos de transacção.
201. Outras limitações enfrentadas pela OMS na Região incluíram a identificação de mais oportunidades para a mobilização de recursos, inclusive o reforço das capacidades e a apresentação atempada de relatórios aos doadores, bem como as flutuações dos custos de transacção e os desafios de trabalhar com parceiros que têm mandatos e interesses diferentes. Além disso, a operacionalização do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública, e o contributo efectivo dos Estados-Membros a este, que é uma forma inovadora de mobilizar recursos dentro da Região, precisam ser acelerados.

## 6.2 Lições retiradas

202. Estreita colaboração e a comunicação adequada nos três níveis da OMS, juntamente com uma definição clara das funções e responsabilidades, melhorou a coesão e eficácia internas, bem como uma prestação atempada de apoio aos países. Através do trabalho



conjunto, foram obtidas sinergias na utilização dos recursos técnicos e financeiros em todos os programas e unidades. Por exemplo, vários programas da OMS estão conjuntamente a prestar apoio aos países na implementação de uma abordagem abrangente da prevenção e tratamento do cancro do colo do útero, incluindo a introdução da vacina contra o VPH.

203. A colaboração com as agências das Nações Unidas e outros parceiros através de mecanismos como o UNDAF nos países e a Harmonização para a Saúde em África a nível regional intensificou a prestação de apoio harmonizado e coerente aos Estados-Membros. Um exemplo é a redução da ameaça de epidemias provocadas pela meningite meningocócica A na África Ocidental, através da introdução da MenAfriVac™ e a interrupção da transmissão do poliovírus nos três países onde a transmissão foi restabelecida. Outro exemplo é a acção coordenada pelo mecanismo de parcerias da Harmonização para a Saúde em África (HHA) que fez avançar o diálogo entre os Ministros das Finanças e os Ministros da Saúde e reforçou os mecanismos de financiamento da saúde e a prestação de cuidados de saúde eficazes. Estas recomendações estão em linha com o Apelo à Acção de Acra aprovado na reunião das partes envolvidas no combate às Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) em Junho de 2012. Outros exemplos são o Apelo à Acção de Acra por parte das partes envolvidas, o plano de acção global contra as DTN aprovado pela sexagésima sexta Assembleia Mundial da Saúde, assim como o Plano Estratégico Regional contra as DTN aprovado na sexagésima terceira sessão do Comité Regional que contribuem para os esforços de luta contra as Doenças Tropicais Negligenciadas.
204. A OMS irá continuar, assim, a procurar e expandir as parcerias e alianças, inclusive envolvendo-se mais com as organizações da sociedade civil, associações profissionais e instituições académicas com vista a lidar com as prioridades sanitárias da Região.
205. Foram introduzidas medidas de redução dos custos em resposta aos défices nos recursos financeiros que se devem à crise financeira mundial. Tais medidas incluem a redução do número de reuniões organizadas, redução do número de viagens e aumento do uso das tecnologias de comunicação, e o envio atempado das solicitações de viagens, que resultam na redução dos custos das viagens. Todas estas medidas tiveram resultados positivos e fortaleceram a cultura da responsabilidade colectiva entre os funcionários e serão alargadas e aplicadas aos níveis nacional, sub-regional e regional.
206. Além disso, o trabalho realizado pela Equipa de Conformidade do Escritório Regional reforçou a responsabilização, melhorou os prazos de cumprimento das recomendações das auditorias e aumentou a aderência às regras e regulamentos financeiros da OMS.

A cultura das auditorias, do cumprimento das normas e da supervisão está a melhorar a gestão geral da OMS na Região. Entretanto, espera-se que o diálogo financeiro iniciado com os parceiros no contexto do financiamento da execução do orçamento do programa melhorar tanto o financiamento quanto a eficácia da OMS.

