

## INTRODUÇÃO

1. É de notar que o período de 1998-1999 corresponde ao segundo biénio do Nono Programa Geral de Trabalho (1996-2001).
2. É igualmente importante lembrar que, quando o Orçamento-Programa para 1998-1999 e os correspondentes planos de acção estavam a ser preparados, as principais áreas previstas para a colaboração da OMS com os Estados-Membros eram: a reforma do sector da Saúde para melhorar o funcionamento dos sistemas de saúde e o estado de saúde das populações; o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; a prevenção e combate às doenças transmissíveis; a resposta às situações de emergência e às epidemias; a saúde reprodutiva; a aceleração das estratégias e iniciativas vocacionadas para a sobrevivência das crianças; a advocacia e a promoção da saúde; a promoção de uma maior coordenação entre os parceiros do desenvolvimento sanitário, aos níveis nacional e regional.
3. Ao tomar posse, a nova Directora-Geral da Organização Mundial de Saúde, Dra. Gro Harlem Brundtland, redefiniu as prioridades da OMS a nível mundial e reorganizou nessa base a estrutura da Sede Mundial. Essa reorganização levou à criação de nove "agregados", além do Gabinete da Directora-Geral. A Sede Regional procedeu então a alterações na sua estrutura e funções, não só para se colocar a par das reformas introduzidas na Sede Mundial, mas também para responder aos prementes problemas encontrados no desenvolvimento sanitário, na Região Africana.
4. A nova estrutura da Sede Regional deu origem a novas áreas de intervenção, a juntar às que tinham sido definidas durante a preparação do Orçamento-Programa Bienal para 1998-1999 e aos correspondentes planos de acção. Essas novas áreas são: combate às doenças não-transmissíveis; combate ao paludismo; luta contra o HIV/SIDA e a tuberculose; redução da pobreza e desenvolvimento sustentável.
5. As lições aprendidas durante a avaliação da implementação do Orçamento-Programa de 1996-1997 e correspondentes planos de acção, orientaram a implementação do Orçamento-Programa para 1998-1999 e correspondentes planos de acção para as actividades aos níveis regional, interpaíses e nacional. Por outras palavras, fizeram-se esforços para tirar partido dos factores que facilitaram a implementação e para superar os obstáculos. Esses esforços produziram os seus frutos, porque cerca de oitenta por cento dos resultados globais esperados, incluindo os obtidos a nível dos países e das divisões da Sede Regional, foram plena ou parcialmente atingidos. Além disso, a taxa de execução do orçamento, tanto a nível dos países como da Sede Regional, foi de 100% (ver Anexo 1). Estes níveis de consecução, relativamente aos resultados esperados e à taxa de execução do orçamento, foram bastante superiores aos níveis atingidos durante o biénio anterior.
6. A nível dos países, os factores que contribuíram para facilitar a implementação (apresentados no Anexo 2) foram: a descentralização e a delegação de competências; o bom apoio técnico da Sede Regional; a qualidade das equipas-país de apoio (em termos de dedicação, empenho, espírito de equipa, bom acompanhamento dos programas e papel de charneira dos Representantes da OMS); a alta qualidade da planificação; a eficácia das parcerias; a eficácia da colaboração e da comunicação entre as autoridades nacionais e as Representações da OMS; a agenda política e de desenvolvimento favorável, incluindo a existência de políticas, planos e legislação a nível nacional; o reforço das capacidades nos ministérios da saúde, incluindo a formação dos directores dos programas nacionais. Os factores que dificultaram a implementação a nível dos países foram: a limitada capacidade das Representações da OMS nos países; a planificação, que abrangeu demasiados programas prioritários; as actividades adicionais e a transferência de verbas entre actividades; a escassez dos recursos financeiros; a sobreposição com outras actividades nacionais; o conhecimento limitado dos processos e procedimentos de gestão da OMS; a fraca comunicação e colaboração com as autoridades nacionais; a instabilidade política; as alterações a nível governamental, das políticas, prioridades ou chefias no Ministério da Saúde; as carências nos ministérios da saúde.

7. A nível regional, os factores que facilitaram a implementação (apresentados no Anexo 2) foram: a existência de quadros de orientação e instrumentos técnicos importantes; o aumento dos recursos humanos para alguns programas; a boa mobilização de recursos financeiros; a reestruturação da OMS; o espírito de equipa; a melhor colaboração entre unidades e divisões; a delegação de competências e a descentralização; a melhoria das parcerias; a existência de equipas interpaíses; a melhor comunicação e colaboração com os países; o maior empenho e o aumento dos pedidos por parte dos Estados-Membros para a implementação de algumas actividades e iniciativas. Por outro lado, os factores que dificultaram a implementação foram: a deslocação temporária da Sede Regional; a frequente mobilidade do pessoal da OMS; a escassez de recursos humanos e financeiros para alguns programas; a fragilidade do processo de planeamento, incluindo em termos de planeamento conjunto com os países; a má coordenação entre os três níveis da Organização; a falta de resposta ou demoras nas respostas por parte dos países; a instabilidade política em alguns países.

8. É importante acrescentar que as avaliações dos programas da OMS nos países foram realizadas em estreita colaboração com as autoridades nacionais. Todos os países e todas as divisões da Sede Regional apresentaram relatórios pormenorizados.

**ACTIVIDADES DA OMS  
A NÍVEL DOS PAÍSES**

## **ARGÉLIA**

### **Introdução**

1. O biénio de 1998-1999 coincidiu com o final da crise política. A estabilidade institucional proporcionou uma melhoria da situação sanitária do país e o renascer do sistema de saúde. A Comissão de selecção, acompanhamento e avaliação dos projectos de colaboração com a OMS foi presidida pelo Secretário-Geral do Ministério da Saúde e População e integrou membros de todos os departamentos centrais do ministério e das instituições sob a sua alçada. A Comissão realizou, com a participação do Gabinete de Ligação da OMS, uma avaliação trimestral dos projectos, usando os indicadores de monitorização e avaliação conjuntamente adoptados com as instituições responsáveis pelos projectos da OMS.

### **Realizações**

2. Durante o biénio, deu-se continuidade às actividades de reforma lançadas no biénio anterior, com o apoio da OMS. Essas actividades incidiram sobre: a reforma do sistema nacional de informação sanitária; a descentralização e a regionalização das actividades de saúde; a formação contínua em saúde pública; o apoio à realização de inquéritos; a assistência para garantir a segurança das transfusões de sangue; a saúde escolar e o reforço da informação e comunicação. Em conformidade com os objectivos e metas que a OMS estabeleceu durante o biénio, exploraram-se novas vias destinadas, principalmente, à contratação de serviços, ao fornecimento de material e ao apoio às actividades de avaliação dos efeitos secundários dos medicamentos, ao lançamento de iniciativas para a monitorização dos riscos químicos e ao reforço da gestão integrada dos casos de doenças não-transmissíveis.

### **Análise**

3. Os factores que facilitaram as realizações foram: a criação de uma comissão para a monitorização e avaliação dos progressos feitos na implementação do programa de cooperação técnica OMS/Argélia; as reuniões periódicas da comissão; o contacto directo entre a OMS e os directores dos projectos; a formação do Oficial de Ligação da OMS e do Assistente Administrativo. Por outro lado, os obstáculos foram: os atrasos por parte dos directores dos projectos na apresentação de documentos importantes para o tratamento dos seus pedidos; a insuficiência de recursos humanos no Gabinete de Ligação; os atrasos na entrega de encomendas, agravados por entregas incompletas.

### **Conclusão**

4. Para facilitar e melhorar a implementação do programa de cooperação técnica para o próximo biénio, é importante melhorar o sistema de monitorização, o sistema de abastecimento da OMS e a coordenação e a complementaridade entre os parceiros, de modo a evitar a duplicação de esforços e a utilização ineficaz dos recursos. Também será necessário assegurar que as actividades incluídas no programa de cooperação técnica estejam em sintonia com as prioridades nacionais.

## **ANGOLA**

### **Introdução**

5. Os programas de transição e reabilitação, iniciados na sequência da restauração do processo de paz, estagnaram. A insegurança tornou-se no principal obstáculo ao acesso de alguns segmentos da população aos serviços básicos de saúde, em especial nas áreas rurais. Isso reduziu drasticamente a cobertura da população por cuidados de saúde em todo o país, resultando em surtos de epidemias e aumento da incidência das doenças endémicas e da malnutrição, especialmente entre as pessoas deslocadas e outros grupos vulneráveis.

## **Realizações**

6. A OMS reforçou o seu envolvimento na formulação e análise da política de saúde, dirigindo, especialmente, a sua atenção para a reforma do sector da Saúde. Reforçou-se a capacidade de gestão da saúde a nível municipal, formulou-se uma política nacional de recursos humanos para a saúde, reformulou-se um programa de formação em enfermagem e reforçaram-se as capacidades nacionais, através da concessão de bolsas de estudo para formação dentro e fora do país.

7. Os objectivos do tratamento correcto de 80% dos casos agudos e complicados de paludismo em todos os serviços de referência e da redução da mortalidade em 30% foram quase atingidos. A saúde reprodutiva, familiar e comunitária foi contemplada com a formação de enfermeiros, parteiras e supervisores, especialmente em técnicas de maternidade segura. A OMS prestou assistência ao programa nacional de combate à tuberculose, coordenando as respectivas actividades. As capacidades do Ministério da Saúde foram reforçadas para facilitar a implementação dos projectos de abastecimento de água e saneamento, assim como o controlo da qualidade da água. O Plano Estratégico Nacional para 2000-2002, formulado através de uma ampla participação de intervenientes na área da saúde, foi aprovado pela Assembleia Nacional.

8. Foi aprovada a política nacional de transfusões de sangue; os técnicos de laboratório receberam formação em análise de sangue; foram criados laboratórios de detecção do HIV em sete hospitais provinciais; conseguiu-se um melhor diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST), usando a abordagem sindrómica; melhorou-se a prestação dos cuidados às pessoas com SIDA e o respectivo aconselhamento. Além disso, a OMS forneceu equipamento para um banco de sangue, incluindo estojos de testes de detecção do HIV, às províncias mais afectadas.

9. Elaboraram-se directrizes para o tratamento da malnutrição durante situações de emergência. A situação sanitária e nutricional dos deslocados constituiu um dos principais focos de atenção e o programa de resposta às situações de emergência foi descentralizado e alargado a todas as províncias, para garantir uma rápida intervenção durante as situações de emergência.

10. A vigilância epidemiológica foi reforçada em todo o país. Como resultado do surto epidémico de meningite que ocorreu nas províncias do Bié, Huambo e Malanje, e também do surto epidémico de poliomielite nas províncias de Luanda, Bengo e Benguela, a Sede Regional da OMS disponibilizou três consultores para reforçarem o PAV nacional. As jornadas nacionais de vacinação (JNV) tiveram grande êxito, apesar das condições ambientais adversas do país. Os casos suspeitos de paralisia flácida aguda (PFA) foram alvo de investigação.

## **Análise**

11. Os factores que facilitaram as realizações foram: a estreita colaboração entre a OMS e o Ministério da Saúde; as reuniões frequentes com o ministro e os directores de programas, para assegurar a implementação atempada e o seguimento das actividades; a delegação de competências na Representação da OMS, para emitir autorizações de pagamento; a melhor comunicação com todos os níveis da OMS; a pronta resposta da Sede Regional aos pedidos; a transparência na implementação do plano de acção. Os factores que dificultaram as realizações foram: o retrocesso do processo de paz; as frequentes mudanças nas chefias do Ministério da Saúde; o desânimo do pessoal devido aos baixos salários e ao atraso nos respectivos pagamentos; a fraca capacidade de absorção e de resposta de alguns programas; a deficiente comunicação entre os níveis central, provincial e municipal no país.

## **Conclusão**

12. O futuro da cooperação técnica entre a OMS e Angola dependerá da evolução do processo de paz e da consolidação das conquistas mais recentes. A OMS terá de continuar a fornecer uma liderança que ajude o Ministério da Saúde a definir claramente as prioridades, a elaborar planos apropriados de

intervenção estratégica e a mobilizar os recursos necessários para fazer face aos problemas prioritários de saúde. É também necessário garantir que a saúde seja colocada no centro de todas as iniciativas de reconstrução e desenvolvimento, incluindo a erradicação da pobreza.

## **BENIM**

### **Introdução**

13. As fontes de informação para esta avaliação foram os relatórios das actividades do Ministério da Saúde, os relatórios bienais e intermédios sobre a implementação do plano de acção, os relatórios sobre as actividades empreendidas, os vários inquéritos realizados, os relatórios das reuniões da equipa da OMS no país e as observações directas.

### **Realizações**

14. As realizações conseguidas durante o biénio foram: uma concertação eficaz com as ONG envolvidas na área da saúde; a formação de grupos de mulheres para lhes permitir cuidar da sua própria saúde; a definição e a transmissão de perfis epidemiológicos e de informação científica aos hospitais das zonas de saúde; a prestação de apoio directo para a gestão de dois distritos e para o processo de criação de zonas de saúde; a participação na realização da análise do sector da Saúde, para formular um plano de desenvolvimento do sector; a continuação da formação de pessoal médico e paramédico especializado; a formulação de uma política nacional de transfusão de sangue; a compilação de uma lista de plantas medicinais e de curandeiros tradicionais; o fornecimento de apoio ao centro de investigação em saúde reprodutiva e a realização de campanhas de sensibilização para lutar contra a mutilação genital feminina (MGF), em dois dos distritos mais afectados; a actualização da política de saúde escolar; a revitalização dos programas de reabilitação com base comunitária.

15. Houve uma melhoria notável no tratamento das doenças epidémicas graças a um sistema de alerta eficaz e à elaboração de um plano nacional, e realizaram-se actividades de vigilância nas fronteiras do país com o Níger e o Burkina Faso. O programa de luta contra a SIDA foi mais bem estruturado e iniciou-se a gestão dos casos de HIV, com a participação da sociedade civil. Adoptou-se a estratégia de atenção integrada às doenças da infância (AIDI), tendo-se realizado progressos no sentido de erradicar a dracunculose. Descobriu-se a existência do vírus selvático da poliomielite que conduziu à realização de uma campanha de repescagem em larga escala e à decisão de realizar quatro rondas de JNV no ano 2000. A Iniciativa Fazer Recuar o Paludismo (FRP) está a ser introduzida, tendo prosseguido as actividades do programa acelerado de combate a esta doença.

### **Análise**

16. Os factores que facilitaram a implementação foram: a eficaz colaboração entre o Governo e os parceiros do desenvolvimento sanitário; a nomeação de um Secretário Permanente no Ministério da Saúde, o que ajudou a melhorar a coordenação das actividades; a criação de um novo ministério encarregado de planificar e coordenar a acção governamental, o que alargou a concertação intersectorial sobre problemas de saúde; o melhor espírito de equipa na Representação da OMS no país; as reuniões regulares para planificação e análise das actividades; a organização de um retiro anual; a delegação de competências na Representação para a emissão de autorizações de pagamento a nível do país. O envolvimento pessoal do Chefe de Estado nas acções sanitárias ajudou a elevar a visibilidade e a importância do sector da Saúde.

17. No entanto, a falta de um quadro global para o planeamento geral das actividades de saúde constituiu um constrangimento importante. É também de notar a dificuldade em determinar o real impacto das actividades de cooperação sobre os indicadores sanitários. Por vezes, isto levanta a questão de saber se as actividades planeadas reflectem as verdadeiras necessidades do país. A tendência para pedir a

disponibilização de verbas do orçamento da OMS consagrado ao país para outras actividades iniciadas pela Sede Regional muitas vezes colocou dificuldades. A gestão das bolsas de estudo por parte da OMS e do Governo não melhorou verdadeiramente.

## **Conclusão**

18. Apesar das dificuldades atrás descritas, houve uma clara melhoria na gestão do programa de cooperação, quer pelo Governo, quer pela equipa da OMS no país, em comparação com o biénio anterior. O que ainda tem de melhorar é a identificação das prioridades de cooperação. A elaboração de um plano de desenvolvimento do sector da Saúde, que defina com clareza as prioridades para os próximos 5-10 anos e os indicadores que devem especificamente ser monitorizados, permitirá às actividades de cooperação da OMS fazer face mais directamente às preocupações das populações com a saúde.

## **BOTSWANA**

### **Introdução**

19. O biénio de 1998-1999 foi um período de transição na cooperação técnica da OMS com o Botswana, devido à nova abordagem adoptada, que implica uma maior participação dos nacionais na planificação, monitorização e avaliação dos planos de acção. Durante o biénio, reconheceu-se a necessidade de orientar mais a cooperação técnica da OMS para um número reduzido de áreas programáticas, de modo a obter-se maior impacto. A actual avaliação baseou-se nos seguintes documentos: o plano de acção de 1998-1999; os relatórios semestrais de monitorização; os relatórios trimestrais de controlo financeiro; os relatórios de avaliação programática, tais como os dos programas de combate à tuberculose e ao paludismo.

### **Realizações**

20. As principais realizações foram: a revisão do plano de recursos humanos para a saúde; a realização de um seminário nacional sobre preparação para situações de emergência, destinado às equipas distritais de saúde; a organização com êxito de um concurso sobre saúde escolar em quatro distritos; a formação de vinte e cinco executivos em sensibilização para os riscos das doenças profissionais; a organização de reuniões consultivas e de planificação para técnicos de saúde ambiental; o fornecimento de materiais de educação sanitária; a introdução da AIDI; a instauração de uma cobertura vacinal superior a 90% para todos os antígenos; a revisão do programa de combate à tuberculose e implementação das recomendações; a produção e publicação da sexta edição do manual nacional de combate à tuberculose; a revisão/impressão de orientações para o tratamento do HIV/SIDA.

### **Análise**

21. Fez-se uma reprogramação contínua das actividades durante todo o biénio de 1998-1999. A flexibilidade, permitida pela Representação da OMS no país, para responder às necessidades nacionais, possibilitou que algumas das verbas destinadas a algumas actividades planeadas fossem usadas para novas, mas, importantes actividades. A falta de um controlo financeiro regular da implementação das actividades contribuiu largamente para as discrepâncias entre as despesas programadas e as efectivamente realizadas. As estimativas orçamentais durante o processo de planificação nem sempre foram rigorosas, o que, em muitos casos, resultou em variações substanciais dos custos de implementação das actividades.

## **Conclusão**

22. Foram retiradas algumas lições da implementação e avaliação do plano de acção bienal. Os nacionais devem envolver-se no processo de planificação desde o seu início, como foi o caso com o orçamento-programa para 2000-2001. A dotação orçamental para as várias actividades deve ser tão rigorosa quanto possível durante a elaboração do plano de acção. A reprogramação das actividades, permitida pela

Representação da OMS durante o biénio, pode ser desnecessária no futuro, se houver um maior envolvimento dos directores dos programas no processo de planificação. As actividades não planeadas ou adicionais apenas excepcionalmente devem ser permitidas, isto é, apenas quando tiverem justificação. Deve fazer-se regularmente, ao longo de todo o biénio, uma monitorização rigorosa da implementação das actividades, em conformidade com os resultados esperados e o orçamento estimado.

## **BURKINA FASO**

### **Introdução**

23. O programa de cooperação técnica de 1998-1999 foi definido de acordo com as prioridades seleccionadas pelo Ministério da Saúde, seguindo as directrizes governamentais e tendo em consideração as correspondentes resoluções do Comité Regional. Assim, o programa incidiu sobre: as políticas e estratégias de saúde, a promoção da maternidade segura, a educação e comunicação na área da saúde, o ambiente saudável e o combate às principais epidemias e doenças endémicas locais.

24. A avaliação bienal procurou determinar o grau de sucesso conseguido na implementação do plano de acção, com vista a melhorar o trabalho de planificação subsequente. Essa avaliação baseou-se nos relatórios de actividade dos coordenadores nacionais e do pessoal dos programas da OMS, cujos planos de trabalho foram elaborados no âmbito do programa de cooperação da OMS, do plano de acção do ministério e das análises trimestrais e anuais.

### **Realizações**

25. As principais realizações registadas durante o biénio foram: o grande impulso dado às actividades de investigação em saúde, que se deveu muito ao apoio técnico e financeiro prestado pelo Ministério do Ensino Superior e Investigação Científica, assim como pelos parceiros, incluindo a OMS; a operacionalização dos distritos de saúde; o reforço do programa de formação em higiene dos centros de formação de reparigas de Niassan e Debe; a sensibilização das populações para os problemas das doenças mentais, diabetes e consumo de tabaco; o estabelecimento de mecanismos e instrumentos de combate à malnutrição com base nas comunidades; a aplicação completa da estratégia de tratamento com observação directa (DOTS) no tratamento dos casos identificados de tuberculose; a melhoria na elaboração de relatórios de notificação de casos de epidemia; a resposta pronta e eficaz a todos os casos de epidemia; a mobilização de recursos financeiros substanciais para o combate à SIDA/DST; a aceleração das actividades de combate ao paludismo no terreno e o lançamento da Iniciativa "Fazer Recurar o Paludismo" (FRP).

### **Análise**

26. O programa de cooperação entre a OMS e o Burkina Faso de 1998-1999 foi implementado de modo satisfatório, como resultado de: maior delegação de competências na Representação da OMS no país; melhor apoio administrativo; maior participação dos funcionários nacionais na formulação, implementação, monitorização e avaliação dos programas; reforço das parcerias locais, através da organização da conferência anual de parceiros da saúde, realizada sob os auspícios do Ministério da Saúde, das reuniões trimestrais de parceiros, realizadas sob os auspícios da OMS, e das reuniões dos grupos temáticos.

27. Entre os obstáculos contam-se as constantes mudanças de funcionários nacionais, o insuficiente conhecimento do processo de gestão e a fraca participação na planificação dos níveis intermédio e periférico, assim como de outros intervenientes, tais como o Ministério da Economia e Finanças, as ONG e a sociedade civil. Durante o ano de 1999, raramente se realizaram reuniões entre a OMS e os directores dos programas, o que dificultou o acompanhamento adequado das actividades bienais por parte do Ministério da Saúde. A experiência adquirida com estas insuficiências conduziu ao alargamento da



participação no processo de formulação do plano de acção de 2000-2001, para que este pudesse incluir os principais intervenientes no desenvolvimento sócio-económico, nomeadamente o Ministério do Desenvolvimento Económico, Planeamento e Finanças, as agências das Nações Unidas, os meios de comunicação social e os funcionários provinciais e nacionais do Ministério da Saúde.

### **Conclusão**

28. O reforço do papel de liderança do Ministério da Saúde, apoiado pela OMS nas questões de saúde e na coordenação das acções dos parceiros, deverá resultar num melhor desempenho do sistema de saúde. Consequentemente, a melhoria da implementação dos programas e a coordenação geral de toda a planificação no seio do Ministério da Saúde são condições indispensáveis para assegurar uma boa gestão do programa de cooperação.

## **BURUNDI**

### **Introdução**

29. O presente relatório baseou-se na informação contida nos seguintes documentos: as actividades da OMS na Região Africana, em 1996-1997; o Orçamento-Programa de 1998-1999; o Orçamento-Programa de 2000-2001; os relatórios de situação da Representação da OMS de 1998-1999; o perfil do país e o mapa sanitário do Burundi.

### **Realizações**

30. As principais realizações foram: a elaboração do plano bienal para a concessão de bolsas de estudo e a atribuição de novas bolsas com base no plano; a elaboração de um plano nacional de maternidade segura; a conclusão de um estudo sobre saúde dos adolescentes; a formulação de um plano estratégico quinquenal sobre saúde dos adolescentes; a elaboração de um plano de acção sobre saúde mental; a organização de visitas de estudo para a AIDI; a formação de formadores em saúde mental; a formação de pessoal de laboratório e o fornecimento de reagentes aos centros nacionais e regionais de transfusão de sangue; a formação de 120 profissionais de saúde em diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis; o êxito da organização das Jornadas Nacionais de Vacinação (JNV).

### **Análise**

31. Os principais entraves encontrados foram, e continuam a ser, a insegurança e a crise sócio-política, que dificultaram a plena e eficaz implementação da reforma do sistema nacional de saúde, adoptada em 1995. Esta situação afectou a segurança alimentar e provocou o estado geral de malnutrição que se verifica. O empobrecimento progressivo das comunidades também dificultou a autonomia da gestão dos estabelecimentos de saúde, a recuperação dos custos e a melhoria do acesso a cuidados de saúde de qualidade. A importância da competência técnica da OMS nem sempre foi compreendida pelo país, que se limitou a pedir verbas para o financiamento directo das actividades. O imperfeito domínio do processo de gestão pela equipa-país persistiu ao longo de todo o período em análise, o que foi agravado pela drástica redução dos membros da equipa, nomeadamente com a morte de dois desses membros no mesmo ano.

### **Conclusão**

32. Os montantes estimados por programa na altura da preparação do Orçamento-Programa foram, de modo geral, muito diferentes dos que acabaram por ser adoptados na planificação detalhada. Isso aconteceu porque as propostas foram apresentadas dois anos antes do início do biénio e, na altura da planificação, a situação tinha mudado. Há, por isso, necessidade de rever o ciclo de preparação do orçamento-programa da Organização, para assegurar que a informação contida no Orçamento-Programa continue a ser relevante para a planificação operacional.

## **CAMARÕES**

### **Introdução**

33. As áreas prioritárias para o biénio foram: a erradicação da poliomielite; a eliminação do tétano neonatal e da lepra; a promoção dos cuidados primários de saúde; a promoção de um ambiente saudável nas comunidades rurais e suburbanas; a promoção de comportamentos saudáveis com ênfase na informação e educação; o combate às doenças prevalentes (tuberculose, paludismo, tripanossomíase, diarreia e infecções respiratórias agudas); o desenvolvimento e a gestão de sistemas de saúde. Esta avaliação assenta na análise intermédia da implementação das actividades de cooperação e dos correspondentes relatórios de actividades.

### **Realizações**

34. A OMS apoiou a formulação de programas prioritários de saúde e prestou também apoio técnico para a elaboração de um plano nacional de desenvolvimento sanitário e para o reforço das capacidades técnicas e de gestão dos funcionários nacionais. Este apoio permitiu: a preparação de vários documentos de orientação; a criação de um centro nacional de fornecimento de medicamentos essenciais e material farmacêutico; o início de uma auditoria ao pessoal do Ministério da Saúde; o funcionamento do Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade; o abastecimento de água de qualidade em zonas do país com elevada incidência de doenças diarreicas. Fez-se uma advocacia permanente entre os intervenientes na área do desenvolvimento sanitário, que conduziu, muitas vezes, a uma maior visibilidade e mobilização de recursos acrescidos para a saúde.

35. As acções da OMS e de outros parceiros na área da saúde levaram a progressos notáveis na eliminação e erradicação de certas doenças. A prevalência da lepra diminuiu de 3,5 casos para 1,5 casos por 10.000 habitantes em 1998-1999. Do mesmo modo, não se registaram casos indígenas de dracunculose nos focos sob vigilância. As Jornadas Nacionais de Vacinação (JNV) para o combate à poliomielite e ao sarampo foram implementadas com êxito, tendo a cobertura vacinal sido superior a 80%. A vigilância epidemiológica dos casos de paralisia flácida aguda foi também, na generalidade, satisfatória. Fizeram-se esforços para aproveitar as JNV no sentido de relançar as actividades de rotina do PAV.

36. O tratamento da tuberculose melhorou no país como resultado das acções de sensibilização da população e do governo para a estratégia DOTS, bem como da introdução, com o apoio da OMS, dessa estratégia numa província do país. Deu-se início a intervenções na área do combate às doenças emergentes e reemergentes. Foi preparado um plano de combate às epidemias e constituiu-se um *stock* de emergência de material e medicamentos essenciais, a nível central. No quadro do programa ONUSIDA, a OMS deu especial atenção aos esforços para controlar a epidemia do HIV/SIDA, o que resultou no reforço da sensibilização dos diferentes grupos-alvo para os perigos da pandemia, e na reorganização dos esforços a desenvolver para esse controlo a todos os níveis do sistema de saúde. Relativamente ao combate às doenças endémicas, melhorou o tratamento correcto do paludismo grave, tendo as técnicas de impregnação de mosquiteiros registado uma expansão, com a criação de três centros em três províncias do país e a formação do respectivo pessoal.

### **Análise**

37. A implementação do programa de cooperação técnica da OMS com os Camarões para o biénio beneficiou muito com o envolvimento empenhado das autoridades e a participação maciça das populações beneficiárias. Outros factores que facilitaram a implementação foram a melhor colaboração entre os parceiros, o aumento do financiamento externo para a implementação dos programas de saúde, a melhor resposta à mobilização de recursos na sequência de situações de emergência e catástrofes, assim como a vontade política e a estabilidade geral do país. As principais dificuldades durante o biénio foram a lenta

disponibilização de verbas para a implementação das actividades do orçamento ordinário, durante o primeiro ano do biénio, e os atrasos frequentes na implementação das actividades por parte do Governo.

### **Conclusão**

38. A acção da OMS no futuro visará mobilizar recursos adicionais para uma melhor organização do sistema nacional de saúde e para a melhoria da saúde das populações.

## **CABO VERDE**

### **Introdução**

39. A cooperação técnica da OMS no biénio destinou-se a promover os cuidados primários de saúde, a saúde ambiental nas comunidades, a preparação e resposta às situações de emergência e às epidemias, o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, o controlo da malnutrição latente e a adopção de estilos de vida saudáveis. A avaliação do programa de cooperação baseou-se nas seguintes fontes de informação: relatórios de progressos periódicos, preparados conjuntamente pela OMS e pelo Ministério da Saúde; relatórios financeiros sobre as actividades realizadas; relatórios sobre actividades programáticas; relatórios de avaliação bienal e intermédia referentes a 1998.

### **Realizações**

40. As principais realizações durante o biénio foram: o aumento do número de pessoal especializado, nomeadamente na área da engenharia sanitária; a actualização dos profissionais de saúde; a distribuição rápida de vacinas e outro material necessário para fazer face a situações de emergência e o fornecimento de medicamentos essenciais aos distritos; o desenvolvimento de capacidades para a gestão e intervenção a nível distrital; o combate às epidemias; a operacionalização da biblioteca do Ministério da Saúde; a comemoração dos dias mundiais de maior importância para a saúde; a produção e distribuição da brochura sobre o pacote de saúde mãe-bébé.

### **Análise**

41. A implementação de algumas actividades planeadas demoraram mais tempo e exigiram mais verbas do que previsto, tendo sido feitos frequentes pedidos de verbas para a implementação de actividades não planeadas. Estes problemas resultaram das dificuldades de gestão e da sobrecarga de trabalho no Ministério da Saúde. No entanto, a realização periódica de exercícios conjuntos de análise pela equipa-país da OMS e pelos funcionários do Ministério da Saúde, juntamente com a melhoria notada na comunicação, tornou possível minimizar o impacto adverso e ajudou a reorientar as verbas para as actividades que melhor correspondiam às necessidades nacionais.

### **Conclusão**

42. Apesar das dificuldades supramencionadas, o programa de cooperação de 1998-1999 foi implementado com sucesso, a julgar pelos resultados obtidos e pela maior visibilidade da OMS. A este respeito, é de notar a resposta atempada da Sede Regional aos pedidos do país, o que contribuiu decisivamente para o êxito da implementação das actividades planeadas do programa bienal.

## **REPÚBLICA CENTRAFRICANA**

### **Introdução**

43. A situação sanitária do país é caracterizada por elevadas taxas de mortalidade infantil (97 por 1.000 nados-vivos) e materna (948 por 100.000 nados-vivos). A esperança de vida à nascença é de 49 anos e o perfil epidemiológico é dominado por doenças infecciosas e parasitárias, incluindo as DST/SIDA, com uma recrudescência de doenças endémicas, como a tuberculose e a tripanossomiase. Os principais

objectivos da cooperação técnica da OMS com o país foram reforçar as políticas e estratégias de desenvolvimento sanitário, promover a reforma do sector da Saúde, apoiar o combate às doenças transmissíveis (incluindo o HIV/SIDA) e às doenças não transmissíveis, e desenvolver recursos humanos para a saúde.

