



COMITÉ REGIONAL AFRICANO

ORIGINAL: INGLÊS

Sexagésima sessão

Malabo, Guiné Equatorial, 30 de Agosto-3 de Setembro de 2010

Ponto 7.11 da ordem do dia provisória

**PREPARAÇÃO E RESPOSTA A SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA NA REGIÃO
AFRICANA: SITUAÇÃO ACTUAL E PERSPECTIVAS**

Relatório do Director Regional

ÍNDICE

	<i>Parágrafos</i>
ANTECEDENTES	1–7
PROBLEMAS E DESAFIOS	8–17
ACÇÕES PROPOSTAS	18–29

ANEXO

	<i>Página</i>
Quadro 1: Nível de implementação pelos países da Resolução AFR/RC47/R1 do Comité Regional, em Fevereiro de 2010	6

ANTECEDENTES

1. A Região Africana da OMS continua a ser atingida por conflitos frequentes e casos de emergência que provocam traumatismos, mortes, deslocamento de populações, destruição de unidades de saúde e rotura dos serviços, o que resulta em situações de catástrofe. Em 2007, a perda económica total resultante das mortes relacionadas com catástrofes na Região foi avaliada em 117,2 milhões de dólares americanos.¹ Durante 2008, foram registados mais de 12 milhões de refugiados e de Pessoas Deslocadas Internamente,² por comparação com cerca de 6 milhões em 1997.³ Em 2009, no Corno de África, cerca de 23 milhões de pessoas solicitaram ajuda alimentar humanitária⁴ e as cheias afectaram mais de um milhão e meio de pessoas em 26 países.⁵

2. Em 1997, a 47ª sessão do Comité Regional adoptou a Resolução AFR/RC47/R1, sobre a Estratégia Regional para Socorros de Emergência e Ajuda Humanitária. Esta estratégia, com um horizonte de 5 anos, apelava a todos os Estados-Membros para que fortalecessem a sua capacidade institucional para a Preparação e Resposta a Situações de Emergência (EPR), através da auto-suficiência.

3. Grandes catástrofes recentes, incluindo o tsunami no Oceano Índico em 2004, suscitaram o aparecimento de novas iniciativas globais com o intuito de reforçar a EPR. A Conferência Mundial sobre redução de catástrofes em Kobe, Hyogo, Japão, em 2005, adoptou o Quadro de Acção de Hyogo 2005–2015⁶, que apela a todas as nações para que apoiem a criação e reforço de plataformas nacionais multisectoriais para a EPR, de modo a assegurar uma acção coordenada na redução dos riscos nas catástrofes. Além disso, o Regulamento Sanitário Internacional (2005) contém um quadro para a implementação de actividades de alerta e resposta, que controlem os surtos internacionais e outros riscos e emergências de saúde pública.

4. Em 2005, uma comissão independente das Nações Unidas propôs reformas na gestão da resposta humanitária.⁷ Estas reformas foram posteriormente adoptadas pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2006.⁸ Incidem nestas três áreas: a) criar uma forte liderança das Nações Unidas no terreno; b) melhorar a eficácia, a responsabilização e a coordenação das intervenções, através de grupos sectoriais de acção (*Clusters* Humanitários); e c) criar fontes previsíveis de financiamento para facilitar a eficácia da resposta humanitária.

5. Em sintonia com o Quadro de Acção de Hyogo e com os princípios subjacentes à reforma da acção humanitária, os Estados-Membros adoptaram, em 2006, a Resolução WHA59.22 da Assembleia Mundial da Saúde, sobre a EPR. Esta resolução solicita aos Estados-Membros que insistam no reforço dos seus programas nacionais de EPR, com especial incidência na criação de sistemas de saúde e no reforço da capacidade de resiliência das comunidades. A criação do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública, como solicitado na Resolução AFR/RC59/R5,

¹ Josés Kirigia: The Economic Burden of Health Emergencies in the African Region. African Health Monitor, Volume 8, Number 2, June – December, 2008.

² UNHCR, 2008 Global Trends: Refugees, Asylum-seekers, Returnees, Internally Displaced and Stateless persons, June 2009.

³ UNHCR, Refugees and Others of Concern to UNHCR 1997 Statistical Overview, Geneva, July 1998.

⁴ OCHA, Humanitarian Snapshot, October, 2009.

⁵ OCHA, West Africa Humanitarian Profile, October, 2009 and Southern Africa Floods and Cyclones Situation Report No. 1, March 2009.

⁶ Hyogo Framework for Action 2005-2015: Building the resilience of nations and communities to disasters (HFA) www.unisdr.org/eng/hfa.