## 7. Conclusão

207. O Orçamento do Programa 2012-2013 é o último do Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho, que cobriu um período inicial de maior disponibilidade de recursos para a saúde, mas foi infelizmente interrompido pela crise financeira mundial. A OMS e os seus Estados-Membros tiveram de adaptar-se a esta realidade e o contexto sanitário mundial em mutação. Ao mesmo tempo, a Organização teve de acelerar a acção para enfrentar o fardo elevado das doenças transmissíveis e os níveis crescentes de mortalidade materno-infantil. Foram consideradas prioridades emergentes, como as doenças não transmissíveis, e estão a ser feitos esforços adicionais para reforçar os sistemas de saúde.
208. Este relatório demonstra que foram realizados progressos significativos, relativamente a vários dos Objectivos Estratégicos, na prestação de apoio no que diz respeito às normas e políticas, gerando evidências e dados para a tomada de decisões e acção, e na prestação de apoio técnico para a intensificação de intervenções eficazes. Este esforço contribuiu para resultados sanitários nos países. Os Estados-Membros decidiram mobilizar recursos financeiros adicionais e criar o Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública que já está em funcionamento. São necessários esforços suplementares para aperfeiçoar o financiamento do sector de saúde, a prestação de serviços e o acesso equitativo aos serviços, com vista à consecução da cobertura universal de saúde.
209. Para concluir, o trabalho da OMS contribuiu para a produção de resultados sanitários e teve um impacto aos níveis regional e mundial através das funções essenciais da Organização. É preciso destacar o papel fundamental dos governos e as contribuições significativas dos parceiros internacionais e nacionais do sector da saúde. O próximo Orçamento-Programa será executado no contexto da reforma da OMS, conforme estipulado no Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho. As actividades que visam a consecução dos ODM serão intensificadas, em colaboração com os parceiros, baseando-se nos progressos feitos em áreas com a redução da mortalidade infantil. As reformas administrativas iniciadas, incluindo a melhoria do cumprimento das normas e uma maior eficácia na utilização dos recursos, serão consolidadas. A OMS irá trabalhar com os Estados-Membros e os parceiros do desenvolvimento do sector da saúde para defender uma atenção apropriada à saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 e prestar apoio aos países para que consigam atingir os seus objectivos no domínio da saúde.

QUADRO 1: PLANO ESTRATÉGICO DA OMS A MÉDIO PRAZO 2008–2013:  
DECLARAÇÃO 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 na saúde das emergências, 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 de uma 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 APROVADO DO PROGRAMA 2012-2013: DOTAÇÃO POR OBJECTIVO ESTRATÉGICO, FONTE DE FINANCIAMENTO E DISTRIBUIÇÃO ENTRE AS REPRESENTAÇÕES DA OMS E O ESCRITÓRIO REGIONAL (EM DÓLARES AMERICANOS)

OEs	Escritório Regional / Equipas de Apoio Interpaíses			Representações			Total da Região Africana		
	CF	CV	TOTAL	CF	CV	TOTAL	CF	CV	MONTANTE GLOBAL
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
<b>Total</b>	<b>76 672</b>	<b>296 472</b>	<b>373 144</b>	<b>132 928</b>	<b>586 994</b>	<b>719 922</b>	<b>209 600</b>	<b>883 466</b>	<b>1 093 066</b>

# NOTAS FINAIS

1. Argélia, Angola, Botsuana, Burúndi, Cabo Verde, Eritreia, Gâmbia, Gana, Lesoto, Maurícia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, Suazilândia, República Unida da Tanzânia e Zimbabwe.
2. Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Cabo Verde, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gabão, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe
3. Benim, Burquina Faso, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Guiné, Libéria, Mali, Moçambique 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 da Saúde, Escritório Regional para a África, 2011 (AFR/RC61/14) pp. 12-14.
5. Angola, República Centro-Africana, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Gabão, Guiné, Quênia, Mali, Níger e Nigéria.
6. Angola, Etiópia, Guiné, Madagascar e Níger.
7. Argélia, Benim, Botsuana, Burquina 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.
8. Benim, Camarões, Chade, Gana, Nigéria, Senegal e Sudão do Sul.
9. Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Congo, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Etiópia, Gâmbia, Gana, Quênia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
10. Botsuana, Burquina Faso, Burúndi, Etiópia, Gâmbia, Gana, Malawi, Ruanda, África do Sul, Tanzânia e Zâmbia.
11. Camarões, República Centro-Africana, Chade, Gana, Guiné, Seychelles, Uganda e Zimbabwe.
12. Argélia, Angola, Benim, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Quênia, Lesoto, Libéria, Malawi, Mauritânia, Maurícia, Madagascar, Mali, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Senegal, Seychelles, África do Sul, Sudão do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
13. Camarões, República Centro-Africana, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Gabão, Gana, Quênia, Madagascar, Nigéria, Senegal, Serra Leoa, África do Sul e Uganda.
14. Chade, Etiópia, Mali e Sudão de Sul.
15. Angola, Benim, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.