### **Realizações**

44. As realizações mais significativas foram: a avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário para 1994-1998; o início da formulação da política de saúde e do plano provisório de desenvolvimento sanitário; a formação de especialistas médicos e paramédicos; o êxito da organização das JNV de 1998-1999; a criação de um mecanismo eficaz de vigilância epidemiológica integrada das doenças, em especial para a paralisia flácida aguda e o combate às epidemias; a melhoria da qualidade dos serviços em 74 estabelecimentos de saúde periféricos, como resultado da formação e reciclagem do pessoal; a monitorização e supervisão das actividades.

45. Outras realizações foram: a criação de uma base de dados em centros de cuidados primários e postos de saúde comunitários; a formação de consensos sobre o pacote mínimo de serviços de saúde; a elaboração e a divulgação da política e programa nacional sobre saúde dos adolescentes; a formação de 200 chefes de aldeia, 20 profissionais de saúde e 30 vendedores de alimentos, em saúde ambiental; a determinação do nível de resistência à cloroquina em 3 regiões.

### **Análise**

46. As principais dificuldades encontradas na consecução dos objectivos estabelecidos relacionaram-se, essencialmente, com o não pagamento dos salários dos trabalhadores e com a insegurança verificada em áreas remotas do país, que restringiu as deslocações para a realização das actividades de campo.

### **Conclusão**

47. Na globalidade, a implementação do programa de cooperação para o biénio de 1998-1999 foi satisfatória. Setenta e três por cento dos resultados esperados foram plenamente atingidos e 27 % foram parcialmente conseguidos. Espera-se que um contexto que seja política e economicamente estável facilite a implementação do programa de cooperação no próximo biénio.

## **CHADE**

### **Introdução**

48. O presente relatório de actividades baseou-se nos elementos constantes de registos epidemiológicos, relatórios de missões, relatórios financeiros e resultados de inquéritos.

### **Realizações**

49. O sistema de vigilância epidemiológica integrada, instituído em 1997, especialmente para os casos de paralisia flácida aguda, ficou completamente operacional em 1999, com quatro ramificações regionais. Organizaram-se três rondas de JNV, duas em 1998 e uma em 1999. Em 1998, a cobertura vacinal foi de 93% durante a primeira ronda e de 91% na segunda ronda; em 1999, a cobertura prevista da primeira ronda, com a estratégia de porta a porta, foi de 108,5%. Durante estas JNV, foi administrado um suplemento de vitamina A. Em 1999, a cobertura vacinal anti-sarampo em 44 áreas urbanas de, pelo menos, 5000 habitantes, foi de 81%.

50. Verificou-se um aumento constante dos casos anuais registados de paludismo, em parte devido ao aumento do número de unidades de saúde que começaram a funcionar. Todavia, houve uma acentuada diminuição dos óbitos hospitalares, devido à melhoria significativa no tratamento dos casos. O número de centros de impregnação de mosquiteiros com insecticida aumentou de 54 em 1998 para 85 em 1999.

51. Em 1997, registaram-se 25 novos casos de dracunculose, com 22 casos isolados, enquanto em 1998 apenas se registaram e isolaram três casos. Em 1999, não foi notificado nenhum caso no país, exceptuando um caso importado da Nigéria. Cinco prefeituras beneficiaram de tratamento com ivermectina, dirigido às comunidades, tendo a respectiva taxa de cobertura sido de, aproximadamente, 82%. A taxa de cobertura dos doentes com lepra pela poliquimioterapia foi de 100%, tendo a taxa de prevalência baixado de 2,21 em 1997 e 1,38 em 1998 para 0,87 por 10.000 em 1999.

52. O Centro de Apoio Psico-Médico e Social, que começou a funcionar com a ajuda de organizações não-governamentais e das agências das Nações Unidas, também prestou assistência no tratamento dos doentes e das pessoas infectadas com HIV/SIDA. Desde o seu estabelecimento em 1998, o programa nacional de saúde mental passou a ser melhor compreendido pelas populações, em resultado das actividades de mobilização social levadas a cabo por grupos de interesses para o apoio, reabilitação e tratamento dos doentes mentais, assim como em resultado da eficácia de alguns programas de rádio, palestras e debates. Quinze unidades de saúde foram abastecidas com medicamentos essenciais, como parte da implementação da Iniciativa de Bamaco.

53. Os programas de formação para assistentes sociais foram melhorados e implementados; quatro centros regionais de formação para técnicos de saúde começaram a funcionar; em 1999, concluiu a licenciatura na Faculdade de Medicina o primeiro grupo de trinta estudantes de medicina; o programa de bolsas de estudo foi reforçado e a OMS concedeu bolsas de estudo para formação no país e no estrangeiro.

54. Realizou-se um seminário nacional, com vista à preparação de um plano de acção para a obtenção de consenso sobre saúde reprodutiva, assim como um seminário para advogar a luta contra a mutilação genital feminina. A comemoração dos dias mundiais e nacionais relacionados com a promoção da saúde constituíram oportunidades para a produção e divulgação de mensagens destinadas a sensibilizar as populações para os problemas da saúde. Foram publicados e distribuídos quatro números do boletim informativo da OMS e um folheto.

### **Análise**

55. Apesar das dificuldades causadas pela escassez de material e de recursos financeiros, assim como pela falta de pessoal devidamente habilitado e pelos surtos de cólera e meningite, entre outras coisas, foi possível implementar de modo satisfatório o plano de acção bienal.

### **Conclusão**

56. O plano de acção para 2000-2001 foi preparado tendo em atenção as dificuldades encontradas na implementação do plano de acção de 1998-1999.

## **COMORES**

### **Introdução**

57. Durante o biénio de 1998-1999, o programa de cooperação técnica da OMS com as Comores permitiu atingir os objectivos prioritários do desenvolvimento sanitário nacional, com especial ênfase nas seguintes áreas: reforma do sector da Saúde e gestão das instalações; apoio às iniciativas de base comunitária e ao desenvolvimento de recursos humanos; promoção da saúde; higiene ambiental; prevenção e combate às doenças (promoção e uso de mosquiteiros impregnados de insecticida); vigilância epidemiológica.

## **Realizações**

58. As principais realizações foram: a operacionalização do plano nacional de desenvolvimento sanitário; a formulação do plano de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; a formulação de programas de formação para 1998-1999 e 2000-2001; a conclusão do quadro legal que rege todo o sector farmacêutico; a conclusão da política nacional de medicamentos, que aguarda aprovação do Governo; a mobilização e distribuição de verbas para a gestão das farmácias de distrito; o reforço do sistema de informação sanitária às populações; a sensibilização da população para os principais problemas de saúde; a formação de trinta jornalistas em questões relacionadas com a saúde; a formação de 38 trabalhadores em tratamento de mosquiteiros com insecticida e fornecimento de estojos a 17 centros de impregnação de insecticida; a formação e reciclagem de técnicos de laboratório; a compra e distribuição de medicamentos antipalúdicos; o fornecimento de equipamento de laboratório; a delineação e divulgação de informação sobre o programa nacional de luta contra as DST/SIDA; a realização de actividades mensais de vigilância activa; a adopção e divulgação da política nacional de combate à tuberculose e à lepra; a formação e reciclagem de 40 médicos e 19 técnicos de laboratório em combate à tuberculose e à lepra; a obtenção de uma cobertura vacinal de 80% nas crianças com menos de um ano; a realização de um inquérito nacional sobre saúde mental.

## **Análise**

59. O objectivo da cooperação técnica entre a República Federal Islâmica das Comores e a OMS foi prestar apoio para a consecução dos objectivos prioritários do país e para o reforço do sistema de saúde nas seguintes áreas: gestão, descentralização e integração dos programas e iniciativas de base comunitária no quadro dos cuidados primários de saúde, operacionalização dos distritos de saúde, formação de pessoal e combate às doenças. Os programas foram adequados e os recursos suficientes. Todavia, a preparação dos planos de implementação pelos departamentos competentes do Ministério da Saúde foi lenta. A limitada capacidade do Ministério, aliada à falta de material e de recursos financeiros próprios, prejudicou a eficácia da cooperação técnica. As constantes mudanças de Ministro da Saúde, assim como as crises sócio-económicas e políticas em que o país se viu envolvido durante o biénio foram outros factores que dificultaram a implementação das actividades programáticas.

## **Conclusão**

60. Para assegurar a implementação eficaz dos programas no futuro, será necessário: reforçar a capacidade de gestão do Ministério da Saúde Pública; assegurar a descentralização efectiva dos recursos e a autonomia do nível intermédio; prestar apoio técnico e material aos distritos sanitários; continuar a implementação do plano nacional de desenvolvimento sanitário; apoiar a reforma do sector da Saúde, especialmente através do apoio à gestão para reactivar a Iniciativa de Bamaco; reforçar as capacidades técnicas da Representação da OMS no país, para que esta possa dar um melhor apoio à implementação dos programas.

## **CONGO**

### **Introdução**

61. O programa bienal de cooperação técnica para 1998-1999 foi concebido e formulado tendo em conta a necessidade de apoiar as actividades de ajuda humanitária iniciadas após a guerra civil ocorrida em Brazzaville entre Junho e Outubro de 1997. A implementação das actividades ao abrigo deste programa foi interrompida com a crise que deflagrou em Dezembro de 1998. As necessidades humanitárias provocadas por essa crise exigiram duas revisões sucessivas dos programas, respectivamente, em Janeiro e Agosto de 1999. Essas revisões resultaram no reforço da maioria das actividades em curso e as actividades planeadas para o segundo ano foram simplesmente abandonadas, tendo-se definido novos objectivos.

## **Realizações**

62. As principais realizações limitaram-se ao seguinte: formação de profissionais de saúde em vigilância epidemiológica, a nível local; administração de medicamentos essenciais pelos profissionais de saúde nas unidades de saúde periféricas, em cumprimento das directrizes recebidas; desinfecção de estabelecimentos públicos e privados pelo Centro de Higiene; correcta gestão dos casos de infecções respiratórias agudas pelos profissionais de saúde nas unidades de saúde periféricas; correcta aplicação, pelos profissionais de saúde, dos protocolos para o tratamento do paludismo ligeiro e grave.

## **Análise**

63. A crise no Congo e as suas múltiplas consequências constituíram o principal obstáculo à implementação das actividades planificadas para o biénio de 1998-1999. As consequências mais significativas foram: a perda de equipamento de escritório; a instabilidade política que resultou no abrandamento da cooperação; a limitada movimentação das equipas, mesmo dentro de Brazzaville; grandes perturbações no sistema bancário, resultando na dificuldade de acesso às verbas que tinham sido transferidas para a implementação das actividades; a fraca capacidade de resposta do Ministério da Saúde, essencialmente devida à instabilidade dos funcionários das estruturas de gestão e dos serviços técnicos a nível central; a transferência das responsabilidades de gestão administrativa do pessoal da Sede Regional, que ficou em Brazzaville, para a Representação da OMS no país, sem provisões adequadas para tal; a demora ou ausência de resposta da Sede Regional a vários pedidos de compras locais, destinadas a ajudar a recriar as condições necessárias para o funcionamento da Representação.

## **Conclusão**

64. Apesar das dificuldades acima referidas, as actividades de emergência e ajuda humanitária realizaram-se, tendo-se atingido resultados significativos.

## **CÔTE D'IVOIRE**

### **Introdução**

65. Ao abrigo do seu programa de cooperação técnica com a Côte d'Ivoire, a OMS contribuiu para o reforço do sistema de saúde, de acordo com o Plano de Desenvolvimento Sanitário de 1996-2005. A operacionalização em curso do sistema distrital de saúde e a melhoria das competências do pessoal de distrito receberam apoio através de várias acções de formação e seminários. O presente relatório de avaliação baseou-se na análise dos relatórios e das actividades.

### **Realizações**

66. Como parte das medidas destinadas a melhorar as competências dos profissionais de saúde, organizaram-se vários seminários de formação e cursos de reciclagem. Um número elevado de pessoal recebeu formação, tanto na Côte d'Ivoire como no estrangeiro, em sintonia com os programas de saúde prioritários. Curandeiros tradicionais de 3 regiões receberam formação destinada a integrar a medicina tradicional nos cuidados primários de saúde. Em colaboração com o FNUAP e a UNICEF, a OMS contribuiu para o desenvolvimento das competências do pessoal encarregado do PAV, da AIDI e do combate à SIDA. A Organização encorajou a sensibilização e a advocacia a favor dos programas de combate à tuberculose e à úlcera de Buruli.

67. A vigilância epidemiológica foi intensificada e o tratamento dos casos graves de paludismo melhorou, enquanto se processava a devolução do programa de controlo da oncocercose. A qualidade das actividades realizadas foi tão boa que permitiu atingir plenamente as metas bienais. Os profissionais de saúde e as comunidades foram sensibilizados para a Iniciativa África 2000, para as vantagens dos estilos de vida

saudáveis e para os riscos associados às principais doenças endémicas e às doenças não-transmissíveis. A OMS contribuiu para a implementação de planos de acção sobre nutrição, saúde reprodutiva e saúde escolar.

### **Análise**

68. A cooperação técnica da OMS com o país beneficiou do empenho das autoridades nacionais, o que encorajou os parceiros do desenvolvimento a darem prioridade às intervenções dirigidas para os distritos e a aproveitarem as experiências positivas, para promoverem a cooperação técnica entre países em desenvolvimento. A programação das actividades com base nos resultados esperados tornou possível concretizar um acompanhamento e uma avaliação mais rigorosos. A delegação de competências no Representante da OMS facilitou a tomada de decisões. Apesar dos resultados conseguidos, a cooperação entre a OMS e a Côte d'Ivoire foi, de algum modo, dificultada pela insuficiência de pessoal na equipa do país e pela sobreposição das actividades planeadas com outras actividades nacionais.

### **Conclusão**

69. Se forem ultrapassados os obstáculos acima referidos, será possível garantir o êxito do programa de cooperação técnica da OMS com a Côte d'Ivoire, no próximo biénio.

## **REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CONGO**

### **Introdução**

70. A avaliação bienal de 1998-1999 baseou-se, sobretudo, em vários relatórios de actividades de campo, nos planos de implementação elaborados pelo Ministério da Saúde, no Orçamento-Programa de 1998-1999, nos relatórios semestrais, no relatório de avaliação intermédia de 1998 e nas revisões do orçamento durante este período.

### **Realizações**

71. As principais realizações durante o biénio foram: a elaboração e a divulgação de orientações para a vacinação em massa contra a meningite, o sarampo e a febre amarela; a elaboração de dois planos de acção provinciais, para integrar as intervenções de todos os parceiros do desenvolvimento; o desenvolvimento de recursos humanos, através da concessão de bolsas de estudo para formação local ou no estrangeiro; a sensibilização das pessoas e dos grupos interessados para a saúde reprodutiva e familiar; a elaboração de um plano nacional sobre a eliminação da mutilação genital feminina (MGF) e outras práticas tradicionais nocivas; a elaboração e implementação das actividades de maternidade segura; a comemoração dos dias mundiais da saúde; a formação em informação sanitária de 40 jornalistas da área da saúde; o êxito alcançado na implementação de duas JNV.

72. Outras realizações foram: a avaliação da Iniciativa AIDI; a criação de uma unidade especial de vigilância das doenças emergentes e reemergentes (por ex., Ebola, varíola do macaco e kinzo); a disponibilização de dados actualizados sobre as tendências do HIV/SIDA e DST pelos postos-sentinela; a actualização das políticas, estratégias e planos de acção nacionais de combate ao paludismo; a elaboração e a divulgação da política nacional e do correspondente plano de acção para o combate à oncocercose.



## **Análise**

73. Apesar da guerra, das situações de emergência e das catástrofes, um factor determinante do êxito da implementação do programa de cooperação da OMS foi a complementaridade entre as actividades planeadas do orçamento-programa ordinário e as que foram implementadas ao abrigo de projectos financiados por verbas extra-orçamentais. A supervisão das actividades empreendidas por uma equipa unida e dinâmica constituiu um valioso contributo para garantir a visibilidade das actividades da OMS no país. Foi igualmente benéfica a colaboração com o Ministério da Saúde, cujos funcionários estiveram associados a todo o processo, desde a planificação e supervisão das actividades de campo até à fase de avaliação.

74. A execução do Orçamento-Programa de 1998-1999 caracterizou-se por inúmeras dificuldades relacionadas com a guerra civil, que cortou o acesso às zonas ocupadas, excepto para as missões humanitárias e actividades específicas como as JNV. Esta situação particular, que prevaleceu ao longo de todo o biénio, levou o Governo a tomar medidas de excepção, que tiveram igualmente consequências negativas na implementação das actividades. No decurso da sua execução, o orçamento foi revisto duas vezes para adaptar as actividades planeadas às situações criadas pela guerra. Essas revisões dificultaram a consecução de alguns resultados esperados.

## **Conclusão**

75. Apesar das circunstâncias especiais que prevaleceram no país, a implementação do programa de cooperação foi considerada como bem sucedida, tanto no que diz respeito aos programas ao abrigo do orçamento ordinário como aos projectos financiados por verbas extra-orçamentais. A notável dedicação de todos os intervenientes que contribuíram para a implementação das actividades de campo é digna de registo, tal como o envolvimento pessoal do Ministro da Saúde e do seu Gabinete. Todavia, seria necessário informar devidamente todos os participantes no programa de cooperação sobre o uso dos novos instrumentos propostos pela Sede Regional. A Representação da OMS no país terá de usar esses instrumentos para exercer maior controlo sobre as despesas reais, a fim de dar cumprimento às directrizes propostas.

## **GUINÉ EQUATORIAL**

### **Introdução**

76. A situação sanitária na Guiné Equatorial durante o biénio de 1998-1999 continuou a constituir motivo de preocupação. Registaram-se no país elevadas taxas de mortalidade infantil (mais de 110 por 1.000 nados-vivos) e materna (mais de 350 por 100.000 nados-vivos). O perfil epidemiológico é dominado por elevada incidência de doenças transmissíveis, em especial o paludismo, as infecções respiratórias crónicas, as doenças diarreicas e a malnutrição. As principais prioridades da cooperação técnica entre a Guiné Equatorial e a OMS foram as seguintes: reforçar o combate a determinadas doenças transmissíveis, incluindo a SIDA e as epidemias; promover a reforma do sector da Saúde e os cuidados primários de saúde; integrar os serviços de saúde; promover um ambiente saudável no seio das comunidades; aumentar a disponibilidade de medicamentos essenciais.

### **Realizações**

77. As realizações mais significativas foram: o apoio técnico para a revisão do plano nacional de desenvolvimento sanitário; a actualização anual e a divulgação do perfil sanitário; os estudos para a

criação de um sistema de seguros de saúde; o reforço das capacidades nacionais nos distritos e a formação de profissionais de saúde fora do país; a intensificação das actividades de combate ao paludismo; a formação de comunicadores públicos e privados no sector da Saúde.

### **Análise**

78. O principal entrave à consecução óptima dos objectivos foi a escassez de recursos humanos. Além disso, o biénio foi marcado por determinados períodos de agitação social, especialmente durante o primeiro trimestre de 1998 e as eleições legislativas de Fevereiro-Março de 1999, que abrandaram a implementação das actividades.

### **Conclusão**

79. Não obstante algumas dificuldades de ordem económica, o programa de cooperação técnica da OMS com a Guiné Equatorial de 1998-1999 foi implementado de acordo com os objectivos estabelecidos. Com uma taxa global de utilização dos recursos financeiros de cerca de 90%, alcançaram-se todos os resultados esperados, com ênfase na reforma do sector da Saúde.

## **ERITREIA**

### **Introdução**

80. Para avaliar a implementação do plano de acção bienal de 1998-1999, a OMS e o Ministério da Saúde realizaram, em conjunto e com regularidade, múltiplas reuniões de revisão, elaboraram relatórios semestrais de monitorização e fizeram avaliações intermédias. O exercício de avaliação foi realizado em colaboração com os funcionários do Ministério da Saúde, o Director do Projecto PHARPE e os funcionários da Representação da OMS no país, através de reuniões preparatórias presididas pelo Representante da OMS.

### **Realizações**

81. Na área dos recursos humanos para a saúde, a OMS concedeu bolsas de estudo e organizou um curso de formação de curta duração para 18 directores de programas e profissionais de saúde. Deu-se apoio a 71 nacionais, para que pudessem participar em reuniões e frequentar acções de formação nas suas respectivas especialidades. Com verbas e ajuda de peritos da OMS, implementaram-se várias medidas preventivas contra o paludismo (isto é, a quimioprofilaxia, a construção de viveiros de peixe para o controlo biológico e para o combate integrado aos vectores). Deu-se formação a várias categorias de profissionais de saúde sobre o estudo da Eficácia Terapêutica da Cloroquina. Com a ajuda da OMS e de outras agências das Nações Unidas, realizou-se uma Conferência Nacional sobre a Iniciativa Fazer Recuar o Paludismo.

82. Mais de 58% das crianças com menos de um ano de idade receberam todas as vacinas, sendo a 3ª dose da vacina tríplice usada como indicador de vacinação total. As Jornadas Nacionais de Vacinação (JNV) decorreram normalmente, tendo sido vacinadas mais de 90% das crianças-alvo. A vigilância da paralisia flácida aguda foi reforçada e espera-se que a poliomielite seja erradicada até ao final do ano 2000. Elaborou-se a política nacional de luta contra o HIV/SIDA e constituiu-se uma comissão nacional de luta contra a SIDA. Elaborou-se um manual para tratamento e aconselhamento sobre o HIV/SIDA a nível de estabelecimentos de saúde e em casa. O apoio da OMS ao programa nacional de combate à SIDA, através do Grupo Temático da ONUSIDA, ajudou a reforçar a advocacia. Elaborou-se o primeiro relatório de vigilância-sentinelas e a OMS forneceu equipamento de escritório e outro material a vários programas

do Ministério da Saúde. Foi ainda reforçada a capacidade do pessoal do ministério nas delegações centrais e regionais.

83. A Representação da OMS recebeu e distribuiu alguns comunicados de imprensa, boletins informativos e outras publicações da OMS ao Ministério da Saúde, Faculdade de Ciências Médicas, outras instituições de formação de profissionais de saúde, associações profissionais médicas e paramédicas, meios de comunicação social e outras instituições afins. O Dia Mundial da Saúde, o Dia Mundial contra a SIDA, o Dia Nacional Sem Tabaco e as JNV, que se comemoraram em 1998-1999, tiveram o apoio da OMS.

### **Análise**

84. Os principais obstáculos à implementação das actividades planeadas durante o biénio foram as dificuldades logísticas, a falta de informação sanitária e demográfica e a escassez de recursos humanos para a saúde, o que foi agravado pelos conflitos fronteiriços. No entanto, a maioria das actividades do plano de acção foram concretizadas.

### **Conclusão**

85. O exercício de avaliação ajudou bastante a determinar o grau de sucesso alcançado na implementação dos planos de acção bienais. A experiência adquirida contribuirá para melhorar a planificação e a implementação no próximo biénio.

## **ETIÓPIA**

### **Introdução**

86. As principais áreas de cooperação da OMS com a Etiópia foram o desenvolvimento das capacidades de gestão, a prevenção e o combate às doenças e a promoção da saúde. Formularam-se 12 programas de colaboração entre a Etiópia e a OMS, em conformidade com o Programa de Desenvolvimento do Sector da Saúde (PDSS), que privilegiou uma abordagem descentralizada, para responder às necessidades das regiões com necessidade de ajuda especial.

### **Realizações**

87. A Etiópia reestruturou o seu sistema de prestação de serviços de saúde e adaptou os seus programas de formação em saúde para se ajustar à nova situação. A OMS reforçou a gestão regional e distrital da saúde em apoio ao processo de descentralização. Doze centros de formação regionais receberam apoio técnico e material e organizaram-se programas de formação pós-básica em gestão sanitária para mais de 300 profissionais de saúde.

88. Realizaram-se várias reuniões no país para promover a troca de experiências. Três regiões receberam apoio para produzirem localmente materiais de educação sanitária, tendo esse apoio sido fornecido em três das principais línguas locais. A OMS prestou apoio técnico e financeiro à implementação da Iniciativa África 2000, enquanto vinte unidades de saúde foram beneficiadas com instalações próprias de abastecimento de água potável e recolha de lixo. O projecto Cidades Saudáveis foi iniciado em cinco cidades.

89. A OMS apoiou um sistema integrado de informação para a gestão como uma das componentes do PDSS. A política nacional de medicamentos foi elaborada, impressa, distribuída e divulgada através de boletins e cartazes de informação sobre medicamentos.

90. Recolheram-se dez espécies de plantas medicinais, tendo sete delas sido usadas para a preparação de extractos. A eficácia das preparações biológicas está presentemente a ser avaliada. Adquiriu-se, instalou-se e pôs-se a funcionar em pleno um equipamento próprio para a extracção, standardização e formulação das dosagens. A OMS apoiou a formação de 22 enfermeiros em prestação de cuidados de saúde mental. Seis coordenadores de cursos frequentaram um curso de curta duração no Zimbabwe e organizaram-se cursos de reciclagem para vinte e três enfermeiros psiquiátricos que tinham uma formação prévia. A OMS ajudou ainda no reforço das actividades de vigilância e de combate às principais epidemias.

91. Os principais estabelecimentos de saúde do país receberam estojos de diagnóstico do HIV, bem como equipamento de laboratório. Para responder aos surtos epidémicos de paludismo, uma grande parte do orçamento ordinário da OMS foi destinada às actividades de combate a esta doença, enquanto um montante adicional de 100.000 dólares americanos foi desviado de outros projectos. Organizou-se a formação em serviço de 155 profissionais de saúde em atenção integrada às doenças da infância (AIDI). Além disso, duas escolas médicas etíopes formaram em AIDI 225 profissionais académicos e pessoal de apoio.

92. Em 1998 e 1999, respectivamente, a cobertura pela 3ª dose da tríplice foi de 57% e 66%, a cobertura anti-sarampo de 45% e 56% e a cobertura com a vacina oral anti-poliomielite foi de 107% e 100,9%. Nos mesmos períodos, a cobertura das crianças com menos de cinco anos para a erradicação da poliomielite foi de 9,1 milhões e de 10,7 milhões. A taxa de detecção prevista para a paralisia flácida aguda era de 1/100.000, mas os resultados de 1998 e 1999 foram, respectivamente, de 0,3 e 0,63 por 100.000.

### **Análise**

93. Os factores que facilitaram as realizações foram: a adopção do PDSS; a natureza federal do país, com o seu sistema descentralizado, em que as regiões são responsáveis pela efectiva implementação dos programas; a delegação de algumas competências pelo Director Regional no Representante da OMS no país. As principais dificuldades foram: a incapacidade do Governo de apresentar os relatórios financeiros e técnicos a tempo; a demora na apresentação do plano trimestral pelos departamentos responsáveis pela implementação; o não cumprimento da política de bolsas de estudo da OMS; a incapacidade de garantir colocação para a formação a curto e longo prazo; o desânimo do pessoal do Ministério da Saúde; a ocorrência de secas.

### **Conclusão**

94. O nível de implementação do plano de acção de 1998-1999 foi superior a 90%. O êxito da implementação do plano de acção de 2000-2001 será assegurado através de: reuniões regulares com os técnicos do Ministério da Saúde para avaliação dos progressos; visitas de campo para supervisionar o pessoal da OMS destacado para as unidades de saúde das regiões emergentes e para monitorizar os planos de trabalho com as regiões; aumento do orçamento da Representação da OMS, para reforçar a capacidade de consultoria técnica da Organização; desempenho de um maior papel de liderança técnica no grupo interagências.

## **GABÃO**

### **Introdução**

95. O principal objectivo do programa de cooperação técnica de 1998-1999 entre o Gabão e a OMS era fornecer cuidados de saúde de qualidade a toda a população do país. As prioridades do programa incidiram sobre: o desenvolvimento e gestão dos sistemas de saúde; a promoção dos cuidados primários de saúde, da saúde reprodutiva e da nutrição; o combate às doenças transmissíveis; a disponibilidade de medicamentos essenciais; o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; o combate às doenças mentais; a promoção da saúde ambiental e abastecimento de água potável, ao abrigo da Iniciativa África 2000. A avaliação do programa de cooperação incidiu sobre a implementação dos programas prioritários do plano de acção. As fontes de informação foram: os relatórios de actividades dos directores dos programas nacionais; os relatórios financeiros dos programas; os relatórios da equipa da OMS no país; a avaliação intermédia realizada em 1998.

### **Realizações**

96. Organizou-se o fórum das ONG e prestou-se apoio aos refugiados congolese. O Ministério da Saúde preparou um plano de formação a curto prazo e concedeu bolsas de estudo para formação em várias disciplinas. Adoptou-se a política nacional de medicamentos essenciais, cuja implementação ajudará a lançar a Iniciativa de Bamaco. A lista de medicamentos essenciais foi revista e organizou-se um seminário consultativo com curandeiros tradicionais. Formaram-se parteiras e organizou-se um seminário sobre a qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

97. No domínio dos comportamentos saudáveis e da saúde mental, preparou-se um plano para a reorganização do hospital psiquiátrico, organizou-se um curso de formação para algum pessoal do hospital e, ao mesmo tempo, estabeleceu-se um sistema de tratamento dos doentes mentais. As jornadas nacionais de vacinação contra a poliomielite de 1998 foram organizadas com êxito. Além disso, distribuiu-se ivermectina, fez-se a avaliação do impacto da oncocercose no Gabão e efectuou-se a cartografia da doença.

### **Análise**

98. Os factores que dificultaram a implementação dos programas foram: a insuficiência de recursos humanos; a fraca motivação do pessoal; a implementação de actividades não planeadas como resposta a pedidos do Ministério da Saúde; a deficiente distribuição dos recursos financeiros; a formulação imprecisa dos resultados esperados; o facto de alguns programas nacionais não estarem a funcionar.

### **Conclusão**

99. No próximo biénio, será necessário estabelecer objectivos realistas, tendo em conta a globalidade dos recursos financeiros e humanos do país, para se poder atingir os resultados previstos.

## **GÂMBIA**

### **Introdução**

100. O Acordo de Cooperação Técnica entre o Governo da Gâmbia e a OMS para 1998-1999 funcionou como quadro de implementação do programa de cooperação técnica de 1998-1999.

### **Realizações**

101. A finalização da componente sanitária do documento do sector social, com o apoio da OMS, constituiu uma realização importante nos esforços para ajudar o Governo a aproximar-se mais da resolução das prioridades de saúde, através de uma planificação adequada e da coordenação do apoio dos doadores. Alguns nacionais completaram uma formação de longo prazo, enquanto outros ainda se encontravam em formação em várias disciplinas da saúde. Alguns nacionais participaram em cursos e seminários de curta duração, para se manterem a par dos avanços e tendências na área da saúde, a nível mundial. Como parte da estratégia regional de informação e educação, a OMS patrocinou a participação de jornalistas num seminário sobre media, que se realizou em Nairobi.

102. Comemoraram-se os dias mundiais da saúde relevantes. Deu-se apoio às actividades do programa nacional de luta contra a SIDA, que incidiu sobre as pessoas que fazem comércio sexual, tendo a Iniciativa África 2000 recebido a devida atenção. Com o apoio da OMS, levaram-se a cabo actividades de remodelação e de formação, na área da eliminação sanitária de lixo, nas instalações de uma das equipas distritais de saúde (Mansakonko).

103. O plano de acção para a implementação do programa acelerado de combate ao paludismo foi totalmente implementado, embora com ligeiras modificações e adaptações, para corresponder às necessidades de mudança. Foram identificadas graves falhas na frota de veículos do Departamento de Estado da Saúde, tornando assim necessária, pela segunda vez, a reprogramação de algumas actividades, de modo a contemplar as alterações efectuadas. Assim, encomendaram-se sete veículos, um para cada uma das seis equipas distritais de saúde e o sétimo para o nível central.

104. Além de desempenhar um papel central nas actividades e supervisão das jornadas nacionais de vacinação contra a poliomielite, o PAV da Sede Regional adquiriu um veículo para a vigilância, por forma a reforçar as actividades de combate à paralisia flácida aguda associada à poliomielite, a nível do país. Na sequência da declaração do estado de catástrofe nacional, em Agosto de 1999, pelo Vice-Presidente e Secretário de Estado da Saúde, a OMS prestou apoio às vítimas das cheias nas províncias. Além disso, a OMS também forneceu estojos de emergência sanitária e participou nas actividades conjuntas das Nações Unidas para avaliar o grau dos danos sofridos.