⁷ Humanitarian Response Review; An Independent report commissioned by the United Nations Relief Coordinator and Under-secretary General for Humanitarian Affairs, Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA); United Nations, New York and Geneva, 2005.

⁸ UN General Assembly A/RES/60/124; on “Strengthening of the Coordination of Emergency Humanitarian Assistance of the United Nations” New York, March 2006.

adoptada em 2009 pela 59ª sessão do Comité Regional Africano da OMS, virá também melhorar o financiamento da EPR.

6. Nos últimos 13 anos, os Estados-Membros envidaram esforços para reforçar as suas capacidades institucionais de preparação e resposta a situações de emergência, com o apoio de parceiros. Apresenta-se em Anexo o nível de implementação desta resolução, à luz dos resultados de um inquérito realizado nos 46 países da Região, em Fevereiro de 2010. Quinze países (38%) dispunham de Fundos Nacionais de Emergência. Dezanove países procederam à avaliação de vulnerabilidades e ao mapeamento de riscos, cuja componente sanitária se encontrava adequadamente contemplada em nove desses países.⁹ Em vários países foram criados sistemas de aviso precoce de catástrofes naturais (51%), de doenças transmissíveis (92%) e má nutrição (59%). As comunidades participam na EPR em 67% dos países.

7. Embora os Estados-Membros já registem sucessos modestos na EPR, ainda subsistem muitos desafios. Este relatório sublinha os principais problemas e desafios e propõe vias a seguir.

PROBLEMAS E DESAFIOS

8. Menos de metade dos Estados-Membros da Região procederam à avaliação das vulnerabilidades e ao mapeamento dos riscos. Neste grupo, apenas 12 países¹⁰ contemplaram devidamente a componente da saúde. Assim, os planos de EPR formulados por muitos países não assentam numa avaliação de vulnerabilidades e capacidades nem no mapeamento dos riscos; no geral, orientam-se para situações de perigos singulares, sobretudo doenças epidémicas e pandémicas. Somente 11 países têm planos nacionais de preparação para situações de emergência que abrangem múltiplos perigos.¹¹ Os testes de simulação necessários para actualizar os planos estão em curso em 19 países, como mostra o inquérito aos Estados-Membros.

9. Em 15 países, os planos nacionais de desenvolvimento da saúde não contemplam actividades de emergência ou acções humanitárias. Por isso, muitos países afectados por situações de emergência não elaboraram uma estratégia de transição para acelerar a recuperação do sistema de saúde e, em última análise, para a associar ao desenvolvimento do sector nacional da saúde. Nos casos em que essa estratégia de transição para recuperar o sistema de saúde existe, a sua implementação tem sido dificultada pela escassez do financiamento, já que são muitos os programas prioritários a competir pelos limitados fundos disponíveis.

10. Faltam nos países programas abrangentes de preparação e redução dos riscos de catástrofes, que contenham um mínimo dos elementos que a OMS recomenda quanto a políticas e legislação, reforço de capacidades, análise dos riscos de catástrofes, mapeamento e planeamento. Ainda não foi iniciada a implementação do Quadro de Hyogo, o qual apela aos países para que avaliem e reforcem o nível de resiliência e a capacidade de gestão dos riscos dos hospitais e de outras infra-estruturas essenciais da saúde.

11. A capacidade de aplicar as normas nacionais continua inadequada, devido à falta de políticas, directivas e unidades de coordenação. Quinze países não dispõem de unidades de emergência funcionais e, onde existem, elas não têm recursos humanos e financeiros suficientes. No entanto, essas unidades são essenciais, já que têm surgido no terreno numerosos parceiros humanitários

9 Argélia, Benim, Burundi, Chade, República Democrática do Congo, Guiné, São Tomé e Príncipe, Togo e Zimbabué.

10 Argélia, Benim, Burundi, Chade, República Democrática do Congo, Gana, Guiné, Lesoto, São Tomé e Príncipe, Senegal, Togo e Zimbabué.

11 Burkina Faso, Gâmbia, Gana, Quênia, Lesoto, Libéria, Moçambique, Ruanda, África do Sul, Suazilândia e Tanzânia

seguindo estratégias e directivas técnicas diferentes que, em muitos casos, não são compatíveis com os modelos nacionais.¹²

12. A coordenação continua a ser um importante desafio, já que as comissões nacionais multisectoriais não têm nem capacidade nem recursos para coordenar os múltiplos componentes da EPR. Só 21 dos 46 Estados-Membros criaram plataformas nacionais para redução dos riscos de catástrofes. Observações no decurso de visitas de monitorização revelaram que a participação do sector da saúde necessita de aperfeiçoamentos na maioria dos países.