16. Benim, Botsuana, Burquina Faso, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Quênia, Libéria, Malawi, Mali, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Zâmbia e Zimbabwe.
17. Botsuana, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gana, Libéria, Malawi, Namíbia, Níger, Nigéria, Senegal, Togo e Zâmbia.
18. Botsuana, Etiópia, Quênia, 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, Quênia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nigéria, África do Sul, Suazilândia, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe.
20. Botsuana, Gana, Libéria, Moçambique, Namíbia, Ruanda, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Togo, Zâmbia e Zimbabwe.
21. Botsuana, Gana, Namíbia, Serra Leoa e Zâmbia.
22. Botsuana, Cabo Verde, Eritreia, Quênia, Namíbia, Ruanda, África do Sul, Suazilândia, Zâmbia e Zimbabwe.
23. Global Tuberculosis report 2013; World Health Organization, 2013.
24. Angola, Botsuana, Etiópia, Gana, Quênia, Lesoto, São Tomé e Príncipe, Seychelles, Tanzânia e Zâmbia.
25. Argélia, Benim, Burúndi, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Quênia, Libéria, Malawi, Maurícia, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia e Zâmbia.
26. Benim, Congo, Eritreia, Gana, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Moçambique, Nigéria, África do Sul, Sudão do Sul, Suazilândia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe
27. Etiópia, Gana, Quênia, Malawi, Nigéria, Ruanda, África do Sul, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.
28. Botsuana, Burúndi, Chade, Comores, Côte d'Ivoire, Eritreia e Zimbabwe.
29. Botsuana, Cabo Verde, Namíbia, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia (Zanzibar) e Zimbabwe.
30. Benim, Burquina Faso, Cabo Verde, Eritreia, Chade, Congo, República Democrática do Congo, Gabão, Gana, Guiné Equatorial, Mauritânia, Mali, Libéria, Níger, Serra Leoa e Zimbabwe.
31. Angola, Benim, Burquina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Togo, Uganda, Unida República da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe.
32. [http://www.who.int/malaria/publications/atoz/smc\\_policy\\_recommendation\\_en\\_032012.pdf](http://www.who.int/malaria/publications/atoz/smc_policy_recommendation_en_032012.pdf).
33. [http://www.who.int/malaria/test\\_treat\\_track/en/](http://www.who.int/malaria/test_treat_track/en/).
34. República Centro-Africana, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Etiópia, Libéria, Malawi, Moçambique, Nigéria, Tanzânia e Togo.
35. Angola, Benim, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Malawi, Mali, Moçambique, Níger, Nigéria e Senegal.
36. Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Serra Leoa e Togo.
37. The Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020; the comprehensive global monitoring framework and targets for the prevention and control of noncommunicable diseases; the Updated 2013–2020 Global Action Plans for mental health and the Universal Eye Health – a Global action plan 2014–2019.

38. Argélia, Benim, Burquina Faso, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Mali, Maurícia, Namíbia, Níger, Nigéria, São Tomé e Príncipe e Zâmbia.
39. Moçambique, Namíbia, Nigéria, Serra Leoa, África do Sul e Uganda.
40. Benim, Côte d'Ivoire, Guiné e Serra Leoa.
41. Benim, Burquina Faso, Côte d'Ivoire, Guiné-Bissau, Mali, Níger, Senegal e Togo.
42. Burquina Faso, Moçambique, Níger, Tanzânia e Zimbábwe.
43. Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Moçambique e Ruanda.
44. Benim, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Guiné, Serra Leoa e Togo.
45. Levels and Trends in child mortality, Report 2012, compiled by the UN Interagency Group for child mortality estimation; UNICEF 2010.
46. Cabo Verde, Guiné Equatorial, Eritreia e Ruanda.
47. Gâmbia (50%), Guiné (50%), Togo (51%), Mali (51%), Níger (52%), São Tomé e Príncipe (54%), Benim (55%), Argélia (56%), Burquina Faso (57%), Malawi (59%), Cabo Verde (61%), Angola (62%), Madagáscar (62%), Ruanda (63%), Etiópia (64%), Eritreia (73%), e Guiné Equatorial (81%).
48. Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábwe.
49. Angola, Benim, Burquina Faso, Botsuana, Burúndi, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Comores, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Suazilândia, Togo, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbábwe.
50. Burquina Faso, Camarões, República Democrática do Congo, Etiópia, Guiné, Quênia, Lesoto, Malawi, Suazilândia, Tanzânia e Uganda.
51. Benim, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Congo, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Moçambique, Níger, Ruanda, Senegal, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábwe.
52. 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 (continental), Togo, Uganda e Zimbábwe.
53. Burquina Faso, Chade, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Quênia, Lesoto, Mali, Níger, Suazilândia, Tanzânia e Zâmbia.
54. Angola, Burúndi, Nigéria e Suazilândia.
55. Burúndi, Comores, Lesoto e Malawi.
56. Eritreia, Etiópia, Quênia, Lesoto, Malawi, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbábwe.
57. Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burúndi, 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 Zimbábwe.