105. As realizações mais marcantes, obtidas com o apoio da OMS, nas áreas da saúde reprodutiva e familiar e atenção integrada às doenças da infância (AIDI), foram: a conclusão do exercício de determinação das necessidades de maternidade segura; a divulgação dos resultados da transmissão de mãe - filho do HIV/SIDA/IST; a organização de reuniões de orientação sobre AIDI para decisores e peritos técnicos; a realização de um inquérito de base sobre mutilação genital feminina, no contexto da saúde reprodutiva; a realização de um inquérito nacional sobre as perturbações por carência de iodo.

## **Análise**

106. Verificaram-se frequentes alterações na chefia do Departamento de Estado da Saúde, o que tornou difícil uma implementação sistemática e lógica das actividades planeadas, conforme constavam do plano de acção. As necessidades de prestação de cuidados de saúde também sofreram constantes alterações. Assim, a Representação da OMS no país não teve outra alternativa senão adaptar-se às necessidades de uma situação em constante mutação e implementar as actividades por ela exigidas.

## **Conclusão**

107. Muito embora não tivesse sido possível uma implementação normal do plano de acção no período em análise, verificaram-se realizações dignas de registo e implementaram-se com êxito actividades não planeadas. Uma concertação e um diálogo mais frequentes com os homólogos nacionais na fase da planificação poderia assegurar uma maior liderança nacional dos programas de cooperação técnica e facilitar a implementação em devido tempo. Para este efeito, já foram estabelecidos os mecanismos relevantes para o próximo biénio.

## **GANÁ**

### **Introdução**

108. No período em análise, verificou-se a consolidação da implementação do plano de trabalho quinquenal do Ministério da Saúde, que engloba o quadro de implementação do processo de reforma do sector da Saúde no Gana. No interior do ministério, fizeram-se algumas alterações a nível de ministro e de técnicos superiores. As principais fontes de informação para o exercício de avaliação foram os relatórios dos programas e os relatórios técnicos e financeiros do Ministério da Saúde.

### **Realizações**

109. As principais realizações durante o biénio foram: a formação dos membros da equipa distrital de saúde em informação sanitária essencial e gestão dos programas de saúde; o importante contributo para a comemoração do Dia Mundial da Saúde; a implementação de sistemas de seguros de saúde em cinco distritos; a melhoria das competências do pessoal da administração regional e central na supervisão da gestão dos programas prioritários; a actualização das competências dos profissionais de saúde na detecção atempada e na gestão das epidemias; o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, através da atribuição de bolsas de estudo para formação local e externa em áreas relevantes; o aumento da cobertura psiquiátrica básica a nível distrital; a criação do programa de atenção integrada às doenças da infância; (AIDI); o reforço institucional para facilitar a confirmação dos surtos epidémicos; a revisão e a divulgação de instrumentos para fazer face a epidemias; a elaboração de um programa de combate à piã e dos protocolos para o tratamento desta doença; a produção e divulgação de orientações para tratamento da úlcera de Buruli; a actualização dos mapas da sensibilidade aos medicamentos antipalúdicos; o aumento do uso de materiais tratados com insecticida para a prevenção do paludismo.

## **Análise**

110. Um dos factores que facilitou a obtenção dos resultados foi a descentralização de competências para a emissão de autorizações de pagamento, o que resultou na execução atempada das actividades planeadas. Além disso, as boas relações existentes entre o Ministério da Saúde, a Representação da OMS e outros parceiros na área da saúde facilitaram o êxito da implementação do plano de acção.

111. Os factores que dificultaram a obtenção de resultados foram: as solicitações imprevistas durante a implementação do processo de reforma do sector da Saúde, o que levou à revisão de determinadas actividades e à reprogramação de algumas actividades de muitos programas; a baixa taxa de implementação das actividades no primeiro ano do biénio, o que exigiu a aceleração da implementação no segundo ano; a demora na transmissão dos relatórios financeiros e técnicos sobre as actividades implementadas; a substituição de funcionários importantes do Ministério da Saúde durante o período em análise; as dificuldades em receber as verbas necessárias para que as actividades do programa de erradicação das doenças pudessem atingir níveis operacionais, ao abrigo do processo de reforma do sector da Saúde.

## **Conclusão**

112. O biénio de 1998-1999 foi o período intermédio do plano de trabalho quinquenal do Ministério da Saúde. Em conformidade com a reforma do sector da Saúde, fizeram-se mudanças institucionais relativamente ao modo como o ministério era apoiado, para fornecer um pacote de serviços de saúde a nível distrital e fazer a articulação com os vários programas. A planificação e o financiamento conjuntos, bem como o acordo para a monitorização e a avaliação constituem os elementos-chave da abordagem conjunta para apoio ao sector da Saúde. Alguns parceiros e doadores que optaram por não entrar neste acordo forneceram, apesar de tudo, um apoio financeiro a áreas programáticas específicas do seu interesse.

113. No caso da OMS, as disposições para a prestação de apoio destinado à implementação das actividades permaneceram inalteradas. Embora a OMS não participe no financiamento comum, está envolvida nas actividades de monitorização e avaliação. As frequentes reuniões entre o pessoal dos programas e a equipa-país da OMS contribuirão para a melhoria da monitorização e avaliação da implementação plano de acção. A Representação da OMS aguarda esperançadamente os resultados de um estudo sobre o apoio financeiro prestado aos distritos para programas prioritários com limite temporal, especificamente para as actividades dos programas de erradicação da poliomielite e da dracunculose.

## **GUINÉ**

### **Introdução**

114. Apesar dos esforços envidados e dos resultados encorajadores obtidos nos últimos anos pela Guiné no domínio da saúde, continuam a subsistir graves problemas. As doenças infecciosas, parasitárias e nutricionais dominam o quadro epidemiológico, enquanto, por outro lado, doenças e problemas como a hipertensão, a diabetes, a toxicodependência e os acidentes rodoviários registam um forte aumento. Assim, as taxas de mortalidade infantil (136 por 1.000 nados-vivos), mortalidade juvenil (229 por 1.000 nados-vivos) e mortalidade materna (666 por 100.000 nados-vivos) continuam a ser elevadas.

### **Realizações**

115. As principais realizações foram: o fornecimento de equipamento de emergência a quatro distritos; a formulação de um plano nacional de desenvolvimento sanitário; a definição de uma política de financiamento da saúde; a constituição de uma biblioteca em cada distrito e o fornecimento a 10 distritos da documentação que solicitaram; a elaboração de um programa sobre saúde urbana; o início de dois programas de saúde comunitária com organizações não-governamentais; o reforço do sistema de gestão para 38 distritos de saúde; o desenvolvimento de recursos humanos, através da renovação das bolsas de estudo já concedidas e da atribuição de novas bolsas; a formação de pessoal a nível central e distrital em uso racional dos medicamentos; a formação de 50 curandeiros tradicionais em uso criterioso da medicina



tradicional; o reforço de duas estruturas encarregadas da promoção da saúde reprodutiva; a sensibilização de cinco associações de mulheres para a prevenção do tétano neonatal e da mutilação genital feminina; a mobilização social para a saúde, através da comemoração dos Dias Mundiais da Saúde; a formulação do plano de acção para a Iniciativa África 2000.

116. Outras realizações foram: a formação de 25 profissionais de saúde em vigilância das doenças; a organização de duas jornadas nacionais de vacinação; o lançamento de uma campanha de vacinação contra o tétano neonatal em 50% dos distritos; a formação de 20 profissionais de saúde encarregados das infecções respiratórias agudas e da supervisão do combate às doenças diarreicas em 25% dos distritos; a formação de profissionais de saúde em epidemiologia, prevenção do HIV/SIDA e tratamento de casos graves de paludismo; a devolução do programa de controlo da oncocercose; o equipamento de cinco laboratórios de distrito para reforçar a sua capacidade de combate às doenças transmissíveis; a avaliação do sistema nacional de informação sanitária; o fornecimento de equipamento a seis hospitais para testes de diagnóstico do HIV/SIDA; a avaliação do programa nacional de combate à oncocercose; o início de um projecto para promoção da saúde oral.

### **Análise**

117. Os factores que facilitaram as realizações acima referidas foram: a participação de funcionários nacionais em todo o processo de implementação; a monitorização constante da implementação das actividades pela equipa-país da OMS; o trabalho louvável desenvolvido pela equipa-país; as parcerias eficazes com outros intervenientes no sector da Saúde. As principais dificuldades encontradas foram: a sobreposição das actividades planeadas com outras actividades nacionais; a insuficiente coordenação entre os vários parceiros do sector; as demoras na implementação das actividades planeadas; o peso das actividades não planeadas.

### **Conclusão**

118. Consciente dos problemas de saúde que as comunidades enfrentam, o Governo da Guiné fez um esforço considerável para reforçar e expandir o seu sistema de saúde. Assim, foi possível alcançar 70% dos resultados esperados ao abrigo do programa de cooperação de 1998-1999, de acordo com as directrizes da OMS e com a plena participação dos respectivos intervenientes no país. A futura cooperação da OMS com a Guiné permitirá a esta prosseguir as reformas necessárias, para revitalizar o seu sistema de saúde, prevenir e controlar as doenças, promover e proteger a saúde da população e fornecer um financiamento adequado e regular para o bom funcionamento dos serviços de saúde. A OMS deve continuar a prestar o seu apoio com vista à consecução dos objectivos de saúde definidos pelo Governo.

## **GUINÉ-BISSAU**

### **Introdução**

119. O programa de cooperação entre a Guiné-Bissau e a OMS para o biénio de 1998-1999 foi executado em sintonia com as estratégias propostas pelo Ministério da Saúde e Assuntos Sociais, nomeadamente: o apoio institucional, a implementação do pacote mínimo de actividades, o desenvolvimento de recursos humanos, a implementação de uma política nacional de água e saneamento, o combate às doenças transmissíveis, a promoção da saúde da família e a política de medicamentos essenciais.

## **Realizações**

120. Criou-se uma comissão de gestão para a implementação do plano nacional de desenvolvimento sanitário, definiu-se o sistema de informação contabilística e redigiu-se o manual de procedimentos administrativos e financeiros. O apoio da OMS durante o conflito de 7 de Junho de 1998 esteve em consonância com o plano das Nações Unidas de apoio às actividades de emergência e ajuda humanitária.

121. A OMS financiou várias missões no estrangeiro e forneceu assistência técnica em várias áreas, incluindo: a formação de pessoal de nível superior; a finalização do plano nacional de recursos humanos; a informatização e a manutenção de bases de dados; a redacção do manual de procedimentos administrativos.

122. A OMS contribuiu para: a organização das jornadas nacionais de vacinação; a preparação do plano da iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo"; a formação em tratamento de casos graves de paludismo; o tratamento de mosquiteiros com insecticida; o lançamento das actividades nacionais de mobilização social e das jornadas de combate ao paludismo; a supervisão e a formação de técnicos de laboratório em diagnóstico da tuberculose e controlo da qualidade da baciloscopia; a formação de técnicos em diagnóstico das DST/SIDA; a sensibilização para a SIDA; a formação de técnicos de saúde e de voluntários em tratamento comunitário da oncocercose; a implementação de micro-projectos de base comunitária.

123. As realizações na área do combate às epidemias foram: a preparação do plano de prevenção e combate à cólera; o fornecimento de medicamentos, reagentes para o banco de sangue e vacinas contra o sarampo, a meningite e a febre amarela; o êxito obtido na gestão das epidemias de meningite e de sarampo; a preparação do plano de cooperação interpaíses, a que se chamou de "Iniciativa Saúde para a Paz".

124. A comissão nacional de gestão do plano de desenvolvimento sanitário retomou as suas actividades destinadas a ajudar as regiões sanitárias na planificação e análise dos acordos protocolares. Introduziram-se novas listas de medicamentos e formou-se pessoal no uso do manual de procedimentos administrativos e financeiros.

125. Foram detectadas e tratadas gravidezes de alto risco, tendo-se formado pessoal e criado estruturas de cuidados maternos nos hospitais. Deu-se igualmente formação ao pessoal em várias áreas e fez-se a tradução do manual sobre a atenção integrada às doenças da infância (AIDI). A Iniciativa África 2000 foi lançada a nível nacional, através da implementação de micro-projectos de base comunitária, tais como a construção de latrinas e a melhoria das fontes de água. Está em curso um estudo sobre a prevalência do HIV nas mulheres grávidas e foram implementadas algumas actividades de informação e educação relacionadas com o HIV/SIDA/DST.

## **Análise**

126. As excelentes relações de trabalho com o Ministério da Saúde e Assuntos Sociais contribuiu para a eficaz implementação das actividades. Funcionando como ponto fulcral para todas as acções sanitárias, a Representação da OMS no país serviu de ligação entre o ministério e outros organismos de cooperação, tendo desempenhado um papel catalisador no processo de implementação. Os resultados da implementação do programa bienal não foram totalmente satisfatórios, devido à crise política e militar de 7 de Junho de 1998. Essa situação teve consequências muito graves em todo o sistema de saúde: fuga de pessoal, falta de motivação do pessoal devido a salários muito baixos e destruição do sistema de saúde, incluindo as infra-estruturas e a logística.

## **Conclusão**

127. Globalmente, o contributo da OMS foi bastante positivo, apesar do conflito armado que dificultou a implementação das actividades programadas. Embora o plano nacional de desenvolvimento sanitário não tivesse sido implementado desde o primeiro ano de lançamento, levaram-se a cabo, com a ajuda de planos de emergência, importantes acções destinadas a reposicionar o sistema de saúde.

## **QUÉNIA**

### **Introdução**

128. A avaliação baseia-se em vários relatórios de programas do Ministério da Saúde nomeadamente em relatórios de pós-actividade, relatórios anuais, relatórios de análises programáticas e documentos estratégicos e planos de acção específicos do ministério. Além disso, realizaram-se debates e reuniões consultivas com vários directores de programas.

### **Realizações**

129. A promoção da saúde efectuou-se com êxito em todo o país, particularmente durante a comemoração dos dias da saúde internacionalmente reconhecidos. Em 1998, disponibilizou-se material de emergência nas 72 horas que se seguiram à explosão da bomba em Nairobi. Prestou-se apoio ao desenvolvimento do Plano Estratégico Nacional do Sector da Saúde para 1999-2004. Os resultados do estudo de descentralização, apoiado pela OMS e outros parceiros, foram usados para aperfeiçoar as abordagens à descentralização. Em três distritos, fizeram-se testes prévios do instrumento da Sede Regional para avaliar a operacionalidade dos sistemas distritais de saúde.

130. O Programa de Implementação da Política Nacional de Medicamentos do Quénia, que foi executado com o apoio técnico da OMS, obteve os seguintes resultados: operacionalização de uma comissão nacional de farmácia e terapêutica; elaboração de directrizes sobre donativos de medicamentos ao Quénia e sobre recolha segura de lixo farmacêutico; elaboração de material didáctico sobre a gestão eficaz e o uso racional dos medicamentos; revisão e actualização da legislação farmacêutica. Deu-se também apoio financeiro e técnico à unidade de coordenação dos fornecimentos médicos do Quénia, para a transformar num organismo semi-autónomo de aprovisionamento de medicamentos.

131. Deu-se apoio a: três estudantes, para tirarem cursos de pós-graduação em saúde pública em universidades do Quénia; quatro estudantes em epidemiologia aplicada; colocação de seis estudantes de radiologia pós-graduados na unidade de formação rural. Deu-se também apoio para a revisão do sistema distrital de informação para a gestão sanitária e para os instrumentos usados a esse nível. Realizaram-se actividades de desenvolvimento de capacidades, em 10 distritos, para parteiras diplomadas, membros das equipas distritais de saúde e parteiras tradicionais. A sensibilização das autoridades sanitárias para a atenção integrada às doenças da infância (AIDI) conduziu à sua introdução sistemática no país.

132. Foi ainda dado apoio ao seguinte: avaliação da água e saneamento no distrito de Thika e da qualidade da água em três municípios; reforço do Departamento de Saúde Ambiental na Universidade Moi; elaboração de uma política de saneamento. Com base em dados resultantes de uma avaliação da seroprevalência do HIV realizada em 23 postos-sentinelas, o Governo declarou, em Dezembro de 1999, a SIDA como uma catástrofe nacional. Para reforçar a vigilância das doenças a nível distrital, deu-se apoio à delimitação de um quadro estratégico nacional para ser usado a todos os níveis.

133. Deu-se apoio à formulação e distribuição, em todo o país, de orientações para o tratamento do paludismo. Em três províncias, levaram-se a cabo actividades de formação em distritos propensos a

epidemias. Elaboraram-se, publicaram-se e distribuíram-se, em 13 desses distritos, orientações para a preparação para as epidemias e respectivo controlo. Procedeu-se à formação das respectivas equipas provinciais de saúde. Além disso, reforçou-se o programa alargado de vacinação e prestou-se apoio sustentado ao programa de erradicação da poliomielite. Através de uma advocacia concertada, a contribuição do governo para o programa subiu de um nível mínimo para cerca de 33%, entre 1997 e 1999. Em 1998 e 1999, efectuaram-se duas rondas de jornadas nacionais de vacinação por ano, com uma cobertura de 82%. A taxa de detecção da paralisia flácida aguda subiu de 0,07 para 1,64 por 100.000.

### **Análise**

134. As realizações ficaram a dever-se, em grande medida, à actividade e empenhamento da Comissão de Coordenação Interagências, criada durante este período. Não foram possíveis realizações mais importantes devido à deterioração das infra-estruturas a nível distrital e à logística dos transportes, à fraca motivação do pessoal e à cessação do apoio de alguns parceiros. A falta de estratégias de informação, educação e comunicação também dificultou a implementação dos programas. Outras dificuldades foram: a greve dos enfermeiros durante o período de Novembro de 1998 a Fevereiro de 1999; a calendarização de actividades prioritárias recentes; a ocorrência de surtos epidémicos.

### **Conclusão**

135. Apesar dos factores adversos, as realizações durante o biénio foram, de modo geral, notáveis. Em particular, é de notar a adopção do Plano Estratégico Nacional do Sector da Saúde, assim como das estratégias de AIDI e maternidade segura. A OMS é, presentemente, considerada como o principal líder na área do desenvolvimento sanitário.

## **LESOTO**

### **Introdução**

136. As principais fontes de informação para a avaliação bienal foram os relatórios dos directores de programas, os relatórios trimestrais da equipa-país da OMS, os relatórios dos seminários, os relatórios das visitas de supervisão e as entrevistas e reuniões com funcionários do Ministério da Saúde e Assuntos Sociais. Em Julho de 1999, fez-se uma reunião de três dias para analisar a implementação do plano de acção de 1998-1999. Nessa reunião, o ministério foi representado por Sua Excelência, o Ministro da Saúde, pelo Primeiro Secretário, por funcionários superiores da sede do ministério, dos distritos e das zonas de saúde, estando a OMS representada pelo seu Representante no país e pelos membros da equipa da OMS.

### **Realizações**

137. As principais realizações durante o biénio foram: a análise da implementação da Iniciativa de Bamaco; a formulação parcial da política nacional de medicamentos; a formação em política de segurança alimentar; a realização do estudo básico sobre saúde dos adolescentes e do manual de formação sobre o mesmo tema; a formação sobre a iniciativa nacional de maternidade segura e sensibilização dos distritos para essa iniciativa; a introdução parcial da atenção integrada às doenças da infância (AIDI); o êxito das comemorações dos dias internacionais da saúde; a compra de modelos dentários para demonstração; o desenvolvimento de capacidades e redes de comunicação entre os estabelecimentos de saúde, para a preparação e resposta às situações de emergência, assim como a formulação de planos para as urgências hospitalares; a elaboração de uma política e de um plano estratégico de luta contra o HIV/SIDA, assim como a publicação do relatório de vigilância-sentinelas do HIV, de 1996-1997.

## **Análise**

138. O Lesoto conseguiu êxitos consideráveis no biénio de 1998-1999. A melhor cooperação entre a Representação da OMS no país e os funcionários correspondentes no Ministério da Saúde e Assuntos Sociais, as visitas de campo conjuntas com esses funcionários e as reuniões *ad hoc* tidas com o pessoal dos programas do ministério contribuíram largamente para se alcançar a maioria dos resultados esperados. A planificação multisectorial, particularmente em campanhas como as anti-poliomielite, tuberculose e sarampo, assim como a comemoração dos dias mundiais da saúde e a iniciativa anti-tabagismo foram outros factores determinantes. A resposta que a OMS deu em tempo oportuno aos pedidos de assistência técnica facilitaram muito o trabalho a nível do país.

139. Durante o biénio, o Lesoto sofreu uma grave seca. A situação foi agravada pelo grande número de despedimentos de trabalhadores do sexo masculino da indústria mineira da República da África do Sul. Os níveis crescentes de desemprego exacerbaram a prevalência da situação de miséria, estimada em 54% nas zonas rurais e em 27% nas áreas urbanas. Como o primeiro ano do biénio foi ano de eleições no Lesoto, o primeiro semestre de 1998 caracterizou-se por campanhas políticas e agitação. Consequentemente, a maioria dos programas iniciou as actividades de implementação em 1999. Este início tardio da implementação, bem como a decisão de suspender a maior parte das actividades das jornadas nacionais de vacinação contra a poliomielite e o sarampo e a limitada capacidade institucional do ministério exigiram a reprogramação de algumas verbas, o adiamento das actividades para o biénio seguinte e a implementação de actividades não planeadas. As substituições constantes dos directores dos programas e o grande número de saídas de pessoal superior do ministério dificultaram ainda mais a implementação dos programas.

## **Conclusão**

140. A boa planificação, um ambiente político propício e a estreita colaboração com os funcionários correspondentes no Ministério da Saúde e Assuntos Sociais são essenciais para a implementação das actividades bienais da OMS. No próximo biénio, a Representação da OMS assegurar-se-á de que todos os parceiros entenderão devidamente os procedimentos da OMS para pedidos de assistência. Serão formalizadas reuniões regulares de avaliação, em que os progressos realizados na implementação do plano de acção serão apresentados e os problemas analisados.

## **LIBÉRIA**

### **Introdução**

141. A Libéria continuou a enfrentar numerosos e complexos problemas de transição da guerra para a paz. Uma conferência nacional sobre planeamento da saúde, patrocinada conjuntamente pelo PNUD e OMS, e que se realizou em 1997, definiu o quadro para a prestação de cuidados de saúde em 1998-1999. Neste período procedeu-se à descentralização do sistema de saúde, com o restabelecimento e o reforço de delegações de saúde nos 13 condados do país. O desenvolvimento sanitário, que gradualmente começava a consolidar-se, foi interrompido em Abril e, com maior gravidade, em Agosto de 1999, pela situação de crise no país.

### **Realizações**

142. Deu-se início à elaboração de uma política nacional de saúde, como apoio à reforma do sector da Saúde e, ao mesmo tempo, completaram-se as orientações sobre enfermagem, nutrição, cuidados primários de saúde, mulheres e saúde, e saúde ambiental. O ensino da medicina continuou a ser apoiado

através de: subsídios salariais a 32 professores e pessoal da Faculdade de Medicina; material didáctico, equipamento de laboratório e auxiliares de ensino para as instituições de formação; fornecimento de energia eléctrica e de veículos para as deslocações dos estudantes. Seis nacionais beneficiaram de bolsas para estudos de graduação no estrangeiro.

143. Com o apoio da OMS, completaram os seus estudos básicos 11 médicos, 2 farmacêuticos e 196 profissionais de saúde de nível médio, enquanto 66 completaram formação básica em cuidados primários de saúde. Implementaram-se programas de formação para desenvolvimento de capacidades nacionais em uso racional de medicamentos, combate ao paludismo, vigilância das doenças, promoção da saúde, e saúde e saneamento, para um grande número de membros das comunidades em todo o país. Na área da saúde reprodutiva, deu-se formação a parteiras tradicionais dos campos de deslocados internos em 2 condados e a 20 parteiras em uso de partogramas, tendo 2 funcionários superiores nacionais recebido formação nas Maurícias.

144. O Ministério da Saúde e as unidades de saúde periféricas foram abastecidas com medicamentos essenciais e material médico, incluindo medicamentos contra a tuberculose e antipalúdicos, estojos para parteiras tradicionais e material de saneamento. O Governo recebeu oito veículos para reforçar a coordenação e a supervisão a nível central. Realizaram-se estudos sobre epidemias de febre amarela nos condados de Nimba e Lofa, tendo as campanhas que se seguiram atingido níveis de cobertura vacinal de, respectivamente, 89,5% e 50%. Investigaram-se epidemias de disenteria diarreica devida a shigellosis resistente e distribuiu-se ácido nalidíxico. Além disso, investigaram-se e controlaram-se os surtos epidémicos de cólera que ocorreram em 4 dos 13 condados do país.

145. Para incentivar a cooperação regional, a OMS reintroduziu a Libéria nas comunidades de saúde regionais e sub-regionais. Reforçou-se a colaboração entre a Representação da OMS na Libéria e as Representações de outros países da Região Africana, sobretudo na área do combate às doenças, em particular em vigilância da paralisia flácida aguda, combate à febre amarela e às doenças diarreicas. A parceria com as ONG foi reforçada com a criação de uma secção OMS/ONG na Representação da OMS, tendo-se realizado um seminário para obtenção de consensos. Ao artigo do programa de cooperação técnica OMS/Libéria, executaram-se projectos de saúde reprodutiva, luta contra o HIV/SIDA, cuidados primários de saúde e vigilância das doenças, com financiamento de outras agências das Nações Unidas. Realizaram-se estudos de eficácia da cloroquina em Bong e Maryland. No que diz respeito ao HIV/SIDA na Libéria, fez-se a análise da situação, tendo o respectivo plano estratégico recebido financiamento do programa ONUSIDA. Finalmente, deu-se início à avaliação das necessidades na área da maternidade segura.

## **Análise**

146. Os principais factores que contribuíram para a não implementação de algumas das actividades planeadas foram: a limitada capacidade do Ministério da Saúde para a implementação dos programas; a resposta tardia às situações de emergência; a demora nas respostas da Sede Regional aos pedidos de assistência técnica para o estudo sobre micronutrientes; as constantes substituições de funcionários superiores no Ministério da Saúde. Durante o biénio, houve 2 ministros da saúde, 2 médicos-chefes e 2 inspectores.

## **Conclusão**

147. As perspectivas de implementação das actividades de cooperação técnica da OMS para o novo biénio são boas, visto existirem condições favoráveis para a paz e para a estabilidade económica e política. Muitos dos profissionais da saúde regressaram a suas casas e espera-se que mais ainda o façam, se a situação permanecer estável.

## **MADAGÁSCAR**

### **Introdução**

148. Durante o biénio, a cooperação entre Madagáscar e a OMS contribuiu para a implementação da política nacional e do plano director elaborado pelo Ministério da Saúde. O programa de cooperação técnica tornou possível obter alguns resultados positivos no desenvolvimento do sistema de saúde e no combate às doenças, contribuindo assim para a redução da pobreza em Madagáscar.

### **Realizações**

149. A reforma do sistema de informação sanitária facilitou a recolha de dados fiáveis para a preparação da lista estatística e para o desenvolvimento e gestão do sistema nacional de saúde. Fez-se um estudo do financiamento dos serviços sociais essenciais à luz da iniciativa 20%-20% , em colaboração com o sistema das Nações Unidas. Para facilitar o desenvolvimento do sistema nacional de saúde, prepararam-se: um guia para elaborar planos distritais de desenvolvimento; um documento sobre o pacote mínimo de actividades em centros de saúde básicos; um guia para a operacionalização da participação financeira dos utentes, com orientações sobre tarifas e princípios e modalidades de pagamento; um documento sobre a autonomia financeira dos hospitais distritais; módulos de formação para a gestão das unidades de planeamento familiar, em colaboração com a União Europeia.

150. O Ministério da Saúde, a OMS e a UNICEF formularam e lançaram um plano de acção conjunto para o programa Fahasalamana Iraisam-Bahoaka/Iniciativa de Bamaco e fizeram a revisão dos respectivos instrumentos de gestão. Prepararam-se documentos de orientação sobre saúde oral e saúde escolar. A política nacional de saúde foi revista, no sentido de tomar em consideração a prevenção da cegueira, a qualidade dos cuidados e a saúde reprodutiva.

151. A OMS contribuiu para o desenvolvimento de recursos humanos, através da formação de: 15 funcionários nacionais em metodologia da investigação em sistemas de saúde; 36 membros de 12 equipas de saúde em planificação, gestão, monitorização e avaliação na área da saúde; cerca de 40 gestores de produtos farmacêuticos em hospitais de referência. Cinco inspectores médicos receberam bolsas de estudo da OMS para frequentarem localmente, no Centro de Formação de Befelatanana, cursos de saúde pública e comunitária e 16 estudantes de pós-graduação beneficiaram de internatos de curta duração no Senegal e na Côte d'Ivoire.

152. As realizações na área do combate às doenças foram: o início da formação de um núcleo de formadores, em cada província, em implementação da atenção integrada às doenças da infância (AIDI); a aplicação da estratégia DOTS; o apoio à campanha de eliminação da lepra, que foi intensificada em 20 distritos de saúde; a implementação do programa de combate ao paludismo, abrangendo dois ciclos de pulverização de DDT nas terras altas, o tratamento de casos e o uso de mais de 20.000 mosquiteiros impregnados com insecticida; a organização de jornadas nacionais de vacinação com taxas de cobertura entre 112 e 119%; a prestação de apoio consultivo, medicamentos e material de higiene por ocasião da epidemia de cólera que ocorreu em Março-Abril de 1999.

### **Análise**

153. A delegação de competências para emissão de autorizações de pagamento nas Representações nos países resultou em: eliminação dos atrasos na disponibilização de verbas, em resposta aos pedidos do Ministério da Saúde; melhor monitorização das verbas disponibilizadas; eficaz monitorização das actividades para as quais as verbas foram disponibilizadas. A maior dificuldade esteve relacionada com o facto de a implementação dos programas estar limitada aos departamentos que já estavam

sobrecarregados com outras actividades planeadas pelo ministério.

## **Conclusão**

154. A cooperação entre Madagáscar e a OMS contribuiu para: o desenvolvimento do sistema nacional de saúde, o desenvolvimento de recursos humanos; a formulação de políticas de saúde oral e de saúde escolar; a intensificação dos programas de combate às doenças transmissíveis e de vigilância epidemiológica. Durante o próximo biénio, contudo, será dada ênfase à redução da pobreza, através da promoção do acesso da maioria da população a cuidados de saúde de qualidade, usando uma abordagem global de cuidados de saúde.

## **MALAWI**

### **Introdução**

155. A Representação da OMS continua a desempenhar um importante papel na coordenação das acções de saúde, com outras agências das Nações Unidas e organismos de cooperação bilateral e multilateral. As suas actividades de advocacia em nome do Ministério da Saúde Pública são cada vez mais importantes.

### **Realizações**

156. As principais realizações durante o biénio foram: o desenvolvimento de capacidades, através da formação de diferentes categorias de profissionais de saúde; a implementação da atenção integrada às doenças da infância (AIDI), em seis distritos; o reforço do sistema de saúde a nível distrital e nacional e a elaboração de políticas; o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, através da atribuição de bolsas de estudo pela OMS; a produção e divulgação de mensagens de informação sanitária e de materiais de formação em AIDI; a comemoração do Dia Mundial contra a SIDA; a protecção de 60 fontes de água e a construção de 60 latrinas melhoradas; a redução da malnutrição infantil; a melhoria da qualidade dos serviços de saúde reprodutiva; a compra e distribuição de medicamentos.

### **Análise**

157. A cordial relação e cooperação entre a Representação da OMS e o Ministério da Saúde e População (MSP) facilitou a implementação do plano de acção bienal. A falta de pessoal na Representação e no ministério afectou negativamente a implementação do programa. A demora do Governo em apresentar os relatórios de actividades e financeiros, para facilitar o pagamento das despesas assumidas, impediu que, no final do biénio, alguns programas tivessem completado as actividades planeadas. A maioria dos programas não recebeu uma dotação orçamental adequada no início do biénio. Os pedidos de reforço de verbas que os directores dos programas do governo apresentaram não puderam ser satisfeitos, devido às restrições do orçamento ordinário.