13. Nos sistemas de alerta precoce de catástrofes naturais, geralmente sob a alçada das plataformas nacionais multisectoriais, a componente da saúde é fraca. Metade dos países não tem sistemas de alerta precoce de catástrofes naturais; 25 deles informaram que têm sistemas de alerta precoce para a nutrição (Quadro 1).

14. Ainda não está criada uma massa crítica de pessoas com a formação necessária para apoiar os países na EPR. Em dezoito países, os recursos humanos não têm sequer a formação de base para a resposta a situações de emergência. Nos países onde existem pessoas com formação, estas limitam-se a um número que oscila entre 1 e 5. As únicas excepções são três países onde a Cruz Vermelha deu formação em Situações de Emergência Sanitária em Grandes Populações (HELP) a um número significativo dos seus voluntários. Esta escassez de pessoal qualificado deve-se ao limitado acesso a cursos de formação, muitos dos quais ocorrem em instituições fora da Região.

15. A acção dos Estados-Membros destinada a capacitar as comunidades para a redução dos riscos de catástrofes está limitada a actividades de sensibilização e de vigilância das doenças. Consequentemente, em muitas situações de emergência, observou-se que as comunidades não estavam equipadas para lidar com os efeitos, o que resultou em situações de catástrofe.

16. Continua desajustada a afectação de recursos para situações de emergência, por parte dos Estados-Membros. Somente 19 países da Região criaram um fundo nacional de emergência, doze anos depois de o Comité Regional ter adoptado a Resolução AFR/RC47/R1, que apelava à sua criação.¹³ A maioria dos países depende sobretudo do financiamento de doadores, em geral, destinado à resposta a emergências. A prevenção e preparação para as catástrofes e a recuperação do sistema de saúde após a catástrofe continuam subfinanciadas; estas componentes são frágeis em muitos países.

17. A necessidade ainda não satisfeita de um único instrumento ou documento para toda a Região, que integre as novas abordagens e resoluções mundiais, limita os esforços dos Estados-Membros para consolidar os avanços conseguidos na EPR. Esta situação perfila-se como um desafio ao alinhamento das várias iniciativas e declarações regionais que têm impacto na preparação e na resposta.¹⁴

¹² In addition to WHO guidelines, there are several others developed or in process of development by Humanitarian Inter-Agency Standing Committee (IASC), International Committee of the Red Cross and Red Crescent (ICRC), *Médecins Sans Frontières (MSF)*, etc.

¹³ Argélia, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gâmbia, Guiné, Quênia, Lesoto, Mali, Mauritânia, Namíbia, Senegal, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia e Zâmbia.

¹⁴ Declaração de Argel sobre a Investigação para a Saúde na Região Africana, Argel, Junho de 2008; Declaração de Cabo Verde dos Ministros da Saúde dos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento da Região Africana, Praia, 19 de Março de 2009; Declaração de Libreville sobre Saúde e Ambiente na África, Libreville, 29 de Agosto de 2008; e Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: Alcançar Melhor Saúde para a África no Novo Milénio, Ouagadougou, 30 de Abril de 2008.

ACÇÕES PROPOSTAS

18. Dada a permanente ameaça que as situações de emergência colocam ao desenvolvimento socioeconómico dos países na Região Africana, é necessário reforçar a preparação e resposta a essas situações. Para tal, deverão ser concretizadas as acções descritas a seguir.

19. **Avaliar os perigos, vulnerabilidades, riscos e capacidades** na perspectiva do sector da saúde, incluindo a avaliação da segurança das unidades de saúde e das infra-estruturas correlacionadas. Os resultados dessa avaliação devem ser registados, para servirem de base à formulação de um programa e ao planeamento das contingências, da resposta e da recuperação do sector da saúde, na sequência de um processo de entendimento com outros intervenientes. Os planos devem ser actualizados na sequência de exercícios de simulação e de uma avaliação no fim das operações.

20. **Actualizar os planos nacionais de desenvolvimento sanitário para que integrem a recuperação do sistemas de saúde após as catástrofes.** Depois de situações importantes de emergência, devem-se implementar estratégias de recuperação destinadas a reforçar o sistema de saúde e a torná-lo mais resiliente; essas estratégias devem ser harmonizadas com o plano nacional de desenvolvimento da saúde. Deve-se intensificar a advocacia junto dos mais altos níveis do governo e dos parceiros, em favor do financiamento da estratégia de recuperação.

