

**Relatório Bienal do Director Regional**

para a Quinquagésima-segunda  
sessão do Comité Regional Africano  
Brazzaville, República do Congo  
8 a 12 de Outubro de 2002

Actividades da  
OMS na  
Região Africana  
2000-2001

O Director Regional tem a honra de submeter, à apreciação do  
Comité Regional, o Relatório das Actividades da  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE na Região Africana  
durante o período de 1 de Janeiro 2000  
a 31 de Dezembro 2001.

©

Escritório Regional Africano  
da Organização Mundial de Saúde  
(2002)

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

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

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

Impresso na República da África do Sul



# ÍNDICE

	Parágrafos
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1-5</b>
<b>PARTE I : Implementação do Orçamento-Programa 2000-2001</b>	<b>6-238</b>
<b>REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS</b>	<b>6-230</b>
Gestão e desenvolvimento do programa geral	6-38
Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde	39-63
Prevenção e controlo das doenças transmissíveis	64-96
Prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis	97-158
Saúde reprodutiva e da família	159-191
Ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável	192-207
Administração e finanças	208-230
 <b>FACTORES FACILITADORES E DE CONSTRANGIMENTO NA IMPLEMENTAÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA</b>	 <b>231-238</b>
Factores facilitadores	231-235
Factores de constrangimento	236-238
 <b>PARTE II: Relatório de evolução sobre a implementação das resoluções do comité regional</b>	 <b>239-281</b>
Estratégia regional para a promoção da medicina tradicional nos sistemas de saúde	239-244
Estratégia HIV/SIDA na Região Africana	245-248
Fazer Recuar o Paludismo na Região Africana	249-252
Estratégia regional para acções humanitárias e de emergência	253-256
Vigilância epidemiológica integrada das doenças:	
Estratégia regional para as doenças transmissíveis	257-260
Estratégia regional para o desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde	261-265
Plano estratégico de investigação na saúde para a Região Africana	266-270
Reforma do sector da saúde na Região Africana da OMS: Estado da implementação e perspectivas	271-275
Análise da implementação da Iniciativa de Bamaco	276-281
 <b>CONCLUSÃO</b>	 <b>282-287</b>





## ANEXOS

	Página
<b>Anexo 1</b> – Implementação do Orçamento Ordinário da OMS na Região Africana	71
<b>Anexo 2</b> – Implementação do Orçamento-Programa Ordinário da OMS na Região Africana – Países	72
<b>Anexo 3</b> – Implementação do Orçamento-Programa Ordinário da OMS na Região Africana – Outras Fontes	73

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> – Situação do acesso a medicamentos essenciais na Região Africana	12
<b>Figura 2:</b> – Total das despesas per capita com a saúde (doláres americanos) na Região Africana	13
<b>Figura 3:</b> – Número de bolsas atribuídas e regiões da OMS de colocação dos bolseiros	15
<b>Figura 4:</b> – Indicador nuclear 2B: Tendências da mortalidade por paludismo em alguns estabelecimentos de saúde em países seleccionados (1998-2000)	21
<b>Figura 5:</b> – Utilização de quaisquer produtos do tabaco nos jovens estudantes (12-17 anos)	34
<b>Figura 6:</b> – Impacto estimado do SIDA na mortalidade das crianças com menos de cinco anos em países africanos seleccionados até 2010	38
<b>Figura 7:</b> – Tendências da redução da mortalidade materna	40
<b>Figura 8:</b> – Melhoria das capacidades dos profissionais da saúde: qualidade dos cuidados na avaliação da gravidade da doença	42
<b>Figura 9:</b> – Consequências da educação da mãe nas multilações genitais femininas nas crianças do sexo feminino no Burkina Faso	45
<b>Figura 10:</b> – Ciclo dos riscos da saúde ambiental: quadro conceptual a nível do indivíduo	48



## INTRODUÇÃO

O Orçamento-Programa 2000-2001 foi o último a ser implementado, ao abrigo do Nono Programa Geral de Trabalho (1996-2001), e o primeiro do novo milénio. Este foi projectado numa fase em que a Directora-Geral, Dra. Gro Harlem Brundtland, tinha iniciado reformas profundas na Organização, incluindo alterações na estrutura do orçamento e o Escritório Regional operava igualmente a partir da sua sede temporária em Harare. Simultaneamente, os Estados-Membros da Região confrontavam-se com a pandemia do HIV/SIDA, o alastramento da pobreza, a recessão económica, a instabilidade política e as catástrofes naturais ou provocadas pelo homem.

1

O Orçamento-Programa 2000-2001 visa melhorar a eficácia da OMS em toda a Região, mas com incidência especial nos países, de forma a ajudá-los a enfrentar os principais desafios da saúde e do desenvolvimento. As prioridades identificadas no Orçamento-Programa são apresentadas nesta caixa de texto.

2

### PRIORIDADES PARA 2000-2001

- 1 PREVENÇÃO E CONTROLO DO PALUDISMO
- 2 HIV/SIDA E TUBERCULOSE
- 3 SOBREVIVÊNCIA DA CRIANÇA E SAÚDE MATERNA
- 4 RESPOSTA ÀS EPIDEMIAS E ÀS EMERGÊNCIAS COMPLEXAS
- 5 SAÚDE MENTAL
- 6 REFORMAS DO SECTOR DA SAÚDE
- 7 PROMOÇÃO DA SAÚDE
- 8 REDUÇÃO DA POBREZA
- 9 PROMOÇÃO DE AMBIENTES SAUDÁVEIS

Este relatório sublinha os principais êxitos do passado biénio, bem como os factores facilitadores ou impeditivos mais significativos, que estiveram na origem desses êxitos. Especificamente, chama-se a atenção do Comité Regional para determinadas tendências gerais do nosso trabalho, nomeadamente:

3

- a) A Região Africana da OMS manteve uma orientação equilibrada para as mais abrangentes determinantes da saúde e das doenças, (ambiente, nutrição, pobreza, riscos decorrentes do estilo de vida, riscos para a saúde da mulher e outros factores socio-económicos), e para o *controlo de problemas de saúde específicos*. Torna-se cada vez mais evidente que não poderá haver progressos sustentados na melhoria do estado de saúde das nossas populações, se os nossos esforços não forem canalizados para as causas profundas das doenças em África.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



- b) Foi introduzida a Gestão Baseada nos Resultados onde se desenvolveram e implementaram planos de trabalho para cada Área de Actividade, que são regularmente monitorizados aos níveis das Representações da OMS nos países. Como resultado, as actividades estão ligadas aos dados financeiros, através do Sistema de Gestão de Actividades (SGA), o qual permite que a OMS analise o nível alcançado nos resultados esperados e a relação custo-eficácia da cooperação técnica com os Estados-Membros.
- c) O trabalho desenvolvido pelas Representações da OMS nos países foi aperfeiçoado através de uma maior flexibilidade da gestão dos programas, de uma maior descentralização da gestão financeira e de uma maior atenção à melhoria das capacidades técnicas. Assim, as Representações da OMS nos países deram um maior número de respostas às necessidades dos países. O progresso a que hoje estamos a assistir é o resultado dos esforços conjuntos das equipas dos países e dos conselheiros regionais.
- d) Como resultado de um melhor desempenho no terreno, juntamente com padrões de notificação de desempenho rigorosos e transparentes, a *confiança dos doadores* na OMS atingiu um nível mais elevado em 2000-2001, tendo o financiamento da rubrica Outras Fontes *decuplicado, para mais de 371.000.000 de dólares americanos em 2000-2001 por comparação com o biénio 1996-1997.*
- e) Estabeleceram-se laços funcionais mais fortes entre os programas da OMS, aos níveis mundial, regional e nacional, *com metas, objectivos e projecção de resultados comuns em todas as áreas de actividade.* Os Orçamentos-Programa da OMS são agora estrategicamente orientados. Para cada projecção de resultados a nível mundial, estão já definidos os contributos específicos da Sede Mundial, do Escritório Regional e das Representações da OMS nos países. Foi deste modo transposto para a prática o conceito de "OMS única".
- f) De acordo com as recomendações do Comité Regional, efectuou-se a completa renovação dos escritórios e dos complexos residenciais do Escritório Regional no Djoué. Em presença das melhorias na situação de segurança, tenho o prazer de comunicar que o Escritório Regional regressou formalmente a Brazzaville.
- g) Através do Fundo para o Desenvolvimento do Director Regional, foi possível dar resposta às necessidades urgentes, para além daquelas já previstas e planificadas nos planos bienais de trabalho. Este fundo apoiou:
- i) as iniciativas especiais de desenvolvimento comunitário, de luta contra o HIV/SIDA e de redução da pobreza na República Democrática do Congo,

Etiópia, Mali, Rwanda e Zimbabwe. De entre essas iniciativas, é de salientar o apoio da OMS ao Orfanato da Senhora da Paz, em Mutoko, Zimbabwe. Este orfanato é hoje virtualmente auto-suficiente, como resultado de projectos agrícolas e pecuários bem sucedidos, a mortalidade infantil diminuiu entre os órfãos, e as iniciativas de auto-financiamento estenderam-se às povoações vizinhas. Programas semelhantes estão actualmente a ser implementados em outros locais do Zimbabwe e de outros países, por exemplo, no Orfanato Ruyigi no Rwanda.

- ii) os problemas prioritários do HIV/SIDA, a tuberculose e o paludismo, como resposta urgente às necessidades não satisfeitas na área da educação dos estudantes para o SIDA (Liceu Nacional de São Tomé e Príncipe), prevenção da infecção nas crianças (Cimeira das Primeiras Damas de África sobre a Prevenção das Crianças contra o HIV/SIDA no Rwanda), reforço dos serviços laboratoriais para a tuberculose (Laboratório Nacional da Tuberculose na Gâmbia) e no combate ao paludismo com base na comunidade (projecto Kanyemba conjuntamente com o *Rotary International*, no Zimbabwe).
- iii) a resposta às inundações (Gana), a um hospital oftalmológico de campanha para a prevenção e tratamento da cegueira (Zimbabwe), ao recrutamento de um economista da área da saúde (Níger), e ao Instituto Islâmico Afro-Americano de Kaolack (Senegal).

Estes exemplos mostram como o Fundo para o Desenvolvimento proporciona ao Director Regional a flexibilidade para responder às necessidades especiais dos países ao longo do biénio, para além dos orçamentos regulares do Escritório Regional e dos Estados-Membros.

4

Na parte I estão documentadas muitas outras realizações, bem como dificuldades. A Parte II reporta os progressos efectuados na implementação das Resoluções do Comité Regional.

5





## PARTE I: IMPLEMENTAÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA 2000-2001

### REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS

#### Gestão e Desenvolvimento do Programa Geral

##### *Órgãos Directivos (GBS)*

- 6 Durante o biénio 2000-2001, os temas-chave foram como levar mais longe a importância do trabalho realizado pelo Comité Regional e o referente Subcomité do Programa e melhorar a preparação das delegações africanas de forma a conseguir-se uma participação mais activa e eficaz na Assembleia Mundial da Saúde (AMS) e nas Reuniões do Conselho Executivo da OMS.
- 7 Com este objectivo, o Escritório Regional organizou com sucesso as 50ª e 51ª sessões do Comité Regional, bem como as Reuniões do Subcomité do Programa relacionadas, garantindo que a agenda estava mais centrada nas prioridades-chave da saúde na Região Africana. A qualidade dos documentos técnicos foi também melhorada através de uma maior revisão interna efectuada pelos pares, envidando esforços para garantir que todos os documentos técnicos eram enviados aos representantes muito antes das reuniões.
- 8 Os Representantes africanos na Assembleia Mundial da Saúde e no Conselho Executivo foram também devidamente orientados sobre a agenda e os procedimentos para as reuniões. Isto garantiu uma participação mais eficaz dos Estados-Membros nos debates sobre as políticas e estratégias relevantes para a Região Africana.
- 9 Para o biénio 2002-2003 envidar-se-ão esforços para garantir uma maior sincronia das agendas da Assembleia Mundial da Saúde, do Conselho Executivo e das reuniões do Comité Regional

##### *Reformas da gestão e orçamentação (CEP)*

- 10 Durante o biénio 2000-2001, a estratégia global da OMS estabelece meios pelos quais a organização pretende responder aos desafios da saúde inerentes aos rápidos desenvolvimentos do contexto internacional. A questão-chave era como iria o Escritório Regional implementar as reformas organizacionais alargadas, sem comprometer o apoio já em curso aos países.

Com base nas orientações estratégicas globais, o Escritório Regional implementou em toda a Região um sistema de gestão totalmente integrado e com base nos resultados. Isto seria alcançado através de um processo de gestão participativo, orientado para as necessidades dos países, reforçando a capacidade do Escritório Regional e das Representações nos países para gerirem os programas e para adoptarem o Sistema de Gestão das Actividades.

11

Foi delineado e divulgado um quadro estratégico para orientar o trabalho da OMS na Região Africana, para 2002-2005. O Orçamento-Programa para 2002-2003 e os planos de trabalho relacionados para o Escritório Regional e para as Representações da OMS nos países foram elaborados após consulta da Sede e dos homólogos nos Ministérios da Saúde.

12

#### PRINCIPIOS ORIENTADORES DA GESTÃO BASEADA NOS RESULTADOS

- 1 **UMA OMS ÚNICA**
- 2 **MAIOR ÊNFASE NOS RESULTADOS**
- 3 **MAIOR RESPONSABILIDADE**
- 4 **PROPRIEDADE DOS PLANOS DE TRABALHO**
- 5 **USO DO ORÇAMENTO PARA AS PRIORIDADES APROVADAS E PARA OS RESULTADOS ESPERADOS**
- 6 **ABORDAGEM DE CONSULTA E COLABORAÇÃO PARA A PLANIFICAÇÃO E GESTÃO**
- 7 **INCLUSÃO, NOS PLANOS DE TRABALHO, DE VERBAS DO ORÇAMENTO ORDINÁRIO E DE OUTRAS FONTES**
- 8 **MAIOR UTILIZAÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO SOBRE GESTÃO**

A capacidade regional de planificação, programação e avaliação foi reforçada através do recrutamento de pessoal técnico, da formação nos pontos focais regionais das Áreas de Trabalho e de sete equipas da OMS nos países.

13

No próximo biénio, a Região Africana prosseguirá a consolidação dos êxitos da implementação da gestão baseada nos resultados, enfrentando simultaneamente novos desafios. As áreas visadas incluirão:

14

- a) maior reforço da capacidade do Escritório Regional e das Representações da OMS nos países para a gestão dos programas;
- b) alargamento da implementação do SGA;
- c) melhoria da coordenação entre a implementação dos programas e a do orçamento;





- d) apoio à integração da estratégia institucional, do quadro estratégico para a Região Africana e do actual exercício da Estratégia de Cooperação com os Países (CCS) no processo de gestão do Escritório Regional.

### *Cooperação Externa e Parcerias (ECP)*

15 As questões-chave subjacentes à Cooperação Externa e Parcerias (ECP) eram o reforço da cooperação externa e das parcerias para a saúde, garantir programas de saúde mais efectivos e eficazes e melhorar a cooperação técnica com os países.

16 Para dar resposta a estas questões, a OMS promoveu e reforçou a coordenação com os parceiros para o desenvolvimento da saúde em África, forneceu orientações, assistência técnica e apoio ao desenvolvimento e gestão dos programas, e apoiou ainda as Representações da OMS nos países na melhoria das capacidades técnicas.

17 Relativamente ao apoio externo e às parcerias para o desenvolvimento da saúde, foram aumentados os fundos da rubrica Outras Fontes e reforçadas as parcerias. Para facilitar a mobilização e a gestão destes recursos, a Unidade Interagências de Gestão de Recursos desenvolveu instrumentos, forneceu um apoio técnico continuado e acompanhou a elaboração de documentos legais vinculativos, a preparação de mesas-redondas dos financiadores e outras reuniões com os parceiros. Foram aprofundadas as parcerias entre Organizações Não-Governamentais (ONG) e o Escritório Regional, através do esforço do Director Regional de advogar a organização de fora de ONG nacionais e ainda através do início e do apoio às actividades das várias ONG na Região Africana.

18 A cooperação técnica com os países foi melhorada através: da implementação da recentemente adoptada Estratégia de Cooperação com os Países da OMS (CCS) e a subsequente elaboração desta Estratégia em 7 países, melhorando as operações das Representações da OMS nos países através da apresentação e formação do pessoal, rotação dos Representantes e Funcionários de Ligação da OMS (WR/WLO), da maior delegação de autoridade aos Representantes e Funcionários de Ligação e da melhoria da gestão das representações nos países. Para mais, as Reuniões do Programa Regional (RPM), realizadas duas vezes por ano, deram aos representantes dos 46 Estados-Membros a oportunidade para examinarem com o Director Regional as formas e os meios de melhorarem a cooperação técnica com os países, em termos de eficácia e eficiência.

19 Conseguiu-se uma melhoria do acesso à informação da saúde na Região, através de uma maior produção de programas de rádio e televisão, assim como da publicação de periódicos como o "AFRO News" e o "Orientações sobre a Saúde Africana" (*African Health Monitor*). Elaboraram-se também directivas para



tornar mais fácil a eficaz colaboração entre os media e o sector da saúde. O Escritório Regional trabalhou também com os países para melhorar a cobertura dos problemas de saúde prioritários, através do apoio a seminários teóricos e práticos sobre comunicação social.

As principais prioridades para o próximo biénio serão:

20

- a) o reforço e monitorização das parcerias;
- b) o apoio técnico continuado para a mobilização e gestão dos recursos;
- c) a adequação da presença da OMS às necessidades do país;
- d) a gestão do pessoal da OMS e a melhoria da liderança;
- e) a melhor coordenação entre os três níveis da Organização;
- f) o incremento da produção de materiais de informação da saúde; e
- g) o melhoramento da capacidade das redes de comunicação e de informação, para produzir e divulgar informação relevante sobre a saúde.

#### ***Mobilização de Recursos (RMB)***

Os assuntos-chave durante o biénio, foram a melhoria das competências de negociação dos Estados-Membros nas suas interacções com os doadores e melhoria da capacidade do Escritório Regional para normalizar os instrumentos jurídicos para o apoio aos Estados-Membros.

21

De forma a desenvolver e a melhorar as competências de negociação dos Estados-Membros, o Escritório Regional promoveu a formação de funcionários superiores dos Ministérios da Saúde, Finanças e Cooperação Externa do Chade, República do Congo, República Democrática do Congo, Seychelles e Togo. Participantes nas acções de formação foram também os representantes de outras agências das Nações Unidas, doadores e missões acreditadas a nível do país.

22

Sendo necessário um apoio jurídico para se poderem estabelecer relações formais de trabalho com os doadores e outros parceiros, e dado que a OMS possui o seu próprio conjunto de regras, procedimentos e práticas na área administrativa, orçamental e financeira, o Escritório Regional desenvolveu um formato-tipo para a angariação de fundos. Tratou-se de um procedimento extremamente útil, a julgar pela larga utilização que lhe foi dada por todas as Representações da OMS nos países.

23





24

Devido ao contínuo aumento dos fundos provenientes de Outras Fontes, e dada a necessidade de justificar estes recursos e de notificar a sua utilização, o Escritório Regional desenvolveu também um Sistema de Monitorização dos Fundos da rubrica Outras Fontes.

25

No próximo biénio, continuará a dar-se especial relevo à manutenção da assistência técnica para a mobilização de recursos através de a) fornecimento e revisão dos instrumentos e meios para este fim; e b) melhoria das capacidades.

### *Políticas e Cooperação na Área da Investigação (RPC)*

26

Em 2000-2001, as Áreas de Actividade das Políticas de Cooperação na Área da Investigação incidiam na implementação do Plano Estratégico Regional para a Investigação na área da Saúde, cuja principal vertente era a promoção do papel da investigação como instrumento para uma tomada de decisão racional. O plano de acção abordava questões específicas, relacionadas com o reforço da coordenação da investigação a nível do Escritório Regional, a promoção da investigação nos Estados-Membros, o desenvolvimento das capacidades técnicas na área da investigação e o reforço da eficácia da Comissão Consultiva Africana para a Investigação e o Desenvolvimento na Área da Saúde (CCAIDS).

27

Foram desenvolvidos grandes esforços para a revitalização e reforço do papel da CCAIDS, promovendo a investigação prioritária nos Estados-Membros e harmonizando os procedimentos para a escolha dos Centros de Colaboração da OMS, como forma de reforçar eficazmente a investigação na Região.

28

Face aos principais êxitos alcançados nesta Área de Actividade, do CCAIDS, o Escritório Regional assistiu a um papel mais eficaz na resposta aos desafios que a investigação na área da saúde têm enfrentado na Região. Assim, alguns países receberam apoio para o desenvolvimento das suas próprias políticas e prioridades nacionais na área da investigação. Melhorou-se a colaboração com os centros de excelência e os Centros de Colaboração da OMS e reforçou-se a coordenação das iniciativas na área da investigação na Região. Prosseguiu o desenvolvimento da capacidade em investigação vital nos Estados-Membros, através de incentivos à criação de órgãos de gestão e de coordenação na área da investigação nos Estados-Membros, bem como através do fornecimento de fundos para sementes catalíticas para apoiar a investigação em problemas prioritários da saúde. Para além disso, o Escritório Regional intensificou os seus esforços para incentivar a investigação na Medicina Tradicional.

29

No próximo biénio, prosseguirão os esforços no sentido de reforçar as capacidades nacionais na área da investigação. Envidar-se-ão esforços adicionais para prestar ajuda às políticas nacionais e para transformar os resultados da investigação em políticas eficazes de tomada de decisões.



## ***Bases para a política da saúde***

Na área das *Bases para a política da saúde*, (EHP) o Escritório Regional centrou-se no reforço da capacidade para gerar bases para a tomada de decisões aos níveis regional e nacional.

30

Foi concluído um quadro conceptual sobre "Desenvolvimento de um sistema de informação sobre gestão na Região Africana da OMS", tendo sido criada uma base de dados regional sobre saúde e informação relacionada com a saúde, dentro do contexto do sistema de informação mundial da OMS. Dezassete profissionais receberam formação nas técnicas de avaliação do Fardo das Doenças (FD). As Seychelles receberam apoio para a implementação do ICD-10 e para um estudo nacional sobre o fardo das doenças. As Ilhas Maurícias receberam apoio para implementar o ICD-10.

31

Relativamente à Economia da Saúde, profissionais de saúde de 18 Representações da OMS receberam formação em avaliação da economia, estudo das contas nacionais da saúde e custo total das doenças, análise da viabilidade económica e análise da eficiência dos estabelecimentos de saúde. Foram criados instrumentos de recolha de dados sobre a eficiência dos estabelecimentos de saúde, tendo sido prestado apoio ao Chade, ao Gana e a Moçambique para efectuarem testes-piloto sobre os mesmos. Procedeu-se igualmente à análise da eficiência dos estabelecimentos de saúde relativamente aos hospitais públicos e centros de saúde no Quênia, África do Sul e Zâmbia.

32

O Escritório Regional organizou igualmente um seminário interpaís sobre o desenvolvimento da tuberculose e o estudo da relação custo-eficácia do Tratamento Integrado das Doenças da Infância (TIDI), tendo fornecido apoio técnico à Swazilândia para proceder a um estudo da relação custo-eficácia visando a criação de um programa de ensino à distância e a longo prazo para pessoal da saúde deste país. Foram também estimados e documentados os custos económicos do HIV/SIDA, da mortalidade materna e das catástrofes naturais na Região Africana.

33

Durante o próximo biénio, esta área de trabalho continuará a reforçar as capacidades nacionais para gerar e utilizar as bases epidemiológicas e económicas para a tomada de decisões.

34

## ***Situações de Emergência e Acção Humanitária (EMH/EHA)***

Na área das *Situações de Emergência e Acção Humanitária*, os assuntos-chave foram como lidar com as frequentes emergências que ocorrem na Região Africana.

35





36

O Escritório Regional respondeu com uma dupla abordagem: criar uma base institucional de preparação para as situações de emergência em todos os países da Região Africana; e apoiar as intervenções urgentes em situações de crise.

37

Durante o biênio, o Escritório Regional empreendeu as seguintes actividades:

- a) Iniciou e deu formação aos pontos focais em 43 países para a Acção Humanitária de Emergência da OMS e Ministérios da Saúde. Através destes pontos focais, inúmeros ministros da saúde criaram unidades de acção humanitária de emergência e conseguiu-se que todos os países se comprometessem a implementar esta decisão (Pretória, Outubro 2001).
- b) Optou pela criação de uma equipa descentralizada de peritos baseados nos países e especializados nos vários aspectos de preparação e resposta às situações de emergência. O primeiro grupo de 12 consultores recebeu já formação em avaliação das vulnerabilidades. Foi também dado apoio técnico aos Países da Comunidade da África Austral, (SADC), para o planeamento de emergências hospitalares e para a criação de uma Estrutura de Gestão das Catástrofes no seio da SADC.
- c) Apoiou a Swazilândia na realização de uma avaliação das vulnerabilidades para as comunidades em risco de serem afectadas pelas secas.
- d) Apoiou o Comité de Gestão das Catástrofes da Saúde no Níger, na elaboração de um plano nacional de preparação e resposta às situações de emergência.
- e) Nas situações de emergência graves nos países, como o Uganda, República Democrática do Congo, Guiné, Moçambique e Uganda, o Escritório Regional respondeu com o envio de peritos regionais em gestão de emergências, para apoiar os esforços de resposta dos países. Em casos onde os peritos necessários não estavam disponíveis na Região, mobilizou especialistas de outras regiões. Por exemplo, consultores internacionais foram enviados em missões de curta e média duração para a Nigéria, Moçambique, Região dos Grandes Lagos e Guiné (onde foi criada uma sub-representação da OMS em Kissidougou, para apoiar a resposta de várias organizações à crise dos refugiados). Em situações críticas, o Escritório Regional forneceu também *kits* de emergência contendo material médico e medicamentos essenciais. De forma a permitir uma melhor mobilização de recursos e coordenação das intervenções de emergência, reactivou-se a Iniciativa do Corno de África e o Escritório de coordenação da OMS para a Sub-Região dos Grandes Lagos, com sede em Nairobi;



- f) Enfatizou a elaboração com outras unidades técnicas no Escritório Regional (por exemplo: nutrição, paludismo), para garantir a preparação dos respectivos programas em situações de emergência;
- g) a colaboração técnica com parceiros-chave teve um progresso substancial. O Escritório Regional em colaboração com a UNICEF, organizou uma consulta que reuniu participantes de todas as Regiões da República Democrática do Congo e de 17 parceiros, entre ONG e doadores, no decurso da qual se estabeleceu um "pacote mínimo" de intervenções de saúde pública para situações de emergência.