## **Conclusão**

158. O aumento da transparência e a frequente troca de informação, através de vários fóruns, seminários e reuniões formais regulares com o pessoal do MSP reforçaram muito o grau de confiança do Governo na OMS. A carência de recursos materiais deve ser tratada através de uma dinâmica agressiva de mobilização de recursos. A insuficiência de recursos humanos continuará a constituir um problema no futuro próximo, mas a OMS continuará a fazer o possível por apoiar a Faculdade de Medicina, aumentando o número de bolsas de estudo, para reforçar as capacidades nacionais.



## **MALI**

### **Introdução**

159. A informação para a presente avaliação foi extraída dos relatórios semestrais de 1998 e 1999, do relatório anual de 1998, dos relatórios mensais ou trimestrais da equipa-país e dos relatórios técnicos do Ministério da Saúde.

### **Realizações**

160. Prepararam-se o Plano Decenal de Desenvolvimento Social e Sanitário e o Programa Quinquenal de Desenvolvimento Social e Sanitário, assim como os respectivos instrumentos de implementação. A colaboração entre o Ministério da Saúde e as ONG envolvidas no sector da Saúde melhorou e deu-se início à investigação operacional. O sistema de informação hospitalar melhorou, em conformidade com as novas prioridades adoptadas no âmbito do Programa Quinquenal de Desenvolvimento Social e Sanitário. Fez-se a avaliação da Iniciativa de Bamaco e puseram-se a funcionar sete centros comunitários de saúde.

161. Deu-se formação a prescritores de medicamentos em três regiões do Norte, realizou-se um estudo sobre os determinantes do comércio ilícito de medicamentos e garantiu-se o controlo de qualidade dos medicamentos. O Conselho de Bolsas de Estudo foi revisto, atribuíram-se dezoito novas bolsas e fez-se a avaliação dos anteriores bolseiros. Reforçou-se o programa de mobilização política e social, através da organização de vários dias para a comemoração e publicitação de eventos.

162. Prepararam-se normas e procedimentos na área da saúde reprodutiva e planeamento familiar, tendo-se igualmente efectuado um estudo para determinar o perfil das pessoas idosas. Deu-se formação a setenta profissionais de saúde e assistentes sociais em tratamento das pessoas idosas em casa e nos hospitais. O programa nacional de saúde mental encontra-se em fase de revisão e prepararam-se dez planos de saúde urbana. Reforçaram-se os mecanismos de participação comunitária, cooperação intersectorial, comparticipação nos custos e envolvimento do sector privado. O controlo de qualidade da água potável foi garantido com regularidade nos centros urbanos.

163. Adoptaram-se módulos genéricos para a atenção integrada às doenças da infância (AIDI). Formaram-se catorze profissionais de saúde e assistentes sociais, em tratamento de casos, tendo dez outros recebido formação para facilitadores. Reforçou-se a capacidade nacional para combater as epidemias de meningite, cólera e sarampo, sobretudo com a criação de uma equipa de intervenção rápida, a melhoria do laboratório nacional de referência, a revisão do plano nacional de prevenção e resposta às epidemias e a formação de 40 médicos em gestão das epidemias nos distritos.

164. Fez-se a avaliação do segundo Programa Intermédio de Combate às DST/SIDA e reforçaram-se os centros de transfusão de sangue em duas regiões, existindo actualmente dez técnicos que dominam as técnicas de transfusão. As actividades de combate à tuberculose e ao paludismo foram descentralizadas, através da implementação da estratégia DOTS em 30 distritos e da formação de 45 médicos em tratamento do paludismo agudo. A avaliação do PAV revelou que a cobertura vacinal ficou aquém das metas estabelecidas e que as taxas de desistência no que respeita à 1ª dose/3ª dose da vacina tríplice + antipoliomielítica (DTP1/DTP3) foram elevadas. A 2ª e 3ª rondas das jornadas nacionais de vacinação (JNV) contra a poliomielite incluíram a administração de vitamina A e a vacinação contra o sarampo,

tendo as taxas de cobertura alcançadas excedido os 100%. A vigilância epidemiológica da dracunculose prosseguiu nas zonas onde a doença é endémica, tendo a taxa de redução sido de 98%.

### **Análise**

165. O Programa Quinquenal de Desenvolvimento Social e Sanitário serviu de referência a todas as actividades e reforçou a cooperação com o Ministério da Saúde na respectiva planificação. Além disso, incentivou o empenho político na organização das JNV contra a poliomielite, garantiu a disponibilidade em tempo oportuno dos recursos financeiros e um diálogo permanente entre todos os parceiros do desenvolvimento. A inadequação dos serviços técnicos, as fragilidades na coordenação das actividades, as demoras administrativas e a instabilidade do pessoal foram alguns dos factores que dificultaram a implementação dos programas.

### **Conclusão**

166. A implementação do programa de cooperação de 1998-1999 revelou que, por um lado, o diálogo permanente entre os vários parceiros e, por outro, entre esses parceiros e o Ministério da Saúde, constituiu o principal factor determinante da eficácia e da eficiência das acções empreendidas.

## **MAURITÂNIA**

### **Introdução**

167. No decorrer do biénio em apreço, adoptou-se uma abordagem sectorial para o desenvolvimento sanitário nacional. O novo plano de desenvolvimento sanitário nacional para 1998-2002 destinava-se a garantir a toda a população, no ano 2002, o melhor estado de saúde possível e a estabelecer a base de um desenvolvimento sanitário sustentado, por meio de seis prioridades principais. Em Outubro de 1999, fez-se a terceira revisão anual do projecto de apoio ao sector da Saúde. Os resultados demonstraram que, embora se tivessem feito alguns progressos, os indicadores sanitários ainda estavam aquém das expectativas.

### **Realizações**

168. As realizações registadas durante o biénio foram: a preparação e implementação de um plano integrado de desenvolvimento social e sanitário; a prestação de apoio a várias iniciativas de base comunitária; a organização de um seminário de consenso sobre os resultados da avaliação do sistema nacional de informação sanitária e suas perspectivas futuras; a organização de um seminário para a selecção de indicadores de monitorização e avaliação; a divulgação de informação biomédica e sanitária essencial e a distribuição da Biblioteca Azul da OMS a 8 das 13 regiões do país; a análise da situação do sector farmacêutico e a preparação do projecto da política nacional de medicamentos; a análise da situação da recuperação dos custos nos hospitais; a prestação de apoio financeiro à formação de 6 médicos especialistas e 4 de clínica geral; o reforço de duas instituições médicas e paramédicas; a criação de uma nova secção de formação na Escola Nacional de Saúde Pública, destinada a envolver os futuros médicos na implementação da iniciativa da maternidade segura; a elaboração de um plano de acção detalhado para a implementação de um sistema de garantia de qualidade; a criação de um projecto de maternidade segura na região de Nouakchott; a comemoração dos dias mundiais da saúde; a conclusão de um plano de acção sobre nutrição.

169. Outras realizações foram: a participação do Presidente da República nas jornadas nacionais de vacinação (JNV), que incluíram a administração de vacinas contra o sarampo e de vitamina A; o reforço das actividades de rotina do PAV; a introdução da AIDI; o alargamento da poli quimioterapia a três regiões; a preparação de um plano de acção trienal de combate à tuberculose; a criação de um sistema integrado de vigilância epidemiológica; a institucionalização de uma comissão multisectorial de vigilância epidemiológica; a formação de pessoal em vigilância epidemiológica, em todo o país; a melhoria das capacidades nacionais para o combate ao paludismo; a constituição de um *stock* prontamente disponível de medicamentos antipalúdicos e de solução de glicose intravenosa, para fazer face a epidemias; a criação de 140 centros de tratamento de mosquiteiros; a organização, sob os auspícios do Primeiro Ministro, das 4ª e 5ª jornadas nacionais de mobilização social para o combate ao paludismo; a conclusão de um plano de acção trienal para a implementação do programa Fazer Recuar o Paludismo (FRP); as análises sistemáticas de sangue para transfusões; a formação de profissionais de saúde, em 6 das 13 regiões do país, em tratamento das síndromes de doenças sexualmente transmissíveis .

### **Análise**

170. Apesar das realizações registadas, a inadequada coordenação dos parceiros do desenvolvimento causou dificuldades na implementação de alguns programas. Outros problemas encontrados estiveram relacionados com a fraca capacidade dos hospitais das regiões, a inadequada descentralização das actividades e a inexistência de uma política de medicamentos.

### **Conclusão**

171. A implementação das actividades prioritárias e a consolidação das realizações prosseguirá, através dos 17 programas implementados ao abrigo do programa de cooperação técnica para 2000-2001. Nesse sentido, apoiar-se-á a descentralização, para garantir um desenvolvimento regional integrado, formular uma política de medicamentos, assegurar a vigilância das doenças transmissíveis e reforçar o combate às doenças mais comuns. Os esforços para melhorar o sistema de monitorização e avaliação serão intensificados, incluindo o desenvolvimento de capacidades nacionais.

## **MAURÍCIAS**

### **Introdução**

172. O programa de cooperação entre a OMS e o Governo das Maurícias foi implementado através do plano de acção bienal de 1998-1999. Foi atribuído o montante de 1.221.600 dólares americanos para a implementação do programa de cooperação técnica durante o biénio de 1998-1999.

### **Realizações**

173. A OMS apoiou a formulação e desenvolvimento de uma nova abordagem para a prestação de cuidados de saúde. Iniciou-se um projecto-piloto numa região relativamente mal servida, com vista a transformar dois dos actuais centros de cuidados de saúde (Medi-Clinics) em clínicas médicas, que funcionarão como hospitais de cuidados médicos diurnos. A OMS também deu formação a pessoal médico e paramédico da Medi Clinics, em gestão da saúde a nível distrital e sistema de gestão sanitária baseada na informação. A OMS prestou apoio para a melhoria do funcionamento das infra-estruturas de saúde, tanto a nível de hospitais como a nível periférico. Realizou-se com êxito um estudo nacional sobre dados básicos e prevalência das doenças não-transmissíveis, com o apoio técnico dos Centros de

Colaboração da OMS. No entanto, as verbas atribuídas ao abrigo do orçamento ordinário consagrado ao país e de outras fontes de financiamento, foram canalizadas para outras áreas prioritárias, em particular para o programa nacional de rastreio do cancro.

174. O apoio da OMS às actuais campanhas de informação e educação contra o HIV/SIDA, bem como a formação de profissionais de saúde em precauções universais, contribuíram para a melhoria geral da sensibilização. A Sede Regional, com o apoio do programa ONUSIDA, enviou uma missão ao terreno para realizar uma avaliação do acesso aos medicamentos e do impacto do HIV/SIDA e da tuberculose sobre os cuidados de saúde.

175. Foram atribuídas bolsas de estudo para a continuação da formação em cardiologia e controlo da qualidade dos medicamentos, que são especialidades com escassos recursos humanos. Organizou-se também com êxito um curso de formação de curta duração para pessoal de enfermagem das unidades de saúde materna e infantil, para suprir a falta desta categoria de pessoal, que está familiarizada com as técnicas de imagiologia ultrassónica.

176. O apoio da OMS na área da educação sanitária e da promoção de comportamentos saudáveis centrou-se na concessão de plenos poderes às comunidades e aos grupos de alto risco e na promoção de estilos de vida saudáveis. Deu-se apoio, especificamente, em áreas relacionadas com a segurança dos alimentos e hábitos alimentares, o envelhecimento saudável, a saúde mental e a diabetes. A mobilização social e a visibilidade foram garantidas através da comemoração dos Dias Mundiais da Saúde, em colaboração com as autoridades nacionais.

177. A Divisão de Medicamentos Essenciais nas Sedes Mundial e Regional, em estreita colaboração com a Universidade de Montpellier I, organizou um curso de formação especializada em gestão de medicamentos, para o sector público, que teve a duração de três meses. O último de uma série de três cursos de formação para o sector público realizou-se com êxito no final de 1999, tendo contado com 22 participantes, incluindo 5 farmacêuticos locais empregados no sector público.

### **Análise**

178. A delegação de competências na Representação da OMS no país para a emissão de autorizações de pagamento facilitou a implementação das actividades aprovadas no plano de acção. Houve, no entanto, demoras na implementação de outras actividades não planeadas.

### **Conclusão**

179. A actual avaliação mostrou a necessidade de a OMS continuar a concentrar os recursos nas prioridades nacionais, nas áreas em que dispõe de uma nítida vantagem comparada sobre os outros parceiros do desenvolvimento. Isso exigirá a reorientação dos recursos da OMS para áreas em que os resultados sejam mais facilmente observáveis e mensuráveis. Para evitar os problemas associados às demoras na implementação, organizar-se-ão reuniões consultivas regulares entre a equipa-país da OMS e os directores e coordenadores dos programas, de modo a garantir que todos os parceiros fiquem a par dos procedimentos da Organização.

## **MOÇAMBIQUE**

## **Introdução**

180. As principais fontes de informação para a preparação da avaliação bienal foram: os planos de acção anuais; os relatórios dos programas; os relatórios semestrais de monitorização; as folhas da situação financeira fornecidas pela Sede Regional e os relatórios sobre os retiros organizados para a equipa da OMS no país, o Ministério da Saúde e a Representação da OMS.

## **Realizações**

181. As principais realizações durante o biénio foram: a organização de uma conferência nacional sobre investigação em saúde e a formação de investigadores nacionais nessa mesma área; a avaliação da investigação operacional e da investigação sobre sistemas de saúde no país; a prestação de apoio para a formulação de uma estratégia de financiamento dos cuidados de saúde, assim como de uma política nacional de saúde; o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, através da concessão de bolsas para estudos dentro e fora do país; a conclusão de uma avaliação das necessidades da maternidade segura, com a participação das comunidades; a implementação de um pacote mínimo de actividades de saúde mental; a avaliação das carências de micronutrientes; a avaliação da situação, como base para a formulação da política de saúde ambiental; a realização de duas rondas de JNV, com uma taxa de cobertura de 90% e a criação de um sistema de vigilância da paralisia flácida aguda (PFA); a redução da prevalência da lepra de 6/10.000 para 3/10.000 habitantes; a elaboração de um plano de acção para a implementação da AIDI; a delineação de um pacote de formação em epidemiologia básica a nível distrital, assim como de um plano de acção para a formação faseada de grupos de formandos em epidemiologia básica a nível distrital; a implementação da política nacional e do plano de acção de médio prazo para o combate ao paludismo.

## **Análise**

182. Os factores que facilitaram as realizações foram: a delegação de competências no Representante da OMS para emitir autorizações de pagamento, o que possibilitou uma resposta atempada às necessidades do país; a maior colaboração e diálogo com os funcionários dos programas no Ministério da Saúde; um papel de advocacia mais forte por parte da OMS em algumas áreas, incluindo a saúde reprodutiva; o forte apoio do Director Regional, que visitou Moçambique duas vezes, e a visita da Directora-Geral, que colocou a saúde numa posição de elevada prioridade na agenda política; a maior colaboração com os parceiros bilaterais e multilaterais; as boas relações de trabalho com os meios de comunicação social, que contribuíram para um novo dinamismo da OMS; o aumento da capacidade de resposta da Representação no país, por ter mais do que duplicado a sua força de trabalho e por as condições de trabalho terem melhorado consideravelmente.

183. As principais dificuldades encontradas foram: a escassez de recursos humanos e a fraca capacidade técnica e de gestão de algumas unidades e programas no Ministério da Saúde, o que, por vezes, resultou numa resposta inadequada, fraca e demorada; a legislação nacional sobre importações, que, muitas vezes, causou sérios atrasos na implementação de alguns programas; a falta de informação exacta sobre o desembolso das verbas relativas a cada um dos resultados esperados.

## **Conclusão**

184. É preciso que haja maior articulação do apoio dos vários níveis da OMS. Isso proporcionaria intervenções mais eficazes, eficientes e relevantes por parte da Organização e ajudaria igualmente a obter consensos sobre áreas em que as suas intervenções poderiam marcar a diferença.

## **NAMÍBIA**

### **Introdução**

185. O relatório de avaliação do biénio de 1998-1999 baseia-se em informação contida nos relatórios dos programas, nos relatórios anuais do Ministério da Saúde e Serviços Sociais (MSSS) e da Representação da OMS no país, assim como nos relatórios das actividades dos funcionários do ministério.

### **Realizações**

186. As realizações alcançadas durante o biénio foram: a prestação de apoio a unidades do nível central do MSSS e a programas prioritários de saúde, de modo a facilitar a reestruturação e a descentralização do sistema de saúde; a identificação de tarefas prioritárias a implementar a nível distrital; a formulação parcial do plano nacional de desenvolvimento de recursos humanos; o reforço das capacidades aos níveis central e distrital, através da formação em áreas relevantes; a formulação parcial da política e estratégia da saúde reprodutiva; o desenvolvimento dos perfis sanitários de determinados grupos de jovens; a integração de grupos de jovens na campanha nacional de combate às DST/SIDA; a elaboração da política do PAV; a criação do sistema de vigilância do PAV e sua integração na vigilância epidemiológica; a formulação e implementação de planos regionais e distritais de prevenção e combate às doenças; a formulação de planos distritais de prevenção e combate ao paludismo; a conclusão dos estudos sobre a resistência aos medicamentos.

### **Análise**

187. Os resultados esperados foram conseguidos nos casos em que a prestação de apoio técnico ou financeiro coincidiu com mudanças relevantes na agenda política e a evolução da política nacional de saúde. Outros factores determinantes das realizações alcançadas foram o crescente reconhecimento por parte do MSSS do impacto que o fardo das doenças tem sobre o sistema de saúde e a abordagem de colaboração adoptada pelos parceiros do desenvolvimento, incluindo as agências das Nações Unidas, para a resolução desses problemas de saúde e para a criação de um contexto propício à junção dos recursos. A disponibilização de um experiente consultor técnico da OMS para acompanhar de perto as actividades planeadas também facilitou a consecução das realizações. A clarificação dos papéis e função dos parceiros assegurou a optimização da sua utilização pelo Ministério da Saúde e Serviços Sociais.

188. Um dos factores que dificultou a implementação das intervenções foi a escassez de recursos humanos. Por exemplo, a insuficiência de profissionais de nível superior e a falta de técnicos retardou a formulação e a implementação do plano de preparação e resposta às situações de emergência. Várias outras actividades e a alteração de prioridades impediram que se alcançassem alguns resultados. Embora o processo de desenvolvimento participativo adoptado promovesse o reforço da autonomia nacional e o desenvolvimento de capacidades, tal dificultou a obtenção de alguns dos resultados, nomeadamente a elaboração da política de saúde reprodutiva e os perfis sanitários nacional e regional. Por último, o limitado apoio do nível central do MSSS dificultou a implementação das actividades distritais e comunitárias, tais como a formulação de planos distritais de abastecimento de água às comunidades em alguns distritos.

## **Conclusão**

189. Através de discussões e reuniões regulares com o MSSS e a Comissão Nacional de Planeamento, a OMS fará uma previsão da evolução da política de saúde, para poder prestar um apoio mais eficaz e mais eficiente. A Representação da OMS terá de desempenhar um papel mais proeminente entre os parceiros multisectoriais, prestando apoio técnico à reforma do sector da Saúde.

190. A OMS continuará a prestar apoio à monitorização do perfil epidemiológico nacional, particularmente das doenças transmissíveis. Sempre que uma epidemia ou um problema prioritário de saúde não forem reconhecidos no seu início ou receberem uma resposta limitada, a OMS continuará a prestar um bom apoio técnico, incluindo para a identificação das intervenções prioritárias. A OMS intensificará o apoio aos distritos para identificarem prioridades e melhorarem as capacidades de planificação e gestão, e encorajará a utilização de abordagens inovadoras para fazer face aos problemas de saúde e de mecanismos de implementação alternativos.

## **NÍGER**

### **Introdução**

191. A cooperação técnica da OMS com o Níger, durante o segundo semestre de 1999, realizou-se num contexto sociopolítico caracterizado, principalmente, pela implementação do período de transição levado a cabo pelo Conselho Nacional de Reconciliação, na sequência do golpe de estado de Abril 1999.

### **Realizações**

192. As principais realizações durante o biénio foram: a conclusão da revisão do plano de estudos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Níger; a preparação de uma política nacional de saúde; o desenvolvimento de recursos humanos, por meio da continuação do apoio financeiro a anteriores beneficiários de bolsas de estudo e a concessão de novas bolsas; o fornecimento de um *stock* adequado de medicamentos essenciais para o combate às epidemias e resposta às situações de emergência a nível distrital; a formação de várias categorias de pessoal, a nível distrital, em uso racional de medicamentos; a avaliação da política nacional de medicamentos; a sensibilização das comunidades para a saúde reprodutiva, incluindo o planeamento familiar; a formação de 42 comissões distritais para a monitorização periódica da implementação da Iniciativa África 2000.

193. Outras realizações foram: a formação de representantes das comunidades em mobilização social e dos profissionais de saúde em combate às doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas; a criação de uma equipa nacional responsável por outras doenças transmissíveis e a prestação de apoio adequado a essa equipa; a formação de agentes de saúde de aldeia em combate à oncocercose; a formação, a nível distrital, em tratamento de mosquiteiros com insecticida; a sensibilização das populações dos distritos urbanos e rurais para o combate às doenças tropicais.

### **Análise**

194. A delegação de competências do Director Regional nos Representantes da OMS foi uma boa decisão em matéria de gestão. No entanto, foi difícil reunir os documentos de apoio para as despesas assumidas, o que provocou demoras, por questões de precaução, no desembolso das verbas destinadas às actividades que se seguiram. As situações de emergência exigiram a reprogramação do orçamento.

## **Conclusão**

195. A melhoria dos meios de comunicação entre a Representação da OMS e a Sede Regional contribuiu para o elevado nível de desempenho alcançado. Espera-se que estes e outros factores influenciem de modo positivo a implementação do plano de acção de 2000-2001.

## **NIGÉRIA**

### **Introdução**

196. O Programa de Cooperação Técnica entre a OMS e o Governo Federal da Nigéria para o Plano de Acção bienal de 1998-1999 centrou-se em quatro grandes programas prioritários, designadamente: a prevenção e combate integrados às doenças; o reforço do sistema distrital de saúde; a melhoria da planificação, financiamento e monitorização dos serviços de cuidados de saúde; a promoção e protecção da saúde. Em conformidade com as directrizes recebidas da Sede Regional, a equipa-país da OMS baseou a sua avaliação nos relatórios de implementação das actividades dos programas, nos relatórios técnicos mensais, nos relatórios semestrais e nos inquéritos e estudos levados a cabo durante o biénio. .

### **Realizações**

197. As realizações alcançadas foram: a advocacia e a obtenção de consenso para a adopção da Iniciativa Fazer Recuar o Paludismo(FRP) no país e a promoção do uso de mosquiteiros e outros materiais impregnados de insecticida. O país também alcançou a meta que a OMS estabeleceu para a eliminação da lepra a nível nacional, com uma taxa de prevalência de 0,8 por 10.000 durante o primeiro trimestre de 1998. Em 1999, realizou-se um inquérito nacional sobre a seroprevalência do HIV/SIDA. Os planos que tinham sido preparados para preparação e resposta às situações de emergência foram usados para conter e controlar os surtos de cólera, meningite cerebrospinal e sarampo, em várias zonas do país.

198. Em 1998 e 1999, realizaram-se duas rondas de Jornadas Nacionais de Vacinação (JNV) e, em 1999, levaram-se a efeito duas rondas de JNV suplementares em 15 estados. A estratégia porta-a-porta foi usada nas rondas de 1999. Durante a primeira ronda das JNV de 1999, vacinou-se um total de 34.196.224 crianças com menos de cinco anos. Em todo o país, foi também instalado um sistema integrado de vigilância, com ênfase na detecção de casos de paralisia flácida aguda.

199. O país intensificou os esforços destinados a implementar a estratégia AIDI, com a realização de vários seminários de formação e adaptação de material de formação da OMS/UNICEF. Também se procedeu à elaboração da Política Nacional para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina e da Política Nacional de Educação e Promoção da Saúde. O projecto de Alfabetização Funcional das Mulheres para a Promoção da Saúde, que se iniciou em dois estados, foi alargado a mais 10 estados, 13 administrações locais e 33 comunidades. Realizou-se uma conferência nacional sobre saúde reprodutiva dos adolescentes e o Governo declarou o dia 2 de Abril como Dia Nacional da Maternidade Segura, em apoio à implementação da Estratégia da OMS para a Saúde Reprodutiva na Região Africana.



## **Análise**

200. Alguns factores facilitaram, outros dificultaram, a obtenção dos resultados esperados. Por exemplo, as actividades previstas no plano de acção não foram implementadas em devido tempo em 1998, devido à acumulação das actividades que ficaram por implementar em 1997. Esta situação, porém, melhorou em 1999, na sequência da delegação de competências nas Representações da OMS para a emissão de autorizações de pagamento. A planificação e a coordenação das actividades foram também ligeiramente dificultadas pela transferência de funcionários superiores do Ministério Federal da Saúde, de Lagos para Abuja, a capital federal. No entanto, a dedicação e o empenho do pessoal, assim como uma boa orientação fornecida pela administração, contribuíram para alcançar os resultados supracitados.

## **Conclusão**

201. A avaliação do programa de cooperação durante o biénio foi muito útil, visto que mais uma vez sublinhou a necessidade de se trabalhar em equipa e, também, porque ajudou a Representação da OMS a identificar os pontos fortes na implementação das actividades, mas também pontos fracos, aos quais se deve dar maior relevo no próximo biénio.

## **RUANDA**

### **Introdução**

202. O programa de cooperação entre a OMS e o Ruanda para o período abrangido por esta avaliação incidiu sobre 14 programas prioritários: situações de emergência e ajuda humanitária; política nacional de saúde; recursos humanos para a saúde; programa de acção para os medicamentos essenciais; saúde reprodutiva; saúde mental; promoção da saúde; nutrição; abastecimento de água e saneamento; doenças evitáveis pela vacinação; combate às doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas; doenças emergentes, incluindo a cólera e outras epidemias de doenças diarreicas, zoonoses e resistência antimicrobiana. As principais fontes de informação usadas na avaliação foram: o plano de acção de 1998-1999; os planos de implementação de 1998 e 1999; os relatórios semestrais; os relatórios de determinados programas; as folhas mensais da situação financeira dos programas, fornecidas pela Sede Regional.

### **Realizações**

203. As principais realizações durante o biénio foram: a preparação de planos distritais de saúde; o reforço da capacidade da divisão do Ministério da Saúde responsável pela qualidade dos cuidados; a elaboração de um guia sobre procedimentos de gestão e de módulos de formação em gestão financeira; o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, através da atribuição de bolsas de estudo; a implementação de um mecanismo para a supervisão e monitorização das farmácias particulares; a organização de formação em gestão para os chefes de farmácia dos hospitais; a integração da saúde mental nas actividades de todos os hospitais distritais; a comemoração de todos os Dias Mundiais da Saúde; a implementação das jornadas nacionais de vacinação; a integração do combate às doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas no plano de estudos das escolas de enfermagem; a formação de várias categorias de profissionais de saúde em combate às doenças transmissíveis e epidemias; a elaboração de um guia sobre vigilância epidemiológica e gestão das epidemias.

## **Análise**

204. Os principais factores que facilitaram as realizações foram: a emissão de autorizações de pagamento pela Representação da OMS; a presença de um administrador internacional e de um assistente administrativo, ao contrário do que aconteceu no biénio anterior; a presença de uma equipa-país da OMS estável e experiente; o clima de confiança e entendimento mútuo entre a OMS e o Ministério da Saúde; a estreita colaboração com os outros parceiros; a íntima colaboração entre os funcionários do Ministério da Saúde e os membros da equipa da OMS no país e o cumprimento do calendário de implementação das actividades.

205. Em contrapartida, os seguintes factores dificultaram a implementação do programa de cooperação: a baixa taxa de absorção dos fundos da OMS, porque muitos outros parceiros, cujos procedimentos são menos exigentes do que os da OMS, muitas vezes contribuíram para as mesmas actividades; a remodelação governamental, que levou à substituição simultânea do Ministro da Saúde e do Secretário-Geral do Ministério, em Janeiro de 1999; a atribuição de verbas pela OMS para o financiamento de actividades não programadas, à custa das actividades normais dos programas; a inexistência de pedidos de financiamento ou atraso nesses pedidos por parte do ministério; as dificuldades sentidas pelo pessoal do ministério na obtenção de autorizações para missões de serviço ou participação em seminários no estrangeiro; a insuficiência das dotações orçamentais para alguns programas, em relação às necessidades expressas; as demoras na colocação dos candidatos a bolsas de estudo, no biénio 1998-1999, pela Sede Regional; a demora na substituição de um funcionário da Representação da OMS, que saiu em Abril de 1999.

### **Conclusão**

206. Para reforçar no futuro a implementação do programa de cooperação técnica da OMS, será importante: realizar, pelo menos, uma reunião por trimestre com funcionários do Ministério da Saúde, para acompanhar a implementação do programa; simplificar os procedimentos da OMS; assegurar uma distribuição mais equitativa dos recursos financeiros entre os programas; garantir maior flexibilidade, a nível nacional, na distribuição das dotações orçamentais entre os vários programas previstos no plano de acção. Também a Unidade de Recursos Humanos para a Saúde da Sede Regional envidará esforços acrescidos para colocar os candidatos a bolsas de estudo, de modo a ajudar a resolver o problema dos recursos humanos a nível nacional.

## **SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE**

### **Introdução**

207. A situação sanitária continuou precária, visto que os principais problemas de saúde não foram devidamente solucionados. O ambiente continuou a deteriorar-se e a capacidade de gestão e organização do sistema de saúde permaneceu frágil. As principais fontes de informação para a avaliação do programa de cooperação foram: o relatório semestral das actividades de cooperação entre a OMS e o país, em 1998-1999; o relatório anual das actividades de cooperação entre a OMS e o país, em 1998; o relatório do retiro sobre saúde, que se realizou em São Tomé e Príncipe, em Março de 1998; o documento de Política Nacional de Saúde.

### **Realizações**

208. O processo de reforma do sector da Saúde, iniciado em Março de 1999, através da realização de retiros, resultou na redacção de um documento de política nacional de saúde. O processo envolveu todos os estratos sociais. Para dar seguimento ao processo, preparou-se um calendário de actividades para o ano 2000, incluindo, entre outros, o estabelecimento de uma carta sanitária, de um plano de desenvolvimento de recursos humanos e de um sistema de informação sanitária, com vista à formulação de um plano nacional de desenvolvimento sanitário e à organização de uma mesa-redonda sectorial.

209. Deu-se formação a parteiras tradicionais em partos domiciliários, aconselhamento sobre saúde reprodutiva e transferência das complicações da gravidez e do parto. Essa formação teve por finalidade inverter a tendência decrescente verificada nos partos assistidos por profissionais de saúde devidamente formados. Todas as equipas distritais receberam formação em preparação e resposta às catástrofes e situações de emergência, e às epidemias. Lançou-se uma campanha anti-sarampo, que se prolongou por um período de 9 meses e que teve uma taxa de cobertura de 93%, na faixa etária dos 15 anos. O sistema nacional de laboratórios foi avaliado em termos da rápida confirmação das epidemias, tendo-se igualmente preparado o plano de acção antipalúdico e iniciado o processo de lançamento da Iniciativa Fazer Recuar o Paludismo. Além disso, finalizou-se o perfil epidemiológico do país.

### **Análise**

210. Os factores que contribuíram para as realizações foram: a boa coordenação a nível da Representação da OMS no país; o reforço eficaz da Representação, através do recrutamento de membros da equipa-país; a melhor capacidade de intervenção da Representação, que actualmente beneficia da assistência de consultores e conselheiros regionais e sub-regionais; a maior colaboração entre o Ministério da Saúde e a Representação; a melhor colaboração e coordenação entre todas as agências do sistema das Nações Unidas; a delegação de competências na Representação da OMS, para a emissão de autorizações de pagamento, o que tornou possível reduzir o tempo de resposta aos pedidos apresentados pelo Ministério da Saúde e melhorar o desempenho da Representação.