21. **Reduzir os riscos de ocorrência de situações de catástrofe,** implementando programas de preparação e redução dos riscos das catástrofes, a partir de políticas, estratégias e legislação específica para a gestão das emergências da saúde, associados à política nacional intersectorial de gestão das situações de emergência. Essa política deve abranger toda a gama de perigos e emergências (*All-Hazards*) e ter por base todos os riscos prováveis para a saúde (abordagem *Whole-Health*), incluindo a capacidade de resiliência e de gestão do risco dos hospitais e de outras infra-estruturas essenciais de saúde.

22. **Criar capacidades nas unidades existentes** no ministério da saúde, para coordenar a acção multidisciplinar de emergência na área da saúde e a integração da saúde nos actores multisectoriais, incluindo a plataforma nacional de redução dos riscos de calamidades. O pessoal dessa unidade deve dispor da necessária formação técnica e dos recursos exigidos.

23. **Criar ou reforçar uma comissão multisectorial de emergência** e conferir-lhe a capacidade técnica e os recursos necessários. A comissão deve também gozar do necessário apoio legal, para garantir a coordenação de todos os aspectos do ciclo de gestão das emergências na área da saúde (formulação de política, avaliação de riscos, redução dos riscos, preparação, resposta e recuperação), com a participação de todos os intervenientes do sector da saúde e de outros sectores.

24. **Reforçar o alerta precoce de catástrofes naturais e crises alimentares para os componentes da saúde** por meio da identificação e monitorização dos indicadores adequados e integrando-os nos sistemas de alerta precoce criados pelas plataformas nacionais. Os dados obtidos devem ser analisados e divulgados através dos mecanismos de partilha da informação da vigilância.

25. **Criar e financiar programas de educação e formação** a nível de pré-graduação e graduação, assim como de formação profissional contínua, para aperfeiçoar e manter os conhecimentos, as competências e o desempenho da comunidade que há-de gerir as situações de emergência na saúde. A formação deve estar em sintonia com o modelo de pacote regional de formação para as emergências.

26. **Promover a consciencialização, a comunicação dos riscos, a formação e outros programas que assegurem uma “comunidade preparada”**, com a participação de dirigentes comunitários e profissionais da saúde a nível comunitário. Estas medidas devem assentar nos princípios da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África.¹⁵

27. **Melhorar o financiamento para a prevenção de catástrofes, a preparação para situações de emergência e a recuperação dos sistemas de saúde pós-emergência** graças à criação de um fundo nacional de emergência, de acordo com a Resolução AFR/RC47/R1.

28. **Formular uma nova estratégia regional para a EPR e um quadro que oriente os Estados-Membros**, à luz das várias medidas a tomar. A nova estratégia deverá estar em sintonia com a Declaração de Argel sobre Investigação para a Saúde; a Declaração de Cabo Verde sobre os Pequenos Países Insulares em Desenvolvimento; a Declaração de Libreville sobre Saúde e Desenvolvimento; e a Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África.¹⁶ Deve também integrar componentes das novas iniciativas mundiais sobre a redução dos riscos das catástrofes, a reforma humanitária e o Regulamento Sanitário Internacional (2005).

29. Convida-se o Comité Regional a analisar este documento e a aprovar as acções propostas.

¹⁵ <http://intranet.afro.who.int/declarations>.

¹⁶ Ibid.

ANEXO

**Quadro 1: Nível de implementação pelos países da Resolução AFR/RC47/R1 do
Comité Regional, em Fevereiro de 2010.***

Ação	Número de países	Percentagem dos países da Região¹⁷	
Têm pessoas com formação em pré-colocação em Saúde Pública (PHPD) ou em Emergências de Saúde em Grandes Populações (HELP).	28	60,8	
Criaram Sistema de Alerta Precoce	Doenças transmissíveis	40	86,9
	Nutrição	25	54,3
	Catástrofes naturais	23	50,0
Criaram fundos nacionais de emergência	19	41,3	
Integraram a EPR nos planos nacionais de saúde	31	67,4	
Fazem as comunidades participar na EPR	28	60,9	
Avisam com prontidão	35	76,1	
Procedem à avaliação e mapeamento de vulnerabilidades	20	43,5	
A avaliação de vulnerabilidades abrange a componente de saúde	12	26,1	
Criaram comissões multisectoriais de emergência	39	84,8	
Cooperam com os países vizinhos e dão apoio nos problemas das emergências	31	67,4	

* Universo do inquérito: 46 países da Região Africana. Responderam: 43 países

¹⁷ O denominador inclui os três países que não responderam ao inquérito: Angola, Comores e Seychelles.