Para o próximo biénio, a atenção recairá sobre:

38

- a) O apoio aos Ministérios da Saúde para a criação de Unidades de Acção Humanitária de Emergência (e não apenas os pontos focais designados)
- b) A continuação de formação do pessoal, melhoria dos instrumentos técnicos para o planeamento e avaliação; e maior desenvolvimento da rede regional de consultores, com uma melhoria da troca de informação entre os países.
- c) A melhoria da coordenação com a sede da OMS em Genebra, particularmente na Gestão do Processo de Apelo Consolidado;
- d) A melhoria do desempenho das Representações da OMS em situações de emergência, particularmente no assumir do seu papel de liderança nas intervenções da saúde entre as agências e os parceiros das Nações Unidas;
- e) intensificar a cooperação com os agrupamentos e as organizações sub-regionais, como a: Comunidade dos Países em Desenvolvimento da África Austral (SADC), Uniao dos Estados do Rio Mano e a Autoridade Intergovernamental para o Desenvolvimento (IGAD), com vista a melhorar as operações trans-fronteiras e a gestão das populações deslocadas.

## **Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**

Na área da Criação de Sistemas e Serviços de Saúde, o Escritório Regional apoiou os países no desenvolvimento dos seus sistemas de saúde, tendo por base os cuidados primários de saúde com incidência especial ao nível local ou distrital. As prioridades estratégicas foram: análise da política da saúde, reestruturação dos sistemas nacionais de saúde, desenvolvimento de mecanismos sustentáveis para o financiamento da saúde e organização dos sistemas distritais de saúde; desenvolvimento de uma política de recursos humanos, incluindo o reforço do pessoal de enfermagem e de parteiras; e prestação de cuidados de qualidade com base no uso apropriado das tecnologias de saúde.

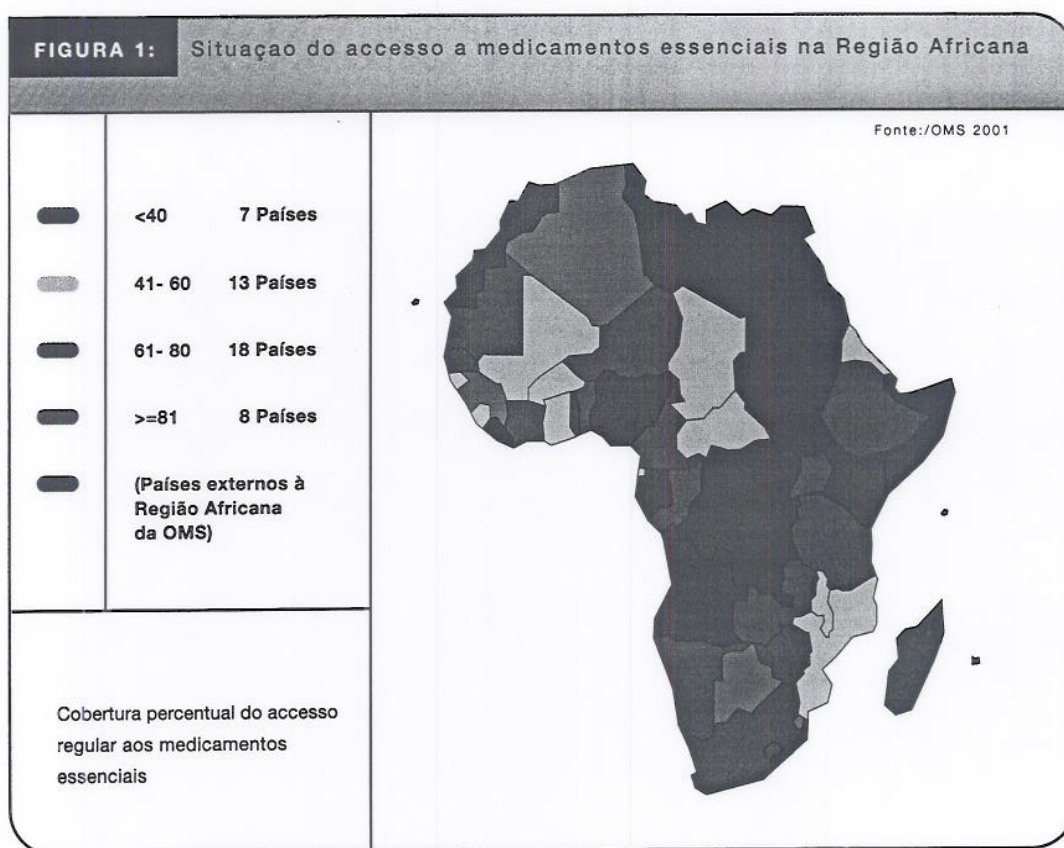
39





40

A avaliação bienal do Orçamento-Programa mostra que 98% dos resultados planeados e previstos foram total ou parcialmente atingidos. No entanto, os sistemas de saúde da Região continuam frágeis, como é comprovado pelo facto de a esperança de vida na Região ser a mais baixa, quando comparada com a de outras Regiões. A situação relativamente aos recursos humanos para a saúde continuou a piorar, assistindo-se à emigração de grande número de profissionais da saúde para os países desenvolvidos. Os Estados-Membros estão preocupados com esta situação, que constitui uma ameaça ao desenvolvimento da saúde na Região, e estão a pedir ajuda à comunidade internacional para a resolver. A disponibilidade de fármacos e medicamentos continua a ser crítica. Em sete países, alguns deles bastante populosos, a cobertura em medicamentos essenciais é calculada em menos de 40%. Na generalidade, estima-se que 50% da população da Região não tenha acesso regular aos medicamentos essenciais. (Figura 1). O agravamento da pobreza, tanto a nível nacional como individual, bem como um investimento muito baixo na saúde são as principais razões para os fracos resultados no domínio da saúde. Organização da prestação de serviços de saúde (OSD)



### *Organização da prestação de serviços de saúde (OSD)*

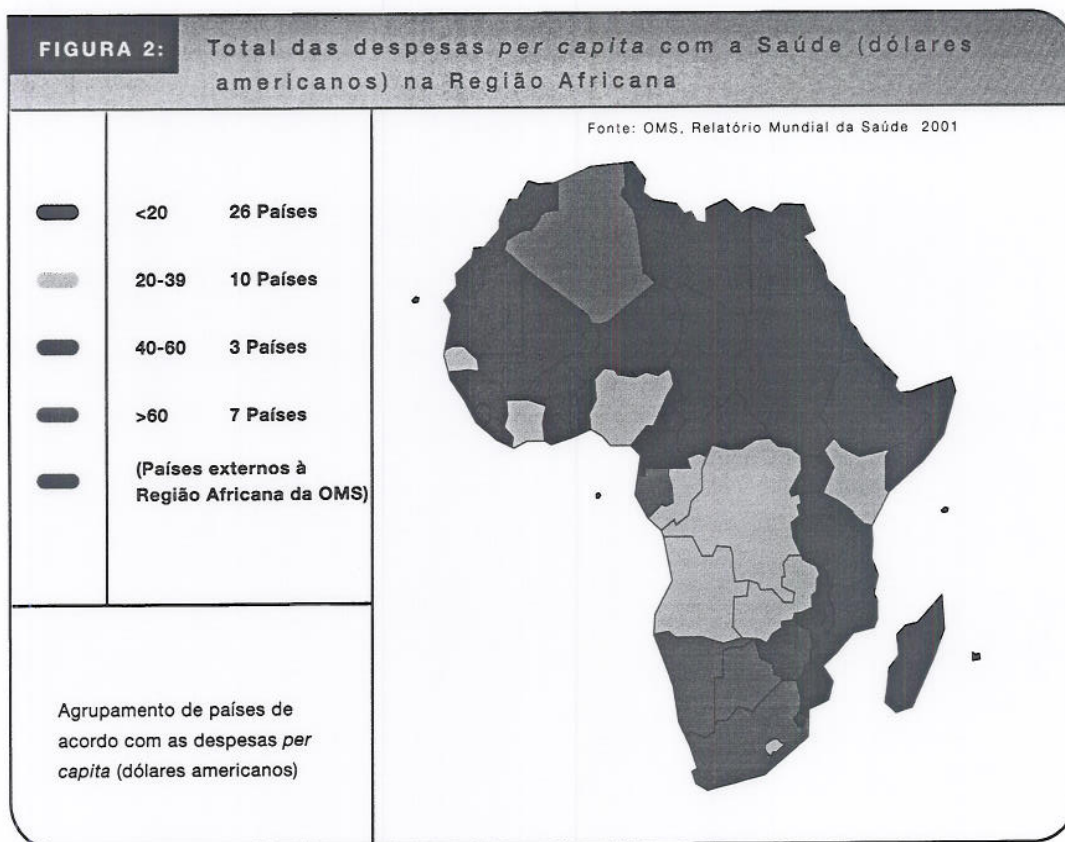
41

Um marco importante durante o biénio foi a aprovação durante a 50ª sessão do Comité Regional de Ouagadougou, em 2000, da Política Saúde Para Todos no Século XXI na Região Africana: Agenda 2020.



Trinta e quatro países foram apoiados nos seus processos de reforma do sector da saúde, especialmente na revisão das suas políticas e planos nacionais de saúde e/ou na reorganização dos sistemas nacionais de saúde, o que foi feito em colaboração com parceiros como o Banco Africano de Desenvolvimento, o Banco Mundial e agências bilaterais e multilaterais. Realizaram-se duas consultas, uma sobre a implementação das Abordagens Sectoriais Alargadas no contexto das reformas do sector da saúde e a outra sobre o quadro da avaliação do desempenho dos sistemas de saúde, publicado inicialmente no Relatório sobre a Saúde no Mundo 2000. Seis países, (Gâmbia, Gana, Moçambique, Seychelles, Uganda e Zâmbia) efectuaram visitas de estudo para troca de experiências nas reformas do sector da saúde. Foram concluídas as orientações para a monitorização e avaliação das reformas do sector da saúde, bem como os respectivos instrumentos.

Em colaboração com outros parceiros, foi dado apoio a 10 países para realizarem estudos sobre as contas nacionais da saúde. A melhoria das capacidades técnicas para os estudos foi feita através de um curso de formação em Lusaka (Zâmbia). Uma análise das despesas *per capita* com a saúde revela que as verbas gastas na saúde na Região Africana continuam a ser muito baixas (Figura 2).



44

Estão já concluídos e disponíveis para utilização os módulos de formação em gestão da saúde a nível distrital, bem como instrumentos para a avaliação da operacionalidade do distrito. Doze países receberam apoio para avaliarem a operacionalidade dos seus sistemas de saúde distritais. O novo quadro operacional da Iniciativa de Bamaco foi desenvolvido e finalizado em colaboração com a UNICEF e outros parceiros para o desenvolvimento da saúde.

45

Dez países, (Burkina Faso, Congo, Guiné Equatorial, Gabão, Gâmbia, Mauritânia, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Togo e Uganda) receberam apoio para reforçarem os seus sistemas de informação da saúde. Quatro desses países criaram indicadores de saúde essenciais.

46

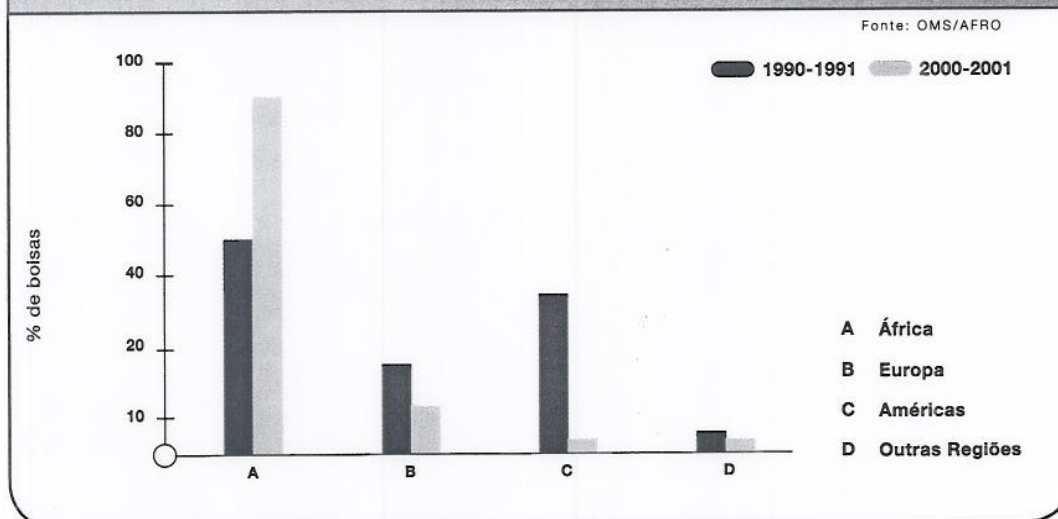
Realizou-se em Harare uma reunião a nível regional dos pontos focais para a investigação em políticas e sistemas de saúde com vista à troca de experiências sobre o desenvolvimento dessa investigação. Em 21 países foram elaborados e utilizados instrumentos para a definição dos perfis do país no domínio da investigação na área da saúde. Burundi, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Madagáscar, Malawi, Mali, Nigéria, São Tomé e Príncipe, Senegal, Zâmbia e Zimbabwe receberam apoio para o desenvolvimento de competências em HSR. Foram apoiadas quinze propostas de Investigação em Sistemas de Saúde (HSR) sobre problemas de saúde prioritários.

47

Organizaram-se dois cursos de gestão de recursos humanos, tendo-se dado formação a 41 gestores de recursos humanos provenientes de 34 países. Foram desenvolvidas orientações para a avaliação dos programas de formação em ciências da saúde, que foram aplicadas no Gabão, Tanzânia e Zimbabwe. Aos cinco países de língua oficial portuguesa foi dado apoio na preparação do plano de médio prazo (2002-2006) para o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Em seis países (Camarões, Gana, Senegal, África do Sul, Uganda e Zimbabwe) iniciou-se um estudo sobre a emigração de profissionais especializados da área da saúde. Atribuíram-se quinhentas e cinquenta e seis bolsas de estudo e 90% dos bolseiros foram colocados em instituições de formação dentro da Região Africana, nos termos da resolução AFR/RC39/R5 (Figura 3).



**FIGURA 3:** Número de bolsas atribuídas e regiões da OMS de colocação dos bolseiros



Entre as perspectivas futuras, contam-se a necessidade de consolidar as conquistas realizadas até ao momento e alargar esses esforços a outros países; reforçar o papel de administração geral dos governos; desenvolver os instrumentos apropriados para o financiamento da saúde, incluindo as contas nacionais da saúde; desenvolver os recursos humanos e a organização e gestão dos sistemas de saúde, especialmente no que diz respeito à prestação de serviços no contexto das reformas do sector da saúde.

48

### *Medicamentos essenciais e outros fármacos (EDM)*

As principais preocupações na área da *Política de fármacos e medicamentos essenciais* foram a garantia do acesso universal a medicamentos de boa qualidade a preços acessíveis, assegurando a sua utilização racional. A estratégia da OMS na abordagem dessas questões foi trabalhar nas seguintes áreas: criação e implementação de políticas; reforço dos sistemas de fornecimento de medicamentos e das autoridades reguladoras dos medicamentos; utilização racional de medicamentos e criação e implementação das políticas de medicinas tradicionais.

49

Aos níveis regional e nacional, foram feitos alguns progressos, os quais, devem no entanto, ser consolidados. Em 10 países foram recrutados conselheiros nacionais na área dos medicamentos essenciais para fornecer o apoio técnico de que esses países necessitam. Elaborou-se um manual de formação sobre a gestão de medicamentos a nível dos centros de saúde e usando esse instrumento, procedeu-se à formação de 40 profissionais na área da enfermagem na Gâmbia, Lesoto e Malawi. Publicou-se a segunda edição do *Indicador de Preços dos Medicamentos Essenciais* do Escritório Regional, que actualmente está a ser utilizado por muitos países e parceiros.

50





51

Outros instrumentos desenvolvidos foram: a terceira edição da brochura sobre laboratórios de controlo de qualidade; a segunda edição da carta sobre a situação dos elementos reguladores e de garantia da qualidade dos medicamentos na Região Africana; a segunda edição das orientações para a formulação, implementação, monitorização e avaliação das políticas nacionais dos medicamentos; o Boletim Farmacêutico do Escritório Regional; orientações para a inspecção das farmácias e, a pedido da Nigéria, orientações para o tratamento das mordeduras das cobras.

52

Organizaram-se vários cursos de formação e seminários sobre melhoria de capacidades técnicas. Entre estes, contam-se: um curso sobre as Boas Práticas de Fabrico; formação em controlo da qualidade dos medicamentos para a tuberculose, usando as técnicas de cromatografia de camada fina; formação de gestores e técnicos laboratoriais de controlo de qualidade; seminários para inspectores de medicamentos e outras autoridades reguladoras dos medicamentos no Gana, Quénia e Uganda; um curso sobre o uso racional dos medicamentos na Nigéria; e dois cursos sobre prescrição racional na Argélia e sobre o ensino da farmacoterapia na África do Sul. Em resposta a um pedido urgente dos alguns países, realizou-se, para os países de língua inglesa, uma reunião de sensibilização sobre a implementação de salvaguardas do Acordo sobre os Aspectos Comerciais dos Direitos de Propriedade Intelectual (TRIPS).

53

Em seis países, realizou-se um estudo-piloto sobre a qualidade dos medicamentos normalmente usados no tratamento do paludismo. Os resultados desse estudo revelaram que, em muitos casos, esses medicamentos eram de fraca qualidade. Em colaboração com os países, empreenderam-se as medidas necessárias para resolver esse problema.

54

Foi dado apoio ao Botswana, Camarões, Cabo Verde, Guiné Equatorial, Gana, Lesoto, Libéria, Mauritânia, Namíbia, São Tomé e Príncipe, Seychelles e Suazilândia para a criação e adopção de políticas nacionais de medicamentos ou para a selecção de indicadores para a política nacional de medicamentos. Em colaboração com a ONUSIDA, realizaram-se missões conjuntas para a avaliação das necessidades no Lesoto e na Suazilândia.

55

Em Setembro de 2000, foi aprovada a estratégia regional para a promoção do papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde e criou-se uma Comissão Regional de peritos em medicina tradicional, que constituiu um valioso apoio ao programa. Entre outras actividades levadas a cabo durante o biénio, conta-se a colaboração com as instituições de investigação na avaliação dos preparados de ervanária destinados ao tratamento das doenças prioritárias. Estão a ser instituídos os mecanismos para a melhoria das capacidades técnicas destinadas à produção local, em grande escala, de medicamentos seguros, eficazes e de boa qualidade.



Na reunião regional sobre institucionalização da medicina tradicional nos sistemas de saúde, realizada em Harare, em Novembro de 2001, foram elaborados e adoptados protocolos para a avaliação de medicamentos tradicionais e estudos etnomédicos sobre fármacos para HIV/SIDA, paludismo, hipertensão, diabetes e anemia de células falciformes. Os resultados desses estudos revelaram que os medicamentos tradicionais continham ingredientes farmacologicamente activos. Estão a ser realizadas mais investigações sobre este aspecto.

56

Durante o biénio, as áreas-chave de focalização, serão a prestação de apoio suplementar aos países, para garantir um acesso duradouro e económico aos medicamentos essenciais para as doenças prioritárias, tais como o paludismo e o HIV/SIDA, bem como a implementação da estratégia dos medicamentos tradicionais. O apoio aos países para uma melhor compreensão das implicações do acordo TRIPS e da implementação das respectivas salvaguardas beneficiará de uma atenção especial.

57

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

Os principais problemas abordados pela área de trabalho *Segurança do sangue e tecnologias clínicas (BCT)* durante o biénio, foram; a prestação de apoio aos países para melhorar a qualidade dos cuidados através de tecnologias apropriadas e acessíveis e a criação de mecanismos que lhes permitam fornecer sangue adequado e seguro aos pacientes.

58

Foram desenvolvidos esforços consideráveis na preparação de uma estratégia regional para a segurança do sangue, que foi aprovada na 51ª sessão do Comité Regional em Brazzaville, em Agosto de 2001. Preparou-se o primeiro projecto das orientações para a formulação da política de transfusão sanguínea nos Estados-Membros. Deu-se apoio aos Camarões, República Centrafricana, República Democrática do Congo, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Mali, Mauritânia, Suazilândia e Seychelles para que pudessem finalizar as suas políticas nacionais de transfusão de sangue. Dezassete países da Região dispõem presentemente de uma política de transfusão de sangue.

59

As capacidades dos centros nacionais de transfusão sanguínea em Harare (Zimbabwe) e Abidjan (Côte d'Ivoire) foram reforçadas para os habilitar a prestar apoio técnico aos Estados-Membros, incluindo formação para os técnicos de transfusões sanguíneas. Os cursos foram organizados nos dois países, para 64 gestores da garantia de qualidade da Região. Em dois seminários realizados para os directores dos serviços nacionais de transfusão sanguínea, procedeu-se à revisão da situação da segurança do sangue na Região, identificaram-se as dificuldades e propuseram-se soluções para melhorar os serviços. Elaboraram-se instrumentos para a avaliação dos serviços de transfusão sanguínea nos Estados-Membros, os quais foram usados para recolher informações sobre a situação da segurança das transfusões sanguíneas em todos os países da Região.

60





61

As principais realizações na área da *Qualidade dos cuidados e das tecnologias clínicas* foram a organização de dois seminários práticos, um dos quais sobre garantia da qualidade dos cuidados e o outro sobre a garantia da qualidade nos laboratórios clínicos. Foram concluídas as orientações para a formulação de uma política nacional de equipamento para os cuidados de saúde. Deu-se apoio ao Burundi, Chade, Congo, Eritreia, Malawi e Níger para a implementação de programas sobre a qualidade dos cuidados nos hospitais distritais e outros sobre a garantia da qualidade nos laboratórios clínicos.

62

No próximo biénio, a atenção do programa de segurança do sangue irá recair sobre a consolidação da aplicação da estratégia regional para a segurança do sangue, com especial incidência no desenvolvimento da política, no recrutamento de dadores de sangue, na formação em qualidade e na implementação de programas de garantia da qualidade.

63

O Escritório Regional esforçar-se-á por desenvolver normas e regras para a gestão do equipamento hospitalar e para reforçar a qualidade dos cuidados, através da promoção e aplicação dos programas de garantia da qualidade, com especial incidência no nível distrital.

## **Prevenção e controlo das doenças transmissíveis**

64

As doenças transmissíveis continuam a ser as principais causas de morte na Região Africana, constituindo também causa e consequência da pobreza. Durante os anos de 2000 e 2001, elaboraram-se estratégias e quadros para as principais doenças transmissíveis, os quais foram aprovados pelo Comité Regional e foram implementadas. Foi feito um esforço para apoiar os países na sua aplicação das intervenções já comprovadas e registaram-se melhorias em muitas áreas de trabalho.

### ***Vigilância das doenças transmissíveis (SUR)***

65

Algumas doenças transmissíveis, tais como a meningite meningocócica, a cólera, a febre amarela e as febres hemorrágicas virais, propiciam epidemias graves e mortais, que causam perturbações significativas nos serviços sociais e de saúde. Os programas de controlo de doenças específicas requerem informação actualizada e fidedigna sobre a morbilidade, a mortalidade e as suas tendências, possibilitando uma melhor orientação das intervenções na área da saúde pública. Infelizmente, na maioria dos Estados-Membros, a vigilância das doenças transmissíveis ainda é fraca. Além disso, o grau de preparação e a capacidade dos países para responderem às epidemias acima mencionadas estiveram muitas vezes abaixo do desejável.



Desde 1996, o Escritório Regional tem apoiado os países na assinatura de protocolos de cooperação para a prevenção e controlo das epidemias. Através desses protocolos, e com o apoio da OMS, os países com características geográficas e epidemiológicas comuns comprometiam-se a partilhar informação e recursos para a prevenção e resposta às epidemias. Os Estados-Membros aprovaram em 1998 a estratégia regional para a vigilância integrada das doenças. Essa estratégia promove a integração e coordenação das actividades de vigilância das doenças, incidindo sobre a ligação entre os dados da vigilância e a acção na área da saúde pública, sublinhando a apropriação nacional, a descentralização da tomada de decisões e a acção a todos os níveis do sistema de saúde.