58. Congo, República Democrática do Congo, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Níger, Serra Leoa e Uganda.
59. Burquina Faso, Lesoto, Ruanda e Tanzânia.
60. Gana, Quênia, Moçambique, Namíbia, Ruanda, Serra Leoa, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
61. Botsuana, Gana, Quênia, Lesoto, Maurícia, Namíbia, Seychelles, Togo, Zâmbia e Zimbabwe.
62. Etiópia, Gana, Quênia, Maurícia, Namíbia, Nigéria, Seychelles e África do Sul.
63. Etiópia, Gana, Quênia, Maurícia, Namíbia, Nigéria, Seychelles e África do Sul.
64. Burúndi, Quênia, Malawi, Namíbia e Zâmbia.
65. Gana, Lesoto, Malawi, Namíbia, Zâmbia e Zimbabwe.
66. Burquina Faso, Congo, Gana, Guiné, Madagáscar, Mali, Níger, Ruanda, Seychelles e Togo.
67. Côte d'Ivoire, Quênia, Moçambique, Níger, São Tomé e Príncipe, Senegal e Zâmbia.
68. Côte d'Ivoire, Namíbia, África do Sul, Uganda e Zâmbia.
69. Argélia, Botsuana, Burquina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, Gana, Quênia, Lesoto, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Senegal, Seychelles, África do Sul, Suazilândia, Togo, Uganda, Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe.
70. Gana, Quênia, Senegal, Uganda e Zâmbia.
71. Botsuana, Camarões, Guiné Equatorial, Quênia, Madagáscar, Namíbia, Senegal, Suazilândia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
72. Libéria, Madagáscar, Maurícia, São Tomé e Príncipe e Seychelles.
73. Botsuana, Quênia, Lesoto, Moçambique, Namíbia, Ruanda, Suazilândia, Uganda e Zimbabwe.
74. Burúndi, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Congo, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Gabão e, São Tomé e Príncipe.
75. Botsuana, Quênia, Lesoto, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
76. Benim, Burquina Faso, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Guiné, Namíbia, Níger, Ruanda, Senegal, Seychelles, África do Sul e Togo.
77. Angola, Botsuana, Benim, Burúndi, Camarões, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, 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.
78. Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabão, Guiné, Quênia, Lesoto e Mali.
79. Etiópia, Gabão, Quênia, Lesoto, Mali e Serra Leoa.
80. Etiópia, Quênia, Malawi, Mali e Tanzânia.
81. The UN-Water Global Analysis and Assessment of Sanitation and Drinking-Water (GLAAS) that reports on the progress and blockages with respect to inputs to drinking-water and sanitation.
82. The WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation (JMP) focuses on monitoring the outcomes of the sector- the number of people that have access to safe water and basic sanitation.
83. Halve, by 2015, the proportion of people without sustainable access to safe drinking water and basic sanitation.
84. WHO / UNICEF Progress on Sanitation and Drinking-water: 2014 Update, WHO, Geneva and UNICEF, New York.

85. Botsuana, Comores, Gâmbia, Maurícia, Namíbia, São Tomé e Príncipe, Seychelles e África do Sul.
86. Angola, Botsuana, Maurícia, Ruanda e África do Sul.
87. Angola, Bangladesh, Benim, Camboja, Etiópia, Haiti, Nepal, Paquistão, Peru e Vietname.
88. Black RE, Victoria 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; published online June 6. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X).
89. Botsuana, Burúndi, República Centro-Africana, Chade, Gana, Níger e Serra Leoa.
90. República Centro-Africana, Chade, Tanzânia e Zâmbia.
91. Camarões, Guiné-Bissau, Quênia, Malawi, Serra Leoa e Zimbabwe.
92. Angola, República Centro-Africana, Chade, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Guiné, Mali, Mauritânia, Níger, Serra Leoa e Tanzânia.
93. Burquina Faso, Etiópia, Moçambique, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
94. Five Keys To Safer Food Manual-[www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual\\_keys.pdf](http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual_keys.pdf).
95. Burquina Faso, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Quênia, Libéria e Serra Leoa.
96. Angola, Botsuana, Cabo Verde, República Centro-Africana, Comores, Guiné Equatorial, Eritreia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Namíbia, São Tomé e Príncipe, Senegal, África do Sul e Suazilândia.
97. Burquina Faso, Cabo Verde, República Democrática do Congo, Etiópia, Quênia, Lesoto, Libéria, Mauritânia, Moçambique, Senegal, Serra Leoa, Togo e Zâmbia.
98. Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, República Democrática do Congo, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Quênia, Libéria, Malawi, Mauritânia Moçambique, Níger, Nigéria, Ruanda, Seychelles, Serra Leoa, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
99. Benim, Botsuana, Burquina Faso, Cabo Verde, Chade, Côte d'Ivoire, Gana, Guiné, Quênia, Lesoto, Libéria, Mali, Moçambique, Níger, Ruanda, África do Sul, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.
100. Burúndi, Guiné-Bissau, Mali, Moçambique, Senegal, Uganda e Zâmbia.
101. Burquina Faso, Burúndi, Côte d'Ivoire, Etiópia, Nigéria e Senegal.
102. Botsuana, Burquina Faso, Burúndi, Cabo Verde, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Libéria, Malawi, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Serra Leoa, Suazilândia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
103. Cabo Verde, Congo, Ruanda e Serra Leoa.
104. Benim, Burquina Faso, Camarões, Libéria, Mali e Suazilândia.
105. 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 Sulern African Development Community (SADC).
106. Burquina Faso, Burúndi, República Democrática do Congo, Eritreia, Maurícia e Seychelles.
107. Argélia, Angola, Benim, Burquina Faso, Burúndi, Botsuana, Camarões, Cabo Verde, República Centro-Africana, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.