211. Os factores que dificultaram a implementação foram: a falta de programação trimestral sistemática, por parte do Ministério da Saúde, da implementação das actividades de cooperação, assim como os pedidos excessivos de reprogramação; os escassos recursos técnicos e de gestão; a elevada taxa de rotação do pessoal, devida, basicamente, às más condições de trabalho e aos baixos salários; as frequentes demoras na troca de informação entre a Sede Regional e a Representação, no que respeita aos problemas administrativos e financeiros e, especificamente, ao pagamento dos salários ao pessoal da Representação.

### **Conclusão**

212. As metas orçamentais foram cumpridas, apesar dos excessivos pedidos de reprogramação. A OMS apoiará o reforço da capacidade do pessoal do Ministério da Saúde no próximo biénio. De entre as lições retiradas do processo de avaliação, são de realçar a necessidade de envolver cada vez mais os funcionários nacionais correspondentes na preparação da avaliação e de formar o pessoal do Ministério da Saúde no processo de gestão da OMS.

## **SENEGAL**

### **Introdução**

213. O objectivo do programa de cooperação entre a OMS e o Senegal para o período em análise foi reforçar, através dos programas prioritários, o funcionamento dos distritos sanitários, implementando as prioridades nacionais definidas no plano de desenvolvimento integrado do sector da Saúde (1997-2002). A presente avaliação assenta na avaliação intermédia do plano de acção, efectuada em Novembro de 1998, nos relatórios das actividades dos programas, nos relatórios financeiros da Sede Regional e nos relatórios de análise e avaliação do Ministério da Saúde.

### **Realizações**

214. A OMS contribuiu para reforçar a gestão dos serviços de saúde, através de reuniões de coordenação e supervisão, assim como para melhorar a capacidade operacional do pessoal, fornecendo equipamento e material para as regiões e distritos. A OMS também contribuiu para o desenvolvimento de capacidades das equipas de saúde, organizando seminários de intercâmbio e de reflexão a nível regional, sobre o Plano de Desenvolvimento Integrado do Sector da Saúde, apoiando a descentralização e a adjudicação de contratos e efectuando um estudo sobre as capacidades operacionais dos distritos.

215. Foram atribuídas ou renovadas oito bolsas de estudo, especialmente para formação de médicos de saúde pública e economistas da saúde. A OMS também contribuiu para a organização de duas acções de formação internacional, para quatro funcionários do Ministério da Saúde, e de um seminário sobre financiamento de seguro de saúde. A taxa de prevalência do HIV manteve-se abaixo dos 2%, graças às estratégias definidas e implementadas. Consequentemente, o programa ONUSIDA citou o programa de luta contra a SIDA/DST, do Senegal, como um dos melhores de África, tendo o Chefe de Estado recebido um prémio por esse facto.

216. De entre as outras realizações alcançadas, são de assinalar: a construção de infra-estruturas de saneamento em seis distritos sanitários propensos à cólera; a eficaz supervisão e formação do pessoal, bem como a promoção de intercâmbios de visitas entre países na área da erradicação da dracunculose; a conclusão de dois estudos com vista à formulação do plano nacional de investigação em saúde; a organização de um seminário de formação em metodologia da investigação, para 30 profissionais de saúde; a conclusão de dois estudos sobre as necessidades de saúde dos idosos e sobre micro-empresas relacionadas com a saúde; uma maior sensibilização dos profissionais de saúde, em 8 das 10 regiões do país, para a AIDI e arranque da sua implementação em 3 distritos; a elaboração do plano de acção nacional para combater a mutilação genital feminina; a conclusão do programa nacional de saúde reprodutiva; a melhoria da qualidade dos serviços da maternidade segura no distrito de Vélingara, através da formação de profissionais de saúde e da construção de 4 postos de saúde; o reforço do sistema de gestão das epidemias, através da organização de cursos de formação de curta duração para profissionais de saúde, em 3 regiões, e para 50 guias, no total dos 50 distritos nacionais; o reforço da cooperação interpaíses, no combate às doenças transmissíveis, pela formulação de um plano de acção intitulado "Iniciativa Saúde para a Paz"; a avaliação da implementação do plano de acção para acelerar o combate ao paludismo; o alargamento das actividades de combate ao paludismo a todos os distritos sanitários e início da implementação do programa FRP; o fornecimento de uma remessa de medicamentos e prestação de apoio para combater as doenças, na sequência das inundações, assim como o fornecimento de vacinas para ajudar a combater o surto de meningite; a realização bem sucedida das JNV, que atingiram uma taxa de cobertura de mais de 90%.

### **Análise**

217. As realizações foram facilitadas pela concessão de plenos poderes ao Ministério da Saúde. Os esforços para melhorar o processo de gestão visarão ultrapassar as seguintes dificuldades principais: planificação incorrecta das actividades; apresentação demasiado tardia dos pedidos de verbas; baixa qualidade dos relatórios técnicos.

### **Conclusão**

218. A implementação do Programa de Cooperação entre a OMS e o Senegal melhorou significativamente a colaboração com o Ministério da Saúde, conforme ficou comprovado pela intensificação das consultas entre a equipa-país e os gestores dos programas.

### **SEYCHELLES**

## **Introdução**

219. As principais fontes de informação para esta avaliação foram: as actas das reuniões periódicas sobre a cooperação técnica realizadas entre o Ministério da Saúde e a OMS; os relatórios intermédios de avaliação; alguns relatórios finais de actividades. Uma vez que as Seychelles são um pequeno país, com apenas poucas áreas programáticas de cooperação, foi relativamente fácil monitorizar e avaliar a respectiva implementação. A cooperação técnica centrou-se essencialmente nas seguintes áreas programáticas no biénio de 1998-1999: cooperação técnica com os países; recursos humanos para a saúde; cuidados primários de saúde; saúde mental; promoção da saúde; avaliação dos riscos ambientais; combate a outras doenças transmissíveis.

## **Realizações**

220. As principais realizações durante o biénio foram: a melhoria do centro de documentação; a sensibilização dos jovens das ilhas exteriores para o problema do consumo de substâncias psicoactivas; o aperfeiçoamento de um registo mais eficaz para a preparação de relatórios de casos de polícia e de tribunal; a elaboração de um plano de preparação para as situações de emergência, de forma a responder às diversas situações de emergência; o fornecimento de apoio de laboratório para um rápido diagnóstico das doenças endémicas e identificação dos focos de risco epidémico; o fornecimento de orientações para utilização do equipamento laboratorial e o estabelecimento de uma rede inter-regional; a actualização dos profissionais de saúde no que respeita aos mais recentes avanços no diagnóstico, tratamento e prevenção da SIDA; o êxito da comemoração dos Dias Mundial contra a SIDA e sem Tabaco; a formação de arquivistas e de consultores clínicos; o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, através da renovação das bolsas de estudo já atribuídas.

## **Análise**

221. As realizações das principais áreas programáticas de cooperação entre a OMS e o Governo das Seychelles foram em geral muito positivas. A baixa densidade populacional e a superfície reduzida das Seychelles são factores que facilitam a implementação do programa. No entanto, o principal entrave à consecução óptima dos resultados esperados foram os imprevistos, e bastante frequentes, desvios de verbas atribuídas a actividades planeadas, para outras actividades não planeadas, mas necessárias. Isto indica que a planificação adequada e a hierarquização das actividades propostas deveriam ter sido efectuadas antes da finalização e implementação do plano de acção para 1998-1999.

## **Conclusão**

222. A avaliação bienal revelou-se um excelente método, tanto para a OMS como para o Ministério da Saúde, para uma revisão objectiva das actividades do anterior biénio, com vista a melhorar a cooperação técnica da OMS e a sua visibilidade no país. Em última análise, a avaliação ajudou bastante a aperfeiçoar a planificação e a qualidade do Plano de Acção para 2000-2001.

## **SERRA LEOA**

## **Introdução**

223. Em quase todo o biénio, a Serra Leoa enfrentou problemas de guerra civil contínua, deterioração da situação sanitária, destruição maciça das infra-estruturas sanitárias e instabilidade política. Apesar destes contratempos, a maioria das actividades planeadas foram executadas a tempo e dentro do orçamento. Foi levado a cabo um processo de planificação a partir de meados de 1999, inicialmente como actividade interna e, em seguida, através de consultas com o Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais.

## **Realizações**

224. De entre as principais realizações durante o biénio, são de assinalar: o desenvolvimento de capacidades para a implementação de vários programas, através da organização de seminários de formação para: profissionais de saúde de nível superior, em tratamento de casos de paludismo grave e complicado; agentes de saúde da comunidade de 6 distritos em combate ao paludismo; 12 técnicos de laboratório em vigilância de doenças potencialmente epidémicas; 120 membros das equipas distritais de gestão sanitária, em processamento e análise de dados; pessoal dos serviços de cuidados primários a nível distrital, em preparação para situações de emergência; pessoal distrital de saúde, em gestão dos casos de tuberculose; 240 agentes de saúde da comunidade, em prevenção da tuberculose em 4 distritos; parteiras, agentes de saúde da comunidade e auxiliares de saúde materno-infantil, em cuidados obstétricos de emergência e cuidados maternos e aos recém-nascidos, bem como em informação e educação para a saúde. Outras realizações foram: a formação de vacinadores do PAV de 6 distritos em cuidados às mães e aos recém-nascidos, de profissionais de saúde, em carência de micronutrientes, e de membros da equipa distrital de saúde, em detecção e notificação de casos de paralisia flácida aguda (PFA). Também são de realçar: o êxito da comemoração dos Dias Mundiais da Saúde; o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, através da atribuição de bolsas de estudo da OMS e do pagamento dos salários a 3 professores da Faculdade de Medicina e de Ciências da Saúde; a elaboração de orientações para a formação em saúde reprodutiva e planeamento familiar; a produção de orientações sobre nutrição; a elaboração do plano de acção para a erradicação da poliomielite; a sensibilização dos parceiros locais e internacionais para as estratégias de erradicação da poliomielite.

225. Fizeram-se também progressos significativos no sentido da erradicação da poliomielite. Respectivamente 76%, 85% e 84% de todas as crianças-alvo, com menos de cinco anos, foram abrangidas pelas três rondas das jornadas nacionais de vacinação (JNV) efectuadas. A administração da vacina oral anti-poliomielite (VOP) e de vitamina A às crianças de todo o país nessas JNV constituíram o primeiro e único serviço do governo a abranger a totalidade do país, nos últimos nove anos de guerra civil, abrindo, deste modo, a possibilidade de prestar outros serviços essenciais para a sobrevivência das crianças e de servir de ponte para a paz na Serra Leoa.

226. Outra das realizações diz respeito ao pessoal nacional da Representação da OMS, que se manteve ao serviço durante o período do governo militar, mesmo após a evacuação do país de todo o pessoal internacional das Nações Unidas, incluindo o Representante da OMS, bem como durante a invasão de Freetown, em Janeiro de 1999. Desta forma, a OMS, ao contrário de outras agências das Nações Unidas, perdeu muito poucos veículos.

## **Análise**

227. A colaboração com o Ministério da Saúde, as outras agências das Nações Unidas e as ONG foi produtiva e cordial. No entanto, alguns entraves afectaram o desempenho, nomeadamente: a constante insegurança no país; a inexistência de uma base de financiamento governamental, devido ao atraso no processo de desarmamento, desmobilização e integração; a deslocação maciça da população que resultou numa concentração de pessoas, em pobreza e choques de culturas, que colocaram sérios riscos de transmissão de doenças, nomeadamente o HIV; estabelecimentos de saúde saqueados ou destruídos na maioria das zonas rurais; equipas distritais de saúde desmoralizadas e sem salários e inoperância do sistema de vigilância das doenças. Um outro entrave de relevo para os parceiros na área da saúde foi a falta de clareza dos programas da OMS.

## **Conclusão**

228. Tendo em conta as condições prevaletentes do país, o desempenho foi bastante bom. Com uma abordagem estrategicamente melhor orientada, com a crescente mobilização de recursos extra-orçamentais e uma atenção cuidadosa aos conteúdos técnicos, o desempenho será melhorado no próximo biénio.

## **ÁFRICA DO SUL**

### **Introdução**

229. Os dados para a avaliação do programa de cooperação técnica da OMS para 1998-1999 com a República da África do Sul foram obtidos em relatórios semestrais de monitorização, relatórios dos programas do Departamento Nacional de Saúde e contactos com os gestores dos programas.

### **Realizações**

230. Grande parte da legislação sanitária nacional foi elaborada e aprovada pelas províncias. As actividades do programa de cooperação técnica para 1998-1999 foram regularmente monitorizadas e todos os programas do Departamento da Saúde patrocinados pela OMS utilizam hoje, sistematicamente, instrumentos financeiros e administrativos da OMS, tendo sido avaliado o apoio desta ao desenvolvimento sanitário nacional. A OMS concedeu 17 novas bolsas de estudo, em sintonia com a política nacional de desenvolvimento de recursos humanos.

231. As parteiras, os médicos e os decisores políticos foram informados acerca dos actuais problemas de obstetrícia e respectivas soluções, tendo o pessoal provincial de saúde recebido formação actualizada em obstetrícia. Além disso, o pessoal dos serviços de cuidados de saúde beneficiou de formação para melhor fazer face às necessidades de saúde mental das crianças. Foram elaborados e distribuídos relatórios sobre doenças respiratórias ocupacionais, elaborados programas de prestação de serviços de saúde ocupacional, aos níveis distrital e provincial, tendo igualmente sido melhorada a formação técnica dos profissionais de saúde e de segurança, a nível nacional e provincial.

232. Foi preparado um projecto de proposta para a criação de programas-piloto de prevenção, com base nas escolas. Durante o Dia Mundial do Ambiente, realizaram-se campanhas especiais de sensibilização das crianças das escolas de todo o país, para a necessidade de um ambiente saudável e seguro; 63 clínicas rurais e escolas foram equipadas com instalações sanitárias e água canalizada e 215 técnicos de saúde ambiental melhoraram as suas competências em avaliação do impacto ambiental e metodologia participativa. Foi desenvolvido um modelo para a AIDI, tendo 350 profissionais de saúde, 50 facilitadores e 21 supervisores, em 8 províncias, beneficiado de formação em implementação da AIDI.

## **Análise**

233. O desempenho do programa de cooperação foi facilitado pela melhor comunicação entre o Escritório de Ligação da OMS e o Departamento Nacional da Saúde, bem como pelo desenvolvimento, ao longo dos últimos anos, de uma massa crítica de conhecimentos sobre os métodos e procedimentos da OMS em matéria de gestão.

234. Porém, houve alguns entraves ao desempenho, nomeadamente: a falta constante de uma equipa-país, o que limitou, quer a qualidade, quer a eficácia do apoio técnico por parte do Escritório de Ligação da OMS no país; o desconhecimento, sobretudo aos níveis distrital e provincial, dos processos e procedimentos da OMS em matéria de gestão; a taxa de remuneração dos consultores, que é considerada baixa, de acordo com os padrões nacionais; falta de pessoal no Departamento Nacional da Saúde, o que resulta na tomada de medidas à última hora para utilizar os recursos disponíveis da OMS; a incapacidade de concluir a Lei Nacional da Saúde, o que tem atrasado a elaboração da legislação sanitária das províncias; a demissão do funcionário encarregado da promoção e informação sanitária, que impediu a eficaz promoção das políticas da OMS para o desenvolvimento sanitário; a implementação de um grande número de programas prioritários, o que dilui o significado do contributo da OMS para o desenvolvimento sanitário nas respectivas áreas e minimiza a seriedade com a qual as actividades programáticas foram executadas.

## **Conclusão**

235. Apesar do êxito relativo conseguido com a implementação do plano de acção, as seguintes lições aprendidas durante o biénio deverão contribuir para melhorar mais a qualidade e a eficiência em biénios futuros: a redução para cerca de quatro do número de actividades ao abrigo do programa de cooperação técnica a executar futuramente deverá aumentar o impacto dessas actividades sobre o desenvolvimento sanitário nacional; a mobilização de uma equipa-país da OMS, constituída por quatro ou cinco profissionais nacionais, deverá melhorar tanto a qualidade como a eficácia do apoio técnico da OMS ao Departamento Nacional da Saúde; é imprescindível que as autoridades sanitárias, aos níveis provincial e distrital, recebam formação em métodos e procedimentos da OMS em matéria de gestão. Estas acções terão um impacto positivo na gestão dos recursos aos níveis provincial e distrital, promoverão a participação das autoridades sanitárias na determinação das prioridades da cooperação técnica e acelerarão a implementação das actividades de cooperação.

## **SUAZILÂNDIA**

### **Introdução**

236. As relações de trabalho entre a Sede Regional e a Representação da OMS no país melhoraram substancialmente, particularmente no que respeita à coordenação do apoio técnico ao país e ao fornecimento de materiais e publicações técnicas. As autoridades nacionais ganharam bastante mais confiança e segurança na capacidade da Sede Regional em seleccionar, recrutar e financiar os peritos técnicos.

### **Realizações**

237. Foi revista a política nacional de saúde. Realizaram-se acções de formação em gestão sanitária, para



profissionais superiores de saúde. Realizaram-se reuniões de advocacia e de informação com os meios de comunicação social, em especial acerca de importantes problemas de saúde. O número de bolsheiros financiados pela OMS aumentou significativamente, em resultado da introdução do projecto de ensino à distância. Foram completadas as listas de produtos farmacêuticos e a legislação sobre medicamentos e substâncias afins. Foi reforçada a implementação da Iniciativa de Bamaco.

238. O lançamento da iniciativa da maternidade segura aumentou a sensibilização do público em geral, para este problema. Muitas parteiras tradicionais e dinamizadores rurais de saúde receberam formação em partos seguros, tendo-se igualmente procedido à formação das parteiras em técnicas para salvar vidas. Foi implementada a proposta sobre eliminação da sífilis congénita e efectuaram-se dois seminários nacionais de formação para enfermeiros e técnicos de laboratório. Foi iniciado um projecto sobre desenvolvimento psicossocial do recém-nascido e reabilitação das mães adolescentes. Foi reforçada a promoção da saúde mental e comportamentos saudáveis e intensificaram-se as campanhas antitabágicas e contra as drogas e as substâncias psicoactivas, com o auxílio de jovens estudantes nas escolas, através da acção de Clubes Anti-Droga. Aumentou substancialmente a cobertura da promoção e educação para a saúde, com a formação de jornalistas em reportagens sobre questões ligadas à saúde.

239. Foi revista a política nacional de alimentação e nutrição, tendo-se completado a Fase 2 do plano de estudos para a nutrição. Procedeu-se à investigação sobre alimentos locais com impacto sobre a prevenção de doenças ligadas à alimentação. Foram formados determinados grupos-chave, na área da conservação e manipulação segura dos alimentos. Foi aumentada a construção de instalações sanitárias e actualizados os sistemas de abastecimento de água em comunidades mal servidas, tendo a população sido treinada com êxito na manutenção dessas instalações. A saúde ocupacional tornou-se mais conhecida, através da finalização da informação básica sobre a avaliação nacional dos riscos dos produtos químicos, tendo sido efectuadas sessões de esclarecimento sobre os perigos que esses produtos representam.

240. Realizaram-se com sucesso as jornadas nacionais de vacinação (JNV) contra o sarampo, em 1998, em associação com actividades de repescagem para a vacinação contra a poliomielite e o suplemento de vitamina A, tendo a segunda fase das JNV sido efectuada em 1999, com uma elevada taxa de cobertura. Foi reforçada a vigilância epidemiológica para a paralisia não flácida e a estratégia da AIDI foi introduzida e promovida, através da formação de nacionais na sua implementação. Iniciou-se a implementação da estratégia DOTS em 2 zonas do país e o 6º inquérito sobre vigilância-sentinela do HIV/SIDA foi realizado com êxito. O plano a médio prazo foi elaborado e o projecto de cuidados baseados na comunidade foi lançado com sucesso. Muitos profissionais de saúde receberam formação em tratamento do paludismo grave e complicado, foi criado um registo oncológico e prosseguiu a sensibilização para o combate às doenças não-transmissíveis.

### **Análise**

241. A melhoria do planeamento e colaboração com o Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais resultou numa bem sucedida implementação dos programas. O grau de empenhamento e de desejo de colaborar, por parte das ONG e de outros parceiros activos no sector da Saúde, constituiu um factor positivo.

### **Conclusão**

242. O Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais continuou a reunir todos os parceiros relevantes, para

participarem em reuniões conjuntas de planeamento e avaliação, com a OMS como agência facilitadora, de forma a garantir uma correcta prestação de serviços e a evitar a duplicação de esforços e de recursos. A finalização da política nacional de saúde terá resultados mais positivos para todas as partes interessadas e reforçará a prestação de serviços ao nível mais básico.

## **TOGO**

### **Introdução**

243. A situação sanitária no Togo caracteriza-se pela predominância de doenças infecciosas e parasitárias, sendo a principal o paludismo. As taxas de mortalidade materna e infantil são elevadas, representando 478 por 100.000 nados-vivos e 80‰, respectivamente. Persiste a escassez de pessoal, apesar do recrutamento de 1.088 profissionais de saúde, em 1998. A manutenção dos estabelecimentos de saúde não se faz e a taxa de cobertura em termos de cuidados primários de saúde estagnou nos 60%. As fontes de informação usadas para esta avaliação foram, essencialmente: o orçamento-programa de 1998-1999, os planos de acção bienais (1998-1999), os planos de implementação para 1998 e 1999, os relatórios bienais e anuais, bem como os relatórios dos progressos ou de avaliação dos programas e relatórios de estudos e inquéritos.

### **Realizações**

244. A política e a estratégia nacional de saúde foram concluídas e adoptadas pelo Governo. As situações de emergência nos distritos sanitários foram controladas com eficácia. A cobertura em medicamentos essenciais nesses distritos alcançou os 100%, tendo o pessoal distrital de saúde recebido formação no uso desses medicamentos e em detecção e tratamento correcto das doenças neuropsiquiátricas. Deu-se ainda formação a 20 parteiras tradicionais, em aldeias com difícil acesso aos serviços de saúde. As maternidades receberam 30 estojos obstétricos e 30 balanças, e iniciou-se a implementação do plano nacional de nutrição. Existem dados fiáveis sobre a cobertura em água e saneamento, tendo-se formado 30 construtores não qualificados e construído 90 instalações de saneamento de demonstração.

245. Foi reforçada a promoção do uso de preservativos. Deu-se apoio ao PAV e todas as crianças até aos 59 meses foram vacinadas contra a poliomielite, no âmbito da 1ª e 2ª rondas das JNV. Foram distribuídos cinco mil mosquiteiros e fornecidos 200 litros de K. Othrine (insecticida); receberam ainda formação 659 profissionais de saúde, para reforçar o combate ao paludismo. Adquiriram-se cem mil doses de vacina meningocócica A+C, assim como 60.000 ampolas de cloranfenicol, tendo sido formados 289 profissionais em técnicas de gestão dos casos de infecções respiratórias agudas (IRA). Cento e seis escolas foram equipadas com estojos de primeiros socorros e sete formadores e 12 profissionais de saúde receberam formação em reabilitação baseada nas comunidades, tendo sido formados 50% dos prestadores de cuidados de saúde na área da AIDI.

246. A equipa nacional de garantia da qualidade dos cuidados de saúde recebeu formação, tendo sido atribuídas ou renovadas 120 bolsas e subsídios de estudo. Foram comemorados os dias mundiais de Luta contra o Tabaco, a Diabetes, a Tuberculose e a SIDA, tal como o Dia do Enfermeiro. Realizaram-se dez estudos, inquéritos e projectos de investigação, tendo os resultados das investigações e os dados estatísticos produzidos sido usados na preparação de documentos nacionais de referência, nas áreas da política e gestão da saúde, desenvolvimento dos serviços de saúde, promoção e protecção da saúde e combate integrado às doenças. Efectuaram-se 55 viagens de supervisão, monitorização, avaliação e

investigação, bem como 107 visitas de campo e missões de assistência técnica. O uso de computadores nas regiões e em certos distritos sanitários facilitou a produção de dados fiáveis para a tomada de decisões a esse nível.

### **Análise**

247. A descentralização das competências na Representação da OMS para a emissão de autorizações de pagamento foi um trunfo valioso, que ajudou a melhorar a implementação do plano. Efectuaram-se vários seminários de formação, que ajudaram a melhorar o desempenho dos gestores dos programas. Os factores que entravaram a implementação das actividades foram: as interrupções durante as campanhas eleitorais presidenciais e parlamentares; a falta de entendimento e/ou adesão aos procedimentos de gestão da OMS, por parte de alguns gestores de programas; a subvalorização do custo de algumas actividades; o elevado número de programas financiados pela OMS .

### **Conclusão**

248. Os distritos sanitários estão a tornar-se operacionais através da informatização dos dados sanitários, da formação do pessoal, do desenvolvimento de capacidades em planificação e gestão dos recursos, e da implementação das actividades de promoção da saúde e de combate integrado às doenças. Como o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário está agora a ser concluído, as prioridades e áreas de intervenção da OMS serão redefinidas.

## **UGANDA**

### **Introdução**

249. Durante o biénio, desenvolveu-se um intenso trabalho a nível dos principais elementos do Programa Nacional para a Reforma do Sector da Saúde no Uganda, no qual a OMS desempenhou um papel primordial como consultor técnico do Governo e dos seus parceiros na área do desenvolvimento sanitário. A Representação da OMS no país funcionou como secretariado, para a finalização de muitos documentos do processo de reforma do sector da Saúde. O Grupo Consultivo Conjunto, presidido pelo Representante da OMS, preparou o caminho para um consenso alargado sobre a aprovação de uma abordagem sectorial para a saúde no Uganda.

### **Realizações**

250. A OMS participou activamente na elaboração da nova Política Nacional de Saúde e do Plano Estratégico do Sector da Saúde de 2000-2001 e 2004-2005, defendendo junto de todos os patrocinadores a aceitação da abordagem sectorial para a saúde, coordenando as acções dos doadores e fornecendo apoio técnico para a determinação dos custos e financiamento do plano estratégico. A Iniciativa de Bamaco, ensaiada com êxito num distrito, está a ser alargada a três outros distritos.

251. Dez distritos foram apoiados, a nível distrital, na planificação da saúde reprodutiva. Trinta por cento do pessoal dos serviços de saúde reprodutiva dos centros de saúde e dos serviços de referência, de 7 dos 10 distritos, recebeu formação em cuidados obstétricos de urgência. Prosseguiu o "marketing" público

dos estojos para parto seguro, tendo-se já iniciado a respectiva produção. A OMS apoiou o Ministério da Saúde na formulação de um projecto de programa sobre saúde dos adolescentes. Está em curso de finalização um manual de formação para profissionais de saúde, sobre técnicas de comunicação e aconselhamento. Realizaram-se cursos para o desenvolvimento de capacidades e prestou-se apoio à promoção do saneamento, especificamente no que respeita à qualidade da água.

252. Observou-se uma clara redução no número de casos de dracunculose notificados e uma melhoria na contenção de casos. As 3ª e 4ª rondas das jornadas nacionais de vacinação (JNV) atingiram níveis de cobertura de, respectivamente, 98% e 107% em 1998, e de 107% e 113% em 1999. As campanhas de combate ao sarampo foram integradas nas JNV em 7 distritos, com a finalidade de retirar lições para actividades futuras. Quarenta e cinco equipas distritais de saúde e pessoal de saúde de nível operacional de 25 distritos receberam formação em vigilância epidemiológica. A distribuição de ivermectina foi realizada no total dos 17 distritos com oncocercose endémica, tendo-se observado progressos significativos no combate a esta doença. As actividades de erradicação dos vectores estão praticamente finalizadas em uma das duas áreas de implementação.

253. As principais realizações na implementação do programa de combate ao paludismo foram a elaboração de orientações essenciais e módulos de formação, a formação de equipas essenciais em tratamento de paludismo grave, o combate aos vectores e a continuação da avaliação da eficácia dos medicamentos. As autoridades concordaram em eliminar os impostos sobre os materiais tratados com insecticida. A colaboração entre os programas de combate ao paludismo e AIDI reforçou a coordenação da implementação dos dois programas. Realizaram-se com sucesso seis cursos práticos sobre AIDI para auxiliares de enfermagem. Pelo menos 40% dos profissionais de saúde em 20 distritos receberam formação em AIDI, tendo as capacidades desses distritos sido reforçada com outras componentes da AIDI. Foram também preparadas orientações sobre cuidados de referência, bem como um curso de formação básica. Oito distritos implementaram a estratégia DOTS. A promoção do trabalho da OMS foi efectuada através da celebração dos dias comemorativos da OMS, da produção e divulgação dos materiais de promoção da saúde e, ainda, da formação de jornalistas.

### **Análise**

254. A implementação do plano de acção bienal foi facilitada, nomeadamente, por: política de descentralização da Sede Regional; atitude de cooperação por parte dos intervenientes na área de saúde e coordenação dinâmica dos doadores; empenho activo dos ministérios relevantes, especialmente os Ministérios da Administração Local e das Finanças; maior colaboração inter-departamental dentro do Ministério da Saúde; existência de estruturas básicas. Os principais factores que atrasaram a implementação do programa foram: a reestruturação do Ministério da Saúde; as eleições do Conselho Local, no início de 1998; a desmotivação dos funcionários públicos; as abordagens verticais nos programas; a fraca gestão dos dados; a insegurança em alguns distritos; a demora no cumprimento dos procedimentos contabilísticos, o que provocou atrasos na disponibilização das verbas.

### **Conclusão**

255. A avaliação da cooperação técnica entre a OMS e o Uganda revelou que a coordenação dos intervenientes na área da saúde melhora a implementação do programa e que a qualidade sustentada dos serviços pressupõe um abastecimento regular de materiais essenciais, bem como a supervisão efectuada por pessoal qualificado. Será necessário usar técnicas de promoção e a mobilização social para introduzir abordagens de saúde comunitária nos estabelecimentos e sistemas de saúde. Constatou-se que a formação

em "cascata" é económica, mas pobre em termos de conteúdos técnicos.

## **REPÚBLICA UNIDA DA TANZÂNIA**

### **Introdução**

256. Esta avaliação assenta nos planos e estratégias nacionais, nos relatórios semestrais e anuais, e nos planos de trabalho e relatórios técnicos do Ministério da Saúde e da OMS, no que diz respeito à implementação de programas específicos.

### **Realizações**

257. As principais realizações durante o biénio foram: a participação na preparação e elaboração de planos de acção conjuntos entre a OMS e o programa essencial de intervenção na saúde, para prestação de apoio técnico aos distritos; a participação na planificação nacional das intervenções para implementação a nível distrital; a análise do primeiro ano de implementação da AIDI e a impressão de material de formação nesta área; o estabelecimento de uma colaboração formal com a OMS no âmbito do programa essencial de intervenção na saúde, destinado a efectuar estudos de eficácia da AIDI, para a sua avaliação a nível mundial; a cobertura de 97% e 100%, respectivamente, durante as JNV de 1998 e 1999, bem como a cobertura de 92% alcançada em 31 distritos seleccionados durante a campanha anti-sarampo de 1999; a melhoria da oportunidade e integralidade da vigilância da PFA, o que resultou numa taxa de detecção da PFA de 1,13 por 100.000 crianças com menos de 15 anos; a elaboração de um relatório sobre um estudo analítico da segurança dos alimentos; o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, por meio da atribuição de bolsas de estudo da OMS e colocação dos bolsеiros; a elaboração de propostas de investigação, as quais foram posteriormente implementadas; a realização de um seminário de formação de formadores na área da gestão, para equipas distritais de gestão da saúde, como parte da reforma do sector da Saúde; o apoio activo e a participação no processo em curso de reforma do sector da Saúde.

### **Análise**

258. De entre os factores determinantes dos resultados positivos, são de realçar: a definição de um plano de acção conjunto, em termos de objectivos e de resultados esperados, acordado conjuntamente entre o Ministério da Saúde e a OMS; a adesão às prioridades nacionais e uso dos mecanismos existentes, para implementação do plano; a monitorização e avaliação simultâneas, bem como a solicitação de financiamento adicional aos parceiros na área da Saúde; a coordenação e estreita colaboração com os parceiros-chave (Governo, ONG, agências das Nações Unidas, doadores e sector privado). Os obstáculos à implementação e às realizações foram: a discrepância entre as dotações orçamentais e as verbas efectivamente disponibilizadas; a sobrecarga de trabalho e a necessidade de apoio técnico adicional; a limitada capacidade dos distritos para implementar os seus próprios planos; os atrasos nos distritos que aguardam a implementação das reformas do sector da Saúde: os atrasos na disponibilização de verbas por parte da Sede Regional, bem como a falta da vacina antipoliomielítica oral, para administração no âmbito do PAV.