66

Relativamente às principais realizações, foram fornecidas a todos os Estados-Membros as *Orientações Técnicas para a Vigilância Integrada e Resposta às Doenças* e diverso material de formação. Em 27 países, procedeu-se à determinação dos sistemas existentes para a vigilância das doenças transmissíveis e para a preparação e resposta às epidemias. Vinte desses países, formularam planos para a vigilância integrada e resposta às doenças e 12 deles deram início à sua implementação.

67

Foram também criadas, a nível regional e sub-regional, bases de dados globais para as doenças transmissíveis prioritárias. O pessoal-chave dos laboratórios nacionais de saúde pública recebeu formação em meios de diagnóstico das doenças bacterianas, bem como equipamento de comunicação e kits de diagnóstico para facilitar o arranque das redes de laboratórios de saúde pública a nível nacional, sub-regional e regional. A vigilância da paralisia flácida aguda atingiu, em todos os países, os padrões estabelecidos pela OMS.

68

Nove países formaram o seu pessoal de saúde na área da preparação e resposta às epidemias. A detecção dos surtos e respectiva notificação melhoraram consideravelmente. A boa coordenação dos esforços entre as autoridades nacionais de saúde, a OMS e outros parceiros resultou num controlo rápido e eficaz das epidemias de febre hemorrágica de Marburgo na República Democrática do Congo, de febre hemorrágica do Ébola no Uganda, de febre amarela na Côte d'Ivoire e Guiné, e de meningite e cólera em vários outros países.

69

No que respeita ao próximo biénio, a aplicação das estratégias para a vigilância integrada das doenças e para a preparação e resposta às epidemias será reforçada. A apropriação nacional e a criação de parcerias fortes serão de primordial importância neste processo. O Escritório Regional criará igualmente e dará o seu apoio ao Centro de Vigilância de Doenças Múltiplas de Ouagadougou (Burkina Faso) como centro de excelência para a vigilância integrada das doenças.

70





*Prevenção e controlo das doenças transmissíveis (PCC)*

71 A área de trabalho prevenção e controlo das doenças transmissíveis englobava os seguintes seis programas de controlo das doenças: paludismo, tuberculose (incluindo a úlcera de Buruli), a tripanossomíase, o HIV/SIDA/IST e outras doenças tropicais (OTD), com incidência sobre as seguintes doenças: oncocercose, schistosomíase, filaríase linfática, etc. As principais questões abordadas por esta área de trabalho durante o biénio, relativamente às doenças visadas, foram as seguintes:

- a) reforço das capacidades nacionais para a planificação, implementação, monitorização e avaliação das estratégias de controlo recomendadas (por exemplo, DOTS para a tuberculose, programa alargado de vacinação, Fazer Recuar o Paludismo, etc.);
- b) reforço da capacidade das equipas interpaíses e países da OMS, de modo a que possam, a pedido, dos países prestar-lhes um apoio técnico rápido e eficaz.

72 Para resolver estas questões e desafios, a OMS desenvolveu novos instrumentos e reforçou a capacidade dos Estados-Membros, de forma a melhorar as capacidades, para reforçar a aplicação das estratégias de prevenção e controlo, por forma a assegurar uma resposta eficaz do sistema de saúde às doenças-alvo. Além disso, desenvolveram-se parcerias com importantes doadores, para mobilizar os recursos necessários e realizou-se a monitorização e avaliação das actividades implementadas. Foi igualmente efectuada uma reorganização das políticas e das estruturas que incluía: a criação de uma unidade de Biologia e Controlo dos Vectores para uma integração eficaz de todas as actividades de controlo dos vectores em todos os programas, melhorando assim, a sua eficácia.

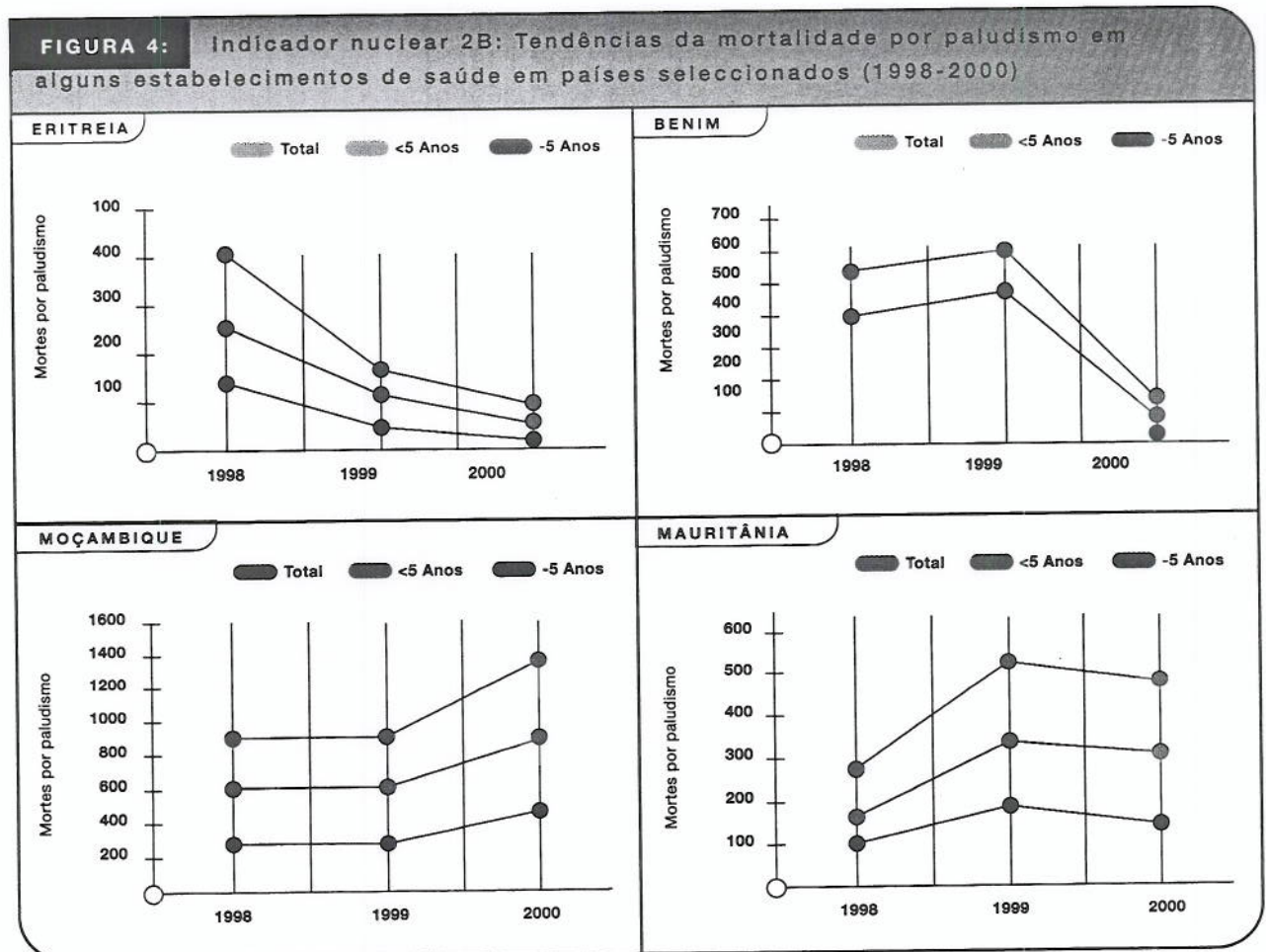
73 Em termos de resultados esperados, produtos e serviços que tinham sido estabelecidos para o biénio conseguiram-se as realizações que se seguem: Em 36 (86%) dos 42 países endémicos, foram desenvolvidas capacidades para a planificação, implementação, monitorização e avaliação das actividades de combate ao paludismo. Foi garantida a gestão correcta de casos de paludismo em 27 (64%) dos 42 países endémicos. Melhoraram-se as capacidades nos 18 países propensos a epidemias, no que respeita à previsão, detecção precoce e resposta adequada às epidemias de paludismo. Além disso, em 26 países procedeu-se à promoção activa de meios inovadores de combate ao paludismo, através de intervenções baseadas nas comunidades, e que incluíam o tratamento domiciliário dos episódios de paludismo, e a distribuição de mosquiteiros tratados com insecticida. Em 13 dos 42 países endémicos, foram recolhidos dados de referência para a monitorização e avaliação dos resultados



e impacto do programa "Fazer Recuar o Paludismo". Finalmente, com o apoio do Escritório Regional, 11 (26%) dos 42 países endêmicos, completaram os seus planos estratégicos para Fazer Recuar o Paludismo.

A Figura 4 apresenta as tendências da mortalidade nos estabelecimentos de saúde em países seleccionados em 1998-2000; enquanto se observa diminuição de mortalidade na Eritreia, Benim e Mauritânia registaram-se aumentos em Moçambique provavelmente devido aos efeitos das inundações do ano 2000.

74



Paralelamente à criação de um programa regional para a biologia e combate aos vectores, criou-se um quadro para o desenvolvimento e implementação de intervenções de combate aos vectores, estando a efectuar-se a sua distribuição aos Estados-Membros, para que o adaptem. Um curso de formação sobre combate aos vectores, com incidência sobre os ensaios, a monitorização e a gestão da resistência aos insecticidas, foi desenvolvido e implementado, em colaboração com três instituições de investigação (o Instituto de Investigação Médica, da África do Sul, o Centro Muraz, do Burkina Faso e o OCEAC, dos

75



Camarões). Nesse curso, quarenta participantes de 25 países receberam formação e equipamento, bem como verbas para sementes, para iniciarem actividades de ensaio da resistência dos vectores nos respectivos países. Finalmente, o Escritório Regional contribuiu activamente para as negociações internacionais sobre a acção internacional contra os poluentes orgânicos persistentes (POP), incluindo o DDT, e que levou a um consenso internacional sobre a continuação do uso de DDT para os objectivos de combate às doenças na Região.

76 A estratégia regional de combate à tuberculose foi revista e implementada para responder de forma eficaz à necessidade crescente de expandir rapidamente a implementação da estratégia de Terapia por Observação Directa (DOT), usando abordagens inovadoras, tais como a participação comunitária, bem como os novos desafios colocados pela dupla epidemia tuberculose/HIV. Dos 30 países visados, o acesso das populações aos serviços da Estratégia DOT aumentou de 70% em 2000 para 86% em 2001. Dezanove (63%) dos 30 países aumentaram a sua cobertura DOT para 90% ou mais, enquanto a taxa de êxito do tratamento de novos casos aumentou de 62% em 1999 para 67,4% em 2000 (embora ainda tivesse ficado aquém da meta regional de 85%). Sete dos 16 países que se candidataram ao apoio da provisão global de drogas anti-tuberculose foram aceites, estando a decorrer, neste momento, o envio de medicamentos para esses países.

77 Durante o biénio, os resultados do projecto de investigação operacional sobre os cuidados comunitários contra a tuberculose foram transpostos para orientações políticas, cuja implementação está a ser alargada em, pelo menos, quatro países. Uma nova iniciativa destinada a reforçar a colaboração na implementação conjunta das actividades de combate à tuberculose/HIV foi introduzida com êxito em, pelo menos, seis países grandemente afectados. O apoio técnico a países com uma incidência elevada de tuberculose foi reforçado através do recrutamento de profissionais a nível nacional, em nove países.

78 Novas orientações técnicas regionais para o controlo da úlcera de Buruli foram elaboradas e partilhadas com os Estados-Membros afectados. Com base nessas orientações, pelo menos 3 (60%) dos cinco países visados criaram e estão a implementar programas nacionais de combate. Além disso, foi concluída com êxito a elaboração dos projectos de módulos de formação a utilizar pelos Estados-Membros no reforço dos conhecimentos e das competências dos trabalhadores da saúde no combate à úlcera de Buruli.

79 A mobilização de recursos e o reforço das parcerias, nomeadamente a Iniciativa Italiana sobre HIV/SIDA em África, obtiveram 8 milhões de dólares para o apoio a 10 países. Realizaram-se cinquenta missões de apoio técnico a 32 países, que contribuíram para melhorar as actividades de vigilância, o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis, os serviços laboratoriais, o tratamento e



os cuidados, incluindo o uso de anti-retrovirais. Efectuaram-se vinte reuniões interpaíses e consultas de peritos, que resultaram em actualizações de políticas técnicas, intercâmbio de experiências entre os países, melhores práticas e redes alargadas para consultores. Recrutaram-se funcionários nacionais para os programas, o que resultou no reforço das capacidades para apoio directo e contínuo em 15 países. Foi dado apoio à advocacia e mobilização internacional, nomeadamente na Cimeira de chefes de Estado da OUA sobre HIV/SIDA, tuberculose e outras doenças infecciosas, cuja declaração constitui uma importante directiva política ao mais alto nível.

Foram desenvolvidas, e partilhadas com os países, as estratégias regionais para o combate a quatro doenças (schistosomíase, filaríase linfática, helmintas transmitidos pelo solo e a tripanossomíase). Usando essas estratégias, sete países prepararam planos nacionais de combate à schistosomíase e três países estão já a implementar os seus planos de combate à tripanossomíase. A localização geográfica da filaríase linfática está já finalizada ou em curso, em nove países, cinco dos quais implementaram a administração em massa de medicamentos, com uma cobertura de pelo menos 92% num desses países. Além disso, criou-se uma base de dados regional para a filaríase linfática, assim como o grupo regional para a revisão do programa de eliminação da filaríase linfática. Os projectos de devolução da oncocercose foram reforçados com êxito em seis países, através da prestação de apoio técnico e a colaboração com o Programa Africano de Combate à Oncocercose.

80

Para o biénio 2002-2003, a área de trabalho da prevenção e controlo das doenças transmissíveis foi reorganizada, transformando em áreas de actividade alguns programas como o do paludismo, da tuberculose e do HIV/SIDA. Contudo, as principais orientações abaixo fornecidas para o próximo biénio são as mesmas dos programas originais que constituíam a área de actividade da *prevenção e controlo das doenças transmissíveis*.

81

Com base nos planos estratégicos nacionais desenvolvidos durante o biénio em análise, as principais prioridades no *combate ao paludismo* serão o reforço das capacidades dos países para uma melhor implementação, supervisão, monitorização e avaliação das intervenções da iniciativa Fazer Recuar o Paludismo.

82

Na área da *biologia e combate aos vectores*, a atenção centrar-se-à em três áreas principais, nomeadamente:

83

- a) o apoio aos países na preparação e adaptação dos quadros e orientações nacionais para o combate aos vectores;



- b) melhoria das capacidades técnicas, incluindo uma dotação adequada de pessoal aos três níveis, para o combate aos vectores e
- c) apoio aos países para criarem projectos de demonstração de combate aos vectores em distritos seleccionados, usando a abordagem integrada de gestão dos vectores.

84

As prioridades no domínio do *combate à tuberculose* serão o reforço da melhoria das capacidades técnicas a todos os níveis, para:

- a) acelerar o aumento da cobertura da estratégia DOT em todos os países, usando abordagens inovadoras, tais como a participação das comunidades, desenvolvimento de parcerias entre o sector público e o sector privado, etc.;
- b) desenvolver, implementar e expandir intervenções apropriadas para conter a dupla epidemia da tuberculose/HIV; e
- c) melhorar a monitorização e a vigilância.

85

O controlo da úlcera de Buruli visará:

- a) ajudar os países a desenvolverem, implementarem, monitorizarem e avaliarem os programas nacionais, usando as orientações técnicas e os módulos de formação elaborados pelo Escritório Regional; e
- b) promover e dar apoio à investigação operacional relevante, para melhorar os instrumentos existentes de prevenção e controlo, em colaboração com os parceiros-chave mais relevantes.

86

HIV/SIDA/IST focará a sua atenção no apoio à prestação, pelos sistemas de saúde, de um pacote de cuidados, assim como de intervenções de prevenção aos níveis distrital e comunitário, expandindo redes de peritos técnicos aos níveis dos países e sub-regionais, e ajudando os Estados-Membros a ultimarem os instrumentos técnicos na planificação e avaliação dos programas.

87

Finalmente, as prioridades para *Outras Doenças Tropicais* incluirão:

- a) o reforço do programa de eliminação da filaríase linfática nos países afectados;
- b) o apoio aos países no desenvolvimento e implementação dos programas de controlo da schistosomíase, helmintas transmitidos pelo solo e da tripanossomíase.



## *Erradicação e eliminação das doenças transmissíveis (ERD)*

Os Estados-Membros continuaram a empenhar-se no sentido de alcançar os objectivos da erradicação e eliminação das doenças transmissíveis, particularmente da erradicação da poliomielite e da eliminação do tétano neonatal e da lepra. Apesar disso, o tétano neonatal foi responsável, anualmente por 110.000 mortes de crianças na Região. A interrupção da circulação da dracunculose está ainda por concretizar em 13 países.

88

Os objectivos da área de actividade da *Erradicação e eliminação das doenças transmissíveis* durante o biénio de 2000-2001 foram ajudar os Estados-Membros a:

89

- a) atingir e manter a interrupção da transmissão do poliovírus selvagem e da dracunculose, e
- b) acelerar e/ou manter a eliminação do tétano neonatal e da lepra.

Foram feitos enormes progressos na Região com as iniciativas de erradicação e eliminação. Embora com início tardio na Região (1995), os 32 países "polio endémicos" implementaram com sucesso as Jornadas Nacionais de Vacinação e criaram a vigilância da Paralisia Flácida Aguda (PFA) no início do biénio. A vigilância da PFA melhorou substancialmente em 2001, para uma taxa de PFA não devida à polio de 2,7 casos por 100.000 crianças com 15 anos de idade ou mais. Também em 2001, a poliomielite selvagem foi detectada em sete países da Região Africana, contra os 12 em 1996. A boa sincronização das Jornadas Nacionais de Vacinação na África Ocidental e Central durante o biénio contribuiu para essas realizações. O tétano materno e neonatal está praticamente eliminado em 12 países. A eliminação da lepra está confirmada em nove países, enquanto a taxa de prevalência regional desceu de 1,29, em Dezembro de 1999, para 0,98 casos por 10.000 habitantes, em Julho de 2001, contra 1,29, em Dezembro de 1999. Durante o biénio, obteve-se uma redução total de 55% na incidência da dracunculose. Quatro países da Região foram declarados "livres da circulação da dracunculose" e outros quatro países apresentaram pedidos de certificação.

90

Durante o próximo biénio, os esforços envidados serão para a interrupção da transmissão do poliovírus selvagem nos países onde este ainda é endémico e para obter e manter a certificação da vigilância da PFA em todos os países da Região Africana. De facto, é preciso maior empenho dos governos e dos doadores para se garantir um apoio financeiro atempado para a erradicação da poliomielite, eliminação do tétano neonatal e da lepra e para a erradicação da dracunculose nos restantes países endémicos. A vigilância integrada das doenças a todos os níveis, incluindo o nível comunitário, constituirá a chave para a monitorização dos progressos realizados.

91





*Pesquisa e Desenvolvimento das Doenças Transmissíveis (CDR)*

- 92 O foco da investigação e do desenvolvimento da Área de trabalho das doenças transmissíveis, foi a melhoria da capacidade técnica dos países na área do planeamento, implementação, avaliação, divulgação e desenvolvimento da investigação, para influenciar a elaboração de estratégias e políticas para a intervenção sobre o controlo das doenças transmissíveis. Os grandes alvos eram o Paludismo, HIV/SIDA, Tuberculose (TB), schistosomíase, filaríase linfática e a úlcera de Buruli.
- 93 A estratégia da OMS consistiu em fornecer apoio aos países, de forma a reforçar a capacidade da investigação operacional nas doenças transmissíveis e de utilizar os resultados obtidos para influenciar a política e as práticas de prevenção e de controlo.
- 94 A melhoria da capacidade técnica na área da concepção e concretização dos estudos de investigação em 32 países da Região, contra a previsão de 21, onde o paludismo é endémico, através de seminários e missões de apoio técnico nos países. Dezassete países receberam apoio financeiro para efectuarem estudos de investigação que tinham sido desenvolvidos nos seminários. Quinze países receberam apoio técnico e financeiro para a continuação dos estudos sobre a eficácia terapêutica dos medicamentos antipalúdicos, bem como para o estabelecimento de dez novos locais sentinela. Durante o período de revisão, seis países reviram as suas políticas de tratamento antipalúdico e quatro iniciaram o processo.
- 95 O maior sucesso na *Atenção Integrada das Doenças da Infância (AIDI)*, foi a disseminação dos resultados das pesquisas aos países em fase de implementação da AIDI e a transposição destes resultados para a prática e para as políticas em alguns países. Quatro países efectuaram estudos sobre a eficácia operacional da Terapia por Observação Directa (DOTS) e os resultados estão a ser transpostos para estratégias políticas para os cuidados da tuberculose na comunidade. Foi fornecido apoio a dez países através do Grupo de Trabalho Interagências para a Prevenção da Transmissão do HIV/SIDA Mãe-Filho, de forma a orientar os estudos de intervenção nesta área. No que respeita ao controlo da schistosomíase e a filaríase linfática, foram recolhidos dados que serão utilizados na mobilização de recursos junto dos parceiros.
- 96 Para o próximo biénio, destaca-se a utilização das novas tecnologias e abordagens com eficácia comprovada no controlo das doenças transmissíveis, e na identificação de áreas em que os medicamentos tradicionais possam ser adaptados para utilização dentro das actuais estruturas da saúde.



## Prevenção e controlo de doenças não-transmissíveis

A prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis e a promoção da saúde, conquistou gradualmente o seu legítimo lugar entre os programas de cooperação com a OMS. Esta cooperação é oportuna, pois cada vez mais se torna evidente, tanto através das projecções mundiais<sup>1</sup>, como de estudos específicos com dados reais controlados<sup>2</sup>, que as doenças não-transmissíveis constituem numa grande preocupação para a saúde pública.

97

### *Vigilância prevenção e gestão das doenças não-transmissíveis (NCD)*

Esta área de actividade engloba os programas das doenças crónicas, da saúde oral bem como o programa sobre o envelhecimento e saúde.

98

### *Doenças crónicas*

A quinquagésima sessão do Comité Regional adoptou uma estratégia regional que constitui um ponto de viragem na prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis e uma consulta de peritos determinou o quadro de implementação das recomendações desta estratégia.

99

Foi efectuada uma análise das capacidades nacionais para a prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis, e os resultados foram divulgados aos países. O Escritório Regional forneceu apoio para a análise da situação das doenças não-transmissíveis em seis países (Botswana, Burkina Faso, Camarões, Gâmbia, República Democrática do Congo e Zimbabwe).

100

O Reforço das capacidades nacionais foi especialmente efectivado através dos esforços sustentados de formação. Muitas das sessões de formação foram organizadas para os profissionais da saúde da Região, em domínios como a detecção precoce e o tratamento do cancro do colo do útero, e epidemiologia e tratamento da diabetes. Foram dados apoios a muitos seminários nacionais e sub-regionais. Em seis países, (Botswana, Etiópia, África do Sul, Tanzânia, Uganda e Zimbabwe) foi iniciado um projecto direccionado para a melhoria dos cuidados de longa duração, para os pacientes com cancro e com HIV/SIDA.

101

<sup>1</sup>Se bem que baseados sobre estimativas e extrapolações - devido à falta de dados básicos sobre a mortalidade - os estudos sobre o fardo global de morbilidade levam a concluir que em termos absolutos, a probabilidade de morte por doenças não-transmissíveis é mais elevada na África Sub-Sahariana que nos países desenvolvidos e com uma economia de mercado estável.

<sup>2</sup>Alguns países obtiveram dados sobre as doenças não-transmissíveis, através de um sistema sistemático de recolha (por exemplo: Seychelles, Maurícias), ou através de estudos-piloto em determinadas zonas (por exemplo: Tanzânia). Neste último caso, a conclusão do estudo sobre o fardo global da morbilidade é confirmado através da base de dados existentes tanto sobre zonas rurais como urbanas: (ver unwin & col "Noncommunicable diseases in subSaharan Africa: where do they feature in the health research agenda? Buletim da OMS, 2001, 79(10) pp 947-953").



102

Iniciaram-se as primeiras etapas para a constituição de uma rede africana de iniciativa de prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis. Foi estabelecida uma colaboração entre o Escritório Regional e a União Europeia, com vista à vigilância e à responsabilização comunitária da hipertensão, em determinados países.

### *Saúde oral*

103

Estas actividades foram elaboradas a partir da estratégia regional de 1998 sobre saúde oral. O Escritório Regional continua a advogar esta política e a apoiar os países.

104

Mais quatro países formularam planos e/ou políticas nacionais de saúde oral. Foram eles, Burkina Faso, Guiné, Ilhas Maurícias e Seychelles.

105

O desenvolvimento dos cuidados preventivos da saúde oral nos distritos, foi apoiado em cinco países: Benim, Côte d'Ivoire, Guiné, República Democrática do Congo e Rwanda.

106

Um seminário de formação sobre técnicas de Tratamento Reconstrutivo Não Traumático (ART) permitiu a formação de 34 participantes de 16 países (Botswana, Burkina Faso, Camarões, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quénia, Rwanda, Serra Leoa, Swazilândia e Seychelles).

107

Os centros de colaboração da OMS na Região, desenvolveram documentos didáticos sobre a higiene oral em geral, e os aspectos relacionados com o HIV/SIDA em particular, para serem usados pelos profissionais da saúde e pelo público.

108

Foi iniciada uma pesquisa sobre a eficácia e a inocuidade dos métodos tradicionais de higiene oral.

109

No que respeita ao noma, o Escritório Regional propõe, para além do apoio directo aos países afectados, a integração de métodos de prevenção, detecção e tratamento precoce, dentro das actividades de rotina da gestão integrada das doenças da criança.