108. 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 Zimbábwe.
109. Argélia, Angola, Benim, Burquina Faso, Burúndi, Botsuana, Camarões, Cabo Verde, República Centro-Africana, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábwe.
110. Argélia, Angola, Benim, Burquina Faso, Burúndi, Botsuana, Camarões, Cabo Verde, República Centro-Africana, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábwe.
111. Argélia, Angola, Benim, Burquina Faso, Burúndi, Botsuana, Camarões, Cabo Verde, República Centro-Africana, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábwe.
112. Burquina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Comores, Congo, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Senegal, África do Sul, Togo e Uganda.
113. Camarões, Côte d'Ivoire, Etiópia, Quênia, Lesoto, Moçambique, Nigéria e Tanzânia.
114. Quênia, Ruanda, Tanzânia e Togo.
115. Burúndi, Camarões, Chade, Congo, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Gabão e, São Tomé e Príncipe.
116. Argélia, Gâmbia, Ruanda e Senegal.
117. Burúndi, Côte d'Ivoire, Moçambique, Ruanda e Zâmbia.
118. Argélia, Benim, Burquina Faso, Cabo Verde, Comores, Côte d'Ivoire, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Mali, Mauritânia, Níger, Nigéria, Libéria, Senegal, Serra Leoa, Togo e Tunísia.
119. Botsuana, Burquina 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 Zimbábwe.
120. Healthy ageing; Regional strategy for enhancing the role of traditional medicine in health systems; Addressing the challenge of women's health in Africa; Utilizing e-Health solutions to improve national health systems; Regional strategy on neglected tropical diseases; WHO consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection.
121. Camarões, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Gabão, Quênia, Malawi, Nigéria, Senegal, África do Sul e Tanzânia.
122. Benim, Burquina Faso, Guiné-Bissau, Mali e Nigéria.
123. Benim, Botsuana, Burquina Faso, República Centro-Africana, Comores, Congo, República Democrática do Congo, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Madagáscar, Malawi, Mali, Namíbia, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, África do Sul, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábwe.
124. Chade, Etiópia, Malawi, Tanzânia e Uganda.
125. Etiópia, Quênia, Malawi e Tanzânia.
126. As at June 2013, Angola had spent 23 months without a confirmed wild poliovirus case, Chad had spent 12 months and Democratic Republic of Congo had spent 18 months.

127. Argélia, Botsuana, Burúndi, Cabo Verde, Eritreia, Gâmbia, Gana, Lesoto, Maurícia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Seychelles, Serra Leoa, Suazilândia, Unida República da Tanzânia e Zimbabwe.
128. Angola, Benim, Burquina Faso, Camarões, Cabo Verde, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Maurícia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Suazilândia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
129. Botsuana, Burúndi, Camarões, Cabo Verde, Congo, Eritreia, Etiópia, Gana, Guiné-Bissau, Quênia, Madagáscar, Malawi, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
130. Benim, Burquina 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.
131. Argélia, Cabo Verde, Eritreia, Malawi, Maurícia, Ruanda, Seychelles e Suazilândia.
132. Argélia, Botsuana, Cabo Verde, Comores, Gabão, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mauritânia, Moçambique, África do Sul, Suazilândia e Zimbabwe.
133. Benim, Botsuana, Camarões, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Gâmbia, Gana, Lesoto, Madagáscar, Moçambique, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, África do Sul, Suazilândia, Togo, Uganda e Zimbabwe.