### **Conclusão**

259. Globalmente, os resultados do biénio 1998-1999 foram positivos. As discrepâncias orçamentais

(dotações versus verbas disponíveis) têm que ser solucionadas. Para evitar a dispersão dos poucos recursos por demasiados programas, recomenda-se a adopção de um menor número de programas globais com metas mais exequíveis. Dada a natureza alargada do sistema nacional de saúde e dos processos de gestão, bem como a forte dependência de verbas extra-orçamentais para atingir as metas fixadas, o programa de cooperação entre a OMS e a Tanzânia exigirá um apoio acrescido no futuro.

## **ZÂMBIA**

### **Introdução**

260. A OMS forneceu ajuda técnica e financeira ao Ministério da Saúde e à Direcção-Geral da Saúde. Em inícios de 1998, a OMS, o Ministério da Saúde e a Direcção-Geral realizaram uma reunião tripartida, para integrar e adequar as metas da OMS aos objectivos estratégicos do país. Essas reuniões constituíram a base para monitorizar o processo de colaboração ao longo do biénio.

### **Realizações**

261. As realizações de relevo conseguidas através da estreita colaboração entre a OMS, o Ministério da Saúde, a Direcção-Geral da Saúde e os outros parceiros foram: o reforço da reforma do sector da Saúde na Zâmbia; a elaboração da política e estratégia de saúde reprodutiva; a plena implementação das Jornadas Nacionais de Vacinação (JNV) e das JNV suplementares, respectivamente em 1998 e 1999, atingindo-se uma cobertura média de mais de 90%; a conclusão da Iniciativa para a Independência Vacinal, em colaboração com os parceiros do PAV; a formulação da política nacional de financiamento da saúde; a plena implementação da estratégia AIDI, com a formação de, respectivamente, 208 e 157 profissionais de saúde e agentes de saúde da comunidade; a elaboração de um manual de formação na área do HIV/SIDA, para aconselhamento e tratamento, assim como o início do processo de elaboração das políticas relativas ao teste do HIV e aconselhamento voluntários.

262. Outras realizações foram: a elaboração de um plano de lançamento da Iniciativa “Fazer Recuar o Paludismo” e a implementação de actividades-chave do programa de combate ao paludismo, com base em dados factuais; a expansão do uso de mosquiteiros impregnados de insecticida; o êxito da implementação da Iniciativa África 2000, particularmente nas zonas rurais; a conclusão da avaliação global do abastecimento de água e saneamento e finalização da estratégia nacional de comunicação para a saúde; a prestação de apoio da Sede Regional a programas de formação em planificação e implementação da comunicação nos distritos; o apoio a temas específicos dos Dias Mundiais da Saúde; o lançamento da estratégia nacional para o saneamento do ambiente, nas zonas rurais e suburbanas; a produção de módulos de formação sobre toxicidade dos produtos químicos, saúde e ambiente.

### **Análise**

263. Os resultados foram facilitados, nomeadamente, por : reuniões consultivas regulares entre OMS, o Ministério da Saúde e a Direcção-Geral da Saúde, de forma a avaliar o grau de implementação do plano de acção, assim como a nomeação de coordenadores e gestores de programas, para a implementação dos diferentes programas; o reforço da Representação da OMS no país graças ao recrutamento de funcionários profissionais nacionais para trabalharem com os gestores dos programas; a existência de serviços de comunicação muito bons e fiáveis na Representação da OMS; o êxito da formação, apoiada pela OMS, do pessoal do Ministério e da Direcção-Geral da Saúde, para executarem actividades

adequadas aos seus objectivos e orientações.

264. Foram obstáculos à implementação: o não desembolso de verbas extra-orçamentais para programas do orçamento ordinário com um financiamento muito limitado; a proibição pelo Governo no que respeita à organização de seminários; a escassez de recursos humanos na Representação; o desvio de algumas verbas do orçamento ordinário, quer para o transporte de produtos médicos, quer para a compra de medicamentos, ou materiais para dar resposta a situações de emergência, como os surtos de cólera e os fluxos de refugiados; a falta de apoio da Sede Regional, de modo a possibilitar uma resposta atempada às catástrofes naturais ou provocadas pelo Homem; a apresentação de propostas pelo Ministério e Direcção-Geral da Saúde fora de prazo ou inadequadas às prioridades e metas.

## **Conclusão**

265. As lições apreendidas foram: o uso de verbas extra-orçamentais para os programas do orçamento ordinário é uma indicação de que esses programas exigem um aumento da respectiva dotação orçamental; as reuniões de avaliação intermédia e as reuniões regulares ajudam a acelerar a implementação e a melhorar o grau de consecução dos objectivos; em particular, as verbas extra-orçamentais podem melhorar a eficácia e o grau de consecução, para fazer face a situações de emergência ou outras prioridades; o grau de eficácia está intimamente ligado à atribuição de verbas suficientes e à disponibilidade de pessoal para a implementação dos programas; as reuniões consultivas entre OMS, o Ministério e a Direcção-Geral da Saúde são um mecanismo para garantir que as metas previstas estejam em sintonia com os objectivos.

## **ZIMBABWE**

### **Introdução**

266. As fontes de informação para a preparação deste relatório de avaliação foram os relatórios anuais de vários programas, os relatórios de inquéritos e os relatórios de seminários e cursos de formação.

### **Realizações**

267. As principais realizações durante o biénio foram: o desenvolvimento das capacidades das comissões multisectoriais de protecção civil das províncias e dos distritos, na área da preparação para as situações de emergência; uma análise completa do sistema de informação sanitária; a formulação de uma Estratégia Nacional de Saúde para 1997-2007, através de um processo de consultas e da participação dos intervenientes na área da saúde; a aplicação na prática da estratégia, graças à elaboração de um plano renovável de 3 anos e de um plano de implementação do programa; a aprovação do relatório da Comissão de Revisão da Saúde e subsequente reestruturação do Ministério da Saúde, baseada numa das recomendações da Comissão; o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, através das bolsas de estudo da OMS em várias áreas e a elaboração de estratégias de recursos humanos para a saúde, saúde reprodutiva e saúde dos adolescentes.

268. Outras realizações foram: a preparação do programa de saúde escolar; a realização de um seminário nacional sobre reportagens relativas ao HIV/SIDA para jornalistas, e a nomeação de alguns deles para fazerem esse tipo de reportagens; a comemoração com êxito de 6 dias da saúde; o fornecimento de água e instalações sanitárias a algumas das áreas de 24 aldeias propensas à cólera; o lançamento, pelo Presidente, da política nacional de luta contra a SIDA; a formação do Conselho Nacional de luta contra a SIDA e

divulgação das taxas de prevalência da SIDA; as campanhas bem sucedidas do PAV, com uma taxa de cobertura de 93% e uma taxa de detecção da PFA de 1/100.000 crianças com menos de 15 anos; a reintrodução da vacina da Hepatite B no PAV e o compromisso do Governo em comprar as suas próprias vacinas, para reforçar a sustentabilidade do PAV; a disponibilização de normas-padrão de diagnóstico e tratamento de casos complicados ou não de paludismo, em 70% dos distritos; o tratamento correcto dos casos, em 93% dos serviços; a criação de consenso sobre a Iniciativa FRP; o êxito do estudo-piloto sobre a implementação da DOTS a nível comunitário em 7 distritos; a resposta imediata às epidemias de cólera e paludismo.

### **Análise**

269. A vontade e o apoio políticos foram importantes para o combate às epidemias, a Iniciativa FRP e a erradicação da poliomielite. Devido à rotação do pessoal, a capacidade de implementação das actividades planeadas na área da saúde reprodutiva foi baixa. O facto de não se ter registado uma mudança de comportamentos, apesar da elevada sensibilização, constituiu um importante obstáculo à implementação do programa de luta contra o HIV/SIDA. Uma tendência perturbadora foi a diminuição da cobertura do PAV, devido à falta de transportes e logística, o que impossibilitou o trabalho de campo.

### **Conclusão**

270. As lições retiradas do exercício de avaliação foram que as prioridades definidas com o Ministério da Saúde deverão ser revistas duas vezes por ano, para contemplar alterações que possam não ter sido previstas durante a fase de planificação; os funcionários do Ministério da Saúde e da Representação da OMS no país devem manter sempre registos das suas despesas, dado o complexo sistema de contabilidade da Organização; o apoio orçamental ao programa de luta contra o HIV/SIDA terá de ser intensificado para reflectir a magnitude da pandemia do HIV/SIDA; será necessário realizar reuniões semestrais com a Representação da OMS para facilitar a monitorização e a avaliação do plano de acção.

## **ACTIVIDADES DA OMS AOS NÍVEIS**



# **REGIONAL E INTERPAÍSES**

## **DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DO CONJUNTO DOS PROGRAMAS**

### **Introdução**

271. Para além de supervisionar todas as divisões técnicas, a Direcção de Desenvolvimento e Gestão do Conjunto dos Programas inclui ainda três programas importantes, nomeadamente: Saúde, Ciência e Políticas Públicas (HSP); Mobilização dos Recursos Interagências (IRM); Situações de Emergência e Ajuda Humanitária (EHA). O programa HSP abrange os seguintes programas específicos: Saúde no Desenvolvimento Sustentável (HSD), Cooperação Técnica com os Países (TCC) e Coordenação das Políticas e Estratégias de Investigação (RPS). As principais fontes de informação para esta avaliação foram os planos de acção de 1998-1999, as análises intermédias dos programas, os relatórios sobre actividades importantes, como as Reuniões Programáticas Regionais (RPM), o orçamento-programa para 1998-1999 e os relatórios de contas, elaborados pela Unidade de Orçamento e Finanças (BFO).

### **Realizações**

272. As principais realizações durante o biénio foram: o reforço da capacidade da Sede Regional e das Representações da OMS nos países, para lhes permitir mobilizar recursos extra-orçamentais destinados à implementação dos programas da OMS nos países; a organização de três reuniões interpaíses sobre a reforma do sector da Saúde, para partilha de experiências sobre o respectivo planeamento, implementação e monitorização; a melhor organização e orientação das Reuniões Programáticas Regionais (RPM); a maior coordenação do apoio às Representações da OMS nos países na área da gestão dos programas da OMS, especialmente na preparação dos planos de acção; a elaboração de orientações mais precisas para a planificação, monitorização e avaliação; a elaboração de um plano de acção para implementar a estratégia regional de investigação; o reforço das capacidades dos países na área da preparação e resposta às situações de emergência.

### **Análise**

273. O programa de Mobilização de Recursos Interagências (IRM) desempenhou um papel-chave na mobilização de verbas extra-orçamentais, em particular após a transferência de um dos seus administradores técnicos para o Escritório da OMS na União Europeia.

274. Em consequência da actual reestruturação, algumas das actividades do programa Saúde no Desenvolvimento Sustentável (HSD) foram transferidas para outras divisões, por exemplo, a de Desenvolvimento dos Serviços e Sistemas de Saúde (DSD) e a de Ambientes Saudáveis e Desenvolvimento Sustentável (DES). Não chegaram a ser elaborados os inventários das empresas de micro-financiamento e da legislação sanitária. Contudo, foram organizadas três reuniões interpaíses sobre as reformas do sector da Saúde.

275. Relativamente ao programa interpaíses RPS, a sobrecarga de trabalho e a mobilidade do pessoal afectaram a eficácia das actividades planeadas e foi necessário melhorar a qualidade das propostas apresentadas para financiamento. Apesar de tudo, registaram-se alguns progressos, resultantes do recrutamento de um funcionário regional para a Cooperação Técnica com os Países (TCC) e de um profissional a curto prazo, para o planeamento, programação e avaliação, bem como para a política e coordenação da investigação.

276. Apesar da rotação do respectivo pessoal, o programa sobre Situações de Emergência e Ajuda Humanitária (EHA) registou resultados significativos, nomeadamente em actividades planeadas e actividades não planeadas mas relevantes. Os principais factores determinantes dos resultados foram o total empenho dos Estados-Membros na preparação para as situações de emergência e a excelente colaboração e coordenação entre o programa e as outras divisões técnicas da Sede Regional da OMS (DDC, DSD, DRH e DNC) na resposta às necessidades específicas dos países.

## **Conclusão**

277. O biénio em apreço, em particular o ano de 1999, constituiu um período de transição para a reconversão dos programas TCC, PDC e EHA, em unidades bem equipadas. Uma vez que estas unidades foram reforçadas, através da revisão da definição de funções e do recrutamento de funcionários regionais para as várias áreas programáticas, a eficácia e a eficiência das futuras acções melhorarão significativamente nas áreas do apoio técnico aos países, política e coordenação da investigação, dados factuais e informação para as políticas de saúde, planeamento, monitorização e avaliação, e preparação e resposta a situações de emergência.

## **DIVISÃO DO DESENVOLVIMENTO DOS SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE**

### **Introdução**

278. A implementação do Plano de Acção da Divisão para 1998-1999 foi influenciada por factores e eventos relacionados, em particular, com a reorganização e a reestruturação da Sede Regional nesse biénio. Além disso, novas prioridades e dificuldades financeiras conduziram, entre outras coisas, à revisão dos planos de acção de muitos programas.

### **Realizações**

279. Uma das maiores realizações do programa relativo aos Sistemas Nacionais de Saúde (NHS), foi a formulação da Política Regional de Saúde para Todos no Século XXI, a qual providencia uma visão a longo prazo do desenvolvimento sanitário na Região Africana. Foram elaboradas directivas para a elaboração de políticas de saúde e os países foram apoiados na actualização das suas políticas e estratégias. Catorze países receberam apoio técnico sustentado para a reforma do sector da Saúde. O programa NHS contribuiu para introduzir as questões relativas ao desenvolvimento de sistemas de saúde no contexto de iniciativas especiais, como a iniciativa Fazer Recuar o Paludismo (FRP) e a componente sanitária da Iniciativa do sistema das Nações Unidas para África.

280. As principais realizações do programa relativo aos Sistemas Distritais de Saúde foram a elaboração de materiais de formação, para reforçar as equipas de gestão sanitária, e de instrumentos para avaliar a operacionalidade dos sistemas distritais de saúde. Estes instrumentos de avaliação foram testados no terreno, em quatro países. Uma segunda reunião regional, organizada conjuntamente com a UNICEF e o Governo do Mali, para analisar a implementação da Iniciativa de Bamaco, resultou na formulação da componente comunitária da reforma do sector da Saúde, cuja implementação se iniciou em colaboração com vários parceiros da Região. O programa DHS contribuiu para o reforço dos laços entre os sistemas distritais de saúde e iniciativas específicas como Fazer Recuar o Paludismo e Maternidade Segura. Constituíram também contributos significativos o apoio prestado às iniciativas locais e distritais, para dar resposta ao HIV/SIDA e aos cuidados domiciliários de base comunitária.

281. Os países receberam apoio para a avaliação e reforma dos seus sistemas de informação para a gestão sanitária, para a elaboração dos planos de acção para o desenvolvimento dos seus sistemas e para a selecção dos indicadores de saúde essenciais. Foi organizada uma reunião de peritos para avaliar as abordagens e instrumentos utilizados, bem como para elaborar os parâmetros de avaliação da iniciativa regional de reforço do sistema de investigação em saúde.

282. As maiores alterações processaram-se na área da investigação em sistemas de saúde. O primeiro projecto sub-regional conjunto foi transformado num programa alargado, de modo a poder cobrir a totalidade da Região Africana. Mais de 80 profissionais de saúde receberam formação em metodologias da investigação em sistemas de saúde, recebendo alguns deles formação de formadores. Elaborou-se uma lista de pessoas formadas nesta área e prestou-se apoio técnico e financeiro aos ministérios da saúde.

283. O Comité Regional aprovou a *Estratégia Regional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde*. A apresentação da estratégia foi feita em três reuniões interpaíses, tendo-se igualmente preparado perfis dos países na área dos recursos humanos para a saúde. Estabeleceu-se um quadro regional para implementação da estratégia regional, com base na informação recebida durante as reuniões. Foram definidas directivas para as políticas e planeamento dos recursos humanos para a saúde, assim como para a estruturação dos planos de estudos dos enfermeiros e parteiras. O programa de recursos humanos para a saúde (HRH) contribuiu para a publicação do primeiro número do Jornal Africano de Enfermagem e Obstetrícia.

284. O Programa dos Medicamentos Essenciais apoiou os países na elaboração de políticas e programas de medicamentos. A promoção de mecanismos de compras em conjunto e a criação de capacidades sub-regionais na área do controlo de qualidade dos medicamentos constituíram outras realizações importantes. A produção local de medicamentos essenciais foi alvo de uma reunião regional. Por ocasião da sua 49ª sessão, o Comité Regional aprovou o Programa Intensivo de Medicamentos Essenciais. A sessão técnica de informação sobre a avaliação da qualidade dos medicamentos antipalúdicos, assim como a revisão do projecto HIV/SIDA/Pharmacist, são exemplos da colaboração e do auxílio aos programas regionais prioritários.

285. Deu-se início à efectiva elaboração do Programa de Medicina Tradicional e a respectiva relação com os quatro Centros de Colaboração da OMS nesta área teve um novo impulso. Foi criada uma base de dados sobre a situação da medicina tradicional na Região e elaborado um projecto de *Estratégia Regional para a Medicina Tradicional*, o qual foi debatido durante uma reunião consultiva de peritos. O relatório sobre a estratégia será submetido à aprovação da 50ª sessão do Comité Regional.

286. Por ocasião da sua 49ª sessão, o Comité Regional aprovou a *Política Regional de Tecnologias da Saúde*. Os países foram apoiados na implementação dos sistemas de controlo de qualidade para os laboratórios, bem como na elaboração e reforço dos programas nacionais de garantia de qualidade dos cuidados de saúde. Estabeleceram-se directivas para definir políticas nacionais de tecnologias dos cuidados de saúde. Foram intensificadas as actividades de controlo da qualidade do sangue, tendo sido organizado com êxito um seminário sub-regional, para os directores dos serviços nacionais de transfusão de sangue dos países francófonos.

## **Análise**

287. As tarefas da Divisão foram facilitadas pela adopção de instrumentos operacionais de planeamento, controlo e avaliação da implementação do Plano de Acção. Vários programas beneficiaram de reforço em termos de pessoal profissional, assim como de um excelente espírito de equipa.

288. As principais dificuldades foram a rotação de pessoal e o elevado número de actividades adicionais

em resposta aos pedidos de países, o que travou o desempenho de alguns programas específicos.

## **Conclusão**

289. Apesar dos vários obstáculos, 75% dos resultados esperados pela Divisão, para o biênio de 1998-1999, foram total ou parcialmente atingidos. A reestruturação e o reforço dos diversos programas resultou numa maior produtividade da Divisão, esperando-se ainda que o seu desempenho continue a melhorar no biênio de 2000-2001.

## **DIVISÃO DA SAÚDE REPRODUTIVA E FAMILIAR**

### **Introdução**

290. A Divisão da Saúde Reprodutiva e Familiar (DRH) tem a missão de promover, através de uma abordagem do ciclo de vida, a saúde das famílias e dos indivíduos. As suas principais vertentes programáticas são: a definição de intervenções para prevenir a mortalidade materna e neonatal; o despertar da consciência para os problemas emergentes da saúde das crianças e dos adolescentes; o apoio ao planeamento, a nível dos países e interpaises, para a eliminação da Mutilação Genital Feminina (MGF); a melhoria do acesso das mulheres aos cuidados de saúde.

### **Realizações**

291. As novas realizações na área da Saúde Reprodutiva, e Familiar incluíram o arranque da implementação da *Estratégia Regional para a Saúde Reprodutiva*, para o período 1998-2007, aprovada pelo Comité Regional em 1997, bem como a escolha do programa Maternidade Segura como uma das prioridades regionais.

292. Na área da *maternidade segura e dos cuidados ao recém-nascido*, cinco dos dez países seleccionados levaram a cabo a divulgação, a nível distrital, do Pacote de Saúde Mãe-Bébé, com o apoio da respectiva Representação da OMS ou da Sede Regional. Prepararam-se planos distritais para adaptar as intervenções prioritárias relevantes. Actualizaram-se directivas e protocolos e organizaram-se cursos de reciclagem para prestadores de cuidados de saúde envolvidos em obstetrícia. Os seis países seleccionados para a implementação da Iniciativa iniciaram ou completaram uma avaliação das suas necessidades na área dos serviços de saúde materna, com vista a uma revisão, com base em dados factuais, dos planos nacionais da maternidade sem risco. Foram implementados com sucesso, em três países, a mobilização de recursos e a programação conjunta com os grupos temáticos interagências e outros mecanismos, de forma a melhorar o acesso a serviços de saúde reprodutiva de qualidade, particularmente no âmbito da maternidade sem risco.

293. No que respeita à saúde neonatal, conseguiu-se reforçar as parcerias interagências na área da prevenção da transmissão mãe-bébé da infecção por HIV. Foi formulada uma abordagem global para a formulação e gestão de projectos-piloto, em nove países com elevada prevalência do HIV em mulheres grávidas. Obteve-se também um consenso alargado para tratar dos problemas relacionados com o HIV, através dos cuidados à maternidade e no âmbito dos programas nacionais de saúde reprodutiva.

294. Foi lançada e divulgada a *Estratégia Regional de Saúde Reprodutiva*, aprovada na 47ª sessão do Comité Regional, tendo-se realizado uma reunião de orientação para os gestores nacionais do programa e os Representantes da OMS. Três dos quinze países-alvo (20%) usaram posteriormente o quadro estratégico para reorganizar o programa de saúde reprodutiva, rever e adoptar as componentes prioritárias da saúde reprodutiva a nível nacional e proceder a uma análise aprofundada das respectivas políticas e

das falhas na disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços.

295. Dada a inexistência de um plano de acção formal para a saúde das crianças, foram levadas a cabo actividades *ad hoc*, para reforçar as capacidades a nível nacional, de modo a resolver os problemas de saúde pública com impacto no bem-estar das crianças. Tal incluiu a organização, para treze países, de um seminário de formação sobre prevenção e tratamento de abusos sexuais das crianças, prestação de apoio à alimentação de lactentes e crianças pequenas em situações de emergência, através de uma rede interpaíses, e ainda o arranque, em três países, de projectos de demonstração sobre o desenvolvimento psicossocial da criança.

296. Lançou-se uma nova estratégia regional para a saúde dos adolescentes, baseada em experiências recentes e no conhecimento dos problemas de saúde dos adolescentes. Foi dado apoio a três e quatro países, respectivamente, para responder mais eficazmente às necessidades específicas dos adolescentes em situação de conflito, e para elaborar programas culturalmente adaptados para combater eficazmente a transmissão do HIV/SIDA.

297. Na área da saúde da mulher, fizeram-se alguns progressos no âmbito da luta contra a mutilação genital feminina, a violência doméstica e o analfabetismo funcional. Sete dos dez países-alvo (70%) elaboraram planos nacionais para a eliminação da mutilação genital feminina, com o apoio técnico e financeiro da Sede Regional, tendo quatro deles (40%) iniciado efectivamente a fase de implementação. Houve outros países afectados por este problema que beneficiaram de actividades de advocacia a nível interpaíses.

298. Realizaram-se duas reuniões consultivas sub-regionais para analisar as experiências dos países no campo da formulação de estratégias multissectoriais, para a prevenção da violência contra as mulheres e crianças, bem como na área da prestação de apoio e cuidados físicos e psicossociais às vítimas. Estas reuniões delinearão estratégias para reforçar o papel do sector da Saúde na prevenção da violência. Aos quatro países que estão a implementar a estratégia da literacia funcional, foi fornecido apoio técnico e financeiro, para efeitos de alargamento das suas actividades. Elaboraram-se estratégias destinadas a incluir nesta iniciativa as necessidades das mulheres infectadas pelo HIV, bem como das suas famílias.

## **Análise**

299. A baixa taxa alcançada no sentido da consecução da maioria dos objectivos deveu-se, provavelmente, à inadequação do planeamento, monitorização e implementação. Para além disso, a transferência da Sede Regional ocasionou uma mobilidade acrescida do pouco pessoal existente, o que entrou substancialmente a implementação dos programas.

## **Conclusão**

300. Desde a adopção do quadro estratégico decenal para a saúde reprodutiva, a maternidade segura ainda não recebeu a devida atenção, nem a nível regional nem a nível dos países. É importante estabelecer laços entre os programas existentes, dentro e fora da Divisão, dado ser necessária maior sinergia para reduzir a mortalidade materna e neonatal, bem como para enfrentar outros problemas de vulto para a saúde das mulheres, crianças, adolescentes e jovens, na Região.

## **DIVISÃO DA PREVENÇÃO E COMBATE ÀS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS**

### **Introdução**

301. Com uma maior colaboração por parte dos Estados-Membros, a Divisão conseguiu implementar o seu plano de acção. Registaram-se novos esforços e abordagens na área da prevenção e combate à doença e os resultados obtidos foram em larga escala devidos a uma maior colaboração e a um apoio contínuo por parte dos parceiros.

### **Realizações**

302. Onze Estados-Membros realizaram uma avaliação preliminar da viabilidade da implementação, da Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI). Sete países prosseguiram o processo de implementação da AIDI, promovendo reuniões de orientação, para chegar a um entendimento comum do programa. Onze países adaptaram os materiais de formação genéricos em AIDI às suas realidades nacionais e 7 países realizaram uma reunião de planeamento para o primeiro ano de implementação. Trinta e dois países iniciaram já a implementação da AIDI, tendo-se igualmente iniciado investigação operacional sobre AIDI. Por ocasião da sua 49ª sessão, o Comité Regional aprovou um plano estratégico para 2000-2005.

303. Assistiu-se ao retomar das actividades de combate à esquistossomiase, tendo 5 países elaborado ou revisto o seu respectivo plano nacional de combate a esta doença. Em colaboração com o Programa de Combate à Oncocercose em África (APOC), realizaram-se as seguintes actividades durante o biénio: actividades de localização epidemiológica rápida em 15 países; 57 projectos sobre tratamento com ivermectina, 48 dos quais destinados à comunidade; 4 projectos de eliminação de vectores; 5 projectos da Sede Mundial da OMS para apoio a equipas de intervenção dos países.

304. Na Região Africana, ocorreram cerca de 20% de todos os casos de tuberculose notificados a nível mundial, em 1998. Mais cinco países foram ajudados a implementar a estratégia DOTS (Terapia por Observação Directa) para o combate à tuberculose, o que permitiu aumentar para 317 o número de países que a implementaram. Tal significa que 61% da população-alvo tem agora acesso a serviços baseados na estratégia, na Região. Os resultados do tratamento para novos doentes com testes de expectoração positivos melhoraram em 50% em 12 países. A taxa global de sucesso do tratamento na Região foi de 62%, enquanto que a meta fixada se elevava a 85%. Em três países, análises mais aprofundadas do programa resultaram na reformulação das intervenções, para dar resposta a novos desafios, como a epidemia do HIV/SIDA. Realizaram-se seminários de orientação em 16 países, para inserir a estratégia DOTS nos planos de estudos das escolas de medicina, tendo-se iniciado a revisão dos programas curriculares em 6 países. Dezoito países foram apoiados com vista ao estabelecimento de um sistema de controlo da qualidade laboratorial para a tuberculose, para melhorar a detecção e gestão dos respectivos casos.

305. Reforçou-se a capacidade de quatro países para a gestão dos programas de luta contra o HIV/SIDA, graças à disponibilização de técnicos nacionais. Prestou-se apoio técnico a oito países, o que resultou na melhoria dos sistemas de vigilância do HIV/SIDA e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Estabeleceu-se uma rede técnica e definiram-se orientações sobre a vigilância do HIV/SIDA/IST, o que contribuiu para o reforço dos programas dos países. Cinco países receberam apoio para a elaboração de políticas e planos nacionais de segurança do sangue, o que contribuiu para aumentar para 15 o número de países da Região com políticas nesta área. Além disso, criou-se um grupo de trabalho regional para o combate às IST, o qual fez recomendações que contribuíram para acelerar a implementação da estratégia regional de luta contra as IST, nos países.

306. Para a Úlcera de Buruli, foi criado um sistema genérico de vigilância, o qual foi implementado em quatro dos cinco países onde a doença é endémica. Foi também desenvolvida uma estratégia genérica para o combate a esta doença. A incidência da dracunculose diminuiu de 34 261 para 18.500 casos, tendo o número de países onde a doença é endémica descido de 16 para 13. Está a ser desenvolvido um mecanismo de vigilância integrada das doenças pela Unidade de Vigilância Integrada das Doenças, a qual também está a instalar uma base de dados regional informatizada para a vigilância das doenças transmissíveis. Além disso, a unidade realizou cursos e serviços de formação em gestão de dados.

307. O Programa Regional de Luta contra a SIDA recrutou funcionários nacionais em 4 países, de modo a reforçar a capacidade nacionais em gestão do programa. Na Sede Regional, foi instalada a rede técnica interpaíses para a vigilância do HIV/SIDA/IST. Chegou-se a um consenso sobre sistemas básicos de vigilância do HIV/SIDA/IST para a Região, tendo sido formuladas orientações sobre este assunto. Foram preparadas e testadas no terreno, em 4 países, as orientações genéricas sobre a forma equitativa, segura e eficaz de aplicar a terapia anti-retroviral. Criou-se em grupo de trabalho regional para o combate às IST e prestou-se apoio técnico a 5 países para o estabelecimento de programas e políticas nacionais de segurança do sangue.

308. Na Região Africana, registaram-se 67.526 casos de lepra em finais de 1998, o que representa menos de 10% da prevalência da lepra a nível mundial. No entanto, 7 dos 12 países do mundo onde a doença é mais endémica pertencem à Região Africana. No final do biénio, em resultado da implementação de actividades essenciais, a lepra tinha sido eliminada de 5 países, aumentando assim para 26 o número de países que já alcançaram a meta de eliminação desta doença.

309. Em 1998, o programa acelerado de combate ao paludismo foi alargado para abranger 27 países em comparação com 21, em 1997. Quatro países em situação de emergência receberam apoio técnico especial e 45 profissionais de saúde de 25 países participaram num curso de formação de 3 meses sobre o planeamento, implementação, monitorização e avaliação das actividades de combate ao paludismo. Trinta e quatro países dos 42 com paludismo endémico criaram 97 postos-sentinelas para avaliar a eficiência dos antipalúdicos. Trinta países instituíram um processo sistemático de promoção do uso em larga escala de material tratado com insecticida. Em 1999, na sequência de um processo de concertação com funcionários superiores de 43 países, a Iniciativa Fazer Recuar o Paludismo foi lançada em 30 países.

310. Seis países procederam a uma avaliação do programa de preparação e resposta às epidemias, tendo em seguida elaborado os seus planos de acção. Trinta e nove países criaram equipas distritais e foi progressivamente criada uma rede sub-regional de laboratórios em 17 países, reforçando, desse modo, as suas capacidades laboratoriais para rápida confirmação de epidemias. De forma a apoiar os países, reforçaram-se com epidemiologistas cinco equipas interpaíses.

311. Na área das doenças evitáveis pela vacinação, procedeu-se ao reforço do apoio logístico. Em 13 países, foram preparados planos para reabilitação da cadeia do frio, incluindo planos de formação em manutenção e reparação. Dos 38 países que elaboraram planos nacionais para o PAV, 7 formularam planos globais, nos quais foram incluídos planos de segurança das injecções. Quarenta e um gestores de logística de 21 países receberam formação em gestão da logística e da cadeia do frio.

312. As Jornadas Nacionais de Vacinação (JNV) foram realizadas com êxito em 33 países, tendo 94% destes atingido, no mínimo, 80% de cobertura. Levaram-se a cabo Jornadas Nacionais de Vacinação Suplementares (JNVS), sobretudo, em países dos blocos epidemiológicos da África Austral e Oriental, o que permitiu alcançar, em média, 80% de cobertura.