## *Envelhecimento e saúde (AHE)*

Com a colaboração da sede, o projecto para o desenvolvimento de uma política de apoio com base no mínimo de evidências para os mais velhos, continuou em quatro países (África do Sul, Gana, Tânzania e Zimbábwe). Cinco países foram assistidos para desenvolver uma política nacional para os mais idosos (Gâmbia, Gana, Nigéria, Senegal e Togo). Finalmente, no Senegal, 18 equipas de saúde receberam formação para os cuidados dos mais velhos.

110

### *Orientações para 2002-2003*

Ir-á prosseguir o Trabalho Normativo no domínio das doenças não-transmissíveis e está já disponível uma metodologia para a implementação do sistema de vigilância das doenças não-transmissíveis. Com o apoio da OMS, realizou-se uma formação dos pontos focais nacionais e de alguns peritos nesta metodologia, de forma a permitir que 24 participantes de sete países (Argélia, Camarões, Côte d'Ivoire, Gana, Moçambique, Senegal e Zimbábwe) fossem iniciados neste método, permitindo a sua implementação gradual nos respectivos países.

111

Para o próximo biénio, serão seguidos os seguintes eixos orientadores: desenvolvimento das orientações para a prevenção e monitorização das principais doenças transmissíveis, apoio à investigação operacional das doenças não-transmissíveis e do noma.

112

### *Nutrição (NHD)*

Ao longo deste biénio, a abordagem centrou-se em quatro áreas prioritárias: adopção e implementação do programa nacional de nutrição, controlo das deficiências nutricionais, alimentação dos bebés e das crianças mais jovens e nutrição em situações de emergência.

113

Duas reuniões interpaíses (envolvendo 46 países), organizadas conjuntamente com a FAO, analisaram a monitorização da Conferência Internacional sobre Nutrição e a implementação dos Planos de acção nacionais sobre nutrição (PANN). O Escritório Regional apoiou quatro países para a adopção dos seus PANN (Burkina Faso, Comores, Seychelles e Togo).

114

O Escritório Regional apoiou seis países na realização de pesquisas sobre deficiências em iodo (Benim, Burkina Faso, Gabão, Mali, São Tomé e Príncipe e Togo). Foram apoiados dois estudos práticos sobre fortificação alimentar na Guiné e na Mauritânia.

115



116

Uma reunião consultiva a nível regional organizada em conjunto com a UNICEF, analisou o projecto de estratégia global sobre alimentação dos bebés e das crianças mais jovens, onde tendo em conta o contexto africano, foram efectuadas propostas relevantes. A 51ª sessão do Comité Regional aprovou estas recomendações.

117

Continuou o apoio à formação sobre amamentação materna em seis países (os cinco países de língua oficial portuguesa e a Guiné Equatorial). Finalmente, mais de 80% dos países tiveram acções de sensibilização relativamente aos riscos de transmissão do HIV mãe-filho, e cerca de dez países desenvolveram um programa global sobre a prevenção de transmissão mãe-filho.

118

Em Outubro de 2001, realizou-se um seminário interpaises sobre urgências nutricionais, para os países de língua francesa.

119

Durante o biénio 2002-2003, irão continuar as mesmas áreas de actividade, envidando esforços para a integração das actividades com os respectivos programas e para uma parceria activa com agências irmãs e as ONG, tais como a Baby, Food Action Network (IBFAN) e a Helen Keller International (HKI).

### *Promoção da saúde (HPL)*

120

O Programa Promoção da Saúde propõe-se a auxiliar os países, para que estes tenham em consideração as determinantes globais da saúde que suportam o elevado fardo de morbilidade na Região.

121

A implementação do programa centrou-se: i) no reforço das capacidades nacionais e regionais para o desenvolvimento de programas de educação e de promoção da saúde; ii) no apoio aos países, para a implementação de programas de educação para a saúde a nível da escolaridade básica; iii) no encorajamento para a criação de redes de "iniciativas escolares de promoção da saúde".

122

Em Setembro de 2001, o Comité Regional adoptou uma estratégia regional. Um grupo de peritos africanos criou dois guias, respectivamente, de desenvolvimento/elaboração de políticas para a promoção da saúde e de criação de escolas promotoras da saúde.

123

O Escritório Regional apoiou e coordenou a participação africana na Conferência Mundial sobre a Promoção da Saúde, que teve lugar no México, em Junho de 2000.



As missões e funções dos funcionários responsáveis pela informação e promoção da saúde nas representações dos países, foram revistas à luz das orientações da nova estratégia regional.

124

Foi instituída uma parceria activa com instituições regionais e internacionais: Universidade de Moi, Quénia; Universidade do Zimbabwe; Fundação para a Investigação Médica em Africa (AMREF); União Internacional para a Promoção da Saúde; "Education International" e CDC de Atlanta.

125

Os pontos focais nacionais tiveram formação em métodos de desenvolvimento de programas para a promoção da saúde (Angola, Argélia, Benim, Burundi, Gabão, Gana, Guiné, Quénia, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Senegal, África do Sul, Swazilândia, Togo, Uganda e Zâmbia).

126

A Guiné e o Zimbabwe receberam apoios para iniciarem as actividades de promoção da saúde.

127

Quinze países receberam apoio para a implementação da iniciativa escolas promotoras de saúde, para a formação de trinta pontos focais nacionais e para a divulgação de toda a documentação. Os países são: Benim, Burundi, Chade, Gâmbia, Gana, Quénia, Madagáscar, Malawi, Mauritânia, Maurícias, Namíbia, África do Sul, Swazilândia, Seychelles e Togo. Finalmente, nove países receberam apoios económicos para a implementação de actividades de promoção da saúde nas escolas que não estão no âmbito da iniciativa escolas promotoras da saúde.

128

As principais orientações para 2002-2003 permanecerão inalteradas, tendo dado ênfase às abordagens interactivas e participativas da promoção da saúde, especialmente através da educação para a saúde e das políticas e acções sociais para a promoção de um ambiente favorável para a saúde.

129

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

Não obstante os limitados recursos humanos e financeiros, o programa conseguiu registar alguns resultados.

130

Assim, o Escritório Regional apoiou as duas reuniões subregionais onde foi lançada a Iniciativa "Visão 2020", para a prevenção da cegueira. Quatro países (Burkina Faso, Gana, Chade e Zimbabwe), receberam apoio para o desenvolvimento de programas para a prevenção da cegueira que pode ser evitável.

131



132

Na área da reabilitação com base na comunidade, vinte e dois participantes provenientes de seis países receberam formação na gestão de programas de reabilitação com base na comunidade (CBR). Seis países (Cabo Verde, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Quénia, Madagáscar e Mali), receberam apoios para o desenvolvimento e implementação dos programas CBR. Quatro países (Angola, República Democrática do Congo, Etiópia e Moçambique) foram também apoiados para a integração das vítimas das minas antipessoais nos programas de Reabilitação com Base Comunitária.

133

Foi efectuada uma análise situacional sobre as incapacidades sensoriais e/ou físicas, em oito países: Argélia, República Democrática do Congo, Gâmbia, Libéria, Moçambique, Seychelles e Serra Leoa.

134

Dois países receberam apoios para a implementação de sistemas de vigilância de traumatismos intencionais e acidentais.

135

Para o próximo biénio, o programa estará dinamizado e centrará a sua intervenção na prevenção da violência e dos traumatismos, na reabilitação com base comunitária, bem como na cegueira.

### *Saúde mental (MEH)*

136

A resposta às necessidades dos países foi dada de acordo com a estratégia regional de saúde mental. Esta estratégia enfatizou a integração da saúde mental e a prevenção e controlo do uso de medicamentos no sistema geral de saúde, tanto em termos da organização dos cuidados como do seu financiamento e da legislação.

137

A Região comemorou efusivamente o Dia Mundial da Saúde 2001, cujo tema era "Sim aos cuidados, não à exclusão". A presença da Directora-Geral no Quénia, acompanhada do Director Regional, realçou o elevado nível da celebração.

138

O Relatório Mundial da Saúde de 2001 intitulava-se "Saúde Mental: nova concepção, nova esperança". A preparação do relatório foi efectuada em estreita colaboração com todos os países, o que permitiu a compilação de inúmeras informações, que foram depois publicadas na primeira edição do "Atlas: Recursos para a Saúde Mental no Mundo.



- 1 GESTÃO DAS DESORDENS A NÍVEL DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE**
- 2 GARANTIR A DISPONIBILIDADE DOS PSICOACTIVOS**
- 3 PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA COMUNIDADE**
- 4 EDUCAR O GRANDE PÚBLICO**
- 5 EDUCAÇÃO DAS COMUNIDADES, FAMÍLIAS E DOS CONSUMIDORES**
- 6 ADOÇÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E LEGISLAÇÃO A NÍVEL NACIONAL**
- 7 DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS**
- 8 ESTABELECIMENTO DE LIGAÇÕES COM OUTROS SECTORES**
- 9 MONITORIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DAS COMUNIDADES; E**
- 10 APOIO À INVESTIGAÇÃO**

Estes dois eventos (Dia Mundial da Saúde e o Lançamento do Relatório sobre a Saúde no Mundo), foram usados para aumentar a consciencialização dos problemas relacionados com a saúde mental e para combater a estigmatização associada.

139

Foi constituído um grupo de peritos de saúde mental, para apoiar os países na implementação da estratégia regional.

140

Muitas reuniões interpaíses foram dedicadas ao reforço das capacidades dos coordenadores dos programas de saúde mental nos ministérios da saúde, nas ONG e dos parceiros envolvidos nas actividades de promoção da saúde mental.

141

Cinco países contaram com o apoio técnico directo para o desenvolvimento de políticas, planos estratégicos e materiais de formação para o pessoal da saúde. Foram eles: Angola, Guiné Equatorial, Moçambique, São Tomé e Príncipe e Chade.

142

As actividades relacionadas com a Campanha Mundial contra a Epilepsia receberam apoios em doze países, nomeadamente: a África do Sul, Camarões, Etiópia, Lesoto, Quénia, Moçambique, Senegal, Swazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda e Zimbábwe. Alguns Estados-Membros (Benim, Etiópia, Gana, Madagáscar, Mauritânia e Nigéria) envolvidos no projecto Nações para a Saúde Mental, também beneficiaram do apoio do Escritório Regional.

143

A actividade de reabilitação psico-social com base na comunidade, foi efectuada ao longo de dois seminários interpaíses, e cinco países receberam apoio financeiro para a implementação de projectos específicos. (Angola, Burundi, República Democrática do Congo, Uganda e Serra Leoa).

144



145 O Departamento de Psiquiatria da Universidade do Zimbabwe recebeu assistência no âmbito das suas actividades de prevenção do suicídio.

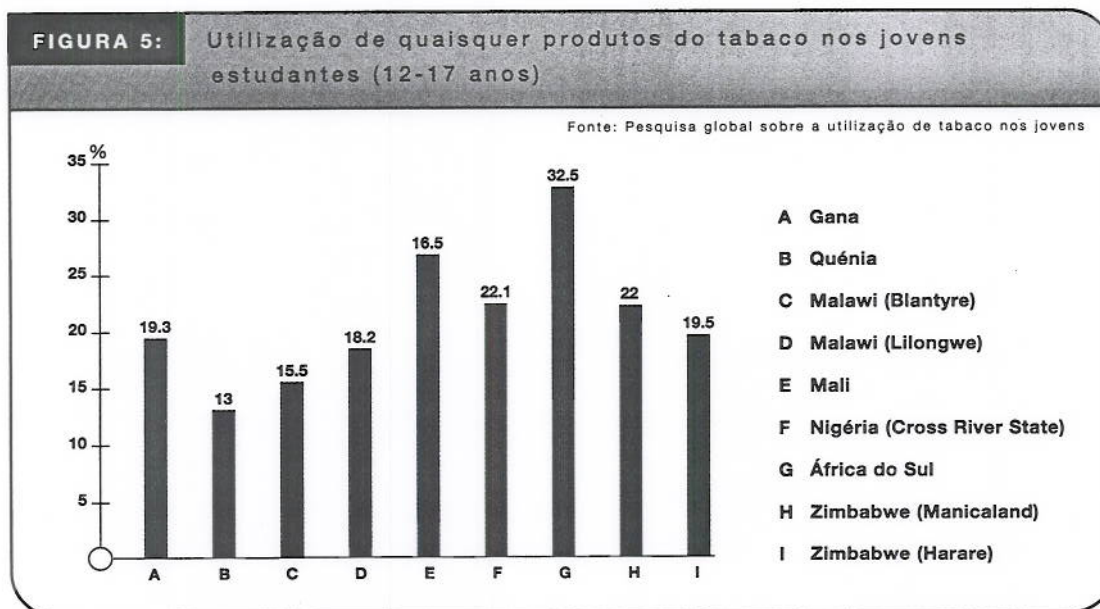
146 O Biénio 2000-2001 foi adequadamente utilizado para inscrever a Saúde Mental na agenda dos programas de saúde da maioria dos países da Região. É importante manter e reforçar estas ligações, de forma a continuar a luta contra a exclusão e a estigmatização associadas às desordens mentais.

### *Abuso de substâncias psicoactivas (SAB)*

147 Os esforços do Escritório Regional foram orientados para duas áreas: o reforço do programa de luta contra o tabaco e a prevenção e luta contra o abuso de substâncias psicoactivas.

#### *Programa de luta contra o tabaco*

148 Na área da luta contra o tabaco, as várias reuniões interpaíses abordaram os problemas de legislação, formulação de políticas e de programas, pesquisa e colecta de dados e investigação.



149 Em Outubro de 2000, em Nairobi, à semelhança dos seus homólogos dos países de língua francesa, os Membros do Parlamento dos países de língua inglesa, defenderam a formulação de legislação mais dura nos respectivos países e a ligação em rede entre eles e as ONG de forma a apoiar o processo de desenvolvimento de convenção-quadro para a luta anti-tabaco.



No âmbito desta convenção, o Grupo Africano desenvolveu uma abordagem consensual, graças a consultas regionais que antecederam as negociações intergovernamentais. Com esse objectivo, foram organizadas duas reuniões na África do Sul e na Argélia. Nestas, foram revistos os projectos de documentos agendados para discussão pelo "Orgão Intergovernamental de Negociação" e obtiveram um consenso que facilitou grandemente a posição africana comum durante as negociações.

150

O Escritório Regional estabeleceu também um site na Internet com informação sobre o programa regional anti-tabaco, e desenvolveu uma base de dados que permitirá a obtenção do perfil de cada país nos domínios da produção, consumo, legislação e problemas de saúde relacionados com o tabaco.

151

Vinte e dois países receberam apoio para organizarem uma pesquisa sobre o tabagismo entre os jovens nas escolas, usando uma metodologia padronizada que os países aplicam tendo em conta uma amostra nacional ou regional de escolas. Os preocupantes resultados preliminares estão já disponíveis. A pesquisa mostrou por exemplo, que 13% a 32% dos jovens dos 12 aos 17 anos consomem regularmente produtos de tabaco (Ver figura 5) e que 16% destes jovens receberam gratuitamente cigarros oferecidos por representantes de tabaqueiras.

152

Muitos países como o Botswana, Quênia, Lesoto, Namíbia, Togo, Ruanda e o Uganda, introduziram as suas leis anti-tabaco no Parlamento, ou estão no processo de elaboração dessas leis. Três cidades africanas no Botswana, Gâmbia e Seychelles, receberam o prémio da OMS, pela sua contribuição na garantia de locais públicos livres de tabaco.

153

O Escritório Regional reforçou a sua colaboração com o CDC de Atlanta, o Banco Mundial, o Escritório Internacional para o Trabalho e a OUA.

154

Para o presente biénio, os esforços manter-se-ão nas mesmas áreas prioritárias, particularmente no apoio ao desenvolvimento de uma convenção fortemente estruturada, que proteja a saúde dos indivíduos, tendo em consideração as situações económicas com que se confrontam determinados países, grandes produtores de tabaco.

155

### ***Prevenção e controlo do abuso de substâncias***

Dentro da iniciativa global para a prevenção primária do abuso de substâncias entre os jovens, foi fornecido apoio à África do Sul, Tanzânia e Zâmbia. A formação de agentes comunitários provenientes de 75 ONG e departamentos governamentais, foi assegurada na área do desenvolvimento, gestão e avaliação das intervenções de prevenção da relação custo/eficácia. Vinte e uma ONG receberam assistência para o desenvolvimento de projectos-piloto para a prevenção de abuso de substâncias.

156



157

Dois países numa situação pós-conflitos, a Libéria e a Serra Leoa, receberam apoios para o desenvolvimento de actividades de prevenção do abuso de substâncias. Outros quatro países receberam apoio técnico para o desenvolvimento de campanhas de sensibilização na área da prevenção do abuso de substâncias.

158

As perspectivas para 2002-2003 serão a continuação das actividades já em curso, realização de uma análise situacional e implementação de actividades de prevenção do abuso de substâncias psicoactivas.

## Saúde Reprodutiva e da Família

159

A promoção da saúde reprodutiva das famílias e das mulheres, homens, adolescentes e crianças individualmente foi a focalização do apoio aos Estados-Membros durante o biénio. Foi dada especial importância à melhoria da Paeking capacidade técnica, investigação, desenvolvimento do programa e melhoria da prestação de serviços. Isto foi alcançado através da contribuição de quatro Áreas de Actividade : Investigação e Desenvolvimento dos Programas na Saúde Reprodutiva (incluindo Formação na Saúde Reprodutiva e Prevenção da Transmissão do HIV Mãe-Filho), Tornar a Gravidez mais Segura; Saúde da Criança e do Adolescente; e Saúde e Desenvolvimento da Mulher (incluindo os Aspectos Sociais da Saúde da Família e Saúde Reprodutiva).

### *Pesquisa e Desenvolvimento dos Programas na Saúde Reprodutiva (RHR)*

160

Para muitas pessoas na Região, o acesso aos cuidados de saúde reprodutiva permanece uma miragem. Apesar de muitos estudos efectuados por muitas instituições e indivíduos, os resultados não são utilizados para o desenvolvimento das políticas e dos programas. Este facto é agravado pela epidemia do HIV/SIDA, com um aumento da incidência da Transmissão Mãe-Filho. Consequentemente, a morbidade e mortalidade materna e neonatal são inaceitavelmente elevadas.

161

Neste contexto o desenvolvimento do programa da investigação na área de trabalho da Saúde Reprodutiva, apoiou 22 Estados-Membros<sup>3</sup> na investigação e utilização dos resultados. A orientação dos Estados-Membros na obtenção, revisão análise e utilização dos dados existentes, levou à compilação dos dados de base da distribuição da mortalidade materna na Região.

<sup>3</sup> Benim, Camarões, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Quénia, Lesoto, Libéria, Malawi, Mauritânia, Moçambique, Nigéria, São Tomé e Príncipe, Senegal, África do Sul, Swazilândia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.



Foi reforçada a investigação epidemiológica e operacional como instrumento de resolução dos problemas, através das instituições de formação, redes de investigação e centros de colaboração da OMS. A unidade de Investigação da Saúde Reprodutiva de Witswatersrand, Joanesburgo, foi recomendada ao Comité Mundial de Verificação, como Centro de Colaboração da OMS para a Investigação na Reprodução Humana.

162

As instituições de pesquisa de 12 países<sup>4</sup> foram informadas sobre a aplicação de métodos de investigação prioritária, disseminação e utilização de resultados no desenvolvimento de políticas e de programas. As discussões técnicas com investigadores de sete países<sup>5</sup> estimularam as operações de investigação com base na comunidade, com o objectivo de reduzir a mortalidade materna e neonatal. Vinte peritos provenientes de dez países<sup>6</sup> reuniram-se no Gana, para examinarem os indicadores da saúde reprodutiva para a Região. Os indicadores globais foram retidos enquanto que 13 indicadores de processo foram recomendados.

163

A avaliação de necessidades da Saúde Reprodutiva foi apoiada no Lesoto e na Libéria. No Malawi e no Quênia, foram desenvolvidos planos nacionais de saúde reprodutiva.

164

O Zimbabwe recebeu apoio para desenvolver um instrumento de investigação perinatal. Foram efectuadas investigações de saúde materna, perinatal e neonatal na Gâmbia e na Swazilândia, e os resultados foram utilizados para o desenvolvimento de planos estratégicos nacionais. A avaliação do envolvimento dos homens na Saúde Reprodutiva na Região, foi levada a cabo em 12 países e os resultados foram apresentados na Reunião Global dos Conselheiros Regionais para a Saúde Reprodutiva.

165

O HIV entre as crianças é um problema em crescimento na África Sub-Sahariana, onde vivem cerca de 80% de todas as crianças infectadas. Se não forem tomadas medidas, as projecções da ONUSIDA indicam uma tendência de crescimento da mortalidade para as crianças com menos de 5 anos (Figura 6). Tendo em conta que a maioria das infecções das crianças são adquiridas a partir das mães, acordou-se uma elevada prioridade à prevenção da transmissão mãe-filho.

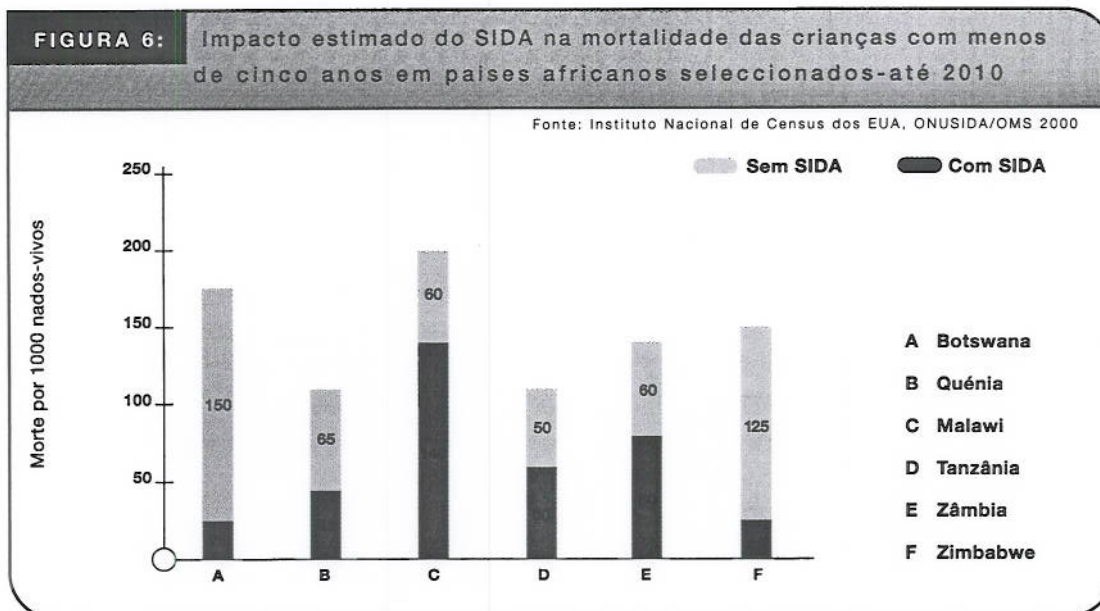
166

<sup>4</sup>Etiópia, Camarões, Guiné, Gabão, Quênia, Nigéria, Benim, Senegal, Uganda, Zâmbia, África do Sul e Zimbabwe.

<sup>5</sup>Quênia, Malawi, Nigéria, África do Sul, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe

<sup>6</sup>Guiné, Gana, Côte d'Ivoire, Camarões, Mauritânia, Nigéria, Senegal, Uganda, Moçambique e Zimbabwe.





167

Os sucessos na Prevenção da Transmissão do HIV mãe-filho, incluíram:

- a) Formação de pessoas provenientes de 11 países<sup>7</sup> sobre a integração da Saúde Reprodutiva e o HIV/SIDA, e na dupla-protecção;
- b) Reforço das capacidade de diagnóstico em 20 países;
- c) Desenvolvimento e execução de testes no terreno de um pacote de formação sobre os valores, para profissionais da saúde e assistentes sociais;
- d) Desenvolvimento e execução de testes no terreno de um protocolo de avaliação de necessidades e de instrumentos para o apoio psicossocial a grávidas infectadas com o HIV e suas famílias.
- e) Criação de um conjunto de quatro guias clínicos para os cuidados de grávidas com HIV; o guia cobre áreas como cuidados pré-natal, cuidados do trabalho de parto e do parto, aconselhamento e exames voluntários e cuidados pós-parto para a mãe e a criança;
- f) Apoio a nove países<sup>8</sup> para a implementação de projectos-piloto na prevenção da transmissão do HIV mãe-filho; em cinco países<sup>9</sup> foram desenvolvidas ou revistas propostas para intervenções ou integração das actividades de transmissão mãe-filho nos serviços de saúde reprodutiva;

<sup>7</sup>Burkina Faso, República Centrafricana, Etiópia, Gana, Quênia, Mali, África do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe

<sup>8</sup>Botswana, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Quênia, Rwanda, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe

<sup>9</sup>Etiópia, Lesoto, Malawi, Nigéria e África do Sul



- g) Desenvolvimento de indicadores para monitorização e avaliação de prevenção da transmissão mãe-filho, como parte do sistema nacional de informação para a saúde.
- h) Desenvolvimento em curso de um documento estratégico para os responsáveis pelas políticas e gestores de programas, para a concepção de programas nacionais de prevenção de transmissão do HIV mãe-filho.

### ***Tornar a Gravidez mais Segura (MPS)***

A Iniciativa Tornar a Gravidez mais Segura, centra-se em cinco países da Região Africana: Etiópia, Mauritânia, Moçambique, Nigéria e Uganda. Em Novembro de 2000, a reunião de orientação interpaíses sobre esta Iniciativa, reviu a situação da mortalidade materna, nos diferentes países em que se centrou a Iniciativa, identificou as maiores causas e os factores impeditivos para a redução da mortalidade materna. Foram elaborados os primeiros projectos de planos de acção, que foram conseqüentemente finalizados em Maio de 2001, na reunião interpaíses sobre a Iniciativa Tornar a Gravidez mais Segura. Subseqüentemente, alcançou-se o seguinte:

168

- a) Foi efectuada a avaliação de necessidades dos cuidados obstétricos de Emergência na Mauritânia, Nigéria, Etiópia e Uganda;
- b) Os prestadores de cuidados de saúde receberam formação em Técnicas para salvar vidas na Mauritânia, Nigéria e Uganda.
- c) Aquisição de material e equipamento para os Cuidados Obstétricos de Emergência (incluindo o equipamento e o material para bancos de sangue) na Mauritânia, Moçambique e Nigéria.
- d) Reforço do sistema de consultas, através da instalação de um sistema de comunicação de rádio nos distritos MPS no Uganda; e aquisição de ambulâncias na Etiópia, Mauritânia, Nigéria e Uganda.
- e) Publicação da obra "Caminho para uma Maternidade Segura", referindo-se aos três atrasos que impedem a redução da mortalidade materna.

A fim de reforçar as parcerias para uma aceleração da redução da mortalidade materna a nível dos países, realizou-se uma consulta regional em Kampala, Uganda em Outubro de 2001. Estiveram presentes setenta parceiros de agências multilaterais e bilaterais de desenvolvimento, as instituições governamentais e as ONG de nove países<sup>10</sup> africanos. As equipas dos países desenvolveram e comprometeram-se com as políticas de acção nacional centradas em áreas prioritárias para o próximo biénio. Estas incluíram o controlo do paludismo na gravidez. Foi assim dado um grande passo na programação das parcerias.

169

<sup>10</sup>Etiópia, Gana, Quênia, Malawi, Mauritânia, Nigéria, Senegal, Tanzânia e Uganda.

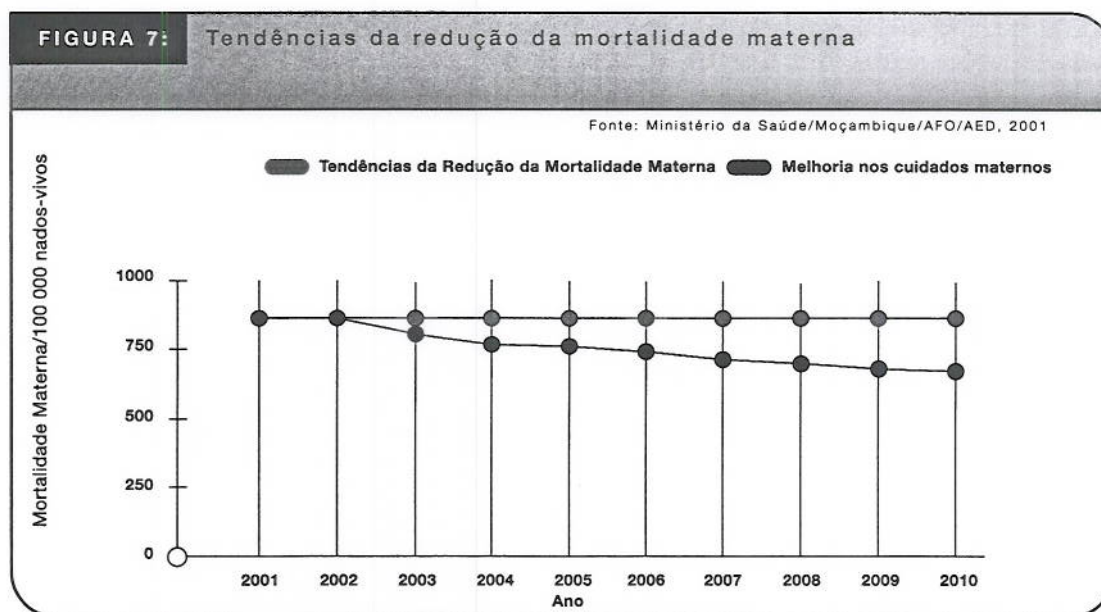


170

Advogar é um dos grandes pilares da política Tornar a Gravidez mais Segura. O instrumento "REDUZIR" para advogar utiliza os melhores dados disponíveis, e específicos de cada país, sobre a saúde materna e neonatal a fim de projectar o impacto da morbilidade e mortalidade materna na sobrevivência, saúde e economia. Prevê ainda os possíveis ganhos económicos do país se forem implementadas intervenções eficazes com base em evidências e promovidas através da política Tornar a Gravidez mais Segura.

171

A partir da análise do fardo da doença motivado por maus cuidados de saúde materna em Moçambique, podem-se verificar dois cenários ilustrados na Figura 7. A linha superior mostra as tendências na mortalidade materna quando não são implementadas quaisquer intervenções. A linha inferior mostra a diminuição prevista, no caso de implementação de intervenções eficazes e com base em evidências.



172

Na Nigéria, o instrumento "REDUZIR" demonstrou que se não forem efectuados esforços pra melhorar a saúde materna, o país irá sofrer perdas na ordem dos 341 milhões de dólares nos próximos dez anos, devido à perda da produtividade à morbilidade e mortalidade. Com a implementação eficaz das intervenções com base em evidências, a Nigéria terá ganhos na ordem dos 536 milhões de dólares americanos para o mesmo período.

173

Em resposta à necessidade de dar aos países os instrumentos e normas apropriadas aos cuidados maternos e dos recém-nascidos, efectuou-se em Harare, uma consulta a nível regional, para efectuar a revisão dos instrumentos de *Gestão Integrada para a Gravidez e Parto*, relativamente ao seu conteúdo e aplicabilidade em África. Foi desenvolvida uma adenda, que tem em consideração as condições de trabalho e epidemiologia na Região, de forma a acompanhar o *Manual de Gestão das Complicações da Gravidez e do Parto*.



## Saúde da criança e do adolescente (CAH)

Durante o biénio, a Área de Actividade Saúde e o Desenvolvimento da Criança e do Adolescente teve um progresso significativo nos cuidados dos recém-nascidos e na saúde e desenvolvimento da criança e do adolescente.

174

Com base nas instalações, efectuou-se uma avaliação de gestão dos recém-nascidos em 18 instalações de saúde em 7 países<sup>11</sup>, utilizando um instrumento desenvolvido por peritos africanos (ver quadro anexo). Subsequentemente, estes países receberam formação e fundos para materiais e equipamentos básicos mas essenciais.

175

### AVALIAÇÃO COM BASE NAS INSTALAÇÕES DOS CUIDADOS DOS RECÉM-NASCIDOS: CONSTATAÇÕES-CHAVE

Fonte: OMS/AFRO

- 1 AS 18 INSTALAÇÕES VERIFICADAS NÃO TINHAM MEIOS DE REANIMAÇÃO, TAIS COMO SERVIÇOS DE TRANSFUÇÃO DE SANGUE, SACOS E KITS DE MÁSCARAS**
- 2 ADMINISTRAÇÃO ERRADA DE MEDICAMENTOS DE EMERGÊNCIA PARA AS MÃES E OS RECÉM-NASCIDOS**
- 3 SERVIÇOS LABORATORIAIS INADEQUADOS EM 88% DAS INSTALAÇÕES**
- 4 MAU SISTEMA DE COMUNICAÇÃO E TRANSPORTE ENTRE OS DIFERENTES NÍVEIS DE CUIDADOS**
- 5 MEDIDAS INADEQUADAS DE PREVENÇÃO E CUIDADOS; VIGILÂNCIA INADEQUADA DAS INFECÇÕES**
- 6 PESSOAL DESMOTIVADO**

Participantes de 28 países africanos tiveram formação na prevenção do abuso sexual das crianças. Como abordagem estratégica, foi enfatizada a importância de estreita colaboração entre as instituições de saúde, judiciárias, policiais e de bem-estar social, incluindo a participação comunitária.

176

No que respeita à *Atenção Integrada das Doenças da Criança (AIDI)*, e na sequência da adopção da resolução AFR/RC49/R4, onde se instava todos os Estados-Membros a acelerar a implementação da AIDI, 40 dos 46 países não a tinham adoptado, iniciando a integração desta estratégia nos seus sistemas nacionais de saúde. Actualmente, seis países encontram-se na fase de introdução, 22 países estão em fase inicial de implementação e 12 estão em fase de expansão. A AIDI foi também implementada em todos os distritos dos 11 países que totalizam 80% da mortalidade infantil em toda a Região. As investigações das instalações de saúde efectuadas na África do Sul, Tanzânia e Zâmbia demonstram como os cuidados das crianças com menos de 5 anos melhorou com a implementação da AIDI (Figura 8).

177

<sup>11</sup>Burundi, Etiópia, Mauritânia, Namíbia, Nigéria, Swazilândia e Uganda.



**FIGURA 8:** Melhoria das capacidades dos profissionais da saúde: qualidade dos cuidados na avaliação da gravidade da doença

Fonte: Pesquisa sobre as instalações de saúde com AIDI na Tanzânia comparação da existência e não - existência da AIDI África do Sul e Zâmbia 2001



178

Com o aumento da prevalência do HIV entre as crianças, foi efectuado um estudo de validação para inclusão do HIV/SIDA nos materiais necessários para o programa Atenção Integrada das Doenças da Infância. Os resultados foram divulgados e 10 países incluíram já o HIV/SIDA no Programa da Gestão Integrada das Doenças das Crianças. O Escritório Regional forneceu ainda orientações para 25 países sobre políticas de alimentação dos bebés relacionada com HIV e organizou formações sobre amamentação natural planeada e aconselhamento da alimentação de bebés com HIV. A sustentabilidade da implementação do AIDI foi também reforçada, através da introdução desta estratégia AIDI na formação, anterior ao início de carreira.

179

Participantes de 17 países contribuíram para o desenvolvimento da *Estratégia Regional sobre a Saúde e o Desenvolvimento do Adolescente*.

180

A Consulta regional sobre os serviços de saúde amigos dos adolescentes organizada em Harare, para melhorar a qualidade dos serviços de saúde para os adolescentes, culminou na Declaração Regional consensual sobre os serviços amigos dos adolescentes. Esta consulta envolveu investigadores e gestores de catorze países<sup>12</sup>. Foi dado apoio técnico ao Lesoto e Botswana para desenvolver os seus serviços de saúde amigos dos adolescentes. Isto incluiu a revisão dos projectos-piloto de centros e clínicas, formação dos profissionais de saúde e na realização de investigações. Estão a ser criadas estratégias para a formação de profissionais da saúde no Lesoto.

<sup>12</sup>Botswana, Camarões, Gana, Quênia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nigéria, África do Sul, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.



Em colaboração com a sede, conseguiu-se:

181

- a) O recrutamento de um consultor para o programa da saúde dos adolescentes, para facilitar a implementação da estratégia regional;
- b) A criação e utilização de módulos para a formação de formadores em serviços de saúde amigos dos adolescentes na Guiné, Mali e Senegal e para os profissionais da saúde no Botswana; e
- c) A organização de uma consulta regional, no contexto de Campanha Mundial contra o SIDA 2000/2001, em colaboração com a ONUSIDA, que identifique as investigações actuais e as abordagens dos programas para a saúde e desenvolvimento dos adolescentes dos jovens do sexo masculino. Foi elaborado um documento técnico para orientar os Estados-Membros.

Para garantir a melhoria da capacidade técnica e o total envolvimento dos jovens no planeamento, implementação, monitorização e avaliação dos programas de Saúde dos Adolescentes, 30 jovens dos Camarões, Lesoto, Quênia, Malawi, Moçambique e Zâmbia tiveram formação em operações de metodologia de investigação e nas capacidades de elaboração/desenvolvimento de propostas de projectos. Como resultado, foram desenvolvidas 6 propostas: HIV/SIDA entre os jovens do meio rural (Camarões); gravidez entre os adolescentes (Lesoto); factores que promovam um comportamento saudável entre os jovens (Moçambique); aborto em condições não seguras (Malawi); exploração sexual entre os jovens (Moçambique); e abuso de drogas e outras substâncias entre os jovens (Zâmbia). O Escritório Regional forneceu apoio para a obtenção e análise de dados.

182

Sete países<sup>13</sup> reviram as suas abordagens de promoção da saúde e desenvolvimento das capacidades da vida nos programas de saúde dos adolescentes. Consequentemente, foi desenvolvido um mapa regional sobre os programas de capacidades de vida. O CAH e o HRN estão a elaborar um guião para o desenvolvimento do curriculum de formação para profissionais de enfermagem e obstetrícia.

183

A fim de ajudar os Estados-Membros a implementarem a componente da saúde contemplada na *Convenção dos Direitos da Criança e da Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança*, foi efectuada uma sensibilização sobre a abordagem baseada nos direitos da criança aos programas de saúde, para o pessoal do Escritório Regional. Foi levada a cabo uma formação/sensibilização semelhante para o pessoal a nível do país na Gâmbia, usando a estratégia AIDI, como base para a análise da abordagem.

184

<sup>13</sup>Quênia, Lesoto, Moçambique, África do Sul, Swazilândia, Zâmbia e Zimbabwe.



*Saúde e Desenvolvimento da Mulher (WMH)*

185

Durante o biénio, a Área de Actividade Saúde e Desenvolvimento da Mulher iniciou o processo de obtenção de dados sobre a saúde e estatuto social da mulher. Foi desenvolvido um Instrumento de Planeamento e Avaliação sobre a Saúde e o Desenvolvimento da Mulher, usando os indicadores-chave para determinar o perfil da saúde e desenvolvimento da mulher. Este instrumento foi testado e revisto em 15 países<sup>14</sup>. Em Dezembro de 2001, uma consulta interpaíses recolheu relatórios dos países, que seriam depois consolidados num perfil sobre a Saúde e Desenvolvimento da Mulher. O Gana foi apoiado para desenvolver e implementar a sua política de Saúde da Mulher.

186

De forma a iniciar o processo da criação de um grupo de peritos Regionais sobre Género e Saúde, patrocinou-se duas pessoas do Mali e do Zimbabwe, para o curso de liderança sobre sexo e Saúde Reprodutiva. Foi estabelecida a ligação em rede com quatro ONG nacionais e internacionais: Projecto da Saúde da Mulher na África do Sul, Projecto de Massas no Zimbabwe, Associação para a Prevenção das Práticas Tradicionais Nefastas no Mali e a Associação Internacional de Médicas para a África. A orientação do género foi colocada nas agendas globais e regionais durante o biénio.

187

A violência contra as mulheres e crianças tornou-se um grave problema de saúde. Para compreender os problemas associados, foi fornecido apoio ao Lesoto, Moçambique e Tanzânia. O tráfico humano com especial incidência nas mulheres e crianças está a aumentar globalmente e em particular na Região. Estão a ter lugar discussões sobre o papel da OMS nesta área.

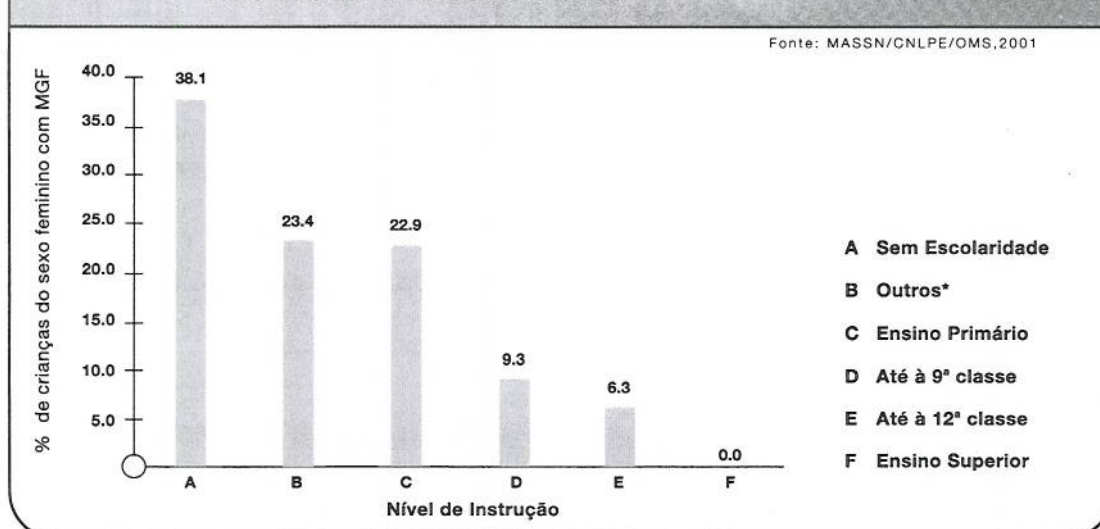
188

As *Mutilações Genitais Femininas (MGF)* permanece uma das práticas tradicionais mais perigosas que é largamente usada em 27 países da Região. Muitos países na Região tomaram medidas concretas para eliminação destas práticas. No Mali e no Burkina Faso, foram efectuados estudos sobre as determinantes sociais das Mutilações Genitais Femininas. Os resultados preliminares de um estudo no Burkina Faso demonstraram que entre 1861 mulheres em idade fértil, a incidência das mutilações genitais femininas na criança do sexo feminino diminuiu, à medida que aumenta a educação materna (Figura 9).

<sup>14</sup>Botswana, Cabo Verde, Etiópia, Gana, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nígeria, República Democrática do Congo, Seychelles, África do Sul, Tanzânia e Zimbabwe.



**FIGURA 9:** Consequências da educação da mãe nas MGF nas crianças do sexo feminino no Burkina Faso<sup>15</sup>



Em colaboração com a Sede, o Burkina Faso, Camarões, Quênia, Gana e Nigéria foram apoiados de forma a estabelecerem um grupo nacional multidisciplinar de elaboração de estratégia sobre a prevenção e cuidados das mutilações genitais femininas. O Projecto foi alargado a outros cinco países: Chade, Mali, Níger, República Democrática do Congo e Tanzânia, com os fundos da AFRO. Foi iniciada uma base de dados regional e que irá abranger 15 países<sup>16</sup>.

189

O Escritório Regional acolheu o Seminário de Disseminação Mundial sobre as matérias de formação em mutilações genitais femininas para profissionais da área da enfermagem e da obstetria. Sessenta e cinco participantes de 15 países africanos e 2 países do Leste do Mediterrâneo trocaram experiências com os peritos da OMS das Regiões Europeia e do Leste Mediterrâneo. As equipas de cada país desenvolveram planos de acção para a integração dos materiais de formação das mutilações genitais femininas nos currícula dos profissionais de enfermagem e das parteiras, e para a sua monitorização e avaliação.

190

O Escritório Regional participou no Fórum Visão 2010 no Mali. Oito Primeiras-Damas de países africanos apoiaram a "Declaração de Bamaco 2001 que advoga a redução da morbilidade e mortalidade materna e infantil na África Central e do Oeste". Foi fornecido apoio ao Zimbabwe para que alargue a experiência de diminuição de pobreza do distrito de Chivi ao distrito de Bubi e para que documente a experiência sobre a ligação entre o grau de instrução funcional das mulheres e uma economia viável, como ponto de entrada para o desenvolvimento da saúde.

191

<sup>15</sup>Estudo sobre a prevalência da excisão no Burkina Faso: Relatório Provisório. Ministry of Social Welfare and National Solidarity (Ministério da Segurança Social e da Solidariedade Nacional); National FGM control committee (Comité National de Controlo das MGF) e Organização Mundial de Saúde, Burkina Faso 2001.

(\*)Ensino do Corão e instrução funcional.

<sup>16</sup>Burkina Faso, Camarões, Chade, República Democrática do Congo, Etiópia, Eritreia, Gana, Guiné-Bissau, Quênia, Mali, Níger, Nigéria, Tanzânia, Senegal, Uganda.



## Ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável

192

Dentro das áreas de trabalho do ambiente saudável e do desenvolvimento sustentável, incluem-se: segurança dos alimentos, protecção do ambiente humano e saúde num desenvolvimento sustentado. A focalização reside na gestão da interface entre ambiente alimentação, desenvolvimento e saúde. Os objectivos são dois: reduzir os riscos para a saúde e promover ambientes saudáveis num contexto sustentável de desenvolvimento. Nesta perspectiva, a redução da pobreza é considerada como um valor que corta o caminho que influencia todas as actividades implementadas pelas três áreas de trabalho.

### *Segurança dos alimentos (FOS)*

193

Na Região Africana, a pobreza é a principal causa de consumo de alimentos não seguros. Outros factores como as fracas estruturas institucionais, pressões demográficas, liberalização do comércio e condições ambientais pobres, apenas agravam esta situação. A segurança dos alimentos é um tema de saúde pública na Região Africana. Apesar da falta de dados científicos exactos sobre as doenças causadas pelos alimentos, pode-se afirmar com segurança que a manterem-se as tendências actuais, a situação apenas se agravará.

194

Em resposta à crescente morbilidade e mortalidade atribuíveis a uma má segurança e higiene dos alimentos, e a fim de prestar melhor apoio aos Estados-Membros, o Escritório Regional reforçou recentemente o seu programa de segurança dos alimentos, aumentando os seus conhecimentos técnicos nesta área (através do recrutamento do pessoal técnico) e criando dois sub-programas: segurança e higiene dos alimentos; e alimentação, saúde e desenvolvimento.

195

Durante o último biénio, apenas algumas actividades foram apoiadas devido em grande parte ao facto de a Área de Actividade da Segurança dos Alimentos só ter ficado operacional em Julho de 2001. As fortes restrições dos recursos também limitaram o âmbito do apoio financeiro e técnico a ser prestado aos países. Apesar disto, o Escritório Regional forneceu o conhecimento técnico para avaliar o impacto dos aditivos nas bebidas<sup>17</sup>, e apoiou a formação dos vendedores-de-rua sobre as práticas<sup>18</sup> seguras de manuseamento dos alimentos. Para além disso, o Escritório Regional participou activamente nas reuniões regionais da *CODEX Alimentarius* da Região.

<sup>17</sup>O Mali recebeu assistência técnica para verificar o impacto dos aditivos nas bebidas sobre a saúde.

<sup>18</sup>Os vendedores-de-rua no Gana, receberam formação sobre as práticas seguras de manuseamento dos alimentos.



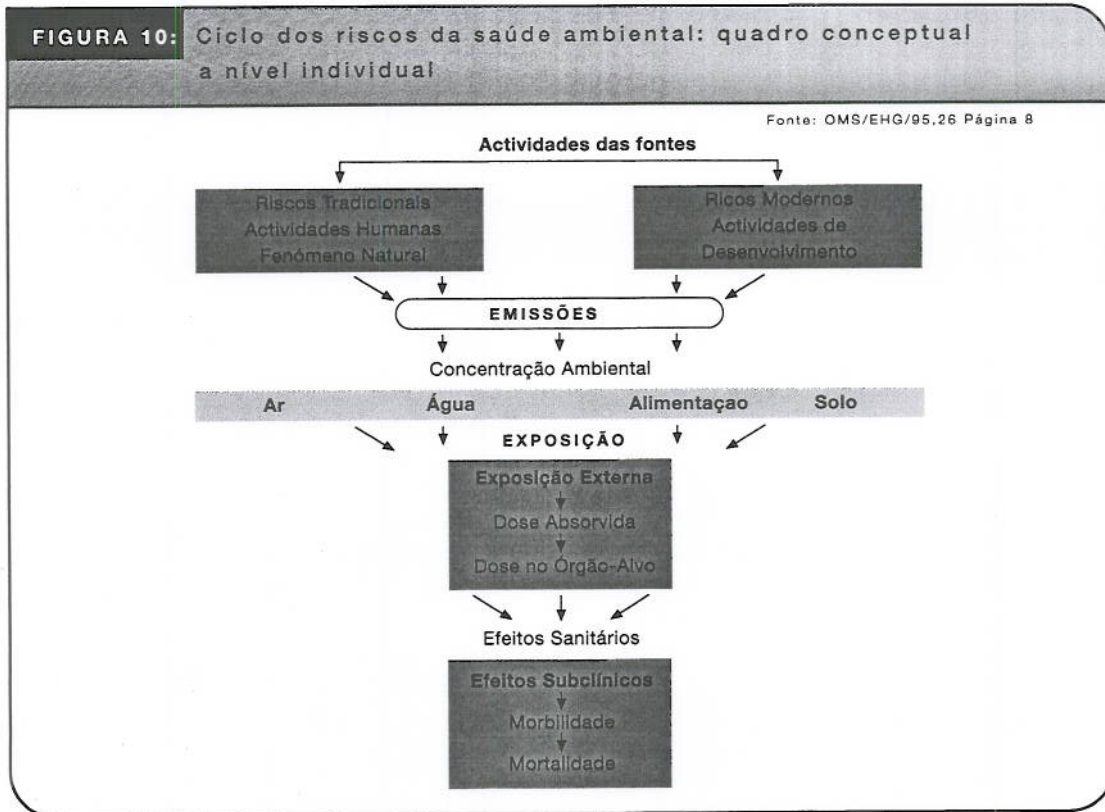
Mais será realizado no futuro próximo, de forma a aumentar a consciência pública sobre as preocupações da segurança e higiene dos alimentos. Mais ainda, como a segurança e higiene dos alimentos constituem uma prioridade para a OMS, serão mobilizados os recursos adicionais e os conhecimentos técnicos necessários. No entanto, os esforços de sensibilização terão de ser reforçados, de forma a garantir que os responsáveis pelas tomadas de decisão e as populações, estão totalmente informadas sobre os riscos para a saúde relacionados com os alimentos. Os países terão que melhorar consideravelmente as suas instituições e capacidades para controlarem este assunto, de forma a gerar uma resposta eficaz a este problema de saúde pública, o Escritório Regional deverá reforçar a sua capacidade técnica, de forma a dar uma resposta eficaz a este problema.