313. A nível regional, a vigilância da Paralisia Flácida Aguda (PFA) aumentou significativamente em 1999, com 3.134 casos de PFA notificados de Janeiro a Setembro de 1999, em comparação com 1.699 em



1998. A taxa de detecção da PFA não-poliomielítica duplicou de 0,3, em 1998, para 0,6 em 1999. Foi criada uma rede regional de laboratórios para a poliomielite, composta por 3 laboratórios regionais de referência e 12 laboratórios nacionais ou interpaíses. Em 1999, foram acreditados 4 laboratórios da rede.

314. Os países da África Oriental adoptaram uma estratégia para melhorar a cobertura de rotina, implementar a vigilância baseada em casos, bem como utilizar estratégias complementares de vacinação. Muitos países da África Austral iniciaram um programa de eliminação do sarampo.

### **Análise**

315. Os resultados foram facilitados por: uma melhor comunicação com os países e uma mais estreita colaboração entre os funcionários da Sede Regional e os gestores dos programas nacionais; maior facilidade em conseguir autorizações de viagens, quer a nível da Sede Regional, quer dos países; participação das equipas interpaíses na implementação dos programas nacionais; fornecimento aos países de directrizes técnicas e de vários documentos de orientação; participação dos parceiros na implementação, monitorização e avaliação de actividades; disponibilidade de verbas extra-orçamentais para actividades adicionais.

316. Os principais obstáculos à implementação foram: o elevado número de actividades adicionais não planeadas; o número limitado de pessoal em certos programas; a instabilidade política e a agitação social em muitos países; dificuldades de coordenação e de interacção com outros programas e divisões, devido à dispersão geográfica do pessoal e das equipas da divisão.

### **Conclusão**

317. A implementação dos planos de acção para 1998-1999 demonstrou a necessidade de se planear racionalmente, formular clara e correctamente os resultados esperados, controlar a execução do orçamento, continuar a melhorar a comunicação com as Representações nos países e recolocar programas-chave na Sede Regional.

## **DIVISÃO DE AMBIENTES SAUDÁVEIS E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**

### **Introdução**

318. A nova Divisão de Ambientes Saudáveis e Desenvolvimento Sustentável (DES) é responsável por ajudar os países a identificar, controlar e prevenir os efeitos nocivos das condições ambientais e económicas sobre a saúde. Tem também a missão de garantir que a saúde seja integrada nas políticas de desenvolvimento sustentável dos países.

### **Realizações**

319. Na área do abastecimento de água e saneamento comunitário, quase todos os países da Região lançaram a Iniciativa ÁFRICA 2000 e prepararam os respectivos planos de acção. A Segunda Reunião Consultiva Regional sobre a Iniciativa ÁFRICA 2000 decorreu com sucesso. Dezasseis países, a maioria dos quais se encontravam afectados por uma epidemia de cólera, conseguiram implementar projectos rurais de abastecimento de água e saneamento com base nas comunidades. Foram planeados seminários sobre funcionamento e manutenção dos sistemas de abastecimento de água e saneamento para 10 países, cinco dos quais levaram a bom termo esta actividade, enquanto que os restantes 5 países não o conseguiram, devido à situação política neles prevalente. Foi elaborado um relatório sobre as actividades de funcionamento e manutenção dos sistemas em África.

320. A avaliação do projecto PHAST (Transformação Participativa em Higiene e Saneamento) foi efectuada em 8 países-piloto e o alargamento da estratégia do projecto foi adoptada por 10 países no seminário regional, realizado em Harare, em Setembro de 1999. A avaliação a nível mundial do sector do abastecimento de água e saneamento levou a que todos os países da Região realizassem uma avaliação do seu sector.

321. No domínio da promoção da segurança dos produtos químicos, mais de 4 países prepararam o seu perfil de segurança dos produtos químicos. Deu-se apoio ao programa de segurança das radiações, em dois países. Em dois países, levaram-se a cabo campanhas de sensibilização das populações e de prevenção dos riscos químicos e radioactivos e em cinco países organizaram-se seminários nacionais.

322. Embora não tenham sido recebidos os relatórios sobre o estágio de implementação da Resolução WHA 50.13 em 8 países, a Sede Regional contribuiu para os planos de acção da OMS de eliminação progressiva do DDT. Um país recebeu apoio técnico para estabelecer o seu sistema de gestão dos produtos químicos. Cinco países prepararam relatórios nacionais sobre a gestão de produtos químicos perigosos.

323. Relativamente aos riscos ambientais para a saúde, não foram recebidos os relatórios sobre o estágio de implementação da Resolução WHA 50.14, em seis países. Todavia, a Sede Regional contribuiu e participou na reunião internacional sobre abastecimento de água e saneamento nos países insulares. Apenas foram recebidos três de seis relatórios sobre a situação dos Sistemas Mundiais de Monitorização do Ambiente. Foram apoiados cursos sobre controlo da qualidade da água em três países, tendo sido comprado para um país o equipamento necessário para o efeito.

324. Foi instalada uma rede de informação sobre riscos ambientais para a saúde, em dez países. Foram recolhidos e analisados questionários sobre os planos nacionais de saúde ambiental e sobre o desenvolvimento institucional. Quatro países receberam apoio para a formulação das suas políticas de saúde ambiental. As Discussões Técnicas da quadragésima-oitava sessão do Comité Regional debateram o papel dos ministérios da saúde na saúde ambiental. Arrancaram as actividades de avaliação do impacto do ambiente sobre a saúde e de localização geográfica dos riscos. Foi preparado um documento acerca dos efeitos da desertificação e da seca sobre a saúde das pessoas em África.

325. Na área do desenvolvimento rural e urbano, realizaram-se quatro seminários sobre planeamento de “cidades saudáveis”, os quais contaram com a participação de 172 delegados de 45 países. O Gabão, a Guiné Equatorial, o Congo, o Mali e o Togo receberam apoio específico para elaborar planos de acção para cidades saudáveis e quatro países foram apoiados na implementação do projecto sobre escolas saudáveis.

326. Foram estabelecidos dois novos programas pela Divisão durante o biênio: “Planeamento da Saúde a Longo Prazo” e “Pobreza e Doença”.

327. Foi elaborado um projecto de documento sobre Pobreza e Doença, o qual propõe não apenas um quadro conceptual para a inter-relação pobreza/doença, mas também novas abordagens e estratégias para lidar com os aspectos sanitários da redução da pobreza em África. Tanto as Sedes Regionais como a Sede Mundial da OMS realizaram exercícios conjuntos de concertação e planeamento na área da redução da pobreza.

328. Foi posta à disposição dos países uma proposta de orientações metodológicas para estudos a longo prazo sobre a saúde. A sessão de informação dos Representantes da OMS, durante a 24ª sessão da Reunião Regional Programática (RPM), permitiu melhorar a sensibilização, nos países, para os programas de “Planeamento da Saúde a Longo Prazo” e “Pobreza e Doença”. As respostas recebidas indicam que os programas vão ao encontro das necessidades sentidas pelos países, podendo, assim, contribuir eficazmente

para os esforços que a Sede Regional está a envidar para marcar a diferença.

### **Análise**

329. Um dos principais acontecimentos no decurso do biénio foi a criação da Divisão que substituiu a anterior unidade responsável pela saúde ambiental. Tal resultou em novas orientações, de carácter inovador, dentro da Divisão e da Sede Regional. Um dos maiores obstáculos foi a escassez de recursos humanos.

### **Conclusão**

330. O biénio em análise, em especial o segundo ano do biénio, foi dedicado à produção de documentos de base sobre as novas esferas de acção, bem como ao reforço dos antigos programas. Tal contribuiu para aumentar a visibilidade da Divisão, sendo de esperar uma intensificação dos esforços no próximo biénio.

## **DIVISÃO DO COMBATE ÀS DOENÇAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS**

### **Introdução**

331. O biénio de 1998-1999 foi um período de grande reorganização e reestruturação na Sede Regional. Tal resultou na nova estrutura da divisão encarregue do combate às doenças e na criação da Divisão do Combate às Doenças Não-Transmissíveis, em Setembro de 1998. Foi criado o Programa de Combate às Doenças Crónicas, que faz parte da Divisão, tendo como esfera de competência o apoio aos países na área da prevenção e combate a essas doenças, nomeadamente o cancro, as doenças cardiovasculares e a diabetes.

### **Realizações**

332. A Divisão ajudou: um país a organizar o primeiro Congresso sobre Hipertensão em África; um país a conduzir investigações sobre hipertensão nas crianças; um país a organizar um seminário de formação sobre anemia de células falciformes, para além de auxiliar o programa nacional do país; um país a desenvolver as suas capacidades nacionais para combater a diabetes, através do financiamento da participação de nacionais num curso sobre a epidemiologia da diabetes; quatro países a desenvolverem as suas capacidades em técnicas de registo oncológico, financiando a sua participação num curso da Agência Internacional para a Investigação sobre o Cancro (IARC), em Lyon; um país a equipar o seu centro de registo oncológico.

333. Para além disso, a Divisão preparou um projecto de estratégia de luta contra as doenças não transmissíveis em África. Organizou igualmente uma reunião consultiva da OMS para adequar à realidade africana as Directivas Internacionais da OMS-ISH para a Hipertensão e compilou dados, publicados e não publicados, de investigações sobre doenças não-transmissíveis em África, através do recrutamento de um consultor para o efeito.

### **Análise**

334. Alguns factores contribuíram para os resultados alcançados, nomeadamente o recrutamento de um consultor a curto prazo, o qual reforçou o trabalho do programa, e o aumento de pedidos por parte dos países, à medida que as autoridades nacionais tomavam maior consciência do fardo das doenças não-transmissíveis nos seus países.

335. Houve também factores que entravaram a consecução dos resultados esperados, nomeadamente: a insuficiente dotação orçamental para apoiar a implementação dos programas interpaíses já planeados; a falta de dados factuais, que dificultou a participação dos Estados-Membros nos programas de combate às doenças não-transmissíveis; a falta de pessoal qualificado para a delineação e implementação dos programas a nível dos países.

### **Conclusão**

336. Quando a estratégia regional for adoptada e houver mais dados factuais sobre o fardo ocasionado pelas doenças não-transmissíveis, a OMS e os Estados-Membros deverão abordar de modo mais adequado esta área programática. Espera-se que os obstáculos supramencionados sejam superados por forma a que a Sede Regional possa estar em melhores condições de fazer face de modo eficaz à prevenção e combate às doenças não-transmissíveis, na Região.

## **DIVISÃO DA ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS**

### **Introdução**

337. Como no passado, durante o período em análise foi necessário enfrentar imensos desafios, para se poder prestar um apoio eficaz e atempado às unidades técnicas e às Representações nos países, de forma a permitir-lhes implementar os seus programas. A Divisão da Administração e Finanças (DAF) continuou a prestar eficazmente os seus serviços de rotina.

### **Realizações**

338. Na área do Orçamento e Finanças, as principais realizações incidiram sobre o seguinte: estreita colaboração com as divisões técnicas na preparação do orçamento-programa para o biénio de 2000-2001; atribuição de verbas para implementar as diversas actividades planeadas para o biénio de 1998-1999, de acordo com os planos de acção aprovados; descentralização, para as Representações nos países, das competências para permitir autorizações de pagamento, facilitando desse modo a implementação das actividades em tempo útil; preparação atempada dos relatórios financeiros sobre 1998 e 1999; controlo permanente das taxas de execução, permitindo assim que a Região utilizasse integralmente as verbas atribuídas para o biénio de 1998-1999; instalação de um novo sistema de informação administrativa e financeira na Sede Regional, como parte de um programa mundial para facilitar o processamento das contas na Sede Regional.

339. Na área dos Serviços do Pessoal, foi reestruturada a Unidade do Pessoal, a qual inclui actualmente quatro serviços autónomos, que tratam do seguinte: Classificação e Recrutamento; Administração de Contratos; Pessoal a Curto Prazo; Serviços Médicos. Esta reorganização estimulou a especialização e a normalização, tendo contribuído para a melhoria global do funcionamento da unidade. Foram elaboradas novas políticas de pessoal sobre a duração das missões nos diferentes locais de trabalho, pagamento de horas extraordinárias aos motoristas e troca de informações com o pessoal profissional. As competências para autorizar o pagamento dos contratos a curto prazo do pessoal dos serviços gerais foram delegadas nas Representações nos países.

340. De modo a responder às crescentes necessidades dos Estados-Membros e às alterações de prioridades, o recrutamento do pessoal continua a constituir uma parte importante das actividades da unidade. Foram preenchidos vinte postos novos ou vagos, através de um recrutamento internacional,

tendo sido criados um total de 92 novos postos de funcionários profissionais nacionais, em vários países. Com estes e outros recrutamentos, o número total de funcionários permanentes na Região Africana quase atingiu os 700. Muito outro pessoal foi ainda contratado a curto prazo ou por outro tipo de contratação.

341. Foram as seguintes as realizações na área do apoio à Gestão e Informação: estabelecimento de equipamento tecnológico de base para a Sede Regional e as Representações nos países; melhor acesso aos serviços de informática e telecomunicações; operacionalização do novo sistema de informação administrativa e financeira na Sede Regional; criação do Website da Sede Regional; divulgação de ferramentas informáticas e garantia da compatibilidade dessas ferramentas aos níveis da Sede Regional, Representações nos países e Sede Mundial; introdução de alguns novos projectos, para aperfeiçoar a comunicação entre países, Sede Regional e Sede Mundial; garantia de que o Sistema Informatizado do Fundo de Adiantamentos da Sede Regional, bem como o seu sistema central informático e de telecomunicações estavam preparados para o ano 2000; fornecimento de orientações às Representações nos países para poderem responder ao desafio da passagem ao ano 2000.

342. Na área dos serviços de documentação e publicações, as principais realizações foram: a disponibilização permanente aos Estados-Membros de legislação e documentação técnica e científica, válida e actualizada, nas três línguas oficiais da Região; a prestação de serviços linguísticos para apoio às reuniões de implementação dos programas regionais, que se realizaram na Região; melhorias relevantes em termos de qualidade e apresentação das publicações regionais; tradução em língua portuguesa de alguns livros da Biblioteca Azul para os Estados-Membros da Região; tradução do Pacote de Informação Sanitária da Sede Regional, para línguas vernáculas dos países; promoção contínua das publicações da OMS, em colaboração com a Sede Mundial; ajuda aos Estados-Membros para a aquisição de documentação da OMS ou de outras organizações.

343. Na área do aprovisionamento, a unidade responsável conseguiu desempenhar cabalmente as suas actividades, apesar das dificuldades provocadas pela reinstalação da Sede Regional. A informatização da unidade, que começou em Brazzaville mas que foi interrompida durante todo o ano de 1998, foi retomada e continua a processar-se. Para além disso, a unidade desempenhou as suas funções de rotina, como manter os ficheiros na Sede Regional e nas Representações nos países, bem como analisar as propostas de contratos a submeter à aprovação da Comissão de Análise de Contratos.

344. A unidade responsável pelos serviços administrativos continuou a instalar a Sede Regional temporária de Harare em gabinetes devidamente equipados, à medida que o número de funcionários aumentou de 120, em finais de 1997, para mais de 310, no final de 1999. Em simultâneo, desenvolveu-se um vasto trabalho preparatório, para identificar soluções alternativas para o problema da falta de espaço nos gabinetes.

345. Foram efectuadas três missões de avaliação a Brazzaville, com a finalidade de avaliar não apenas a possibilidade de fazer voltar o pessoal para a Sede Regional permanente em Brazzaville, mas também os danos causados nas instalações da Sede Regional, resultantes da guerra civil de 1997, no Congo.

## **Análise**

346. O período abrangido pelo presente relatório correspondeu à transferência da Sede Regional de Brazzaville para a sua sede temporária em Harare. A administração teve, assim, que enfrentar o desafio da reinstalação em circunstâncias difíceis, mantendo, simultaneamente, o expediente normal dos serviços. Os maiores obstáculos foram a escassez de pessoal, a necessidade de recrutar e formar novo pessoal em Harare, as difíceis condições de trabalho e as contenções orçamentais. Apesar destes obstáculos, a Divisão conseguiu atingir os seus objectivos. Neste período, assistiu-se também à consolidação da Divisão,

incluindo a reorganização das Unidades de Orçamento e Finanças e do Pessoal, para responder melhor às exigências. A formação intensiva de pessoal administrativo nas Representações nos países resultou numa melhor qualidade do desempenho destas, conforme comprovam as conclusões positivas do relatório da Auditoria Interna da Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 1999, em que se afirma que “a auditoria à Sede Regional revelou uma melhoria contínua e satisfatória em termos de desempenho, comparativamente com o período anteriormente analisado”.

### **Conclusão**

347. Apesar de alguns sérios entraves, a Divisão conseguiu atingir os seus objectivos em termos de prestação do apoio necessário aos programas técnicos e às Representações nos países.

# CONCLUSÃO GERAL DO RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

## LIÇÕES APRENDIDAS

348. Em comparação com o biênio de 1996-1997, o fornecimento de orientações claras e de mais fácil utilização em 1998-1999 contribuiu para um maior êxito na formulação, implementação, monitorização e avaliação das actividades regionais e interpaíses, bem como das actividades contempladas nos programas de cooperação técnica da OMS com os países. No entanto, há ainda melhorias a efectuar e uma avaliação da elaboração, implementação e avaliação dos planos de acção para 1998-1999 mostra o seguinte:

- 1) O enfoque nas prioridades de saúde definidas pelo país, a estreita colaboração entre a equipa da OMS no país e os funcionários do Ministério da Saúde, assim como a ênfase posta em áreas onde a OMS tem vantagem comparada, são medidas de extrema importância para garantir a pertinência, eficácia e eficiência da escolha e implementação de actividades do programa de cooperação técnica.
- 2) A concentração das intervenções da OMS em áreas prioritárias permite evitar a dispersão dos limitados recursos da Organização.
- 3) Deverá continuar a ser exercida uma certa flexibilidade na implementação do programa de cooperação técnica da OMS com os países, com vista a responder à alteração das necessidades, devida particularmente a ocorrências imprevisíveis, como as epidemias e as catástrofes nos países.
- 4) Dada o reconhecimento crescente, a nível internacional, da liderança da OMS nos assuntos ligados à saúde, não será demais realçar a necessidade de reforçar as capacidades das Representações da OMS nos países, para lhes permitir desempenhar o seu papel com eficiência.
- 5) A criação de um mecanismo, que envolva a activa participação da maioria dos funcionários do Ministério da Saúde e dos membros da equipa-país da OMS no planeamento, monitorização e avaliação da cooperação técnica com os países, facilitará a consecução dos objectivos e dos resultados esperados.
- 6) Em todos os países, não só a paz como também a estabilidade económica e política são pré-requisitos fundamentais para uma implementação bem sucedida do programa de cooperação técnica da OMS.
- 7) É ainda necessário um maior esclarecimento das autoridades nacionais sobre os processos e procedimentos de gestão da OMS e sobre a nova Estratégia Colectiva da OMS. Esse esclarecimento facilitará o trabalho da OMS nos países e com os países.
- 8) O reforço e o estreitamento da colaboração da OMS com os parceiros na área do desenvolvimento, quer a nível regional, quer dos países, tornaram-se cada vez mais imperiosos, de forma a garantir a optimização dos limitados recursos para a saúde, para se poderem atingir resultados específicos em termos de saúde e nos países.

- 9) Dada a importância de uma melhor gestão dos recursos, tanto a nível regional como dos países, a OMS e os ministérios da saúde deverão intensificar os seus esforços para aperfeiçoar as competências do seu pessoal na área da gestão.

## **PERSPECTIVAS PARA O BIÉNIO DE 2000-2001**

349. A avaliação da implementação dos planos de acção bienais para 1998-1999, assim como uma análise aprofundada das orientações fornecidas pelo Comité Regional, revelaram ser as seguintes as áreas prioritárias para garantir a eficácia das intervenções da OMS na área da saúde, na Região:

- 1) Paludismo.
- 2) HIV/SIDA e tuberculose.
- 3) Maternidade segura.
- 4) Sobrevivência das crianças (incluindo a atenção integrada às doenças da infância e a erradicação da poliomielite).
- 5) Saúde mental.
- 6) Preparação e resposta às situações de emergência, incluindo epidemias e catástrofes.
- 7) Reforma do sector da Saúde (e estabelecimento de sistemas de saúde sustentáveis), especialmente centrada na gestão, desenvolvimento de capacidades, investigação e mobilização de recursos.
- 8) Promoção da saúde.
- 9) Redução da pobreza, por meio de uma melhor saúde.

350. As áreas prioritárias regionais acima mencionadas servirão de tópicos de discussão sobre a cooperação técnica da Sede Regional com os Estados-Membros. Essas prioridades serão usadas para reorientar recursos e prestar apoio às actividades dos países e interpaíses. Serão definidos normas e padrões onde estes não existirem, e adaptados onde já os houver.

351. Para apoiar as áreas prioritárias indicadas, serão planificadas as intervenções da OMS na área de saúde para o biénio de 2000-2001, serão recolhidos dados factuais e informações para a elaboração de políticas (a partir da avaliação epidemiológica e económica) e serão iniciadas actividades de investigação fundamental por parte de todas as divisões e unidades técnicas.



**PARTE II**

**RELATÓRIO SOBRE OS PROGRESSOS  
REALIZADOS  
EM DETERMINADOS PROGRAMAS**

## SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E AJUDA HUMANITÁRIA

352. Ao aprovar a estratégia regional para as situações de emergência e ajuda humanitária na sua quadragésima-sétima sessão, o Comité Regional aprovou igualmente a Resolução AFR/RC47/R1, a qual, entre outras coisas, solicitou ao Director Regional que apresentasse um relatório anual ao Comité sobre a implementação da estratégia. Este relatório sucinto foi elaborado para esse efeito.

353. Prosseguiu o apoio da OMS aos Estados-Membros afectados por catástrofes naturais ou provocadas pelo Homem. A organização também disponibilizou peritos técnicos a longo prazo, nas áreas da saúde pública (Serra Leoa, Angola e Ruanda) e da epidemiologia (Burundi), bem como consultores a curto prazo, a pedido dos países. Esse apoio técnico incidiu sobre a rápida avaliação da situação sanitária, a formulação da componente sanitária dos programas nacionais de emergência e a prestação de apoio aos mecanismos nacionais de coordenação dos parceiros da saúde.

354. Em estreita colaboração com organizações não-governamentais, a OMS investigou casos de epidemias, de forma a ajudar a controlar os surtos de poliomielite (Angola), sarampo (zona oriental da República Democrática do Congo) e meningite (Angola, Burundi e Serra Leoa). A OMS coordenou a resposta internacional ao surto de febre de Lassa, na zona oriental da República Democrática do Congo.

355. A OMS promoveu actividades conjuntas de saúde pública transfronteiriças. Iniciativas como o combate às epidemias e a campanha de massas para a erradicação da poliomielite na República Democrática do Congo sentaram à mesma mesa profissionais de saúde de diferentes partidos em conflito, para discutir as medidas de saúde pública destinadas a proteger a população civil. No mesmo contexto, a OMS apoiou iniciativas na Gâmbia, Guiné-Bissau e Senegal, para responder às necessidades de saúde da população, como contributo para a paz na Sub-Região.

356. Foram fornecidos medicamentos essenciais e outros produtos médicos a países afectados por situações de emergência, de forma a melhorar o seu acesso a cuidados de qualidade. Este apoio, fornecido no âmbito do apoio coordenado das agências das Nações Unidas, organizações não-governamentais e outros organismos de cooperação bilateral, incluiu: o fornecimento de medicamentos e comprimidos de cloro, para melhorar a segurança da água, e o fornecimento de estojos para testes do HIV (Congo Brazzaville); o fornecimento de produtos médicos, para responder às necessidades das pessoas afectadas pelo conflito na Eritreia e na Etiópia; o apoio à vacinação contra a febre amarela das pessoas que não tinham beneficiado da campanha anterior, com a colaboração de organizações não governamentais; a vacinação de 163.000 pessoas em três condados (Libéria); o abastecimento de produtos médicos, incluindo vacinas (contra a meningite e a febre amarela) e medicamentos específicos para os doentes com tuberculose e lepra, abandonados durante a guerra civil (Guiné-Bissau); a prestação de assistência para minorar o impacto das inundações sobre a saúde e restabelecer o acesso aos cuidados de saúde a 20.000 pessoas que viviam nas zonas afectadas (Gâmbia).

357. Em sintonia com as recomendações da quadragésima-sétima sessão do Comité Regional, a OMS continuou a defender a promoção e o reforço da preparação para as situações de emergência. Algumas realizações concretas nesta área incidiram sobre: designação, por parte de 30 países, de funcionários encarregues da preparação e resposta às situações de emergência, dentro do Ministério da Saúde, os quais receberão apoio directo das Representações da OMS nos países, cujas capacidades serão reforçadas nesta área; a discussão e aprovação por 30 países de um quadro de preparação e resposta às situações de emergência a nível dos países; o desenvolvimento de capacidades na área do planeamento de urgências hospitalares, através da formação de três técnicos de saúde, oriundos de cada um dos seguintes cinco países: Angola, Lesoto, Moçambique, Namíbia e Zimbábue.

358. Dada a magnitude das consequências sociais das minas terrestres na Região Africana, a OMS criou um grupo de trabalho regional, para estudar o seu impacto sobre a saúde pública. Foi intensificada a cooperação com o Burundi, Moçambique e Uganda, na área da prevenção de lesões, centrada na vigilância, nos cuidados pré-hospitalares e hospitalares, assim como na reabilitação psicossocial e física.

## **RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE**

359. Ao aprovar a *Estratégia Regional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde* (documento AFR/RC48/10), o Comité Regional, na sua quadragésima-oitava sessão, aprovou também a Resolução AFR/RC48/R3, a qual, entre outras coisas, solicitou ao Director Regional que apresentasse, de dois em dois anos, um relatório sobre a implementação da estratégia. Este relatório sucinto foi elaborado para esse efeito.

360. O programa regional de recursos humanos encontra-se actualmente estruturado em três sub-programas, nomeadamente: Recursos Humanos para a Saúde (HRH), responsável pelo reforço das capacidades institucionais, pela promoção da investigação sobre desenvolvimento de recursos humanos para a saúde e pelo apoio directo a instituições de formação, a associações e conselhos profissionais; Gestão dos Recursos Humanos (HRM), responsável pela formulação e implementação de políticas e planos para o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde e pelo plano nacional de desenvolvimento sanitário; Recursos Humanos para a Educação (HRE), responsável pela promoção das reformas educativas, das práticas de cuidados de saúde e das ciências da saúde.

361. Realizaram-se respectivamente, no Maputo, para os países africanos de língua oficial portuguesa, em Abidjan, para os países francófonos, e em Pretória, para os países anglófonos, três reuniões interpaíses, para advogar a estratégia regional de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Os principais resultados dessas reuniões foram um melhor conhecimento da situação dos países, bem como a identificação dos intervenientes-chave e das intervenções prioritárias na área do desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.

362. Foi criado um programa de formação em gestão dos recursos humanos, em colaboração com a Escola Nacional de Saúde Pública, de Argel, e o Centro de Recursos Humanos para a Saúde, da Universidade do Cabo Ocidental. Este programa destina-se a reforçar as capacidades dos profissionais de saúde e dos funcionários dos serviços de saúde e dos ministérios da saúde, na área da administração e gestão dos recursos humanos. A primeira sessão, realizada em Abril do ano 2000, contou com 25 participantes. A segunda sessão realizar-se-á em Outubro de 2000.

363. Foi elaborado um projecto de desenvolvimento de recursos humanos para os cinco países africanos de língua oficial portuguesa. O projecto, baseado em projecções para os próximos vinte anos, tem como finalidade instalar, em cada país e no âmbito da cooperação OMS/país, os mecanismos para dar resposta às necessidades de recursos humanos para a saúde e levar a cabo acções comuns e específicas para cada país.

364. A conferência sobre a prática de enfermagem e obstetrícia foi organizada em Durban, República da África do Sul, de 3 a 7 de Abril de 2000, pela Sede Regional e pelo Centro de Colaboração para a Formação Básica e Investigação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem, da Universidade de Natal. A conferência formulou um plano de acção para harmonizar os programas de formação em enfermagem, assim como directivas para a acreditação dessa categoria de profissionais em cinco países.

365. Todos os países da Região estão em vias de executar, com maior ou menor intensidade, reformas no sector da Saúde, com vista a: garantir a igualdade e o acesso universal a cuidados e serviços de saúde; melhorar a sua qualidade e eficiência; controlar os aumentos dos gastos com a saúde; garantir uma gestão eficaz dos recursos disponíveis; melhorar o grau de satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde. Para alcançar estas metas, considerou-se necessário resolver os problemas urgentes da escassez e má distribuição do pessoal, falta de mecanismos para a formação contínua e garantir de qualidade, fraco desempenho e pouca motivação dos profissionais de saúde.

366. As actividades implementadas consistiram, sobretudo, no seguinte: formulação de políticas e planos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; avaliação dos programas de formação e revisão dos planos de estudo; instalação de sistemas de informação sobre gestão dos recursos humanos; reforço das capacidades dos serviços do pessoal dos ministérios da saúde e desenvolvimento das competências do pessoal em serviço, no âmbito de programas e iniciativas específicos tais como medicamentos essenciais, Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), Fazer Recuar o Paludismo e ensino à distância.

367. A Sede Regional prestou apoio técnico e financeiro aos seguintes países, para desenvolverem as actividades acima mencionadas: Angola, Benim, Botswana, Burkina Fasso, Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, Eritreia, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Malawi, Mali, Maurítânia, Maurícias, Moçambique, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Suazilândia, Seychelles, África do Sul, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.

## **POLÍTICA E COORDENAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO**

368. Em conformidade com as orientações dadas pelas Discussões Técnicas, em especial na quadragésima-segunda sessão (documento AFR/RC42/TD/1) e na quadragésima-sétima sessão (documento AFR/RC47/TD/1) do Comité Regional, o *Plano Estratégico de Investigação em Saúde para Região Africana da OMS* foi preparado e, em seguida, adoptado aquando da quadragésima-oitava sessão do Comité Regional, através da sua Resolução AFR/RC48/R4.

369. Como primeiro passo para a implementação da estratégia regional de investigação, a Sede Regional contratou um funcionário a tempo inteiro, que foi colocado na unidade de Desenvolvimento e Coordenação dos Programas, para se ocupar do programa de Política e Coordenação da Investigação. O papel do programa é coordenar e apoiar a investigação em saúde, a nível regional, criar mecanismos de monitorização e avaliação dos progressos feitos na Região, bem como prestar apoio técnico aos Estados-Membros, em matéria de investigação. O plano estratégico de investigação já foi publicado e está actualmente a ser divulgado para orientar as actividades de investigação na Região.

370. Um dos aspectos relevantes da coordenação da investigação é a avaliação mensal das propostas apresentadas aos diversos programas e divisões da Sede Regional, para eventual financiamento. Foi reforçada a Comissão de Desenvolvimento da Investigação, que reúne periodicamente para avaliar as propostas de investigação a serem financiadas pela Sede Regional. A Comissão recebeu e analisou, ao longo do ano transacto, mais de 20 propostas de investigação. Infelizmente, muitas dessas propostas não respondiam aos critérios de qualidade exigidos. Por essa razão, foi elaborado um formato-padrão para apresentação dos protocolos de investigação, de forma a melhorar a qualidade das propostas apresentadas. Este formato já pode ser obtido junto das Representações da OMS nos países.

371. Estabeleceu-se uma base de dados informatizada para compilar um inventário sobre as instituições de investigação em saúde, da Região. Uma das componentes essenciais do plano de acção, para o biénio de 2000–2001, da Política e Coordenação da Investigação é a colecta das informações necessárias para introdução na base de dados. Como parte das actividades de colaboração, e numa tentativa de envolver outros parceiros, a Sede Regional promoveu conversações com a Rede Africana de Investigação Nacional Fundamental em Saúde para participar na colecta dessa informação.