De forma a obter mais evidências para a tomada de decisão sobre as fontes e a magnitude das doenças de origem alimentar na Região Africana, será realizada durante o próximo biénio uma análise da situação regional da segurança alimentar e de higiene. O Escritório Regional também terá como objectivo o desenvolvimento de uma abordagem aos sistemas de vigilância de doenças de origem alimentar, como parte integrante dos sistemas nacionais de vigilância epidemiológica. Uma vez que a venda ambulante de géneros alimentícios está muito difundida na Região e que esses produtos são consumidos por milhões de pessoas nas cidades africanas, serão desenvolvidos materiais de formação com vista ao manuseamento seguro de alimentos por parte dos vendedores ambulantes. Finalmente, será constante a advocacia da segurança e higiene alimentar.

### ***Protecção do ambiente humano (PAH)***

Na Região Africana, as fracas condições ambientais continuam a ter efeitos adversos na saúde. No início do novo milénio, a triste realidade é que 450 milhões de africanos não têm acesso a água potável, 490 milhões não têm saneamento adequado e as doenças infecciosas ligadas às más condições ambientais matam uma em cada cinco crianças na Região. O paradigma médico dominante, que assenta extensivamente sobre os serviços curativos e os cuidados terciários em detrimento de actividades preventivas e de promoção ao nível dos cuidados de saúde primários, provou ser dispendioso, ineficaz e insustentável, especialmente para os países pobres.



**FIGURA 10:** Ciclo dos riscos da saúde ambiental: quadro conceptual a nível individual

199

A prevenção, com retorno a longo prazo, provou ser menos dispendiosa e mais eficaz do que os cuidados curativos. À luz da pobreza difusa que afecta os países africanos e da irredutível devastação provocadas pelas doenças susceptíveis de prevenção, será necessária, mais cedo ou mais tarde, uma mudança de paradigma.

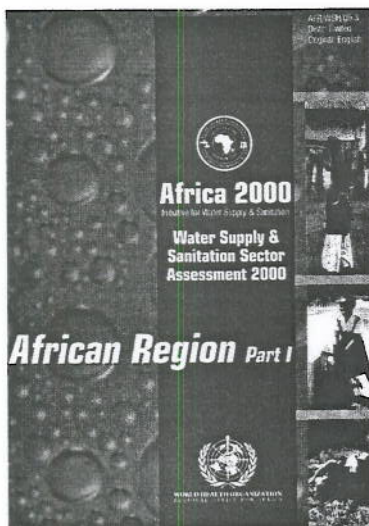
200

No início do último biénio, o programa Protecção do Ambiente Humano foi reestruturado com vista a concentrar o apoio da OMS no fornecimento de quadros especializados para influenciar as políticas. Nesta linha de raciocínio, foi proposta assistência técnica (para água e saneamento, formulação de políticas, avaliação de riscos, etc.) a todos os países da Região.

201

No âmbito da iniciativa África 2000, foi publicado um relatório de avaliação abrangente sobre o sector da água e saneamento na Região Africana, contendo informações sobre a rede de água e saneamento, as tendências, as questões emergentes e os perfis nacionais.

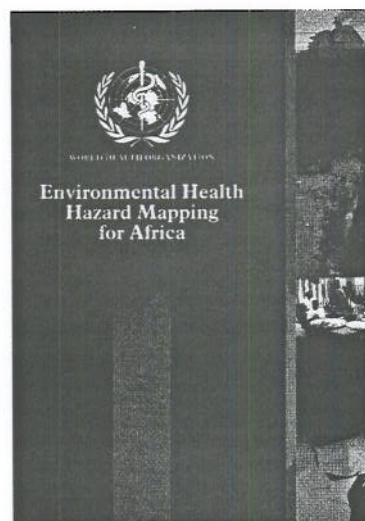




Os Estados-Membros receberam assistência técnica e financeira para implementar a abordagem dos meios saudáveis (cidades, vilas, escolas, etc.) que encerra uma filosofia preventiva. Mais especificamente, os países receberam assistência técnica e financeira para preparar a documentação do projecto e a OMS facilitou o diálogo entre os países e os respectivos parceiros de desenvolvimento para a mobilização de recursos com vista à implementação da abordagem das áreas saudáveis<sup>19</sup>. O Escritório Regional patrocinou, em conjunto com a sede da OMS, o Programa Internacional sobre os Produtos Químicos e outros parceiros, uma conferência internacional sobre segurança química em África, com o objectivo de preparar o sector da saúde para o desafios do Século

XXI. Foram também dedicados recursos consideráveis aos apoios e ao desenvolvimento de capacidades, e foram apoiados micro-projectos para o ambiente e saúde<sup>20</sup>

Relativamente à orientação das políticas, o Escritório Regional publicou um documento de referência sobre a Cartografia dos Riscos para a Saúde Ambiental, que irá ajudar os países a desenvolverem as capacidades de antecipação e a melhor gerirem os riscos para a saúde causados pelo ambiente. Também foram preparadas, directrizes sobre a avaliação do impacto da saúde ambiental que serão publicadas em 2002. Na área da medicina do trabalho, foi formalizado o esforço conjunto da OMS-OIT nas doenças profissionais, e foram apoiados projectos-piloto para a promoção da saúde no trabalho no sector informal<sup>21</sup>.



Durante o próximo biénio, o Escritório Regional facilitará a incorporação das áreas ambientais e de saúde eficazes nas políticas regionais que influenciam a saúde e o ambiente, nas políticas nacionais de desenvolvimento e nos planos de acção para o ambiente e a saúde, incluindo quadros jurídicos e reguladores que regem a gestão do ambiente humano. Para isso, a organização irá continuar a desempenhar um papel activo na preparação da próxima Cimeira Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável, e a desenvolver e apresentar uma estratégia

<sup>19</sup>Em Novembro de 2000, em Lomé (Togo), foi organizado um seminário de mobilização de recursos para o Projecto Cidade Saudável nos Países de língua francesa. Esta foi uma acção de seguimento dos seminários organizados em Libreville e Conakry.

<sup>20</sup>Refere-se apenas às principais intervenções a nível da água e saneamento e ao PHAST (Participatory Hygiene and Sanitation Transformation). Abordagem que foi apoiada em mais de 20 países na Região.

<sup>21</sup>As cidades que receberam apoio, foram: Cidade do Cabo, Dar es Salaam, Harare, Joanesburgo e Yaoundé.





regional sobre o ambiente e a saúde para a 52ª sessão do Comité Regional Africano. Será fortalecida a parceria da OMS com outros parceiros de desenvolvimento; especialmente PNUA, OIT, PIC, UNICEF e Banco Mundial. Os países serão apoiados no desenvolvimento e revisão das políticas e planos nacionais de ambiente e saúde, serão reforçadas as capacidades nacionais, serão documentadas e divulgadas as recomendações e será instituído um sistema de informações regionais para a tomada de decisões na área do ambiente e da saúde.

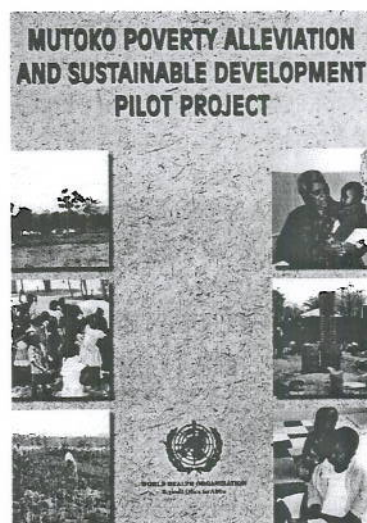
### *A saúde num ambiente sustentável (HSD)*

205

A cada vez maior consciencialização da função da saúde no desenvolvimento levou o Escritório Regional a dedicar mais atenção às questões do desenvolvimento sustentável e da saúde. A extensão, profundidade e irredutibilidade do crescimento da pobreza na Região Africana representa o maior obstáculo ao desenvolvimento da saúde nos Estados-Membros. A área de actividade saúde num ambiente sustentável consiste em dois programas, Pobreza e estados precários de saúde e desenvolvimento da saúde a longo prazo. O programa contra a pobreza e os estados precários de saúde pretende analisar as ligações entre a pobreza e os estados precários de saúde e assegurar que as considerações de saúde, quando abordadas pelos esforços de desenvolvimento nacionais e regionais, não deixam de lado as preocupações dos pobres. O programa de desenvolvimento da saúde a longo prazo está relacionado com a promoção de uma abordagem estratégica a longo prazo para o desenvolvimento da saúde.

206

Ao longo do biénio 2000-2001, o Escritório Regional publicou uma posição escrita relativa à pobreza e à saúde, organizou com êxito uma consulta regional sobre pobreza e saúde, apoiou a diminuição da pobreza através de projectos de saúde em oito países<sup>22</sup>, e sensibilizou órgãos decisórios para a pobreza e a saúde através da organização de uma mesa-redonda sobre este tema durante a 51ª sessão do Comité Regional. Além disso, foram publicadas directrizes para cenários baseados no desenvolvimento da saúde e realizou-se um grupo de trabalho de sensibilização e formação sobre planeamento a longo prazo para cinco países de língua inglesa (Eritreia, Libéria, Malawi, Uganda e Zimbabwe). Em parceria com o Banco Mundial e a UNICEF, o Escritório Regional patrocinou dois grupos de trabalho de desenvolvimento de capacidades (países de língua inglesa e francesa) sobre o papel da saúde, da nutrição e da população no contexto dos documentos da estratégia de redução da pobreza.



<sup>22</sup>Camarões, Cabo Verde, Gana, Mali, Mauritânia, Nigéria, São Tomé e Príncipe e Zimbabwe.



Durante o próximo biénio, os esforços serão conduzidos para o desenvolvimento e apresentação de uma estratégia regional sobre a pobreza e a saúde na 52ª sessão do Comité Regional Africano. Também será apoiada a melhoria da saúde com base na comunidade através de actividades de diminuição da pobreza, e serão desenvolvidos indicadores para a monitorização da contribuição das actividades de saúde para a mitigação da pobreza. Será também desenvolvida investigação sobre a saúde dos nativos e dos grupos marginalizados em África com o objectivo de identificar as intervenções de saúde adequadas. Relativamente ao desenvolvimento de capacidades técnicas e à formação serão organizados grupos de trabalho sobre a função da saúde na redução da pobreza, no contexto dos DERP/PPAE e fora dele, assim como sobre planeamento de saúde a longo prazo. Os países também receberão assistência técnica para incorporarem uma abordagem de longo prazo nos respectivos planos nacionais para o desenvolvimento da saúde. Finalmente, o Escritório Regional terá como objectivo o fortalecimento das parcerias com outras entidades de desenvolvimento, nomeadamente Banco Mundial, UNICEF, PNUD, assim como as organizações não-governamentais.

## ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

### *Disseminação e gestão da informação na saúde (IMD)*

O principal objectivo desta área de trabalho é a melhoria da qualidade e a apresentação de produtos de informação válidos do ponto de vista técnico e científico e a sua disponibilização aos Estados-Membros, funcionários do Escritório Regional, profissionais de saúde, investigadores e parceiros de desenvolvimento. As actividades a este respeito incluíam o aumento dos funcionários na unidade de Publicações, Distribuição e Vendas (PDS); a publicação de produtos de informação técnica e científica para o Escritório Regional; a prestação de serviços linguísticos para as reuniões estatutárias ou outras, com o objectivo de facilitar a comunicação; a resposta aos pedidos dos Estados-Membros de centros de literatura da saúde; e alargamento da implementação do conceito Biblioteca Azul.

208

Em termos de objectivos conseguidos ao nível do Escritório Regional, foi fornecido apoio ao trabalho linguístico e de publicações. Este apoio incluiu a publicação do volume IV do *Regional Handbook of Resolutions*, os relatórios do Director Regional e cerca de 60 publicações e documentos técnicos.

209

O Escritório Regional continuou a conduzir as investigações bibliográficas para os países, a organizar e instaurar os centros de literatura da saúde na Região, a publicar o Index Medicus, e a ajudar os países a constituir mais Bibliotecas Azuis e a formar os funcionários responsáveis por elas. Foram impressos mais dezoito títulos e adicionados às obras já existentes nas Bibliotecas Azuis nos países de língua oficial portuguesa.

210



211

Durante o próximo biénio, o objectivo será o fornecimento de acesso a informações de saúde e biomédicas fiáveis, válidas e actualizadas para a tomada de decisões e aplicação prática pelos Estados-Membros, assim como pelos parceiros de desenvolvimento. Mais especificamente:

- a) será dado maior ênfase à gestão melhorada e aos mecanismos de disseminação;
- b) continuarão a ser produzidos e disponibilizados aos Estados-Membros os documentos estatutários prioritários;
- c) continuarão a ser identificadas e abordadas as necessidades dos potenciais destinatários;
- d) com o intuito de melhorar o acesso à literatura sobre a saúde, serão cada vez mais utilizados os apoios electrónicos, nomeadamente a Internet e as Intranets;
- e) continuará o trabalho relativo ao *Index Medicus* e à expansão do conceito Biblioteca Azul nos Estados-Membros.

#### *Desenvolvimento dos recursos humanos (HRS)*

212

Durante o biénio, os problemas fundamentais para os serviços de Recursos Humanos foram: melhoria do período da resposta aos pedidos de recursos humanos; implementação de práticas e procedimentos eficazes, eficientes e proactivos de gestão de recursos humanos; melhoria da produtividade dos funcionários; e estabelecimento de canais de comunicação eficazes com os funcionários da Região, da sede e de outras regiões da OMS.

213

No quadro da política regional, de gestão de Recursos Humanos o Escritório Regional concentrou os esforços nas seguintes áreas: total informatização e automatização das actividades dos serviços de recursos humanos; desburocratização das práticas e dos procedimentos dos funcionários; implementação de um programa de visitas de apoio às representações dos países; recrutamento de mais funcionários de modo a colmatar o aumento do volume de trabalho e a prestar melhor apoio às necessidades existentes dos serviços de pessoal; redefinição de tarefas e responsabilidades, com aumento de especialização e melhoria da coordenação das actividades; e maior interacção com as divisões técnicas e os gabinetes da OMS nos países.

214

Foi dada especial atenção à formação e ao desenvolvimento dos funcionários. Foi recrutado um Responsável pela Formação e Desenvolvimento dos Recursos Humanos e foram organizados vários seminários, incluindo os referentes ao novo sistema de desenvolvimento e gestão do desempenho.



Foram também implementadas várias actividades destinadas a melhorar os serviços de recursos humanos prestados aos funcionários da Região Africana. Foi organizada uma saída de todo o pessoal dos serviços de recursos para rever a estrutura organizacional da unidade dos serviços de recursos humanos, identificar estrangulamentos, e elaborar recomendações que os corrijam. Durante esta saída, foi adoptado um novo organigrama, a partir do qual a unidade de recursos humanos foi reorganizada nas seguintes seis sub-unidades especializadas:

- a) Administração de Contratos e Assuntos Jurídicos (CAS/LEG).
- b) Pessoal Contratado a Prazo (STS).
- c) Recrutamento (REC).
- d) Classificação (CLA).
- e) Formação e Desenvolvimento dos Funcionários.
- f) Serviços Médicos (AON)

Foi também estabelecida uma sub-unidade de recursos humanos em Brazzaville em Outubro de 2001 para prestar serviços ao pessoal a trabalhar ali até ao regresso da unidade principal em Março de 2002.

216

Durante o próximo biénio os esforços continuarão a ser concentrados nas questões acima mencionadas. Será dado especial ênfase ao desenvolvimento de um pacote de indicações para o novo pessoal e à formulação de directrizes sobre o estabelecimento de postos e recrutamento de pessoal com contrato a curto termo e a prazo, para prestar assistência às unidades e divisões técnicas e às Representações da OMS nos países. Parte-se do princípio de que essas funções serão totalmente informatizadas e automatizadas. Será também desenvolvida uma política de rotação regional, e serão organizados grupos de trabalho sobre as capacidades de negociação assim como grupos de trabalho para os responsáveis e assistentes administrativos das Representações nos países. Será conduzida uma avaliação das necessidades na área da formação e desenvolvimento do pessoal e será desenvolvida uma estratégia de formação e desenvolvimento de pessoal para toda a Região. Será instaurada em Harare uma sub-unidade de serviços de recursos humanos para o pessoal que ficar no Zimbabwe depois de Março de 2002.

217



**SOBRE A OMS**

Missão  
Visão  
Estrutura global  
Sistema comum da Nações Unidas

**A OMS NA REGIÃO AFRICANA**

Estrutura Regional

**ACORDOS CONTRATUAIS**

Contrato fixo  
Contrato a curto-termo  
Contrato de curta duração  
Outros acordos contratuais

**DIREITOS DO PESSOAL**

Compensação (posto e remuneração)  
Subsídios (Direito de educação, subsídio de arrendamento)  
Viagens  
Segurança social  
Fundo de pensões  
Seguro de doença e de acidentes

**PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS**

Recrutamento e reforma  
Outros procedimentos administrativos  
Outros acordos contratuais

**DEVERES, OBRIGAÇÕES E PRIVILÉGIOS****DESENVOLVIMENTO DO PESSOAL*****Gestão financeira (FNS)***

218

Os principais objectivos na Área do Orçamento e Finanças eram: prestação de apoio eficaz e atempado na implementação de actividades do programa; prestação de apoio às divisões técnicas no Escritório Regional e nas Representações da OMS dos países na área das finanças, orçamento e contas; e colaboração com as divisões técnicas na preparação do Orçamento-Programa para o biénio 2002-2003.

219

São a seguir apresentados alguns objectivos alcançados durante o biénio 2000-2001: instalação de um sistema de pagamento automatizado e utilização de Banca Electrónica para acelerar as entregas financeiras aos Países Membros e ao pessoal da OMS; gestão eficaz dos fundos dos países; instauração e seguimento de reembolsos financeiros junto das companhias seguradoras, financeiras e autoridades competentes pelos prejuízos incorridos devido à guerra civil de 1997 na República do Congo; fortalecimento dos controlos internos para salvaguarda dos activos da Organização; preparação atempada do Orçamento-Programa de 2002-2003; monitorização e assistência à implementação das actividades do programa de forma a garantir uma implementação total; manutenção das contas e relatórios financeiros perante os doadores ao abrigo do Fundo Fiduciário com o Escritório Regional; e prestação de serviços financeiros e orçamentais para as divisões técnicas e às Representações nos países, especialmente na área da poliomielite e paludismo e para outros programas de grande dimensão que recebam fundos de Outras Fontes.



Durante o biénio 2002–2003, será ainda reforçado o apoio financeiro e orçamental às divisões técnicas e às Representações da OMS nos países na implementação e avaliação das actividades contidas nos planos de acção, incluindo a monitorização e contabilização dos custos locais.

220

O Escritório Regional irá continuar a prestar total apoio financeiro através da reposição atempada dos fundos, do pagamento de reembolsos e obrigações de fundos por delegação de autoridade às Representações nos países e unidades técnicas. O Escritório Regional também planeia participar activamente na integração do AMS com o sistema AFI nas Representações da OMS nos países de forma a melhorar os respectivos sistemas de informação.

221

Por último, foi discutida durante o retiro do pessoal da Unidade de Gestão Financeira e Orçamental e outras em Novembro de 2001 uma nova estrutura organizacional da Unidade de Orçamento e Finanças, tendo como objectivo a prestação dos melhores serviços financeiros e que será implementada durante o início de 2002.

222

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

Os serviços de infra-estruturas e informática abrangem as seguintes cinco unidades:

223

- a) Serviços administrativos (ASO);
- b) Impressão (DUP);
- c) Informática (PHI);
- d) Serviços de fornecimento (SSU);
- e) Divisão de Administração e Finanças (DAF).

Durante o biénio, o desafio era melhorar ainda mais a eficiência e a eficácia do Escritório Regional e das Representações da OMS nos países, e reforçar os sistemas de comunicação para a implementação de programas regionais. As prioridades essenciais eram: o fortalecimento dos serviços de informática; a resolução do problema do espaço na localização temporária do Escritório Regional em Harare; o acompanhamento das renovações no Escritório Regional em Brazzaville; e a melhoria da prestação de serviços de apoio normativos.

224

As atenções concentraram-se na redução do problema do espaço em Harare e na garantia de que o Escritório Regional em Brazzaville seria recuperado de acordo com as normas da OMS. As negociações com as companhias aéreas em Harare resultaram em vários contratos rentáveis para a OMS.

225



226

Foi fornecido apoio das Tecnologias da Informação (TI) às Representações da OMS nos países e ao Escritório Regional, que incluiu apoio e manutenção das infra-estruturas da rede local (LAN) e do Sistema de Administração e Informação Financeira (AFI).

227

Foram também empreendidas as seguintes actividades: concepção e manutenção do *Website* AFRO; distribuição do *software* Imprest às Representações da OMS nos países; e início dos trabalhos, em colaboração com a sede, na implementação dos sistemas para a Internet e Global Voice IP nas Representações nos países. Além disso, em antecipação do regresso do Escritório Regional, foram instalados sistemas e redes de comunicação em Brazzaville.

228

Foram entregues cerca de 98% dos consumíveis e equipamentos encomendados para os países e programas. Foi melhorada a gestão dos inventários no Escritório Regional e nas Representações da OMS nos países, e foi iniciado o desenvolvimento de um sistema de aquisições informatizado. Estes objectivos bem sucedidos foram facilitados por um sistema de monitorização intrínseca e pela recente aquisição de *software* de controlo de activos para a gestão do inventário.

229

O objectivo colectivo da OMS durante o biénio 2002-2003 será de aplicar as boas práticas em todos os aspectos da gestão geral a todos os níveis da organização. O desafio será de prestar apoio tecnológico e logístico atempado, relevante e rentável ao Escritório Regional. Em informática, esse apoio incluirá: a garantia da plena funcionalidade da rede e do sistema de telecomunicações no Escritório Regional em Brazzaville; procedendo-se à implementação de bases de dados nas diferentes divisões; a segurança da rede AFRO; a instalação de uma intranet AFRO; e a conclusão da migração para PABX padrão no Escritório Regional e em Harare.

230

Para os Serviços de Fornecimento, o objectivo geral será obter e entregar os consumíveis e os equipamentos aos melhores preços. Para os serviços Administrativos, continuarão os esforços de maximização das rentabilidades nas despesas de deslocação e custos de manutenção e de exploração. O regresso faseado a Brazzaville do Escritório Regional, começou em Outubro de 2001, e irá continuar.



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

### Factores Facilitadores

O empenho dos governos na saúde, nomeadamente em áreas de confluência entre as prioridades globais e as nacionais, facilitou a implementação dos programas nos países. As iniciativas globais tais como a de "Fazer Recuar o Paludismo" (FRP), os dias nacionais de vacinação (NID), o Tratamento por Observação Directa, de curta duração (DOTS) e as Alianças Globais para Iniciativas de Vacinação (GAVI) foram instrumentos fundamentais a este respeito. Ajudaram a fortalecer as parcerias entre a OMS e os parceiros de desenvolvimento, facilitaram a mobilização de recursos e contribuíram consideravelmente para a visibilidade da OMS. A vontade política dos governos de implementar estratégias regionais, decorrendo em parte do aumento do nível de consciencialização dos ministros da saúde e dos líderes nacionais acerca das prioridades e dos desafios regionais, também contribuiu para o cumprimento dos objectivos do Escritório Regional.

231

A cooperação técnica com os países foi ainda mais realçada pela adopção de uma Política de Saúde para Todos no Século XXI na Região Africana, pelo desenvolvimento de um quadro estratégico para orientar o trabalho da OMS na Região Africana, e pela implementação de um programa de desenvolvimento da estratégia de cooperação dos países. O trabalho da OMS também foi realçado em situações em que os Estados-Membros tinham uma inequívoca estrutura de políticas para orientar o trabalho dos intervenientes fundamentais no sector da saúde, e em que existiam mecanismos funcionais de coordenação das várias entidades e equipas bem formadas e altamente motivadas a nível nacional e regional do sistema de saúde.

232

A implementação de programas na Região também foi facilitada pela implementação de um processo administrativo participativo, envolvendo uma interacção mais estreita entre as divisões no Escritório Regional da OMS, as Representações da OMS nos países e os Estados-Membros. A descentralização da gestão financeira para as Representações da OMS nos países criou flexibilidade na gestão dos programas e melhorou a capacidade de resposta das equipas às necessidades dos países. Com a adopção da gestão com base nos resultados, a administração aumentou e enfatizou a necessidade tanto das divisões como das Representações da OMS nos países demonstrarem os resultados, assegurando a responsabilização pelos recursos.

233





234

A complementar o acima exposto estiveram os aumentos significativos nos recursos financeiros e humanos para a implementação do Orçamento-Programa no Escritório Regional e nos Escritórios dos países. O aumento dos recursos financeiros apesar do crescimento nulo do orçamento ordinário pode ser atribuído ao aumento de financiamento de Outras Fontes advindo, entre outros, do interesse sustentado dos parceiros no trabalho do Escritório Regional, do aumento do destaque para a responsabilização dos recursos na Região, do maior ênfase sobre o estabelecimento de parcerias estratégicas com doadores fundamentais, e da boa colaboração com os parceiros de desenvolvimento.

235

No que respeita à capacidade de recursos humanos do pessoal técnico e administrativo do Escritório Regional aumentou em quantidade e qualidade. Foram estabelecidos grupos de consultores para fornecer apoio técnico nos vários programas. Tudo isto fez melhorar a qualidade e a relevância do apoio técnico aos países. O impacto do Escritório Regional nos países também foi melhor quanto as equipas eram mais fortes e estavam mais motivadas.

### Factores de Constrangimento

236

O ritmo da implementação de algumas actividades planeadas tais como a Vigilância Integrada das Doenças, Fazer Recuar o Paludismo, Tornar a Gravidez mais Segura com base em resultados foi no entanto mais lento do que o esperado. Esta situação deveu-se principalmente a uma complexidade subestimada dos processos de implementação, à necessidade de consultas mais vastas aos intervenientes e à limitação dos recursos humanos e financeiros para essas novas actividades no âmbito dos Estados-Membros e da OMS.

237

A implementação do Orçamento-Programa também foi restringida pelo exódo de pessoal altamente qualificado dos ministérios da saúde, o que resultou na sobrecarga do pessoal existente, e na baixa produtividade do sector da saúde em geral.

238

O ambiente de trabalho em alguns Estados-Membros também apresentou desafios. Os desafios que ocorreram em países com emergências complexas obrigaram que o Escritório Regional reprogramasse várias actividades planeadas e recursos, de forma a fornecer o apoio relevante a esses países. A instabilidade política e a insegurança em alguns países também limitou o acesso a esses países, e assim, ao âmbito das actividades do Escritório Regional. O fraco ambiente macro-económico em alguns países resultou em recursos inadequados para o sector da saúde, assim como na falta de divisas estrangeiras para a aquisição internacional de medicamentos, logística essencial e combustível. Noutros, a falta de uma estrutura de políticas inequívoca para orientar o apoio dos doadores e a implementação dos programas resultou geralmente na implementação de actividades não planeadas; falta de domínio dos programas; fraca coordenação dos esforços e fragmentação do apoio.



---

## Política de Saúde para Todos no Século XXI na Região Africana: Agenda 2020

242. Através da Resolução AFR/RC50/R1 o Comité Regional aprovou a Política de Saúde para Todos no Século XXI na Região Africana: Agenda 2020. Esta resolução solicita ao Director Regional que mobilize os Estados-Membros e a comunidade internacional no sentido de actualizarem as suas políticas nacionais de saúde, inspirando-se nas políticas mundiais e regionais e contribuindo desse modo para a mobilização e a utilização racional de recursos destinados à implementação destas políticas. A resolução solicita também: apoio técnico aos Estados-Membros, para que estes possam continuar a rever as políticas e estratégias nacionais de saúde sempre que necessário; um mecanismo para monitorizar e avaliar os progressos na implementação da política Regional de Saúde para Todos: Agenda 2020; e a continuação de uma forte advocacia a favor do perdão das dívidas e a aplicação das poupanças no desenvolvimento sanitário. De acordo com a resolução, na Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional deverá ser apresentado um relatório dos progressos de implementação da Política de Saúde para Todos e posteriormente, de três em três anos.
243. A Declaração do Milénio, aprovada nas Nações Unidas pelos Chefes de Estado conduziu à elaboração das Metas para o Desenvolvimento do Milénio (MDG), algumas das quais dizem respeito à saúde: reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; controlar o HIV/SIDA, a tuberculose, o paludismo e outras doenças infecto-contagiosas; e reduzir a pobreza. As metas e objectivos do desenvolvimento do milénio, estão a ser integrados nas políticas nacionais de saúde e respectivos planos estratégicos.
244. Os Chefes de Estado africanos aprovaram a Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD) que tem, desde então, recebido auxílio de muitos quadrantes, incluindo os G8.<sup>68</sup> O Escritório Regional contribuiu para o desenvolvimento da componente sanitária do NEPAD, a qual centra a sua atenção no reforço dos sistemas de saúde e na redução do fardo das doenças. A Comissão de Macroeconomia e Saúde publicou o seu relatório, onde fica claramente evidenciada a articulação entre a saúde e o desenvolvimento. As discussões sobre esta questão processaram-se com a Sede e a implementação das recomendações na Região, foi já iniciada.
245. Os países receberam apoio para desenvolvimento de propostas para angariação de financiamento por parte do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, tendo já alguns países da Região recebido financiamento.
246. Efectuou-se uma análise de estudos de casos, por forma a recolher experiências para a reforma do sector da saúde e para a implementação de Abordagens de Base Sectorial (SWAP), tendo-se realizado uma reunião para partilha de experiências e proposta de acções futuras.

---

<sup>68</sup> Canadá, Itália, França, Alemanha, Japão, Rússia, Reino Unido, Estados Unidos da América.



- 
247. A nível local, estão em curso esforços para tornar operacionais os sistemas distritais de saúde, os quais receberam o apoio de alguns parceiros, nomeadamente da Agência Norueguesa para o Desenvolvimento Internacional (NORAD). Para promover, reanimar e dar relevo a esses esforços de reforma, elaborou-se um quadro destinado à promoção do papel de liderança dos governos.
248. Foi elaborada uma estratégia africana sobre pobreza e saúde, que advoga a consolidação das parcerias mundiais para a saúde, incluindo as parcerias com agências bilaterais e multilaterais envolvidas na preparação dos Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza.
249. Realizou-se uma reunião conjunta OMS/Banco Mundial, para definir o quadro das contribuições que as profissões ligadas à saúde podem dar para a reforma do sector sanitário. Está a ser prestado auxílio técnico, tendo 34 países recebido apoio para reverem as suas políticas e planos nacionais de saúde ou reorganizar os seus sistemas nacionais de saúde, em colaboração com outros parceiros, nomeadamente o Banco Africano de Desenvolvimento e o Banco Mundial.
250. Foram criados e estão actualmente a ser utilizados instrumentos de monitorização e de avaliação para a reforma do sector da saúde. Elaborou-se o Quadro Regional para o Sistema de Gestão da Informação, que forneceu dados sobre os indicadores da saúde na Região, durante a Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional, em Harare. Graças à vigilância integrada das doenças, a notificação sobre os estados de saúde, melhorou substancialmente, em especial no que respeita às doenças transmissíveis. Dezoito países da Região realizaram inquéritos mundiais de saúde, destinados a recolher dados para avaliar o desempenho do sistema sanitário e para monitorizar e avaliar as metas de desenvolvimento do milénio (MDG).
251. Em 10 países, foram implementadas as Contas Nacionais da Saúde (NHA), que são usadas para monitorizar a adequação dos recursos financeiros, de acordo com as Metas de Desenvolvimento do Milénio, e a atribuição de verbas às intervenções prioritárias, conforme o estipulado no relatório da Comissão de Macroeconomia e a Saúde. Essa implementação prossegue em seis outros países da Região.
252. Foi dado apoio aos países para actualizarem as suas políticas nacionais de saúde e respectivos planos estratégicos, de modo a terem em conta os Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza (PRSP), a nível nacional. Alguns países também receberam apoio para elaborarem os seus Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza.
253. A implementação da resolução terá de ser efectuada de forma constante e melhorada. Para este efeito, é necessário aumentar o empenho político mundial ao mais alto nível, o financiamento do sector sanitário e o reforço das parcerias entre os países, a OMS e outras agências empenhadas no desenvolvimento do sistema de saúde. Para apoiar o



---

desenvolvimento sanitário na Região têm que ser mobilizados mais recursos. É preciso dar uma atenção especial à resolução do problema da inadequação e da fraca motivação dos recursos humanos. É preciso integrar iniciativas internacionais de saúde nos programas e estratégias nacionais e adoptar políticas adequadas que estejam em sintonia com as políticas mundiais e as Metas de Desenvolvimento do Milénio, de forma a otimizar e garantir recursos para a saúde. Embora a Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano forneça um excelente enquadramento político para implementar a Política de Saúde para Todos no Século XXI, em conformidade com o programa de desenvolvimento da União Africana. Torna-se ainda necessário reforçar a mobilização interna de recursos.

### **Doenças não-transmissíveis: Estratégia para a Região Africana**

254. A Resolução AFR/RC50/R4 sobre doenças não-transmissíveis, foi aprovada pela Quinquagésima sessão do Comité Regional, realizada em Setembro de 2000, em Ouagadougou, Burkina Faso. Nesta resolução, o Comité Regional exorta o Director Regional a prestar auxílio técnico aos Estados-Membros na elaboração das suas políticas e programas nacionais de prevenção e luta contra as doenças não-transmissíveis (NCD). Solicita também ao Director Regional que aumente o apoio aos países para a formação de profissionais de saúde na área da prevenção e luta contra as doenças não-transmissíveis, incluindo a monitorização e avaliação de programas a diferentes níveis e a promoção para a utilização de instituições regionais de formação, que facilitem a mobilização de recursos adicionais para implementar a estratégia regional, que elaborem planos funcionais para a década 2001–2010 e que apresentem um relatório de progressos da implementação à Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional, em 2003.
255. Fez-se uma análise situacional das doenças não-transmissíveis em quatro países, nomeadamente Botswana, Burkina Faso, República Democrática do Congo e Zimbabwe. Efectuou-se uma consulta regional para rever as orientações sobre hipertensão, elaboradas conjuntamente pela OMS, Sociedade Internacional de Hipertensão, e o pacote mundial da OMS para a luta contra as doenças cardiovasculares. O seu objectivo foi estudar a possibilidade da sua aplicação à Região Africana. Deu-se formação, a 26 participantes de 12 países, em metodologia da implementação dos programas nacionais de luta contra a diabetes, no quadro dos programas de prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis. Organizou-se uma acção de formação sobre a cobertura dos cuidados de saúde para a diabetes em África, que teve lugar em Zanzibar, na Tanzânia, para 22 participantes de 12 países anglófonos e lusófonos,<sup>69</sup> a qual foi actualizada com conhecimentos e competências na área da avaliação da cobertura e da qualidade dos cuidados para a diabetes, a nível dos países. Foi efectuada ainda uma segunda acção de formação para países francófonos.
256. Na prevenção e luta contra as doenças não-transmissíveis, foram criados três centros de formação sobre controlo do cancro do colo útero: o primeiro em Conakry (Guiné), para

---

<sup>69</sup> Angola, Botswana, Gâmbia, Gana, Quênia, Moçambique, Nigéria, África do Sul, Tanzânia, Uganda, Zâmbia, Zimbabwe.



---

países francófonos, o segundo em Luanda (Angola), para países lusófonos, e um terceiro em Dar-es-Salaam (Tanzânia), para países anglófonos. Até hoje, formaram-se nestes centros participantes de 24 países. Em 12 países, criou-se um programa de controlo de cancro do colo do útero. Estas actividades foram organizadas conjuntamente com a Agência Internacional para a Investigação do Cancro (IARC).

257. Na área de investigação, foi dada prioridade à realização de inquéritos sobre factores de risco, tendo em consideração a escassez de dados sobre as doenças não-transmissíveis e a inexistência de sistemas de vigilância. Nove países foram técnica e financeiramente apoiados nesta área.
258. Relativamente à vigilância das doenças não-transmissíveis e dos seus factores de risco, 23 participantes de nove países receberam formação sobre a abordagem passo-a-passo (STEPS) da OMS à vigilância das doenças não-transmissíveis. A STEPS foi usada como um instrumento para recolha de dados nos inquéritos realizados, em nove países<sup>70</sup>, com o apoio da Sede e do Escritório Regional Africano. O Programa das Doenças Crónicas (CDP) foi reforçado com o recrutamento de um profissional para lidar sobretudo com a vigilância e a criação de uma base de dados sobre doenças não-transmissíveis. Graças a uma forte advocacia, cerca de dois terços dos Estados-Membros possuem, actualmente, unidades de doenças não-transmissíveis nos ministérios da saúde.
259. Esta estratégia constitui uma resposta à crescente ameaça que são hoje as doenças não-transmissíveis na Região. Ela destina-se a aperfeiçoar a capacidade dos Estados-Membros para melhorar a qualidade de vida, aliviando o fardo das doenças não-transmissíveis e promovendo estilos de vida saudáveis, no seio das populações da Região Africana.
260. Na sequência de uma ampla divulgação da estratégia e da resolução junto dos Estados-Membros e instituições relevantes, o Escritório Regional, em colaboração com a Sede da OMS, levou a cabo em Abril de 2001, em Harare, no Zimbabwe, uma reunião consultiva sobre a implementação da estratégia no Zimbabwe, em Abril de 2001. Esta consulta resultou não só na concepção de um quadro destinado a dar resposta às áreas prioritárias de vigilância, prevenção e controlo das principais doenças não-transmissíveis e seus factores de risco, sublinhando os elementos-chave a incluir num plano de acção regional, para o período de 2002–2003, mas também na criação de uma rede de parcerias. O relatório final da reunião foi amplamente divulgado aos Estados-Membros e instituições relacionadas com as doenças não-transmissíveis, incluindo os Centros de Colaboração da OMS.

### **Saúde dos adolescentes: Estratégia para a Região Africana**

261. Através da sua Resolução AFR/RC51/R3, o Comité Regional aprovou a estratégia regional sobre a saúde dos adolescentes. Esta resolução solicita ao Director Regional que continue a

---

<sup>70</sup> Argélia, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gana, Moçambique, Nigéria, África do Sul, Zimbabwe.



---

sua advocacia em prol dos programas de saúde dos adolescentes, mobilizando os recursos adequados para a sua implementação; que preste apoio técnico aos Estados-Membros na área da elaboração e implementação de políticas e programas nacionais; e que mobilize os governos, as agências das Nações Unidas, as ONG e outros parceiros, para que organizem seminários e conferências destinados aos jovens, para que estes possam debater os problemas e desafios que se colocam à melhoria da saúde e ao desenvolvimento dos adolescentes. A resolução solicita também apoio a instituições e a peritos nacionais, para que desenvolvam a investigação no domínio dos problemas e necessidades da saúde dos adolescentes. De acordo com a resolução, durante a Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional, deverá ser apresentado um relatório dos progressos, de implementação dos programas para a saúde dos adolescentes, aos níveis nacional e regional.

262. A estratégia regional sobre saúde dos adolescentes está hoje disponível nas três línguas de trabalho da Região, tendo sido distribuída pelos Estados-Membros e parceiros. Dada a sua importância e utilidade para a saúde dos adolescentes, vários países solicitaram e receberam cópias adicionais para distribuírem pelos seus parceiros. A saúde dos adolescentes está hoje incluída no plano de acção bienal (2002–2003) de 29 Estados-Membros.
263. Foram também elaborados cartazes nas três línguas de trabalho, para promoção dos serviços de saúde amigos dos adolescentes e da educação sobre qualidade de vida (desenvolvimento das competências sociais), que foram distribuídos pelos Estados-Membros e parceiros.
264. Foi criado um quadro para a implementação da estratégia da saúde dos adolescentes e um “kit de informação” sobre saúde e desenvolvimento dos adolescentes, de forma a facilitar a implementação da estratégia e a sua tradução para políticas e programas pertinentes nos Estados-Membros. Estes documentos serão traduzidos e distribuídos brevemente.
265. Procedeu-se a iniciativas de promoção, junto dos peritos e dos implementadores dos programas nacionais. A estratégia da saúde dos adolescentes e o seu quadro de implementação foram apresentados aos gestores do programa de saúde reprodutiva, de todos os Estados-Membros durante a reunião de Joanesburgo, em Junho de 2002. Na sequência, 34 dos 46 países pediram apoio técnico e financeiro ao Escritório Regional, para traduzirem a estratégia regional em programas a nível de país. Muitos deles estão já a implementar programas específicos para os adolescentes.
266. Como resultado desta sensibilização para a saúde dos adolescentes no seio do Escritório Regional, existe uma estreita colaboração para a implementação de intervenções, entre as divisões e unidades técnicas, nomeadamente, a Divisão da Família e Saúde Reprodutiva (DRH), a Divisão da Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis (DDC, com o Programa Regional da SIDA), Divisão das Doenças Não-Transmissíveis (DNC, com a Promoção da Saúde e Abuso de Substâncias Psicoactivas) e Divisão de Sistemas de Saúde e Desenvolvimento de Serviços (DSD, com as Reformas do Sector da Saúde e Recursos Humanos de Enfermagem). Além disso, a colaboração com parceiros, como a



---

*Commonwealth Regional Health Community Secretary for Eastern and Southern Africa*, tem dado maior destaque à questão da saúde dos adolescentes.

267. Prestou-se apoio técnico aos Estados-Membros, para desenvolverem competências capazes de lidar com as crianças de rua, através da mobilização e formação de gestores de ONG de nove países.<sup>71</sup> Algumas destas ONG estão hoje a implementar intervenções específicas baseadas nessa formação, no Uganda e na Zâmbia. A Gâmbia e os Camarões receberam apoio para que integrassem as perspectivas dos direitos das crianças nos seus programas de saúde sexual e reprodutiva. Nove países<sup>72</sup> receberam apoio para desenvolverem projectos integrados na área da saúde dos adolescentes.
268. Em colaboração com o *Commonwealth Regional Health Community Secretary*, foram analisadas, elaboradas ou reforçadas as políticas e os programas de saúde dos adolescentes em 15 países.<sup>73</sup> O resultado destas análises servirá de base para o desenvolvimento das orientações políticas da saúde dos adolescentes para a Região e o reforço das intervenções de saúde dos adolescentes nos países.
269. As reuniões, seminários e acções de formação regionais e nacionais sobre saúde dos adolescentes beneficiaram de apoio técnico. Durante a reunião da OMS para cooperação técnica interpaíses, realizada na Swazilândia, para oito países da África Austral, foi apresentada uma comunicação sobre a estratégia regional para a saúde dos adolescentes e sobre a cooperação do Escritório Regional com os países. Prestou-se apoio técnico e financeiro à realização do sétimo Congresso da Sociedade Africana de Ginecologia e Obstetrícia, no Mali, em 2003, em que se dedicou um dos dias às questões da saúde dos adolescentes. O Escritório Regional apresentou um documento sobre orientações estratégicas e perspectivas sobre a saúde dos adolescentes.
270. Foram formados jovens na área da investigação e elaboração de propostas de projectos. Foram elaborados seis projectos sobre os factores contributivos para os problemas de saúde prioritários entre os jovens: DST/HIV/SIDA (Camarões), gravidez na adolescência (Lesoto), aborto de risco (Malawi), exploração sexual (Moçambique), utilização e abuso de substâncias psicoactivas (Zâmbia) e comportamentos promotores da saúde entre os jovens (Quénia). Os países receberam financiamento para a implementação dos seus projectos. Os resultados estão a ser compilados a fim de serem divulgados aos países.

### **Estratégia regional para a vacinação para o período 2003–2005**

271. Através da sua Resolução AFR/RC52/R2, o Comité Regional Africano da OMS aprovou a estratégia regional para a vacinação para o período 2003–2005. A resolução solicita ao Director Regional que seja monitorizada a implementação das estratégias para a aceleração

---

<sup>71</sup> Angola, Etiópia, Gana, Quénia, Lesoto, Serra Leoa, Uganda, Zâmbia, Zimbabwe.

<sup>72</sup> Botswana, Etiópia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Swazilândia, Tanzânia, Zâmbia, Zimbabwe.



---

das actividades de controlo das doenças, com especial relevo para a erradicação da poliomielite, eliminação do tétano neonatal, controlo do sarampo e da febre amarela e ainda o reforço dos sistemas de vacinação de rotina. Esta resolução pretende incentivar uma maior colaboração com todas as agências internacionais, organizações de doadores e parceiros do Programa Alargado de Vacinação, a fim de melhor coordenar as políticas e utilização de recursos de uma forma eficaz e sustentável. Anualmente, será apresentado ao Comité Regional um relatório dos progressos realizados.

272. O Escritório Regional forneceu apoio aos Estados-Membros para reforçarem os seus programas nacionais de vacinação e implementarem a estratégia “que permita chegar a todos os distritos”, incluindo o microplaneamento e a monitorização dos programas a nível distrital, em 17 países. Deu-se apoio à realização de revisões e à implementação de recomendações para inverter a tendência negativa da cobertura vacinal no Botswana, Namíbia e Swazilândia. Onze países receberam apoio para a planificação ou avaliação de vacinas, cadeia de frio, transporte e das injeções seguras (incluindo a gestão dos resíduos).
273. Deu-se assistência técnica a 18 países para elaborarem as suas propostas e candidaturas, a serem estudadas pela Comissão de Revisão Independente da Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação (GAVI). As propostas referem-se ao apoio aos sistemas de vacinação, segurança das injeções e às novas vacinas. O Escritório Regional deu o seu apoio a cinco países, para a realização da primeira avaliação, após a introdução de novas vacinas. As recomendações resultantes de algumas destas avaliações, estão já a ser implementadas. Em colaboração com o Secretariado da GAVI, o Escritório Regional apoiou sete países na elaboração e apresentação de planos de sustentabilidade financeira para os seus Programas Alargados de Vacinação.
274. Foi prestado auxílio aos Estados-Membros para a erradicação da poliomielite. Em Dezembro de 2002, havia apenas três países polio-endémicos na Região Africana, incluindo a Nigéria, onde se encontram mais de 97% dos poliovírus selváticos identificados. O padrão de certificação dos indicadores de vigilância da paralisia flácida aguda foi atingido pela primeira vez ao nível regional e, a nível nacional, em quase 70% dos países. Cerca de 60% dos países da Região usaram os recursos e a experiência de vigilância da PFA para apoiar a vigilância de outras doenças transmissíveis prioritárias.
275. As lições retiradas das revisões externas da vigilância da PFA, efectuadas em oito países prioritários em 2002, foram usadas como referência para preparar os planos de acção para a vigilância de 2003, por forma a melhorar a qualidade da vigilância em todos os países que ainda não têm um desempenho optimizado a nível nacional ou sub-nacional.
276. A Comissão para a Certificação da Região Africana (ARCC) examinou os relatórios apresentados por cinco Comissões Nacionais de Certificação e prestou orientações para a consecução da certificação livre de polio. O Escritório Regional deu formação a membros das Comissões Nacionais de Certificação (NCC) e das Comissões Nacionais de Peritos da



---

Poliomielite (NPEC), em 13 países. Em dois países, foram completados planos para a circunscrição da poliomielite.

277. No que respeita à aceleração da redução da mortalidade pelo sarampo, a OMS deu apoio técnico a oito países para vacinação suplementar e vigilância. Em conjunto com a UNICEF, a OMS apoiou quatro países na realização de uma segunda ronda de vacinação contra o sarampo. Foi garantido um fundo adicional de 20 milhões de dólares americanos para actividades a decorrerem em 2003, destinadas a 37 milhões de crianças em nove países, de modo a evitar o número anualmente estimado de 161.023 casos de sarampo. Mais cinco países intensificaram a vigilância do sarampo, fazendo com que o número total de países envolvidos nesta actividade suba para 18.
278. Relativamente à eliminação do tétano materno e neonatal, mais 14 países foram apoiados para a elaboração de planos plurianuais com o objectivo de eliminação do tétano materno e neonatal. Dez países levaram a cabo uma vacinação suplementar de toxóide tetânico, tendo a eliminação do tétano neonatal sido validada em três países.
279. Para melhorar o acesso à vacina da febre amarela, a proposta conjunta OMS/UNICEF apresentada ao Conselho da GAVI e que permitiria aumentar a nível mundial, de dois para seis milhões a reserva de vacinas para as situações de emergência, foi aprovada na reunião do Conselho, em Novembro de 2002.
280. As reuniões anuais de 2002 da *Task Force* para a Vacinação (TFI) e da Comissão de Coordenação Interagências da Região Africana (ARICC) realizaram-se em Abuja, na Nigéria. Participaram nestas reuniões dezoito parceiros que debateram as perspectivas futuras para o reforço das actividades de vacinação na Região Africana, incluindo as questões relativas a uma utilização eficaz dos recursos e a sua sustentabilidade.
281. Os Representantes da OMS nos países prosseguiram o seu apoio às Comissões Interagências de Coordenação (ICC), para promover a coordenação, mobilização e a monitorização de recursos, área em que a GAVI se tem revelado catalisadora. A OMS continua as actividades de liderança dos grupos de trabalho sub-regionais da GAVI. Neste âmbito, todos os parceiros mais relevantes têm realizado regularmente, reuniões para discutir os progressos e os planos de apoio técnico.

## CONCLUSÃO

282. Os contributos e os progressos realizados pelo Escritório Regional Africano reflectem o trabalho da OMS na Região, conforme foi salientado em 2002, através da revisão de médio prazo do Orçamento-Programa para 2002–2003. Ao longo desse período, a tónica foi colocada, por um lado, na prestação de produtos e serviços e, por outro, no grau de implementação das resoluções do Comité Regional.



- 
283. De uma forma geral, foram registados progressos notáveis em toda a Região. Estes traduziram-se no plano financeiro, por uma taxa média de implementação do orçamento de cerca de 67%, o que se situa, portanto, muito para além do objectivo previsto de 55%.
284. Entre as realizações notáveis, revelou-se excepcional o reforço da capacidade de gestão dos programas, obtido através da elaboração de novas Estratégias de Cooperação da OMS com os Países, para os quais foram já finalizados 23 documentos, e da implementação da abordagem da gestão baseada em resultados, com a implementação do sistema informático do Sistema de Gestão de Actividades (AMS).
285. No que se refere à gestão dos problemas prioritários de saúde, é oportuno mencionar o maior apoio prestado aos países, para a criação ou renovação das estratégias, orientações e protocolos de prestação de cuidados, a atribuição de recursos adicionais e a disponibilização de peritos para a luta contra as doenças transmissíveis, redução de factores de risco conhecidos para as doenças não-transmissíveis e a promoção da saúde reprodutiva, especialmente através da redução da mortalidade materna.
286. Merecem igualmente realce a aprovação das estratégias regionais para a redução da pobreza; saúde e ambiente e vacinação (2002–2005); a aceleração na implementação da estratégia regional para o desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde e a aprovação do Orçamento-Programa de 2004–2005.
287. Alguns outros resultados de relevo são o apoio continuado ao desenvolvimento dos recursos humanos na Região, o aperfeiçoamento das tecnologias da informação e comunicação no Escritório Regional e nos países e o êxito da transferência do pessoal e de todos os seus bens pessoais, de Harare para Brazzaville.
288. Relativamente às resoluções do Comité Regional, fizeram-se esforços substanciais para a sua implementação, mesmo verificando-se diferentes graus nas realizações efectuadas. Assim, as actividades recomendadas em algumas das resoluções encontram-se, actualmente, na fase de expansão ao nível da sua implementação. Temos como exemplo, a resolução da estratégia DOTS, que está hoje a ser aplicada em larga escala nos países, e ainda o melhor acesso da população aos serviços de saúde. Do mesmo modo, aumentou o acesso das populações aos serviços de saúde e a implementação da estratégia regional sobre saúde mental está em fase de franca expansão, em 74% dos países da Região.
289. A implementação de algumas resoluções foi iniciada com êxito. É o caso da resolução sobre vigilância epidemiológica integrada, que começou em 35 dos 46 países da Região. Relativamente às doenças não-transmissíveis estão, actualmente, a ser canalizados esforços para instalar estruturas específicas dentro dos ministérios da saúde, em cerca de dois terços dos países, bem como para analisar a situação epidemiológica dessas doenças, e os seus factores de risco. Foi prestado apoio técnico a 15 países, para desenvolverem ou actualizarem as políticas específicas da saúde dos adolescentes a algumas organizações não-



---

governamentais em nove países, para intensificarem os projectos das crianças de rua. A estratégia regional para as situações de emergência e acção humanitária tem ajudado a reforçar a capacidade dos países para a sua preparação em situações de emergência, organização da resposta e mobilização de recursos, especialmente no âmbito dos Apelos Consolidados.

290. No que respeita à implementação da Agenda 2020, as Metas para o Desenvolvimento do Milénio reflectem-se cada vez mais nas políticas nacionais de saúde (em 34 dos 46 países), verificando-se a existência de várias iniciativas, nomeadamente, a Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD) e o Fundo Mundial de Luta contra o HIV/SIDA, Tuberculose e Paludismo, que estão a contribuir para a sua implementação.
291. Também outras iniciativas, como a Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação (GAVI), estão a contribuir para acelerar a implementação do Programa Alargado de Vacinação (PAV) para 2003–2005, sobretudo no que respeita às actividades sistemáticas de vacinação. Os esforços para a erradicação da polio, permitem reduzir a três o número de países onde se identifica a persistência do poliovírus selvático, o que comprova os progressos realizados na luta para a erradicação da poliomielite. Envidaram-se também esforços para a vacinação contra o sarampo, tétano neonatal e febre amarela.
292. Independentemente das dificuldades encontradas no primeiro ano de implementação do Orçamento-Programa de 2002–2003, houve um certo número de factores favoráveis que contribuíram para os resultados registados neste e em muitos outros relatórios. O ano de 2002 foi assinalado por uma dedicação sem precedentes às questões relacionadas com a saúde dos Estados-Membros e das agências internacionais de cooperação. Além disso, houve uma maior compreensão do processo de gestão do programa da OMS na Região Africana. O conceito de “uma OMS única”, encontrou expressão, tanto na conjugação de esforços a todos os níveis da OMS, como no empenhamento dos seus funcionários.
293. Para fazer face aos numerosos desafios, orientámo-nos no sentido de canalizar os nossos esforços e recursos para as áreas em que a intervenção da OMS possa fazer a diferença. Por este motivo, fizemos um apelo aos Estados-Membros para entenderem melhor a nossa opção e prestarem o seu melhor apoio aos nossos esforços nesse sentido.
294. Em conclusão, e como é evidente neste documento, os funcionários da OMS, a quem dedico este relatório, efectuaram progressos notáveis, tendo todos dado o seu contributo em condições bem difíceis. Gostaria, por isso, de aproveitar esta ocasião para exprimir a minha gratidão pela sua dedicação.



# ANEXO 1

## EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2002-2003 - RUBRICAS ORÇAMENTAIS

Em 31 de Dezembro de 2002

#	Rubrica orçamental	Orçamento Ordinário				Fundos de Outras Fontes				Total				
		Aprovado	Transfe-rência	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa
01	Doenças transmissíveis	5.428,000	575,000	6,003,000	4,281,000	71%	104,500,000	30,854,000	16,728,000	54%	109,928,000	36,857,000	21,009,000	57%
	Doenças não-transmissíveis e saúde mental	5,226,000	473,000	5,699,000	3,060,000	54%	2,500,000	1,668,000	1,129,000	68%	7,726,000	7,367,000	4,189,000	57%
03	Saúde Comunitária	8,864,000	46,000	8,910,000	6,257,000	70%	38,684,000	12,717,000	7,622,000	60%	47,548,000	21,627,000	13,879,000	64%
	Desenvolvimento sustentável e ambientes saudáveis	5,443,000	300,000	5,743,000	4,122,000	72%	268,000	1,467,000	685,000	47%	5,711,000	7,210,000	4,807,000	67%
05	Tecnologias da saúde e produtos farmacêuticos	3,898,000	-140,000	3,758,000	2,504,000	67%	91,832,000	63,406,000	47,602,000	75%	95,730,000	67,164,000	50,106,000	75%
	Bases factuais e informação para as políticas	13,410,000	92,000	13,502,000	7,887,000	58%	268,000	2,858,000	871,000	30%	13,678,000	16,360,000	8,758,000	54%
07	Relações externas e órgãos directivos	3,979,000	408,000	4,387,000	3,143,000	72%	1,462,000	3,427,000	2,077,000	61%	5,441,000	7,814,000	5,220,000	67%
08	Administração geral	18,977,000	6,063,000	25,040,000	17,102,000	68%	12,168,000	16,430,000	10,093,000	61%	31,145,000	41,470,000	27,195,000	66%
	Director-Geral, Directores Regionais e Funções Independentes	1,714,000	-15,000	1,699,000	1,196,000	70%	0	0	0		1,714,000	1,699,000	1,196,000	70%
10	Países	119,533,000	-11,645,000	107,888,000	72,678,000	67%	1,458,000	123,533,000	81,038,000	66%	120,991,000	231,421,000	153,716,000	66%
Total		186,472,000	-3,843,000	182,629,000	122,230,000	67%	253,140,000	256,360,000	167,845,000	65%	439,612,000	438,989,000	290,075,000	66%



## EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2002-2003 — ÁREAS DE ACTIVIDADE

Em 31 de Dezembro de 2002

Área de actividade	Orçamento Ordinário				Fundos de Outras Fontes				Total				
	Aprovado	Transfe-rência	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa
01.1.01 CSR	1,795,000	195,000	1,990,000	1,573,000	79%	3,000,000	8,354,000	3,598,000	43%	4,795,000	10,344,000	5,171,000	50%
01.2.01 CPC	1,141,000	675,000	1,816,000	1,425,000	78%	65,000,000	1,855,000	1,611,000	87%	66,141,000	3,671,000	3,036,000	83%
01.3.01 CRD	380,000	-9,000	371,000	158,000	43%					380,000	371,000	158,000	43%
01.4.01 MAL	1,131,000	-301,000	830,000	398,000	48%	34,500,000	17,470,000	10,463,000	60%	35,631,000	18,300,000	10,861,000	59%
01.5.01 TUB	981,000	16,000	997,000	727,000	73%	2,000,000	3,175,000	1,056,000	33%	2,981,000	4,172,000	1,783,000	43%
02.1.01 NCD	2,457,000	-87,000	2,370,000	1,119,000	47%	1,000,000	511,000	214,000	42%	3,457,000	2,881,000	1,333,000	46%
02.2.01 TOB	701,000	308,000	1,009,000	509,000	50%	1,000,000	819,000	749,000	91%	1,701,000	1,828,000	1,258,000	69%
02.3.01 HPR	442,000	124,000	566,000	566,000	100%		279,000	140,000	50%	442,000	845,000	706,000	84%
02.4.01 DPR	275,000	295,000	570,000	301,000	53%		26,000	3,000	12%	275,000	596,000	304,000	51%
02.5.01 MNH	1,351,000	-167,000	1,184,000	565,000	48%	500,000	33,000	23,000	70%	1,851,000	1,217,000	588,000	48%
03.1.01 CAH	1,221,000	255,000	1,476,000	559,000	38%	7,000,000	7,612,000	4,871,000	64%	117,654,000	44,225,000	25,198,000	57%
03.2.01 RHR	1,666,000	198,000	1,864,000	1,625,000	87%	1,684,000	1,577,000	839,000	53%	3,350,000	3,441,000	2,464,000	72%
03.3.01 MPS	2,098,000	-429,000	1,669,000	1,292,000	77%					2,098,000	1,669,000	1,292,000	77%



EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2002-2003 - ÁREAS DE ACTIVIDADE

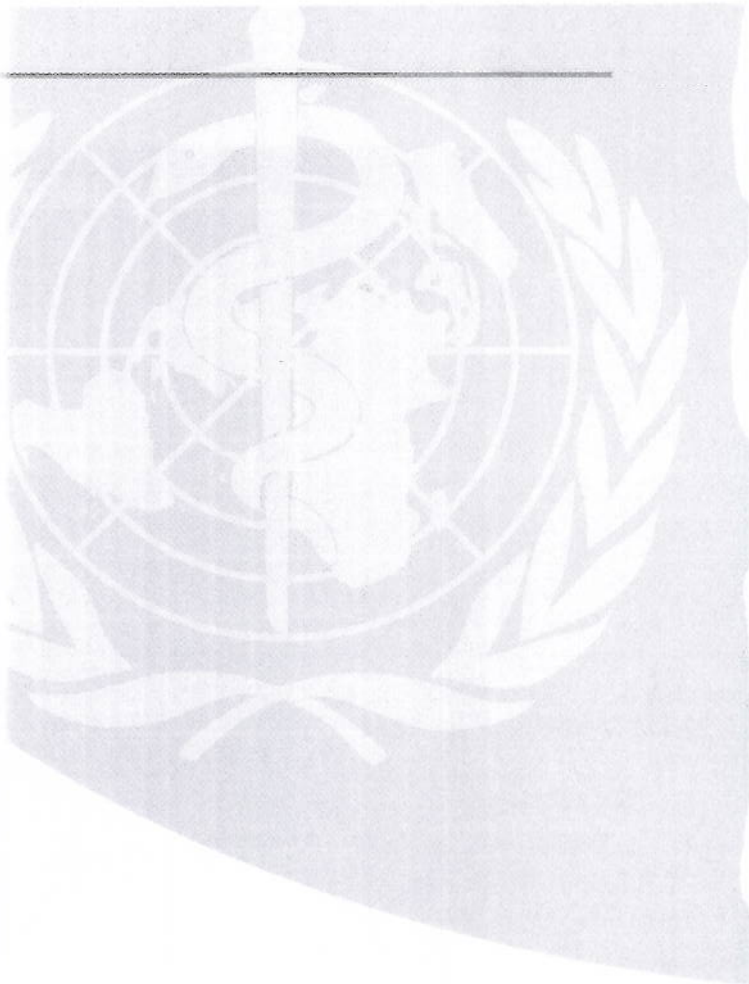
Em 31 de Dezembro de 2002

Área de actividade	Orçamento Ordinário						Fundos de Outras Fontes				Total		
	Aprovado	Transfe-rência	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa
03.4.01	862,000	92,000	954,000	535,000	56%			61,000	27%	862,000	1,179,000	596,000	51%
03.5.01	3,017,000	-69,000	2,948,000	2,247,000	76%	30,000,000	3,303,000	1,851,000	56%	33,017,000	6,251,000	4,098,000	66%
04.1.01	1,132,000	200,000	1,332,000	935,000	70%	268,000	280,000	189,000	68%	1,400,000	1,612,000	1,124,000	70%
04.2.01	682,000	152,000	834,000	659,000	79%	0	117,000	96,000	82%	682,000	951,000	755,000	79%
04.3.01	2,254,000	-374,000	1,880,000	1,375,000	73%		110,000	12,000	11%	2,254,000	1,990,000	1,387,000	70%
04.4.01	150,000	150,000	300,000	123,000	41%					150,000	300,000	123,000	41%
04.5.01	1,225,000	172,000	1,397,000	1,031,000	74%		960,000	389,000	41%	1,225,000	2,357,000	1,420,000	60%
05.1.01	1,609,000	-37,000	1,572,000	1,133,000	72%		469,000	446,000	95%	1,609,000	2,041,000	1,579,000	77%
05.2.01	415,000	240,000	655,000	397,000	61%	91,832,000	62,937,000	47,156,000	75%	92,247,000	63,592,000	47,553,000	75%
05.3.01	1,874,000	-343,000	1,531,000	974,000	64%					1,874,000	1,531,000	974,000	64%
06.1.01	1,505,000	25,000	1,530,000	604,000	39%	0	27,000	25,000	93%	1,505,000	1,557,000	629,000	40%
06.2.01	3,677,000	85,000	3,762,000	2,620,000	70%		25,000	21,000	84%	3,677,000	3,787,000	2,641,000	70%
06.3.01	716,000	-16,000	700,000	332,000	47%		5,000	1,000	20%	716,000	705,000	333,000	47%
06.4.01	7,512,000	-4,000	7,508,000	4,330,000	58%	268,000	2,801,000	824,000	29%	7,780,000	10,309,000	5,154,000	50%
07.1.01	1,374,000	318,000	1,692,000	1,570,000	93%					1,374,000	1,692,000	1,570,000	93%
07.2.01	2,605,000	90,000	2,695,000	1,573,000	58%	1,462,000	3,427,000	2,077,000	61%	4,067,000	6,122,000	3,650,000	60%
08.1.01	557,000	118,000	675,000	489,000	72%	0	229,000	98,000	43%	557,000	904,000	587,000	65%
08.2.01	2,442,000	0	2,442,000	988,000	40%	1,691,000	2,601,000	1,011,000	39%	4,133,000	5,043,000	1,999,000	40%

## EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2002-2003 - ÁREAS DE ACTIVIDADE

Em 31 de Dezembro de 2002

Área de actividade	Descrição	Orçamento Ordinário				Fundos de Outras Fontes				Total				
		Aprovado	Transferência	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa
08.3.01	FNS	3,600,000	0	3,600,000	1,847,000	51%	3,141,000	3,241,000	2,553,000	79%	6,741,000	6,841,000	4,400,000	64%
08.4.01	IIS	12,378,000	5,945,000	18,323,000	13,777,000	75%	7,336,000	10,359,000	6,430,000	62%	19,714,000	28,682,000	20,207,000	70%
09.1.01	DCO	1,084,000	-25,000	1,059,000	675,000	64%	0	0	0	0	1,084,000	1,059,000	675,000	64%
09.2.01	DDP	630,000	10,000	640,000	521,000	81%	0	0	0	0	630,000	640,000	521,000	81%
Países		119,533,000	-11,645,000	107,888,000	72,678,000	67%	1,458,000	123,533,000	81,038,000	66%	120,991,000	231,421,000	153,716,000	66%
Total		186,472,000	-3,843,000	182,629,000	122,230,000	67%	253,140,000	256,360,000	167,845,000	65%	439,612,000	438,989,000	290,075,000	66%





ANEXO 3

EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA — PAÍSES

Em 31 de Dezembro de 2002

Países	Orçamento Ordinário				Fundos de Outras Fontes				Total						
	Aprovado	Transfe- rências	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Transfe- rências	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Transfe- rências	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa
Argélia	1,870,000	(94,000)	1,776,000	950,000	53%		48,000	48,000	29,000	60%	1,870,000	(46,000)	1,824,000	979,000	54%
Angola	3,135,000	(172,000)	2,963,000	2,207,000	74%		10,021,000	10,021,000	7,249,000	72%	3,135,000	9,849,000	12,984,000	9,456,000	73%
Benin	2,447,000	(156,000)	2,291,000	1,819,000	79%		1,011,000	1,011,000	190,000	19%	2,447,000	855,000	3,302,000	2,009,000	61%
Botswana	2,001,000	(46,000)	1,955,000	1,110,000	57%		160,000	160,000	61,000	38%	2,001,000	114,000	2,115,000	1,171,000	55%
Burkina Faso	2,927,000	(287,000)	2,640,000	1,780,000	67%		3,138,000	3,138,000	1,732,000	55%	2,927,000	2,851,000	5,778,000	3,512,000	61%
Burundi	2,894,000	(431,000)	2,463,000	1,647,000	67%		1,320,000	1,320,000	555,000	42%	2,894,000	889,000	3,783,000	2,202,000	58%
Camarões	2,239,000	(237,000)	2,002,000	1,460,000	73%	400,000	153,000	553,000	407,000	74%	2,639,000	(84,000)	2,555,000	1,867,000	73%
Cabo Verde	2,084,000	(273,000)	1,811,000	1,245,000	69%		63,000	63,000	12,000	19%	2,084,000	(210,000)	1,874,000	1,257,000	67%
República Centrafricana	2,699,000	(162,000)	2,537,000	1,763,000	69%		133,000	133,000	38,000	29%	2,699,000	(29,000)	2,670,000	1,801,000	67%
Chade	2,989,000	(219,000)	2,770,000	2,365,000	85%		1,040,000	1,040,000	794,000	76%	2,989,000	821,000	3,810,000	3,159,000	83%
Comores	2,420,000	(286,000)	2,134,000	1,593,000	75%		155,000	155,000	41,000	26%	2,420,000	(131,000)	2,289,000	1,634,000	71%
Congo	2,247,000	(272,000)	1,975,000	1,224,000	62%		770,000	770,000	513,000	67%	2,247,000	498,000	2,745,000	1,737,000	63%
Côte d'Ivoire	2,256,000	(252,000)	2,004,000	1,336,000	67%		1,228,000	1,228,000	771,000	63%	2,256,000	976,000	3,232,000	2,107,000	65%
República Democrática do Congo	3,206,000	(293,000)	2,913,000	2,489,000	85%	500,000	15,029,000	15,529,000	12,977,000	84%	3,706,000	14,736,000	18,442,000	15,466,000	84%
Guiné Equatorial	1,561,000	(136,000)	1,425,000	1,104,000	77%		201,000	201,000	166,000	83%	1,561,000	65,000	1,626,000	1,270,000	78%
Eritreia	2,245,000	(142,000)	2,103,000	1,419,000	67%		1,244,000	1,244,000	371,000	30%	2,245,000	1,102,000	3,347,000	1,790,000	53%
Etiópia	4,526,000	(540,000)	3,986,000	2,466,000	62%		15,219,000	15,219,000	10,390,000	68%	4,526,000	14,679,000	19,205,000	12,856,000	67%
Gabão	1,738,000	(246,000)	1,492,000	986,000	66%	326,000	58,000	384,000	219,000	57%	2,064,000	(188,000)	1,876,000	1,205,000	64%
Gâmbia	2,029,000	(197,000)	1,832,000	1,495,000	82%		762,000	762,000	434,000	57%	2,029,000	565,000	2,594,000	1,929,000	74%



## EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA — PAÍSES

Em 31 de Dezembro de 2002

Países	Orçamento Ordinário				Fundos de Outras Fontes				Total						
	Aprovado	Transfe- rências	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Transfe- rências	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Transfe- rências	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa
Gana	2,245,000	(326,000)	1,919,000	1,175,000	61%		2,106,000	2,106,000	1,010,000	48%	2,245,000	1,780,000	4,025,000	2,185,000	54%
Guiné	2,900,000	(254,000)	2,646,000	1,750,000	66%		1,110,000	1,110,000	715,000	64%	2,900,000	856,000	3,756,000	2,465,000	66%
Guiné-Bissau	2,308,000	(109,000)	2,199,000	1,533,000	70%		56,000	56,000	31,000	55%	2,308,000	(53,000)	2,255,000	1,564,000	69%
Quênia	2,586,000	(209,000)	2,377,000	1,641,000	69%		4,429,000	4,429,000	2,432,000	55%	2,586,000	4,220,000	6,806,000	4,073,000	60%
Lesoto	2,454,000	(564,000)	1,890,000	729,000	39%		384,000	384,000	116,000	30%	2,454,000	(180,000)	2,274,000	845,000	37%
Libéria	2,724,000	(166,000)	2,558,000	2,127,000	83%		899,000	899,000	701,000	78%	2,724,000	733,000	3,457,000	2,828,000	82%
Madagáscar	2,532,000	(318,000)	2,214,000	1,175,000	53%		3,767,000	3,767,000	3,105,000	82%	2,532,000	3,449,000	5,981,000	4,280,000	72%
Malawi	2,685,000	(303,000)	2,382,000	1,426,000	60%		2,913,000	2,913,000	673,000	23%	2,685,000	2,610,000	5,295,000	2,099,000	40%
Mali	3,153,000	(372,000)	2,781,000	1,769,000	64%		913,000	913,000	707,000	77%	3,153,000	541,000	3,694,000	2,476,000	67%
Mauritânia	2,553,000	(255,000)	2,298,000	1,376,000	60%		807,000	807,000	457,000	57%	2,553,000	552,000	3,105,000	1,833,000	59%
Maurícias	1,609,000	(111,000)	1,498,000	627,000	42%		13,000	13,000	2,000	15%	1,609,000	(98,000)	1,511,000	629,000	42%
Mocambique	3,149,000	(172,000)	2,977,000	1,916,000	64%		2,529,000	2,529,000	1,118,000	44%	3,149,000	2,357,000	5,506,000	3,034,000	55%
Namíbia	2,103,000	(478,000)	1,625,000	1,331,000	82%		380,000	380,000	251,000	66%	2,103,000	(98,000)	2,005,000	1,582,000	79%
Níger	3,178,000	(123,000)	3,055,000	2,335,000	76%		1,408,000	1,408,000	1,118,000	79%	3,178,000	1,285,000	4,463,000	3,453,000	77%
Nigéria	4,255,000	(268,000)	3,987,000	2,789,000	70%		21,112,000	21,112,000	16,725,000	79%	4,255,000	20,844,000	25,099,000	19,514,000	78%
Reunião	196,000	(4,000)	192,000	37,000	19%		-	-	-	-	196,000	(4,000)	192,000	37,000	19%
Rwanda	3,085,000	(435,000)	2,650,000	1,395,000	53%		1,510,000	1,510,000	1,137,000	75%	3,085,000	1,075,000	4,160,000	2,532,000	61%
Santa Helena	144,000	(3,000)	141,000	15,000	11%		-	-	-	-	144,000	(3,000)	141,000	15,000	11%
São Tomé e Príncipe	1,812,000	(327,000)	1,485,000	995,000	67%		36,000	36,000	27,000	75%	1,812,000	(291,000)	1,521,000	1,022,000	67%
Senegal	2,450,000	(156,000)	2,294,000	1,370,000	60%		1,038,000	1,038,000	463,000	45%	2,450,000	882,000	3,332,000	1,833,000	55%





EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA — PAÍSES

Em 31 de Dezembro de 2002

Países	Orçamento Ordinário				Fundos de Outras Fontes				Total						
	Aprovado	Transfe- rências	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Transfe- rências	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa	Aprovado	Transfe- rências	Orçamento Efectivo	Executado	Taxa
Seychelles	1,522,000	(135,000)	1,387,000	702,000	51%		6,000	6,000	(2,000)	-33%	1,522,000	(129,000)	1,393,000	700,000	50%
Serra Leoa	2,492,000	(130,000)	2,362,000	1,533,000	65%		3,101,000	3,101,000	1,105,000	36%	2,492,000	2,971,000	5,463,000	2,638,000	48%
África do Sul	3,733,000	(430,000)	3,303,000	2,185,000	66%		2,033,000	2,033,000	1,063,000	52%	3,733,000	1,603,000	5,336,000	3,248,000	61%
Swazilândia	2,077,000	(148,000)	1,929,000	1,278,000	66%		759,000	759,000	385,000	51%	2,077,000	611,000	2,688,000	1,663,000	62%
Togo	2,324,000	(140,000)	2,184,000	1,504,000	69%		640,000	640,000	127,000	20%	2,324,000	500,000	2,824,000	1,631,000	58%
Uganda	2,894,000	(356,000)	2,538,000	2,560,000	101%	200,000	2,887,000	3,087,000	2,140,000	69%	3,094,000	2,531,000	5,625,000	4,700,000	84%
República Unida da Tanzânia	2,894,000	(354,000)	2,540,000	1,700,000	67%		7,119,000	7,119,000	3,637,000	51%	2,894,000	6,765,000	9,659,000	5,337,000	55%
Zâmbia	2,997,000	(439,000)	2,558,000	1,653,000	65%		2,168,000	2,168,000	1,404,000	65%	2,997,000	1,729,000	4,726,000	3,057,000	65%
Zimbábue	2,966,000	(119,000)	2,847,000	1,594,000	56%	32,000	6,199,000	6,231,000	3,442,000	55%	2,998,000	6,080,000	9,078,000	5,036,000	55%
Total	119,533,000	(11,645,000)	107,888,000	72,678,000	67%	1,458,000	122,075,000	123,533,000	81,038,000	66%	120,991,000	110,430,000	231,421,000	153,716,000	66%