372. Estão a ser seguidas as recomendações da reunião consultiva regional sobre os Centros de Colaboração da OMS. Essas recomendações constituíram parte do contributo da Sede Regional para a recente avaliação mundial dos Centros de Colaboração da OMS. Desde então, o Conselho Executivo da OMS aprovou diversas alterações para designação e redesignação dos Centros de Colaboração. Uma das maiores inovações deste procedimento é o papel fundamental que a Sede Regional terá agora a desempenhar nesse processo de designação e redesignação. Consequentemente, a Sede Regional criou uma comissão especial para tratar dos assuntos respeitantes aos Centros de Colaboração da OMS.

373. A investigação em saúde cobre uma vasta área e envolve muitas partes interessadas. Sabe-se que a OMS, por si só, não possui os recursos suficientes para responder às necessidades da investigação em saúde. Por este motivo, durante o biénio, foi encorajada a colaboração com outros parceiros que revelaram interesse em promover a investigação na Região. A Sede Regional, em particular, trabalha actualmente em estreita ligação com o Conselho de Investigação em Saúde para o Desenvolvimento, a fim de mobilizar recursos técnicos e financeiros para apoiar os Estados-Membros.

374. Uma das componentes fundamentais do plano de acção, para o biénio de 2000–2001, da Política e Coordenação da Investigação é prestar apoio aos países para desenvolverem as suas capacidades na área da investigação. Foram tomadas disposições no âmbito do plano de acção para criar ou reforçar mecanismos de coordenação da investigação nos países e prestar apoio directo às actividades de investigação dos países. Estes serão ajudados na identificação das suas prioridades em matéria de investigação e ser-lhes-á dado o apoio necessário para empreenderem actividades de investigação nessas áreas prioritárias.

## **SAÚDE ORAL**

375. Ao aprovar a *Estratégia Regional sobre Saúde Oral* (documento AFR/RC48/9), por ocasião da sua 48ª sessão, o Comité Regional aprovou também a Resolução AFR/RC48/R5, que, entre outras coisas, solicitou ao Director Regional que apresentasse, de dois em dois anos, um relatório sobre a implementação da estratégia. Este relatório sucinto foi elaborado para esse efeito.

376. Na sequência da distribuição, tanto da estratégia como da resolução, aos Estados-Membros, a Sede Regional, em colaboração com a Sede Mundial da OMS, organizou uma reunião consultiva sobre a implementação da estratégia. A finalidade dessa reunião, realizada em Harare, no Zimbabwe, em Março de 1999, foi identificar acções concretas para auxiliar os países na implementação da estratégia e da resolução. A reunião contou com a participação de chefes dos serviços de odontologia de 17 países africanos, especialistas em saúde oral da Região, alguns parceiros na área da saúde oral e os chefes dos Centros de Colaboração da OMS para a Saúde Oral. Os resultados dessa reunião foram: a elaboração de um quadro de orientação para as áreas prioritárias da prevenção e outras intervenções a nível dos países; a definição de elementos-chave a serem integrados num plano de acção regional, para 2000–2002; a criação de uma rede de parceiros. O relatório final da reunião foi também largamente divulgado junto dos Estados-Membros, parceiros na área da saúde oral e Centros de Colaboração da OMS para a Saúde Oral. A Sede Regional já recebeu promessas de financiamento da parte de alguns parceiros.

377. É indubitável que a *Estratégia Regional* já encorajou alguns países da Região a darem mais atenção à saúde oral, com ênfase nas prioridades locais. A este propósito, um certo número de países empreenderam várias actividades, as quais são substancialmente orientadas pelos princípios subjacentes a esta estratégia. Alguns relatórios recebidos dos países indicam que, a partir da adopção da estratégia e da resolução, mais onze países formularam, ou estão em vias de o fazer, estratégias nacionais e planos de

implementação para a saúde oral, com ênfase na prevenção, detecção precoce e tratamento das doenças orais; outros sete países criaram programas adequados às necessidades de saúde oral das suas comunidades; dez outros países estão a dar especial atenção aos graves problemas de saúde oral, como o noma, o cancro da boca e as infecções orais decorrentes do HIV/SIDA; seis outros países estão a integrar as actividades de saúde oral em todos os programas de cuidados primários de saúde; mais três países estão a integrar a saúde oral nos sistemas nacionais de informação para a gestão sanitária.

378. A Sede Regional continuou a promover a advocacia deste novo paradigma da saúde oral, na Região Africana, e a intensificar esforços para mobilizar recursos, destinados à sua implementação nos países. As principais actividades relacionadas com a estratégia durante o biénio de 2000-2001 incluirão a preparação de directivas para a elaboração de planos nacionais de saúde oral, a criação de uma base de dados com registos sobre a eficácia e a relação custo-eficácia das práticas tradicionais existentes de saúde oral, bem como a organização de um seminário de formação interpaíses, sobre técnicas de restauro atraumático. Em colaboração com a Sede Mundial da OMS, intensificar-se-ão as actividades referentes ao plano de acção para o noma em África. Estas actividades incluirão: sensibilização do público, produção de materiais de educação para a saúde, formação, campanhas de rastreio do noma e investigação epidemiológica e etiológica. Para além disso, será dado apoio a um maior número de países, para que estes possam iniciar e avaliar programas de cuidados preventivos de saúde oral, centrados nos distritos.

### **PARTE III**

## **RELATÓRIO SOBRE A SITUAÇÃO DA SEDE REGIONAL AFRICANA EM BRAZZAVILLE, CONGO**

## **INTRODUÇÃO**

379. Na sequência do início das hostilidades na República do Congo, a Sede Regional da OMS em Brazzaville encerrou as suas instalações a 7 de Junho de 1997, tendo o último grupo de funcionários deixado Brazzaville a 17 de Junho de 1997. O Representante da OMS na República do Congo, que se tinha mudado para Kinshasa no início das hostilidades regressou a Brazzaville em Outubro de 1997.

## **EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO ATÉ À QUADRAGÉSIMA-NONA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL**

380. Entre Novembro de 1997 e Setembro de 1998, os principais acontecimentos ocorridos, já relatados pelo Director Regional no decurso da quadragésima-nona sessão do Comité Regional, foram os seguintes:

- 1) A primeira missão conjunta a Brazzaville para analisar os factos, realizada pelas Sedes Mundial e Regional da OMS, em Novembro de 1997, preparou um relatório que levou o Conselho Executivo a decidir, em 13 de Janeiro de 1998, a transferência temporária da Sede Regional Africana da OMS de Brazzaville para Harare.
- 2) A segunda missão conjunta para avaliação da situação, realizada em Brazzaville, em Junho de 1998, recomendou ao Director Regional o regresso faseado da Sede Regional a Brazzaville, logo após a sessão do Comité Regional, de Setembro de 1998.
- 3) Após a terceira missão para esclarecer certas questões com o Governo da República do Congo, em Julho de 1998, e já em fase de preparação do regresso faseado da Sede Regional a Brazzaville, o Director Regional deu instruções a todo o pessoal da Sede Regional localmente recrutado que se encontrava em Brazzaville, para que retomasse o seu trabalho, a partir de 1 de Agosto de 1998, em Brazzaville.
- 4) Nos termos da Resolução AFR/RC48/R6 do Comité Regional, foram tomadas medidas para o regresso a Brazzaville, antes de Dezembro de 1998, do pessoal da Biblioteca e dos Serviços de Documentação e Tipografia, cujas instalações, abandonadas em Brazzaville, não poderiam ser reconstituídas em Harare.
- 5) O reatar das hostilidades, de Dezembro de 1998 a Janeiro de 1999, não só inviabilizou as medidas já tomadas, como também impediu a realização da segunda missão de avaliação, que se destinava a contribuir para a elaboração de um plano de regresso faseado da Sede Regional a Brazzaville.
- 6) O relatório da segunda missão de avaliação, finalmente realizada em Julho de 1999, foi utilizado para actualizar as informações que a OMS tinha prestado à sua companhia de seguros e também para fornecer ao governo do Congo uma melhor base para este poder levar a cabo a sua tarefa de reabilitação das infra-estruturas, instalações e equipamentos da Sede Regional.

## **EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO APÓS A QUADRAGÉSIMA-NONA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL**

381. Nos termos da Resolução AFR/RC48/R6 do Comité Regional, e a convite do Governo da República do Congo, o Director Regional chefiou uma missão a Brazzaville, em Outubro de 1999, durante a qual o Presidente da República do Congo reafirmou o seu compromisso de proceder às reparações dos danos causados na Sede Regional Africana da OMS. O Presidente quis inteirar-se também sobre o modo como é determinada a Fase de Segurança das Nações Unidas e sobre rumores de que certos países teriam sugerido a mudança definitiva da Sede Regional. O Director Regional esclareceu que a Fase de Segurança das Nações Unidas é determinada pelo Coordenador da Segurança das Nações Unidas (UNSECOORD), de acordo com critérios bem definidos, tendo também assegurado o Presidente de que



nenhum Chefe de Estado tinha alguma vez contactado a OMS no sentido de propor a transferência definitiva da Sede Regional de Brazzaville.

382. No decurso dessa missão, verificou-se que os danos infligidos à Sede Regional da OMS eram bastante mais extensos do que tinha sido notificado pela segunda missão de avaliação, em Julho de 1999, ou até mesmo do que fora relatado pelo Ministro Congolês da Saúde e da Acção Humanitária, na quadragésima-nona sessão do Comité Regional, em Windhoek, Setembro de 1999.

383. Atendendo a que o Governo do Congo tinha feito progressos consideráveis na reabilitação da Sede Regional até Dezembro de 1999, foi efectuada uma terceira missão de avaliação a Brazzaville, em Março de 2000. De acordo com projecções, o processo de reabilitação estaria bem avançado em Julho de 2000. Espera-se que a reabilitação esteja completada e as instalações fiquem prontas até final de Dezembro de 2000. A partir dessa altura, poderia encarar-se o planeamento do regresso progressivo do pessoal, de acordo com as normas de segurança das Nações Unidas. O Director Regional fornecerá informações actualizadas ao Comité Regional sobre este assunto.

## **ANEXOS**

## EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO ORDINÁRIO PARA 1998 - 1999 NA REGIÃO AFRICANA

A execução do orçamento ordinário da Região para o biénio de 1998-1999 foi uma das melhores de sempre, tendo as verbas sido totalmente utilizadas até final do biénio. Tal deveu-se, por um lado, a uma maior descentralização a nível das Representações da OMS nos países e, por outro lado, a medidas rigorosas que permitiram aos países e divisões implementar atempadamente os seus programas.

Os dois quadros apresentados nas páginas seguintes mostram as taxas de execução orçamental por programa: o quadro 1 mostra a taxa de execução na Sede Regional e o quadro 2 a nível dos países. Para além disso, cada quadro contém duas taxas de execução: uma baseada na dotação inicial, tal como aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde; a outra baseada na dotação final, que tem em conta os ajustes, as reprogramações e as transferências efectuadas entre programas no decorrer do biénio. Tal inclui ajustes cambiais na Sede Regional, a retenção de 3 por cento pela Directora-Geral, a reprogramação devido à alteração de prioridades e as transferências a partir de alguns programas que, por razões diversas, não utilizaram plenamente as verbas que lhes tenham sido inicialmente atribuídas.

A taxa global de execução orçamental para a Região foi de 100% das verbas atribuídas, isto é, 154 milhões de dólares americanos.

**ANEXO 1**

**Quadro 1 : SEDE REGIONAL**

Programa		Título	Dotação inicial (em dólares americanos)	Ajustes/ Reprogramação	Dotação final utilizada	Taxa de execução baseada na dotação inicial	Taxa de execução baseada na dotação final
Nº	Código		-1	-2	-3	-4	-5
1.1.3	RCO	Comités Regionais	1467000	296000	1.763.000	120%	100%
211	EXM	Direcção Executiva	1205000	-215000	990000	82%	100%
212	GPD	Desenvolvimento e gestão do conjunto dos programas	3119000	(1.943.000)	1.176.000	38%	100%
2.1.3	ISM	Apoio dos sistemas de informação à gestão	1294000	-254000	1.040.000	80%	100%
2.1.4	DGP	Programas de desenvolvimento da Directoria-Geral e dos Directores Regionais	698000	-698000	-	0%	
2.1.5	COR	Coordenação com outras organizações e mobilização de recursos externos para a saúde	190000	196000	386000	203%	100%
2.2.1	HSD	Saúde no desenvolvimento sócio-económico	301000	510000	811000	269%	100%
2.2.2	RPS	Coordenação da política e estratégia da investigação	890000	-534000	356000	40%	100%
2.3.1	TCC	Cooperação técnica com os países	1.536.000	-910000	626000	41%	100%
2.3.2	ICO	Cooperação com os países e os povos mais carenciados	-	316000	316000		100%
233	SUP	Serviços de aprovisionamento	994000	16000	1.010.000	102%	100%
2.3.4	EHA	Situações de emergência e ajuda humanitária	522000	209000	731000	140%	100%
2.4.1	HST	Avaliação da situação sanitária e suas tendências	1.255.000	-342000	913000	73%	100%
2.4.2	PLL	Serviços de publicações, linguísticos e bibliotecários	4.208.000	482000	4.690.000	111%	100%
3.1.1	HSR	Desenvolvimento e investigação em sistemas de saúde	34000	978000	1.012.000	2976%	100%
3.1.2	NHP	Sistemas e políticas nacionais de saúde	648000	169000	817000	126%	100%
3.1.3	DHS	Sistemas distritais de saúde	30000	440000	470000	1567%	100%
3.2.1	HRH	Recursos humanos em saúde	4487000	(1.535.000)	2.952.000	66%	100%
3.2.2	MFP	Bolsas de estudo	812000	-84000	728000	90%	100%
331	DAP	Programa de acção para os medicamentos essenciais	548000	193000	741000	135%	100%

3.4.1	THC	Tecnologia para cuidados de saúde	525000	241000	766000	146%	100%
3.4.3	TRM	Medicina Tradicional	100000	216000	316000	316%	100%
4.1.1	RPH	Saúde reprodutiva	1.414.000	4000	1.418.000	100%	100%
4.1.2	CHD	Saúde das crianças	60000	-2000	58000	97%	100%
4.1.3	ADH	Saúde adolescentes	112000	-51000	61000	54%	100%
4.1.4	WHD	Saúde e desenvolvimento das mulheres	120000	455000	575000	479%	100%

Quadro 1 : SEDE REGIONAL

Programa		Título	Dotação inicial (em dólares americanos)	Ajustes/Reprogramação	Dotação final utilizada	Taxa de execução baseada na dotação final	Taxa de execução baseada na dotação final
Nº	Código		-1	-2	-3	-4	-5
4.1.5	AHE	Envelhecimento e saúde	56000	-26000	30000	54%	100%
4.1.7	OCH	Saúde ocupacional	75000	-27000	48000	64%	100%
4.2.1	MNH	Saúde mental	569000	-145000	424000	75%	100%
4.2.2	ADT	Abuso de substâncias psicoactivas, incluindo álcool e tabaco	90000	55000	145000	161%	100%
4.2.3	HEP	Promoção da saúde	100000	518000	618000	618%	100%
4.2.4	INF	Informação do público e comunicação	1.518.000	262000	1.780.000	117%	100%
4.2.5	RHB	Reabilitação	771000	-73000	698000	91%	100%
4.3.1	NUT	Nutrição	1.319.000	-364000	955000	72%	100%
4.3.2	FOS	Higiene dos alimentos	56000	-56000	-	0%	
4.4.1	CWS	Abastecimento de água e saneamento na comunidade	2.257.000	-422000	1.835.000	81%	100%
4.4.2	EUD	Saúde ambiental no desenvolvimento urbano	387000	37000	424000	110%	100%
4.4.3	EHH	Avaliação dos riscos ambientais para a saúde	484000	-91000	393000	81%	100%
4.4.4	PCS	Promoção da segurança química	90000	-22000	68000	76%	100%
5.1.1	GEE	Erradicação ou eliminação mundial de determinadas doenças comuns	149000	209000	358000	240%	100%
5.2.1	VID	Doenças evitáveis pela vacinação	599000	-77000	522000	87%	100%
5.2.2	CDR	Combate às doenças diarreicas e respiratórias agudas	351000	288000	639000	182%	100%
5.2.3	TUB	Tuberculose	577000	116000	693000	120%	100%
5.2.4	EMC	Vigilância e controlo epidemiológicos	502000	-537000	1.039.000	207%	100%
5.2.5	OCD	Outras doenças transmissíveis	3.633.000	-670000	2.963.000	82%	100%
5.2.6	CTD	Combate às doenças tropicais	1.280.000	652000	1.932.000	151%	100%
5.2.7	TDR	Programa especial de investigação e formação em doenças tropicais	351000	-306000	45000	13%	100%
5.2.8	PBD	Prevenção da cegueira e da surdez	56000	-45000	11000	20%	100%
5.3.1	NCD	Doenças não-transmissíveis	1.068.000	17000	1.051.000	98%	100%
6.1.1	PER	Administração e Serviços do Pessoal	2.115.000	132000	2.247.000	106%	100%

6.2.1	GAD	Apoio administrativo aos programas técnicos	13.495.000	(2.224.000)	11.271.000	84%	100%
6.3.1	BFI	Orçamento e Finanças	3.127.000	310000	3.437.000	110%	100%
<b>Total</b>			<b>61.644.000</b>	<b>-3296000</b>	<b>58348000</b>	<b>95%</b>	<b>100%</b>

~

## ANEXO 1

## QUADRO 2 : PROGRAMAS A NÍVEL DOS PAÍSES

Programa		Título	Dotação inicial (em dólares americanos)	Ajustes/Reprogramação	Dotação final utilizada	Taxa de execução baseada na dotação inicial	Taxa de execução baseada na dotação final
Nº	Código		-1	-2	-3	-4	-5
212	GPD	Desenvolvimento e gestão do conjunto dos programas	2.418.000	(1.136.000)	1282000	53%	100%
2.1.3	ISM	Apoio dos sistemas de informação à gestão	37000	(6.000)	31000	84%	100%
2.1.4	DGP	Programas de desenvolvimento da Directora-Geral e dos Directores Regionais	-	-	-		
2.1.5	COR	Coordenação com outras organizações e mobilização de recursos externos para a saúde	-	-104000	104000		100%
2.2.1	HSD	Saúde no desenvolvimento sócio-económico	449000	-236000	213000	47%	100%
2.2.2	RPS	Coordenação da política e estratégia da investigação	197000		63000	32%	100%
2.3.1	TCC	Cooperação técnica com os países	36.907.000	6.261.000	43168000	117%	100%
2.3.2	ICO	Cooperação com os países e os povos mais carenciados	86000	25000	111000	129%	100%
2.3.4	EHA	Situações de emergência e ajuda humanitária	-	1.154.000	1154000		100%
2.4.1	HST	Avaliação da situação sanitária e suas tendências	2.576.000	(1.044.000)	1532000	59%	100%
2.4.2	PLL	Serviços de publicações, linguísticos e bibliotecários	133000	-54000	79000	59%	100%
3.1.1	HSR	Desenvolvimento e investigação em sistemas de saúde	1.651.000	(1.311.000)	340000	21%	100%
3.1.2	NHP	Sistemas nacionais e políticas de saúde	5.412.000	(1.788.000)	3624000	67%	100%
3.1.3	DHS	Sistemas distritais de saúde	4.859.000	130000	4989000	103%	100%
3.2.1	HRH	Recursos humanos em saúde	8.233.000	5.051.000	13284000	161%	100%
3.2.2	MFP	Bolsas de estudo	5.959.000	(5.959.000)	-	0%	
3.3.1	DAP	Programa de acção para os medicamentos essenciais	1.542.000	-123000	1419000	92%	100%
3.3.2	PDC	Elaboração e coordenação dos programas	261000	-92000	353000	135%	100%
3.4.1	THC	Tecnologia para cuidados de saúde	291000	-109000	182000	63%	100%
3.4.2	DSE	Ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável	-	-33000	33000	0%	100%
3.4.3	TRM	Medicina tradicional	154000	-76000	230000	149%	100%



4.1.1	RPH	Saúde reprodutiva	3.439.000	-930000	2509000	73%	100%
4.1.2	CHD	Saúde das crianças	511000	-470000	41000	8%	100%
4.1.3	ADH	Saúde adolescentes	489000	-163000	326000	67%	100%
4.1.1	WHD	Saúde e desenvolvimento das mulheres	260000	-165000	95000	37%	100%
4.1.5	AHE	Envelhecimento e saúde	145000	-108000	37000	26%	100%

Quadro 2 : PROGRAMAS A NÍVEL DOS PAÍSES

Programa		Título	Dotação inicial (em dólares americanos)	Ajustes/Reprogramação	Dotação final utilizada	Taxa de execução baseada na dotação final	Taxa de execução baseada na dotação final
Nº	Código		-1	-2	-3	-4	-5
416	HRP	Desenvolvimento, investigação e formação em reprodução humana	-	-12000	12000		100%
4.1.7	OCH	Saúde ocupacional	1.010.000	-127000	883000	87%	100%
4.2.1	MNH	Saúde mental	640000	-110000	530000	83%	100%
4.2.2	ADT	Abuso de substâncias psicoactivas, incluindo álcool e tabaco	111000	-77000	34000	31%	100%
4.2.3	HEP	Promoção da saúde	870000	326000	1.196.000	137%	100%
4.2.4	INF	Informação do público e comunicação	390000	299000	689000	177%	100%
4.2.5	RHB	Reabilitação	31000	19000	50000	161%	100%
4.3.1	NUT	Nutrição	603000	-94000	509000	84%	100%
4.3.2	FOS	Higiene dos alimentos	21000	27000	48000	229%	100%
4.4.1	CWS	Abastecimento de água e saneamento na comunidade	3.846.000	-397000	3.449.000	90%	100%
4.4.2	EUD	Saúde ambiental no desenvolvimento rural	485000	-198000	287000	59%	100%
4.4.3	EHH	Avaliação dos riscos ambientais	88000	2000	90000	102%	100%
4.4.4	PCS	Promoção da segurança química	26000	48000	74000	285%	100%
4.4.5	HCE	Incorporação das preocupações sanitárias na gestão ambiental	-	31000	31000		100%
5.1.1	GEE	Erradicação ou eliminação mundial de determinadas doenças comuns	942000	590000	1.532.000	163%	100%
5.1.2	REE	Erradicação ou eliminação regional de determinadas doenças comuns	-	2000	2000		100%
5.2.1	VID	Doenças evitáveis pela vacinação	1.002.000	-367000	635000	63%	100%
5.2.2	CDR	Combate às doenças diarreicas e respiratórias agudas	1.363.000	-400000	963000	71%	100%
5.2.3	TUB	Tuberculose	652000	-185000	467000	72%	100%
5.2.4	EMC	Vigilância e combate epidemiológicos	242000	1841000	2.083.000	861%	100%
5.2.5	OCD	Outras doenças transmissíveis	4.436.000	-170000	4.266.000	96%	100%
5.2.6	CTD	Combate às doenças tropicais	2.547.000	-259000	2.288.000	90%	100%
527	TDR	Programa especial de investigação e formação em doenças tropicais	130000	-106000	24000	18%	100%
5.2.8	PBD	Prevenção da cegueira e da surdez	11000	28000	39000	355%	100%

5.3.1	NCD	Doenças não-transmissíveis	310000	10000	320000	103%	100%
<b>Total</b>			<b>95.765.000</b>	<b>69000</b>	<b>95.700.000</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**ABREVIATURAS**

ADH	Saúde dos adolescentes
ADT	Abuso de substâncias psicoactivas, incluindo álcool e tabaco
AHE	Envelhecimento e saúde
BFI	Orçamento e finanças
CDR	Combate às doenças diarreicas e respiratórias agudas
CHD	Saúde das crianças
COR	Coordenação com outras organizações e mobilização de recursos externos para a saúde
CTD	Combate às doenças tropicais
CWS	Abastecimento de água e saneamento na comunidade
DAF	Administração e Finanças
DAP	Programas de acção para os medicamentos essenciais
DCP	Coordenação externa e promoção dos programas
DDC	Prevenção e luta contra as doenças transmissíveis
DES	Ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável
DGP	Programas de desenvolvimento da Directora-Geral e dos Directores Regionais
DHS	Sistemas distritais de saúde
DPM	Gestão dos programas
DRH	Saúde reprodutiva e familiar
DSD	Desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde
EHA	Situações de emergência e ajuda humanitária
EHH	Avaliação dos riscos ambientais para a saúde
EMC	Doenças emergentes
EUD	Saúde ambiental no desenvolvimento urbano
EXM	Direcção executiva
FOS	Higiene dos alimentos
GAD	Apoio administrativo aos programas técnicos
GEE	Erradicação ou eliminação mundial de certas doenças transmissíveis
GPD	Desenvolvimento e gestão do conjunto dos programas
HEP	Promoção da saúde
HRH	Recursos humanos em saúde
HSD	Saúde no desenvolvimento sócio-económico
HSR	Desenvolvimento e investigação em sistemas de saúde
HST	Análise da situação sanitária e suas tendências
ICO	Colaboração com os países e os povos mais carenciados
INF	Informação do público e comunicação
ISM	Apoio dos sistemas de informação à gestão
MFP	Bolsas de estudo
MNH	Saúde mental
NCD	Doenças não-transmissíveis
NHP	Sistemas e políticas nacionais de saúde
NUT	Nutrição
OCD	Outras doenças transmissíveis
OCH	Saúde ocupacional

## ABREVIATURAS

PBD	Prevenção da cegueira e da surdez
PCS	Promoção da segurança química
PER	Administração e serviços do pessoal
PLL	Serviços de publicações, linguísticos e bibliotecários
RCO	<i>Comités Regionais</i>
RD	Director Regional
RHB	Reabilitação
RPH	Saúde reprodutiva
RPS	Coordenação da política e estratégia de investigação
SUP	Serviços de aprovisionamento
TCC	Cooperação técnica com os países
TDR	Programa especial de investigação e formação em doenças tropicais
THC	Tecnologias para cuidados de saúde
TRM	Medicina tradicional
TUB	Tuberculose
VID	Doenças evitáveis pela vacinação
WHD	Saúde e desenvolvimento das mulheres

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
REGIONAL OFFICE FOR AFRICA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE  
BUREAU REGIONAL DE L'AFRIQUE

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
SEDE REGIONAL AFRICANA

COMITÉ REGIONAL AFRICANO

AFR/RC50/2

1 de Janeiro de 2000

Quinquagésima sessão

Ouagadougou, Burkina Faso, 28 de Agosto - 2 de Setembro de 2000

ORIGINAL: INGLÊS

Ponto 6 da ordem do dia provisória

# ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA 1998-1999

*RELATÓRIO BIENAL DO DIRECTOR REGIONAL  
AO COMITÉ REGIONAL AFRICANO*

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
Sede Regional Africana  
Harare, Zimbabwe

(c)

Sede Regional Africana  
da Organização Mundial de Saúde  
(2000)

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 sejam aprovados ou recomendados pela Organização Mundial de Saúde preferencialmente a outros. Salvo erro ou omissão, as marcas registadas são indicadas por uma letra maiúscula inicial.

Impresso na República do Zimbabwe

*O Director Regional tem a honra de apresentar ao Comité Regional o relatório sobre as actividades da Organização Mundial de Saúde na Região Africana, no decorrer do período compreendido entre 1 de Janeiro de 1998 e 31 de Dezembro de 1999.*

*Dr. Ebrahim M. Samba  
Director Regional*



## ÍNDICE

*Página*

**PREÂMBULO** .....viii

### **PARTE I: ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA**

**INTRODUÇÃO** ..... 1 - 2

*Parágrafos*

**ACTIVIDADES DA OMS A NÍVEL DOS PAÍSES**..... 1-270

Argélia .....	1-4
Angola .....	5-12
Benin .....	13-18
Botswana .....	19-22
Burkina Faso .....	23-28
Burundi .....	29-32
Camarões .....	33-38
Cabo Verde .....	39-42
República Centrafricana .....	43-47
Chade .....	48-56
Comores .....	57-60
República do Congo .....	61-64
Côte d'Ivoire .....	65-69
República Democrática do Congo .....	70-75
Guiné Equatorial .....	76-79
Eritreia .....	80-85
Etiópia .....	86-94
Gabão .....	95-99
Gâmbia .....	100-107
Gana .....	108-113
Guiné .....	114-118
Guiné-Bissau .....	119-127
Quénia .....	128-135
Lesoto .....	136-140
Libéria .....	141-147
Madagáscar .....	148-154
Malawi .....	155-158
Mali .....	159-166
Mauritânia .....	167-171
Maurícias .....	172-179
Moçambique .....	180-184
Namíbia .....	185-190
Níger .....	191-195
Nigéria .....	196-201
Ruanda .....	202-206

**Parágrafos**

São Tomé e Príncipe .....	207-212
Senegal .....	213-218
Seychelles .....	219-222
Serra Leoa .....	223-228
África do Sul .....	229-235
Suazilândia .....	236-242
Togo .....	243-248
Uganda .....	249-255
República Unida da Tanzânia .....	256-259
Zâmbia .....	260-265
Zimbabwe .....	266-270
<b>ACTIVIDADES DA OMS AOS NÍVEIS REGIONAL E INTERPAÍSES .....</b>	<b>271-347</b>
Desenvolvimento e gestão do conjunto dos programas .....	271-277
Divisão do desenvolvimento dos serviços e sistemas de saúde .....	278-289
Divisão da saúde reprodutiva e familiar .....	290-300
Divisão da prevenção e combate às doenças transmissíveis .....	301-317
Divisão de ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável .....	318-330
Divisão do combate às doenças não-transmissíveis .....	331-336
Divisão da administração e finanças .....	337-347
<b>CONCLUSÃO GERAL DO RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO .....</b>	<b>348-351</b>
Lições aprendidas .....	348
Visão do biénio de 2000-2001 .....	349-351
<b>PARTE II: RELATÓRIO SOBRE OS PROGRESSOS REALIZADOS EM DETERMINADOS PROGRAMAS</b>	
Situações de emergência e ajuda humanitária .....	352-358
Recursos humanos para a saúde .....	359-367
Coordenação e política de investigação .....	368-374
Saúde oral .....	375-378
<b>PARTE III: RELATÓRIO SOBRE A SITUAÇÃO DA SEDE REGIONAL AFRICANA EM BRAZZAVILLE, CONGO</b>	
Introdução .....	379
Evolução da situação até à 49ª sessão do Comité Regional .....	380
Evolução da situação após a 49ª sessão do Comité Regional .....	381-383

## ANEXOS

*Página*

1. Execução do orçamento ordinário para 1998-1999 na Região Africana .....	87
2. Abreviaturas .....	92

## PREÂMBULO

O Relatório Anual do Director Regional sobre as actividades da OMS na Região Africana, que foi apresentado na quadragésima-nona sessão do Comité Regional, seguiu o novo formato que o Comité tinha aprovado na sua quadragésima-sétima sessão para apresentação *num ano não orçamental*. Como resultado de uma apreciação favorável do Comité Regional, relativamente à clareza e facilidade de leitura do relatório anual no seu novo formato, o Secretariado decidiu adoptar o mesmo formato para o relatório bienal, embora este seja um *ano orçamental*. Espera-se que a nova apresentação facilite a análise do relatório e as deliberações do Comité.

O presente relatório é apresentado em três partes. A Parte I contém o relatório bienal do Director Regional relativo a 1998-1999 e aborda aspectos importantes dos resultados da avaliação bienal, que devem ser submetidos à consideração do Comité. De notar que a Parte I tem três sub-partes - a primeira incide sobre a avaliação das actividades da OMS a nível dos países, a segunda sobre a avaliação das actividades da OMS aos níveis regional e interpaíses e a terceira apresenta a conclusão global do relatório de avaliação.

A Parte II descreve os progressos feitos na implementação das resoluções específicas de cada programa, adoptadas pelo Comité Regional em sessões anteriores, e sobre as quais deverão ser apresentados relatórios na 50ª sessão. Os programas são: situações de emergência e ajuda humanitária (Resolução AFR/RC47/R1); recursos humanos para a saúde (Resolução AFR/RC48/R3); coordenação e política de investigação (Resolução AFR/RC48/R4); saúde oral (Resolução AFR/RC48/R5).

Finalmente, a Parte III relata a situação da Sede Regional da OMS em Brazzaville, no Congo.

## **PARTE I**

# **ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA**