

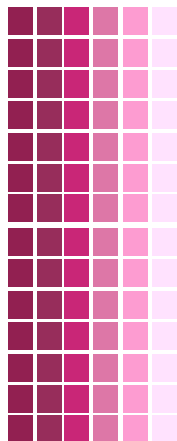
ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA 2010-2011

Relatório Bienal do Director Regional



**Organização
Mundial da Saúde**

ESCRITÓRIO REGIONAL para a **África**



ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA 2010-2011

Relatório Bienal do Director Regional

*A apresentar à sexagésima segunda sessão do Comité Regional Africano da OMS,
Luanda, República de Angola, 19-23 de Novembro de 2012*

Actividades da OMS na Região Africana 2010-2011: Relatório Bienal do Director Regional

1. Planeamento Regional da Saúde
2. Política de Saúde
3. Realizações
4. Organização Mundial da Saúde
5. África
- I. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a África. II. Título

ISBN: **978 929 034 0539** (Classificação NLM: **WA 541 HA1**)

© Escritório Regional da OMS para a África, 2012

As publicações da Organização Mundial da Saúde gozam da protecção prevista pelas disposições do Protocolo n.º 2 da Convenção Universal dos Direitos de Autor. Reservados todos os direitos. Cópias desta publicação podem ser obtidas no Serviço de Biblioteca e Literatura Científica de Saúde do Escritório Regional Africano da OMS, Caixa Postal 6, Brazzaville, República do Congo (Tel: +47 241 39100; Fax: +47 241 39507; E-mail: afrobooks@afro.who.int). Os pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir esta publicação, quer seja para venda ou para distribuição não comercial, devem ser enviados para o mesmo endereço.

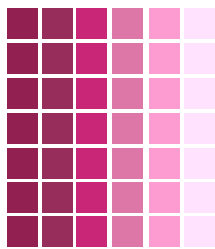
As designações utilizadas e a apresentação dos dados nesta publicação não implicam, da parte do Secretariado da Organização Mundial da Saúde, qualquer tomada de posição quanto ao estatuto jurídico dos países, territórios, cidades ou zonas ou das suas autoridades, nem quanto à demarcação das suas fronteiras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

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

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

Concepção Gráfica e Impressão: Escritório Regional da OMS para a África
República do Congo





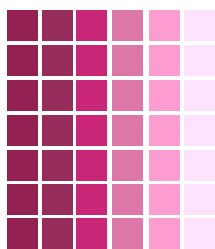
PREFÁCIO

O Director Regional tem a honra de apresentar ao Comité Regional o Relatório de Actividades da Organização Mundial da Saúde na Região Africana durante o biénio 2010-2011.

Dr. Luís Gomes Sambo
Director Regional







ÍNDICE

	Página
PREFÁCIO	iii
SIGLAS	ix
RESUMO	xi
	Parágrafos
1. INTRODUÇÃO	1 - 4
2. CONTEXTO	5 - 16
3. EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA 2010-2011	17 - 26
4. REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS POR OBJECTIVO ESTRATÉGICO	27 - 155
4.1 OE1: Doenças transmissíveis	27 - 43
4.2 OE 2: VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo	44 - 56
4.3 OE 3: Afecções crónicas não transmissíveis, perturbações mentais, violência e traumatismos	57 - 65
4.4 OE 4: Saúde infantil, materna e dos adolescentes, e envelhecimento	66 - 78
4.5 OE 5: Emergências, catástrofes, crises e conflitos	79 - 84
4.6 OE 6: Factores de risco para a saúde	85 - 95
4.7 OE 7: Determinantes sociais e económicos da saúde	96 - 101
4.8 OE 8: Ambiente mais saudável	102- 108
4.9 OE9: Nutrição, segurança e suficiência alimentar	109 - 114
4.10 OE10: Serviços de saúde	115 - 127
4.11 OE 11: Tecnologias e produtos médicos	128 - 140
4.12 OE 12: Liderança, governação e parcerias	141 - 149
4.13 OE 13: Eficiência e eficácia da OMS	150 - 155

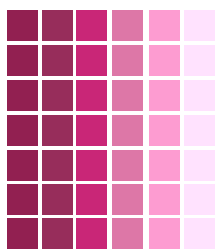


5. PROGRESSOS REALIZADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DO COMITÉ REGIONAL	156–167
5.1 Erradicação da poliomielite na Região Africana: relatório dos progressos	156 - 157
5.2 Estratégia para enfrentar os principais determinantes da saúde na Região Africana: relatório dos progressos	158 - 159
5.3 Implementação da Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabágica na Região Africana: relatório dos progressos	160 - 161
5.4 Implementação da estratégia regional de sobrevivência infantil: relatório dos progressos	162 - 163
5.5 Eliminação do sarampo na Região Africana: relatório dos progressos	164 - 165
5.6 Implementação da estratégia regional para reduzir o uso nocivo do álcool na Região: relatório dos progressos	166 - 167
6. DESAFIOS, CONDICIONALISMOS E LIÇÕES RETIRADAS	168–176
6.1 Desafios e condicionalismos	168 - 172
6.2 Lições retiradas	173 - 176
7. CONCLUSÃO	177–179
	Página
ANEXOS	57–58
Quadro 1: Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS 2008–2013: Definição dos Objectivos Estratégicos	57
Quadro 2: Orçamento-Programa aprovado para 2010-2011: Dotação por objectivo estratégico, fonte de financiamento e distribuição entre as Representações da OMS nos Países e o Escritório Regional (em milhares de dólares americanos)	58
NOTAS FINAIS	59

LISTA DAS FIGURAS

Figura 1: Distribuição de casos de poliovírus selvagem na Região Africana em 2010 e 2011	12
Figura 2a: Tendências da Erradicação da Dracunculose 2009, 2010, 2011	13
Figura 2b: Distribuição da Erradicação da Dracunculose, endemicidade da doença, 2011	13
Figura 3: Tendência da Eliminação da Lepra, 2009 e 2011	14
Figura 4: Situação das capacidades essenciais do RSI na Região Africana com base nos Relatórios dos Estados-Partes, Dezembro 2011	15
Figura 5: Distribuição geográfica de casos de cólera na Região Africana da OMS, 2010-2011	16
Figura 6: Número de pessoas com infecção pelo VIH que recebem terapêutica anti-retroviral na Região Africana da OMS, 2005-2010	18
Figura 7: Tendências do número de mosquiteiros distribuídos/vendidos e pessoas protegidas por PRI e ACT, 2000–2010	20
Figura 8: Óbitos devidos a DNT na Região Africana em 2010	21
Figura 9: Países com políticas e planos de acção integrados de DNT na Região Africana da OMS	23
Figura 10: Progressos na consecução do 4.º Objectivo de Desenvolvimento do Milénio: reduzir em dois terços as taxas de mortalidade dos menores de 5 anos entre 1990 e 2015	25
Figura 11: Estado da Análise da Situação e Avaliação das Necessidades (SANA) para a implementação da Declaração de Libreville na Região Africana a partir de 2009-2011	34
Figura 12: Atlas de Estatística da Saúde, 2011	38



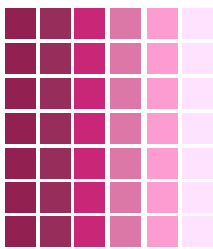


SIGLAS E ABREVIATURAS

ACT	Associação Medicamentosa à base de Artemisinina	COP	Conferência das Partes
AED	Academia para o Desenvolvimento Educacional	CSIS	Centro de Estudos Estratégicos e Internacionais
AHO	Observatório Africano da Saúde	CV	Contribuições Voluntárias
AIDAA	Atenção Integrada às Doenças dos Adultos e dos Adolescentes	DCV	Doenças Cardiovasculares
AIDI	Atenção Integrada às Doenças da Infância	DNT	Doenças Não Transmissíveis
AIGP	Acompanhamento Integrado da Gravidez e do Parto (IMPACT)	DPT3	Difteria, Tétano e Tosse Convulsa
APOC	Programa Africano de Luta contra a Oncocercose	DRR	Redução dos Riscos de Catástrofes
ARV	Medicamentos Anti-retrovirais	DTN	Doenças Tropicais Negligenciadas
ASSIST	Teste de Rastreamento da Dependência do Álcool, Tabaco e Substâncias Psicoactivas	ECSA-HC	Comunidade de Saúde da África Oriental, Central e Austral
ASV	Actividades Suplementares de Vacinação	EmONC	Cuidados Obstétricos e Neonatais de Emergência
AU	Acesso Universal	ENC	Cuidados Neonatais Essenciais
CARMMA	Campanha para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna em África	EVIPNet	Rede de Políticas baseadas em Evidências
CDTI	Tratamento com Ivermectina Orientado pelas Comunidades	FCTC	Convenção-Quadro para a Luta Anti-Tabágica
CEDEAO	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental	FGM	Mutilação Genital Feminina
CER	Comunidades Económicas Regionais	GAVI	Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação
CF	Contribuições Fixas	GFTAM	Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo
CILSS	Comité Inter-État de Lutte contre la Sécheresse au Sahel Comissão Interestadual Permanente de Luta contra a Seca no Sahel	GSM	Sistema Mundial de Gestão
		GWH	Género, Mulher e Saúde
		HELP	Emergências Sanitárias em Grandes Populações
		HHA	Harmonização para a Saúde em África
		HiAP	Declaração de Adelaide para Integração da Saúde em todas as Políticas



HPV	Vírus do Papiloma Humano		Organização para a Coordenação da Luta contra as Endemias na África Central
H1N1	Gripe Pandémica A		
HRE	Ética e Direitos Humanos		
IDSR	Vigilância e Resposta Integrada às Doenças	OCR	Resposta a Surtos e Crises
		PCA	Parcerias e Acordos de Colaboração
IGME	Grupo Interagências para a Estimativa da Mortalidade Infantil	PRI	Pulverização Residual Interdomiciliária
ISO	Organização Internacional para a Normalização	PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
		PVS	Poliovírus Selvagem
ITN	Mosquiteiros Impregnados com Insecticida	RED	Chegar a Todos os Distritos
		RPC	“Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux néonataux d'urgence en Afrique - Guide du Prestataire”
IUHPE	União Internacional para a Promoção da Saúde e da Educação		Recomendações para a prática clínica dos cuidados obstétricos e neonatais de emergência em África - Guia do Prestador de Cuidados
IYCF	Alimentação dos Lactentes e das Crianças Pequenas		
LLINS	Mosquiteiros Impregnados com Insecticida de Longa Duração		
MMR	Rácios de Mortalidade Materna		
MNH	Saúde Materna e Neonatal	RSI	Regulamento Sanitário Internacional (2005)
MNTE	Eliminação do Tétano Materno e Neonatal	SCD	Drepanocitose
		SHOC	Centro Estratégico de Operações Sanitárias
MT	Medicina Tradicional		
NECT	Associação Medicamentosa Nifurtimox-Eflornitina	STEP	Abordagem Faseada da Vigilância dos Factores de Risco
NEPAD	Nova Parceria para o Desenvolvimento da África	TAR	Terapêutica Anti-retroviral
NGS	Novos Padrões de Crescimento	TB-MR	TB Multirresistente aos Medicamentos
NHA	Contas Nacionais da Saúde	TB-UR	TB Ultra-resistente aos Medicamentos
NHIS	Sistemas Nacionais de Informação Sanitária	THA	Tripanossomiase Humana Africana
		UNDAF	Quadro das Nações Unidas de Ajuda ao Desenvolvimento
NHSP	Plano Estratégico Nacional de Saúde		
OCEAC	<i>Organisation de Coordination pour la Lutte contre les Endémies en Afrique Central</i>	UNDG	Grupo dos Directores Regionais das Nações Unidas
		WAHO	Organização de Saúde da África Ocidental
		WCO	Representação da OMS nos Países



RESUMO

1. As actividades da OMS na Região Africana durante o biénio foram orientadas pelo 11.º Programa Geral de Trabalho (PGT), Plano Estratégico a Médio Prazo (MTSP) 2008–2013, Estratégias de Cooperação com os Países (CCS) e Orientações Estratégicas 2010–2015 da OMS para a Região Africana, cujas etapas definem um conjunto de resultados disponíveis para a Região. As realizações no âmbito de cada um dos 13 Objectivos Estratégicos (OE) são apresentadas no Resumo, ao abrigo das seis funções essenciais da OMS, nomeadamente: a) fornecer liderança em assuntos essenciais para a saúde e criar parcerias quando for necessária uma acção conjunta; b) definir a agenda da investigação e estimular a geração, tradução e divulgação de conhecimentos valiosos; c) estabelecer normas e padrões e promover e monitorizar a sua implementação; d) articular opções políticas baseadas em evidências e na ética; e) prestar apoio técnico, catalisar as mudanças e formar capacidades institucionais sustentáveis; f) monitorizar a situação sanitária e avaliar as tendências da saúde.
2. O Orçamento-Programa de 2010-2011 foi executado no contexto de um pesado fardo de doenças transmissíveis e não transmissíveis, com os inerentes altos níveis de mortalidade materna e infantil. Para além disso, o Escritório Regional da OMS e as suas Representações nos países, assim como muitos parceiros e Estados-Membros, trabalharam sujeitos aos constrangimentos da actual crise financeira. Não obstante este contexto, atingiram-se alguns progressos significativos em todos os OE.
3. Em 31 de Dezembro de 2011, o orçamento geral afectado à Região Africana foi de 1 593 411 000 dólares americanos, embora apenas 1 163 824 000 de dólares tivessem sido disponibilizados até final do biénio. O montante financiado representou 92% da dotação inicialmente aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde, mas só 73% do orçamento revisto atribuído. Houve também um desequilíbrio no financiamentos dos Objectivos Estratégicos (OE), devido sobretudo ao facto de as Contribuições Voluntárias estarem já destinadas. O Programa de Erradicação da Polio, ao abrigo do OE 1, recebeu 216% da sua verba orçamental inicial, o que representou 51% das Contribuições Voluntárias regionais. Globalmente, o OE1 foi financiado em 156% da sua verba orçamental inicial, enquanto que os OE 4, 9 e 10 receberam menos de metade da sua verba orçamental.



4. O papel da OMS ao fornecer liderança e ao envolver os parceiros numa acção conjunta foi demonstrado pela advocacia intensiva e de alto nível para um maior investimento na saúde, particularmente em tempos de grave contenção financeira, através do envolvimento de líderes nacionais, decisores políticos e parceiros do desenvolvimento internacional. Isto conduziu a resultados positivos, como é comprovado pelo aumento das contribuições efectuadas por alguns Estados-Membros para a vacinação e outros programas. A iniciativa da Harmonização para a Saúde em África está a expandir o número dos seus membros, tem intensificado o apoio aos países e reforçado a aliança entre o sector da saúde e o das finanças, no intuito de melhorar o financiamento da saúde pelos orçamentos nacionais de cada país. Através do UNDAF, as actividades da OMS têm aperfeiçoado a harmonização do apoio das Nações Unidas à saúde, reduzindo assim os custos de transacção suportados pelos governos.
5. A OMS, enquanto agência líder da vertente de saúde da ajuda humanitária, reforçou e melhorou a mobilização de recursos, a eficácia, a coordenação da resposta sanitária, bem como o alargamento e o reforço das parcerias. Tal tem conduzido a um encurtamento do tempo de espera da prestação de apoio eficaz na resposta às emergências e catástrofes, fomentando simultaneamente a sensibilização e a formação de capacidades na área da gestão dos riscos. No total, 30 países criaram os seus planos de contingência para as emergências de saúde.
6. Para além disso, seguindo a advocacia e a facilitação providenciadas pela OMS, os Estados-Membros demonstraram possuírem capacidade de resposta às emergências sanitárias, tomando a decisão de criarem o Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública (FAESP). Este mecanismo financeiro irá mobilizar e gerir recursos adicionais para apoiar atempadamente a investigação e a resposta a emergências agudas de saúde pública na Região. A contribuição total anual de 50 milhões de dólares pelos Estados-Membros para este Fundo, estabelece o fundamento para uma resposta eficaz a futuras emergências de saúde pública na Região. Os Chefes de Estado e de Governo aprovaram o FAESP na Cimeira da União Africana, em Julho de 2012.
7. Graças a uma intensa advocacia, mais de 50% dos países incluíram as actividades de nutrição e de segurança alimentar nas suas Estratégias de Redução da Pobreza em 2010-2011. Através da advocacia, 19 países eliminaram as taxas de utilização dos serviços de saúde infantil e outros 17 prestam agora cuidados de sobrevivência para o tratamento integrado de base comunitária de casos da pneumonia, diarreia e paludismo. Aumentou assim o número de crianças doentes correctamente tratadas a nível comunitário, tendo um dos países atingido taxas de cura de mais de 90% para a febre, diarreia e infecções respiratórias agudas. O melhor acesso a cuidados de qualidade levou a um aumento de 3-5% das taxas médias anuais

de redução dos óbitos de crianças, em 17 países da Região. Para além disso, a abordagem integrada a nível comunitário atraiu um aumento do financiamento dos parceiros para intervenções de base comunitária, e melhorará significativamente a sobrevivência das crianças nos Estados-Membros, quando estiver devidamente implementada.

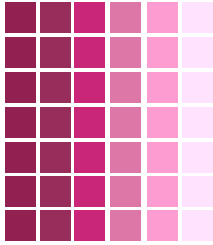
8. Exercendo o seu papel de organização e liderança e ajudando a gerar políticas baseadas em evidências, a OMS auxiliou os Estados-Membros a participarem nas principais iniciativas e acordos estratégicos. Em Abril de 2011, foi aprovada pelos Estados-Membros a conhecida Declaração de Brazzaville sobre prevenção e controlo das doenças não transmissíveis (DNT). Três quartos dos Estados-Membros elaboraram e estão a implementar planos de acção integrados contra as DNT. Em resposta à Resolução AFR/RC58/R1 da quinquagésima oitava sessão do Comité Regional sobre Saúde da Mulher na Região Africana, a Comissão para a Saúde da Mulher elaborou um relatório intitulado "Enfrentar o Desafio da Saúde da Mulher em África", que faz uma análise exaustiva dos problemas de saúde das mulheres e da forma como o seu potencial poderá ser libertado para contribuir significativamente para o desenvolvimento socioeconómico da Região.
9. A sexagésima sessão do Comité Regional aprovou uma estratégia que estabelecia as etapas para enfrentar os determinantes da saúde e reduzir o uso nocivo do álcool. Relativamente aos factores de risco e principais determinantes da saúde, alguns países criaram e aplicaram leis e planos de acção para controlar o uso do tabaco, proibindo o fumo em lugares públicos e locais de trabalho, bem como a publicidade, promoção e patrocínios ao tabaco, e exigindo avisos em defesa da saúde nos maços de tabaco.
10. A Segunda Conferência Interministerial sobre Saúde e Ambiente em África foi organizada em Luanda, em 2010, tendo sido aprovado um quadro para a adaptação da saúde pública às alterações climáticas, durante a sexagésima sessão do Comité Regional, através da Resolução AFR/RC61/R2.
11. Através do Projecto de Vacinação contra a Meningite, a OMS apoiou a investigação científica e a supervisão reguladora necessária aos países, para desenvolverem e licenciarem com êxito a MenAfriVac, uma vacina eficaz contra a meningite meningocócica A. Através desta e de outras iniciativas, as capacidades das autoridades reguladoras nacionais e das comissões de ética na investigação de muitos Estados-Membros foram de tal modo reforçadas que estes têm hoje capacidade para analisar as aplicações de ensaios clínicos, para aprovar ensaios clínicos e para efectuar inspecções aos locais onde se realizam os ensaios, com base nas Boas Práticas Clínicas. Com o apoio continuado da OMS, muitos países passaram autorizações para introdução no mercado de vacinas e medicamentos tradicionais.

12. Como resultado do apoio continuado prestado ao desenvolvimento e adaptação de normas, orientações e instrumentos, os países fizeram esforços significativos para melhorar as realizações dos sistemas de saúde, saúde materna e infantil, promoção da saúde e muitas outras áreas de saúde na Região. O apoio normativo e técnico prestado aos países conduziu a uma introdução bem sucedida de um número sem precedentes de novas vacinas [vacina pneumocócica conjugada (PCV), rotavírus, vírus do papiloma humano (HPV), vacina conjugada da meningite A (MenAfriVac)], melhor acesso a medicamentos essenciais, tecnologias e produtos médicos, melhor regulação dos mercados e redução de produtos médicos contrafeitos na cadeia de abastecimento. A vacinação bem sucedida de 54 milhões de pessoas que vivem nos países da cintura da meningite – Burkina Faso, Mali e Níger –, usando a recentemente introduzida vacina MenAfriVac, resultou em apenas quatro casos notificados de meningite meningocócica provocada por *Neisseria meningitidis* Tipo A, em 2011, sem nenhuma notificação na população vacinada.
13. Para além de prestar orientações normativas, trabalhando com parceiros, a OMS centrou-se na formação de capacidades e no apoio técnico para a consecução do acesso universal a intervenções de saúde nos Estados-Membros. Um dos resultados foi o aumento da percentagem de mulheres grávidas que vivem com o VIH que receberam medicamentos anti-retrovirais para evitar a transmissão vertical do vírus, de 54% em 2009 para 60% em 2010. Simultaneamente, cerca de 5,1 milhões de pessoas com infecção avançada por VIH foram tratadas com terapêutica anti-retroviral em 2010, em comparação com 3,9 milhões em 2009. O fardo do paludismo na Região caiu em 2010, com 12 países a registarem mais de 50% de redução, tanto em casos de paludismo confirmado como em casos de internamentos ou óbitos por paludismo.
14. Apoio técnico de primeira linha e oportuno foi fornecido aos países pelas Equipas de Apoio Interpaíses da OMS (EAI), através de missões dirigidas a todas as áreas programáticas, em sintonia com as necessidades dos países. O apoio técnico prestado tem facilitado a formulação e implementação de políticas, estratégias e planos nacionais e produzido resultados substanciais que são descritos neste relatório. Por exemplo, todos os 12 países, excepto um, que sofreram importações ou surtos de poliovírus selvagem (PVS) responderam oportunamente, interrompendo a transmissão da poliomielite dentro dos seis meses previstos e atingindo a etapa 1 da Iniciativa Mundial para a Erradicação da Poliomielite (GPEI). Angola, que foi um dos países em que a transmissão foi restabelecida, tem-se mantido livre da poliomielite desde Julho de 2011.
15. Para aperfeiçoar o apoio técnico aos países através da melhoria da coordenação e da oportunidade das respostas aos surtos de doença e outras emergências de saúde pública na Região, foi criado no Escritório Regional, em Brazzaville, o 18. Através da parceria reforçada com a União Africana, foi prestado apoio técnico

pela Organização à Cimeira dos Chefes de Estado e de Governo sob o lema "Saúde materna, neonatal e infantil e desenvolvimento em África", tendo sido tomadas decisões significativas para salvar a vida das mulheres e das crianças. A OMS apoiou ainda os países na criação de sinergias com as Comunidades Económicas Regionais e as Equipas dos Directores Regionais das Nações Unidas (RDT).

19. As funções de facilitação da OMS foram mais alargadas, com a instalação bem sucedida na AFRO do Sistema Mundial de Gestão (GSM), em 2011. Isto garantiu a disponibilidade de informação programática e financeira mais completa e atempada ao pessoal, administração, Estados-Membros e doadores, para uma melhor monitorização do desempenho. Além disso, tal permitiu a harmonização das funções administrativas de diversas unidades, incluindo finanças, pessoal, compras e viagens, devido à automatização. Certas funções foram transferidas para o Centro Mundial de Serviços da OMS, em Kuala Lumpur, Malásia, melhorando assim a eficiência administrativa a um custo inferior. Contudo, as graves limitações de recursos provocaram infelizmente o corte de cerca de 250 funcionários da OMS. Além disso, ocorreu uma grande tragédia aquando do bombardeamento do complexo das Nações Unidas, em Abuja, em Agosto de 2011, que provocou muitas mortes, incluindo três funcionários da OMS. No entanto, a OMS tem feito o possível para colmatar essa perda e reafirmar o seu compromisso de continuar, e mesmo reforçar, as operações na Nigéria.
20. No próximo biénio, a tónica serão os planos de actividades, com o ajustamento do número de actividades prioritárias, em sintonia com as funções essenciais da OMS. Esses planos de actividades tomam ainda em consideração a contenção causada pela actual crise financeira, assim como as reformas da OMS em curso. Nesta perspectiva, a OMS pretende atingir as metas definidas para o período 2012-2013, consagradas nas Orientações Estratégicas da OMS para a Região Africana 2010-2015, garantindo simultaneamente um apoio adequado e oportuno aos países, para que sejam atingidos os objectivos mundiais da saúde.



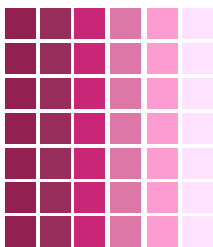


1. INTRODUÇÃO

1. Este relatório bienal do Director Regional reflecte a execução do Orçamento-Programa 2010-2011 pelas Representações nos países e pelo Escritório Regional, no seu apoio aos Estados-Membros para a melhoria da saúde das suas populações. A Região carrega um pesado fardo de doenças transmissíveis e um fardo cada vez maior de doenças não transmissíveis, com as respectivas dificuldades financeiras que afectam os Estados-Membros, a OMS e os parceiros. Simultaneamente, os Estados-Membros e os parceiros envidaram todos os esforços para atingirem os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) e outros objectivos regionais e mundiais.
2. O Orçamento-Programa da OMS para 2010-2011 foi aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2009, com um orçamento regional de 1 262 864 000 dólares. Este orçamento cobre os planos operacionais das Representações da OMS nos países e o Escritório Regional, incluindo as Equipas de Apoio Interpaíses (EAI), preparado em consonância com o 11.º PGT, o MTSP, as Orientações Estratégicas 2010–2015 da OMS para a Região Africana, assim como as Estratégias da OMS de Cooperação com os Países (CCS).
3. Este relatório está organizado em sete capítulos, nomeadamente:
 1. Introdução
 2. Contexto
 3. Execução do Orçamento-Programa 2010-2011
 4. Realizações significativas por Objectivo Estratégico
 5. Progressos realizados na implementação das resoluções do Comité Regional
 6. Desafios, condicionalismos e lições retiradas
 7. Conclusão



4. Há dois anexos a este relatório: Quadro 1, Plano Estratégico a Médio Prazo 2008–2013 da OMS: Definição de Objectivos Estratégicos; e Quadro 2, Orçamento-Programa Aprovado 2010-2011, dotação por objectivo estratégico, fonte de financiamento e distribuição entre as Representações da OMS nos países e o Escritório Regional (em milhares de dólares americanos).



2. CONTEXTO

5. A actual crise financeira mundial tem tido um considerável impacto negativo sobre a situação socioeconómica e o financiamento da saúde, aos níveis nacional e internacional. Tem ainda afectado negativamente o financiamento da OMS. É de registar que muitos doadores e parceiros bilaterais se têm esforçado por manter os seus compromissos para com o financiamento da saúde, sobretudo a nível de país, apesar da contenção financeira. Para se ajustar à grave redução do financiamento, e no contexto do presente processo de reforma da OMS, o Escritório Regional para a África tem vindo a ser reestruturado; isso tem afectado particularmente alguns programas prioritários, como o combate às doenças e a saúde materna e infantil.
6. O peso das doenças evitáveis pela vacinação continua de uma forma geral elevado na Região, devido, em parte, à baixa cobertura vacinal subjacente. Apesar da estimativa de redução de 85% dos óbitos atribuídos ao sarampo em 2010, comparados com os do ano 2000, vários países na África Austral sofreram grandes surtos em 2010. Esta situação, associada ao aumento da transmissão do poliovírus selvagem (PVS) na Nigéria, o ressurgimento do PVS tipo 3 na África Ocidental, assim como à contínua transmissão do PVS1 em Angola, Chade e República Democrática do Congo, serviu para salientar a urgente necessidade de atingir e manter uma elevada cobertura vacinal em todos os distritos. O desenvolvimento e a introdução de novas vacinas nos programas nacionais de vacinação tem constituído uma oportunidade para reduzir o fardo de algumas doenças.
7. O elevado peso de outras doenças transmissíveis reflectiu-se especialmente nos altos níveis da morbilidade e mortalidade associadas ao VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo. Os programas de prevenção do VIH não atingiram ainda adequadamente as populações de maior risco, incluindo os jovens, os profissionais do sexo, os utilizadores de drogas injectáveis e os reclusos, o que determina a continuação de uma elevada incidência da infecção pelo VIH. A epidemia da TB é ainda mais complicada pela alta prevalência da co-infecção pelo VIH. Cerca de 51% dos casos notificados de TB estão co-infectados com o VIH, enquanto que apenas 38% destes tiveram acesso à TAR até finais de 2009.

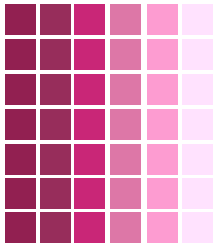


8. A Região é afectada pelo peso crescente de doenças não transmissíveis (DNT), incluindo a saúde mental e os traumatismos decorrentes da violência. Prevê-se que a Região Africana tenha o maior aumento (27%) de DNT nas próximas duas décadas, se não se tomarem urgentemente medidas preventivas. Os vulgares factores de risco para estas DNT crónicas estão relacionados com o estilo de vida das pessoas e com factores de risco não modificáveis, como os genéticos e considerações de ordem étnica, associados a um aumento da esperança de vida, factores prénatais e de género. A situação agrava-se com a falta de políticas e planos estratégicos nacionais abrangentes que integrem as DNT, assim como com a falta de coordenação de esforços para melhorar a situação da saúde das pessoas. A ausência de fortes mecanismos de resposta aos grandes determinantes da saúde, nomeadamente a alimentação, educação, abrigos, habitação, água, saneamento e alterações climáticas, inserem-se também no contexto em que a OMS opera na Região Africana.
9. A África Subsariana sofre sobretudo os riscos da escassez de água potável, da falta de saneamento adequado e poluição do ar interior das casas. Cerca de 677 000 óbitos de crianças são atribuídos à escassez de água potável, à falta de saneamento e de higiene, enquanto que 500 000 óbitos de crianças são devidos ao fumo no interior das casas nesta região. De modo a responder a estes problemas, os países africanos sob a liderança da OMS e do PNUA aprovaram, em 2010, a Declaração de Libreville sobre saúde e ambiente em África.
10. Cerca de 52% dos óbitos mundiais das mães e 46% dos óbitos mundiais das crianças ocorrem na Região Africana, sendo a maioria evitáveis. As estimativas das tendências da mortalidade materna entre 1990 e 2010 revelam que a Região Africana da OMS possui ainda o mais alto rácio de mortalidade materna (MMR), que é de 480 óbitos por 100 000 nados-vivos.
11. Apesar de algumas modestas melhorias nos sistemas de saúde de muitos países, as fragilidades dos sistemas de saúde em geral contribuem significativamente para os fracos resultados da saúde na Região. Entre as áreas que precisam de reforço contam-se a liderança e a governação, o empenhamento comunitário, o financiamento, o pessoal de saúde e o acesso a medicamentos essenciais, novas vacinas e tecnologias da saúde. O apoio dos parceiros é ainda fragmentado, o que resulta em níveis inaceitavelmente baixos de implementação das políticas e planos estratégicos de saúde, assim como na demora da transposição para os serviços dos dados factuais, novos instrumentos e inovações.
12. Os países da Região Africana enfrentaram emergências decorrentes de causas naturais ou provocadas pelo homem e conflitos sociais que provocaram traumatismos, mortes e deslocação das populações, assim como a destruição das

unidades de saúde e a correspondente interrupção dos serviços. Em 2011, só a seca afectou mais de 13 milhões de pessoas no Corno de África, resultando em escassez de alimentos e em má-nutrição. De acordo com o ACNUR, os países da Região acolheram mais de 3 milhões de Pessoas Internamente Deslocadas (IDP) e mais de 2 milhões de refugiados em 2010¹. Há ainda o desafio adicional da insegurança em várias zonas de muitos países, agravadas por infra-estruturas inadequadas que afectam a prestação do apoio a nível nacional.

13. Simultaneamente, registou-se um incremento na investigação e desenvolvimento de medicamentos, vacinas e outras tecnologias. Isso levou a que muitos países tivessem disponibilidade de novas vacinas contra a pneumonia pneumocócica, o cancro do colo do útero e a diarreia por rotavírus.
14. A saúde está agora, mais do que nunca, no topo da agenda política internacional, apresentando oportunidades para um maior compromisso em matéria de recursos e uma intensificação da acção pelos Estados-Membros e parceiros. A Região assistiu ainda a um aumento no financiamento da saúde, particularmente ligado às Iniciativas Mundiais da Saúde, que representam para a OMS uma oportunidade de prestar apoio normativo e técnico, para um uso mais eficaz desses recursos. O alargamento do número de actores da saúde constituiu uma oportunidade de aumentar a afectação de recursos humanos e outros, a nível de país, em apoio à saúde em geral e aos sistemas de saúde em particular.
15. Ao contribuir para acelerar os esforços de consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio até 2015, sobretudo os ODM 4 e 5, as actividades da OMS durante o biénio foram orientadas por diversas iniciativas e compromissos por parte dos Estados-Membros e do Secretariado. Entre estes contam-se: i) Atingir um Desenvolvimento Sanitário Sustentável na Região Africana: Orientações Estratégicas para a OMS, 2010–2015; ii) Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde; iii) actividades da Comissão para a Saúde da Mulher na Região Africana; iv) Roteiro para Acelerar a Consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a Saúde Materna e Neonatal em África e o Reposicionamento do Planeamento Familiar na Região Africana; v) Sobrevivência Infantil: estratégia para a Região Africana; vi) Estratégia Mundial do Secretário-Geral da ONU para a Saúde da Mulher e da Criança; vii) Plano Mundial para a Eliminação das Novas Infecções Pediátricas e Salvar as Mães até 2015; viii) e a "Campanha para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna (CARMMA)" da União Africana.
16. Neste complexo contexto, a OMS tem estado empenhada nas reformas centradas na definição de prioridades, governação e questões administrativas, que têm por finalidade melhorar a eficácia da Organização.





3. EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO

PROGRAMA 2010-2011

17. A Assembleia Mundial da Saúde, através da sua resolução WHA.62.9, aprovou o Orçamento-programa para 2010-2011, com uma afectação de 1 262 864 000 dólares para a Região Africana. A execução do orçamento-programa baseou-se num acordo sobre as prioridades de saúde da Região e nas orientações apresentadas durante a quinquagésima nona sessão do Comité Regional, realizada em Kigali, no Ruanda.
18. As fontes de financiamento do orçamento-programa foram Contribuições Fixas (CF), no montante de 209 600 000 dólares (17%), e Contribuições Voluntárias (CV), no montante de 1 053 264 000 dólares (83%). Entre 2008-2009 e 2010-2011, não se registou qualquer aumento da parte das contribuições fixas para o orçamento, enquanto a percentagem do orçamento proveniente das contribuições voluntárias, que se caracterizam por um elevado grau de incerteza e dependem dos esforços de mobilização de recursos, continuou a aumentar.
19. O Orçamento-programa tem três segmentos: i) Os Programas-Base da OMS (BASE), abrangendo actividades para as quais a OMS tem o exclusivo controlo orçamental; ii) Programas Especiais e Acordos de Colaboração (SPA), que a OMS executa em colaboração com os parceiros; e iii) Resposta aos Surtos e às Crises (OCR), abrangendo a resposta da OMS aos perigos naturais e provocados imprevistos e às ocorrências de saúde pública. Esta segmentação do orçamento visa garantir uma maior transparência do financiamento e execução do orçamento-programa, assim como facilitar a sua gestão.
20. O parcelamento do orçamento por Objectivo Estratégico (OE) reflecte o destaque dado à prevenção e controlo das doenças transmissíveis (OE1), que beneficiaram do montante de 34% do orçamento, em particular para as parcerias mundiais e o envolvimento na erradicação da poliomielite. O restante foi atribuído ao VIH/SIDA, paludismo e tuberculose (OE2), com 16%; as funções de facilitação da OMS, incluindo o reforço da presença nos Estados-Membros (OE 12 e 13), que receberam no total 14%; o reforço dos sistemas de saúde (OE 10 e 11) receberam uma fatia de 12%; a saúde materna e infantil, juntamente com a saúde dos adolescentes, sexual e reprodutiva e dos idosos (OE 4), receberam 9%; e 8% foram atribuídos à preparação e resposta a situações de emergência (OE 5).



21. A afectação do orçamento da Região foi revista para 1 593 456 000 dólares no decurso do biénio, em comparação com o orçamento inicial de 1 262 864 000 dólares aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde. Esse aumento de 26% ficou a dever-se, especialmente, ao financiamento suplementar necessário para a erradicação da poliomielite.
22. A execução do orçamento-programa de 2010-2011 revelou diferenças significativas entre os 13 Objectivos Estratégicos (OE), em termos de falhas no financiamento e taxas de execução orçamental. Globalmente, foram financiados 92% (1 162 601 000 dólares) do orçamento total inicialmente aprovado, o que deixou uma lacuna de financiamento de 100 263 000 dólares. No entanto, este nível relativamente elevado de financiamento do orçamento total aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde oculta uma variação substancial das lacunas de financiamento entre os 13 Objectivos Estratégicos (OE). As maiores lacunas de financiamento observaram-se nos Objectivos Estratégicos (OE) relacionados com a segurança alimentar e a nutrição – OE 9 (70%); sistemas de saúde – OE 10 (60%); saúde materna e infantil – OE 4 (52%); SIDA, tuberculose e paludismo – OE 2 (47%); factores de risco para a saúde – OE 6 (46%); e ambiente mais saudável – OE 8 (42%). O programa da poliomielite, objecto do OE 1, recebeu 216% do seu orçamento aprovado.
23. No total, foram disponibilizados 99% da dotação das CF e 91% (954 000 205 dólares) da afectação de CV aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde que tinham sido financiados no final do biénio. Foi utilizado um total de 1 059 656 575 dólares (91%) de todos os fundos disponibilizados, dos quais 76% foram gastos a nível de país. No Quadro 1, apresenta-se um resumo do Orçamento-Programa de 2010-2011, assim como os respectivos números por Objectivo Estratégico:
24. A crise financeira mundial provocou uma lacuna significativa no financiamento de alguns programas, o que não permitiu à Região satisfazer todas as suas necessidades de financiamento das actividades planeadas. Para colmatar essa lacuna, a maioria dos Centros Orçamentais, tanto a nível regional como nacional, reviu e ajustou os seus planos de trabalho. Esse exercício de reprogramação resultou no cancelamento de algumas actividades e na redução do número de resultados esperados. No final do biénio, a consecução de alguns resultados planeados tinha sido posta em causa.
25. A avaliação do desempenho no final do biénio revela que apenas 54% dos 2554 Resultados Esperados a nível de Escritório (OSER) tinham sido plenamente conseguidos. Dezanove por cento tinham sido parcialmente atingidos e os restantes 27% foram reprogramados ou cancelados por financiamento insuficiente. Apesar destes entraves, observaram-se realizações significativas em todos os Objectivos Estratégicos (OE) e manteve-se a eficácia da cooperação técnica com os países, incluindo através do apoio directo aos países das Equipas de Apoio Interpaíses.

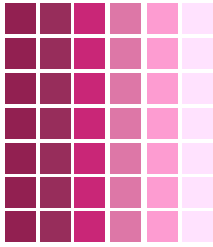
26. Em resposta à insuficiência do orçamento, a Organização foi obrigada a adoptar medidas de poupança, como o cancelamento e a redução do número de reuniões e viagens, assim como a reorganização da estrutura de pessoal, tanto nas Representações como no Escritório Regional, em todos os programas. Essas medidas implicaram uma redução significativa do nível e apoio aos países em áreas de trabalho como o VIH/SIDA, tuberculose e paludismo; sistemas de saúde; saúde materna, neonatal e infantil; promoção da saúde e prevenção primária, incluindo as doenças não transmissíveis, a maioria das quais são áreas relacionadas com os ODM.

Quadro 1: Orçamento-programa 2010-2011: Execução orçamental por objectivo estratégico até 31 de Dezembro de 2011 (em milhares de dólares americanos)

OE*	Orçamento aprovado pela Assembleia Mundial (dotação inicial) (1)	Orçamento afectado (2)	Total de fundos disponíveis (3)	% de fundos disponíveis do orçamento aprovado pela Assembleia Mundial (4)=(3/1)	Execução orçamental (fundos prometidos) (5)	% da execução do orçamento aprovado 6=(5/1)	% de execução do orçamento afectado 7= (5/2)	% de execução orçamental dos fundos disponíveis 8=(5/3)
OE 01	424 120	744 390	662 260	156%	606 658	143%	81%	92%
OE 02	208 208	207 337	109 335	53%	91 777	44%	44%	84%
OE 03	19 444	19 504	13 959	72%	12 405	64%	64%	89%
OE 04	107 735	106 146	52 124	48%	45 680	42%	43%	88%
OE 05	98 782	129 465	62 577	63%	55 100	56%	43%	88%
OE 06	23 943	23 965	12 958	54%	12 303	51%	51%	95%
OE 07	8495	8660	7579	89%	6577	77%	70%	87%
OE 08	16 335	16 403	9518	58%	8701	53%	53%	91%
OE 09	37 182	36 898	11 201	30%	9832	26%	27%	88%
OE 10	124 035	122 645	50 132	40%	44 792	36%	37%	89%
OE 11	19 663	20 300	16 528	84%	13 199	67%	65%	80%
OE 12	49 735	51 140	49 701	100%	49 455	99%	97%	100%
OE 13	125 187	106 603	104 729	84%	103 181	82%	97%	99%
Total Global	1 262 864	1 593 456	1 162 601	92%	1 059 657	84%	67%	91%

* Ver no Quadro 2 do Anexo as definições de todos os 13 Objectivos Estratégicos (OE).





4. REALIZAÇÕES SIGNIFICATIVAS

POR OBJECTIVO ESTRATÉGICO

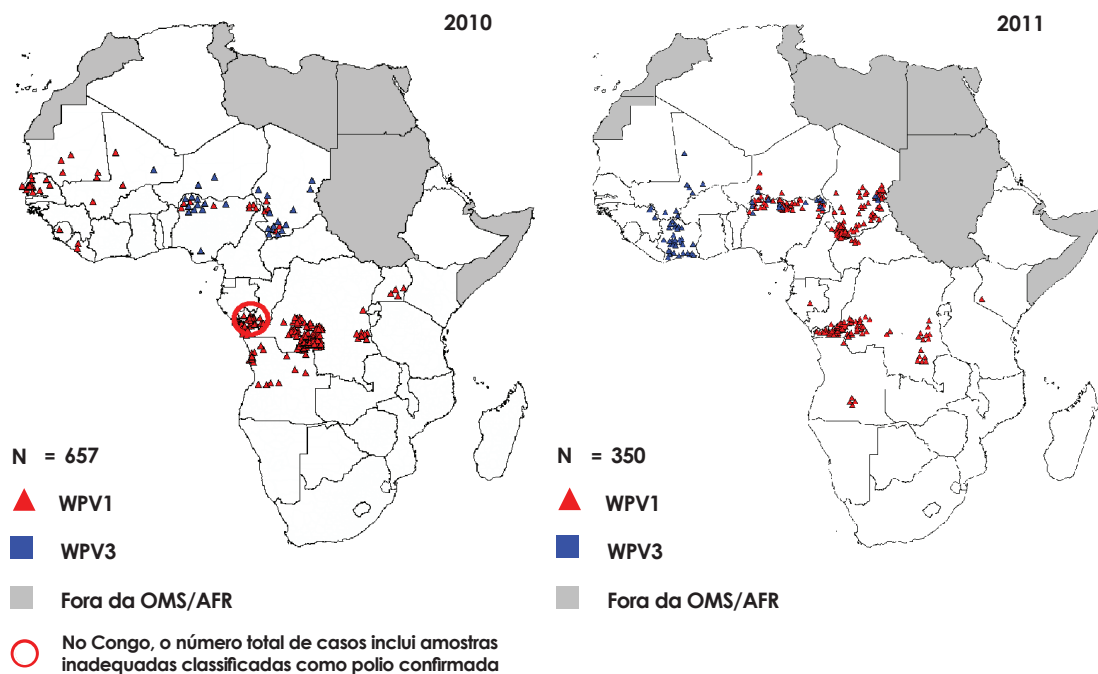
4.1 OE1: Doenças transmissíveis

27. Vacinação de rotina, erradicação da poliomielite, doenças tropicais negligenciadas, vigilância integrada das doenças, investigação, Regulamento Sanitário Internacional e preparação e resposta às epidemias contribuem de igual modo para a consecução do objectivo estratégico 1. Este objectivo estratégico visa contribuir para a redução do peso que as doenças transmissíveis têm sobre a saúde, a sociedade e a economia.
28. No final de Dezembro de 2011, a cobertura vacinal administrativa de rotina notificada na Região, com três doses da vacina contra a Difteria, Tosse Convulsa e Tétano (DPT3), foi mantida em 82%. Para promover o recurso aos serviços de vacinação, através da advocacia e de uma melhor comunicação, comemorou-se a primeira Semana Africana da Vacinação (SAV), em Abril/Maio de 2011, com 36 dos 46 Estados-Membros participando na iniciativa². A SAV proporcionou a vacinação de 75 milhões de crianças e adultos com a vacina oral da poliomielite, por mais de 325 000 agentes e voluntários de saúde, durante a semana. A dinâmica gerada pela SAV resultará num melhor acesso às vacinas, especialmente nas comunidades remotas.
29. Os países da Região introduziram quatro novas vacinas. A vacina pneumocócica conjugada foi introduzida em 13 Estados-Membros³; a vacina do rotavírus foi introduzida na África do Sul e na Zâmbia, enquanto a vacina HPV foi introduzida no Lesoto e no Ruanda. Quase 54,6 milhões de pessoas em 6 países⁴ receberam a vacina conjugada da meningite meningocócica A (MenAfriVacTM), em 2010-2011. Isso resultou numa vasta redução dos casos de meningite meningocócica do tipo A, com apenas quatro casos notificados no Burkina Faso, durante a estação epidémica da meningite de 2011, nenhum dos quais em indivíduos vacinados.
30. A OMS continua a fornecer orientações, a dar apoio técnico e a compilar e partilhar as melhores práticas para a condução de campanhas ou Actividades Suplementares de Vacinação (ASV) integradas e de elevada qualidade contra o sarampo. Em 2010 e 2011, 31 países⁵ receberam apoio para efectuarem ASV de seguimento do sarampo e de resposta aos surtos, atingindo um total de 128 milhões de crianças. Por outro lado, seis países⁶ receberam ajuda, em 2011, para se candidatarem ao apoio da GAVI e

introduzirem uma segunda dose da vacina contra o sarampo nos seus programas de vacinação de rotina. Em 2011, a incidência regional do sarampo caiu para 4,2 casos por 100 000 habitantes, em comparação com 17,2 por 100 000 habitantes, em 2010. Em Setembro de 2011, o Comité Regional adoptou a Resolução AFR/RC61/R1 visando a eliminação regional do sarampo até 2020.

31. Relativamente à eliminação do tétano materno e neonatal, 13 países realizaram ASV contra o tétano toxóide, em 595 distritos de alto risco, atingindo 37,1 milhões de mulheres em idade fértil. Para além disso, a eliminação do tétano materno e neonatal foi validada num total cumulativo de 24 países⁷ da Região, no final de 2011, com a validação adicional de mais cinco países durante o biénio.
32. A erradicação da poliomielite continua a ser uma das principais prioridades da OMS na Região Africana. Como consequência dos intensos esforços desenvolvidos pelos governos, técnica e financeiramente apoiados pela OMS e por outros parceiros internacionais, o número de casos de poliovírus selvagem notificados na Região Africana diminuiu de 657 para 350, entre 2010 e 2011, o que representa uma redução de 47% (Figura 1). Dos 657 casos notificados em 2010, 64% deveram-se a surtos na população adulta da República do Congo e da República Democrática do Congo. Em 2011, fizeram-se alguns progressos na prevenção de surtos de polio em todos os países, excepto em um, num período de seis meses, atingindo-se assim a etapa 1 da Iniciativa Mundial para a Erradicação da Poliomielite (GPEI).

Figura 1: Distribuição dos casos de poliovírus selvagem na Região Africana, em 2010 e 2011



Fonte: Atualização Semanal da Polio na AFRO, 2011

33. A Região encontra-se agora na “última volta” na estrada para a erradicação da dracunculose. O Chade, Etiópia e Mali notificaram casos de dracunculose em 2011, apesar da forte vigilância da doença. As tendências da dracunculose de 2009 a 2011 nos países endémicos, até final de 2011, são apresentadas nas Figuras 2a e 2b. O Gana, que interrompeu a transmissão do dracunculose em 2009, permaneceu livre da doença durante todo o ano de 2011. Os novos casos de dracunculose diminuíram de 458, em 2009, para 100, em 2010 e 30, em 2011.

Figura 2a: Tendências da dracunculose em 2009, 2010 e 2011

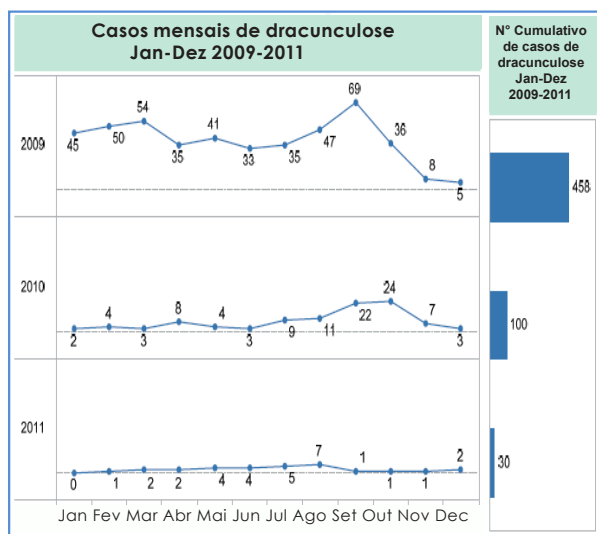
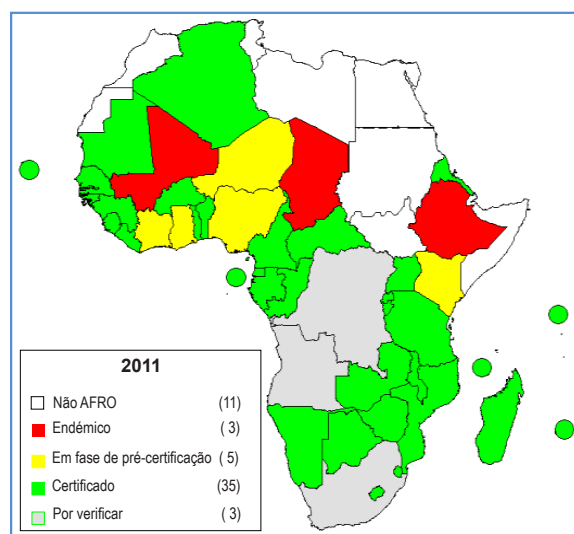


Figura 2b: Distribuição da erradicação da dracunculose - endemicidade da doença, 2011

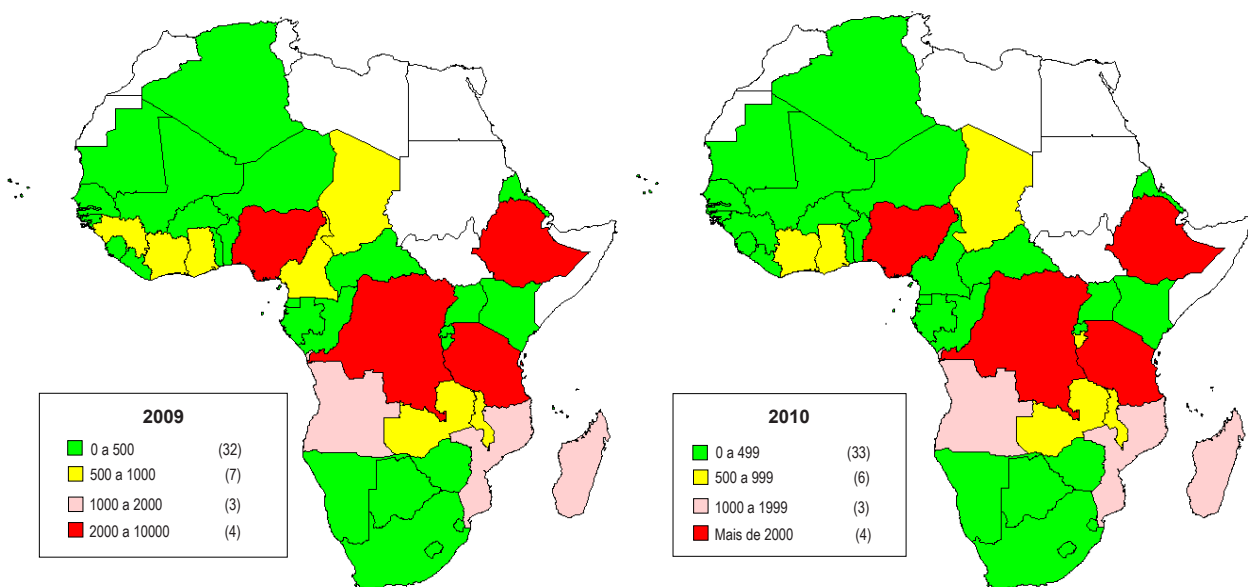


Fonte: Base de dados da AFRO

34. O objectivo da eliminação da lepra a nível nacional foi mantido nos países, durante 2010/2011 (Figura 3). A prevalência da lepra diminuiu ainda mais, de 31 996 casos, em 2010, para 30 405, representando uma redução de 5% do fardo da doença. No entanto, continuam a existir focos de lepra nas Comores e na Libéria, bem como em certos distritos de alguns países. A Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou uma resolução, em Dezembro de 2010, exortando os países a tomarem medidas apropriadas, passando a dar prioridade à eliminação a nível de distrito, à prevenção de novos casos e à garantia dos direitos humanos das pessoas afectadas.
35. Relativamente à eliminação da Tripanossomíase Humana Africana (THA), que tem como meta 2015, a prevalência da THA baixou de 9878 casos, em 2010, para 7141, em 2011, o que representa uma redução de 28% do fardo da doença. Para que estes progressos fossem mantidos, foi introduzida a nova associação medicamentosa Nifurtimox-Eflornitina (NECT) no tratamento da forma Gambiense, que é a forma mais grave da doença do sono.

36. Existe, presentemente, uma forte e nova dinâmica – a nível mundial, regional e nacional – no controlo das DTN. O reforço de uma quimioterapia preventiva simples, segura e com uma boa relação custo-eficácia para as DTN está também a intensificar-se rapidamente. Estão agora disponíveis novos medicamentos doados pela indústria farmacêutica. Na última ronda de administração maciça de medicamentos, em 2010, foram tratadas 84 milhões de pessoas, para a eliminação da filariose linfática, o que representa um aumento de 30%, em comparação com 65 milhões, em 2009.

Figura 3: Tendência da Eliminação da Lepra, 2009 e 2010



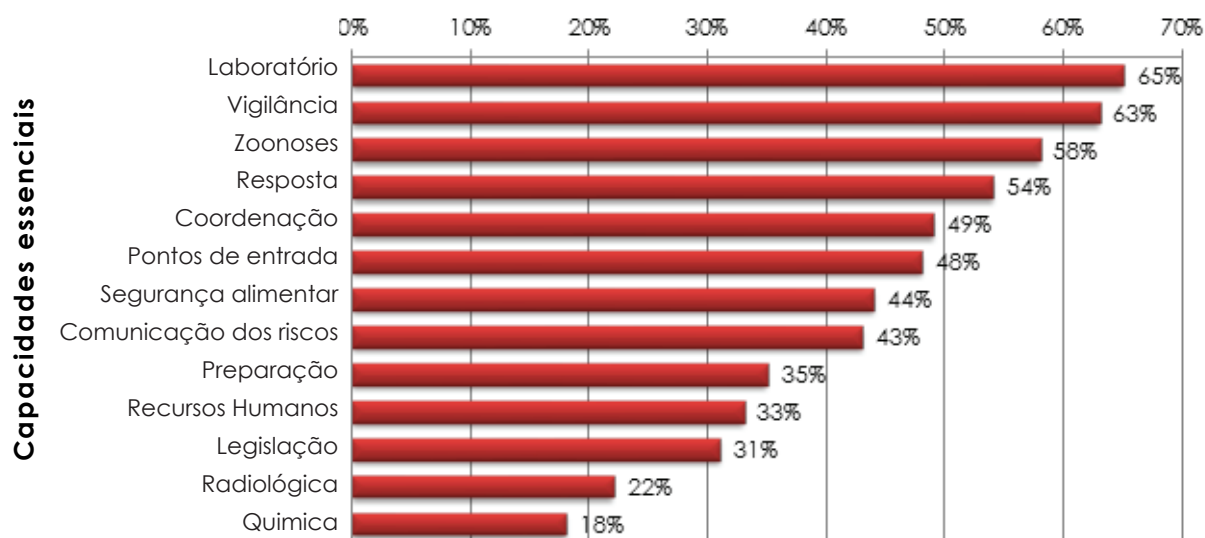
Fonte: Escritório Regional da OMS para a África, Base de dados das DTN

37. Um plano estratégico regional das DTN para 2011–2015 foi finalizado com base nas orientações da OMS. Todos os países visados elaboraram os seus Planos Directores plurianuais para as DTN, o que se revelou essencial para reforçar as suas capacidades de mobilização dos recursos necessários e de melhoria da integração das intervenções, no controlo das doenças tropicais negligenciadas. Isso acabará por contribuir para uma maior redução do fardo das DTN.

38. A OMS continuou a fornecer orientações sobre a vigilância e resposta às epidemias e pandemias, prestando especial atenção ao reforço do sistemas de vigilância e resposta às doenças, implementando o Regulamento Sanitário Internacional, no contexto da Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (IDSR), reforçando a colaboração transfronteiriça sobre os surtos, melhorando a coordenação da resposta aos surtos e outras emergências de saúde pública, através do Centro Estratégico de Operações Sanitárias, e criando o Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública.

39. As orientações técnicas regionais para a IDSR e respectivos materiais de formação foram revistos, para incorporarem o Regulamento Sanitário Internacional (2005) e as doenças não transmissíveis prioritárias. No final do biênio, 10 países⁸ tinham completado a adaptação das suas orientações técnicas nacionais à IDSR. O uso das orientações pelos Estados-Membros contribuirá para melhorar os sistemas de informação sanitária, com vista a uma melhor tomada de decisões, à monitorização das tendências das doenças e ao planeamento e avaliação das políticas e intervenções de saúde pública.
40. Para a implementação do RSI, embora a maioria dos países não tenha atingido as metas mundiais para desenvolver as capacidades necessárias, 40 países⁹ realizaram avaliações das capacidades nacionais essenciais. Na sequência dessa avaliação das capacidades essenciais, 37 países¹⁰ elaboraram planos nacionais de implementação do RSI. Em sintonia com a necessidade de apresentação de um relatório anual à Assembleia Mundial da Saúde, 23 países¹¹ e 37 países¹² respectivamente, preencheram os questionários anuais de monitorização do RSI, em 2010 e 2011. As principais realizações e lacunas nas capacidades nacionais essenciais para a vigilância e resposta às ocorrências de saúde pública, conforme definição do RSI (2005), estão ilustradas na Figura 4.

Figura 4: Situação das capacidades essenciais do RSI na Região Africana, com base no Relatório dos Estados-Partes, Dez. 2011



Fonte: Relatórios de monitorização do RSI dos Estados-Partes, 2011

41. A capacidade laboratorial para melhorar a confirmação da suspeita de surtos continuou a ser reforçada na Região. Finalizaram-se as orientações para criar Centros de Excelência (CE) e, posteriormente, Angola, Quênia e Uganda elaboraram

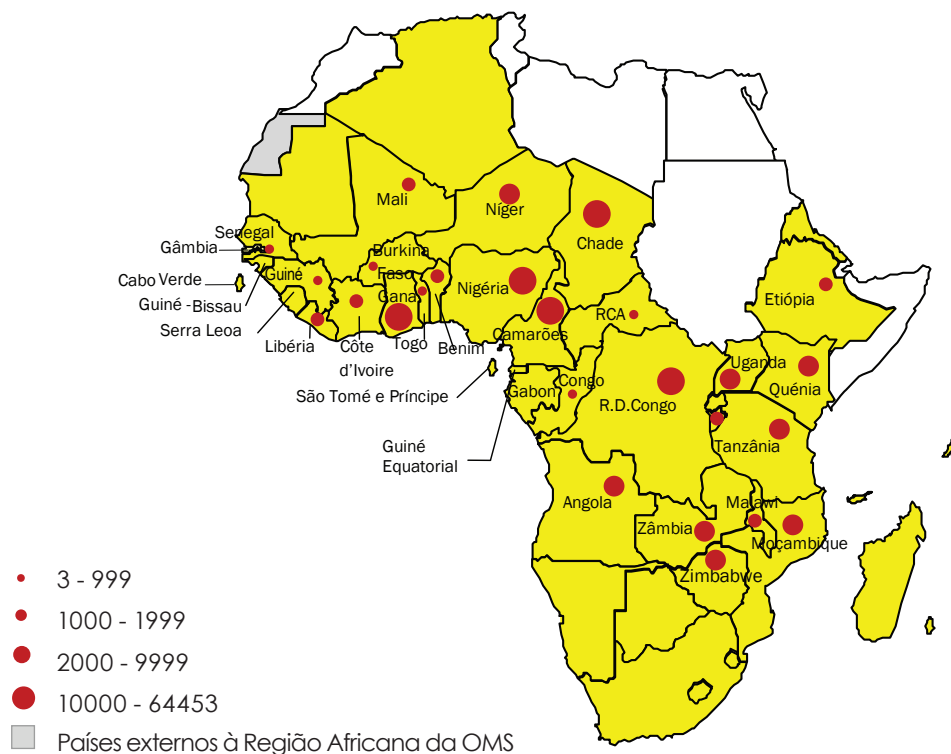


planos nacionais para criar Centros de Excelência. O protocolo para a vigilância-sentinela nacional da gripe foi finalizado, tendo sido posteriormente adaptado por oito países¹³. Os dados dos laboratórios nacionais da gripe estão a ser analisados e partilhados semanalmente com os Estados-Membros e parceiros, para melhorar a preparação e resposta à gripe sazonal e pandémica.

42. A monitorização epidemiológica das tendências das doenças prioritárias resultou num melhor entendimento do perfil regional das principais ameaças epidémicas e pandémicas. Durante o biénio, 38 Estados-Membros¹⁴ notificaram à OMS 201 ocorrências agudas de saúde pública. Embora a grande maioria dessas ocorrências fosse de origem infecciosa, 12% deveram-se a outras causas, tais como catástrofes naturais e provocadas, assim como envenenamento por químicos e alimentos.

43. Para controlar a propagação da cólera na Região, a OMS prestou apoio aos países nas áreas da vigilância, tratamento de casos, incluindo o fornecimento de kits para a cólera, conhecimentos sobre saúde pública, coordenação e colaboração intersectorial. Durante o biénio, foram notificados um total de 207 996 casos de cólera e 6070 mortes, por 26 países¹⁵ (Figura 5), o que dá uma taxa de casos fatais de 2,9%. Em conjunto, Camarões, Chade, República Democrática do Congo, Gana e Nigéria registaram 79% dos casos e 88% de mortes por cólera na Região.

Figura 5: Distribuição geográfica dos casos de cólera na Região Africana da OMS, 2010-2011

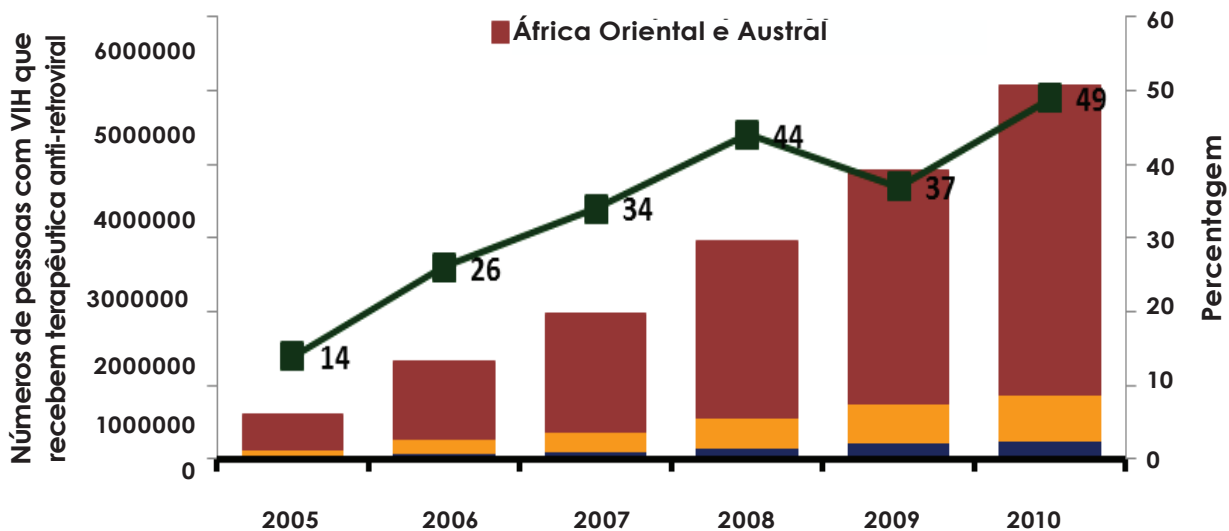


Fonte: Relatórios semanais da VRID dos Estados-Membros

4.2 OE2: VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo

44. Na sua cooperação técnica com os Estados-Membros, para combater o fardo do VIH/SIDA, tuberculose e paludismo na Região, a OMS, em colaboração com os seus parceiros, concentrou-se na prestação de orientações normativas, formação de capacidades e apoio técnico, para reforçar as intervenções custo-eficazes destinadas a permitir o acesso universal (AU), definido como cobertura de, pelo menos, 80% da população-alvo.
45. O VIH continuou a ser uma prioridade na Região. O número de novas pessoas infectadas pelo vírus continuou a diminuir em 2010, passando para 1,9 milhões, em comparação com 2 milhões de novas infecções em 2009. A redução mais significativa registou-se em 22 países¹⁶ da Região, incluindo alguns dos países com a maior epidemia, nomeadamente Etiópia, Nigéria, Zâmbia e Zimbábwe.¹⁷
46. Durante o biénio, continuaram os progressos para a consecução do acesso universal às principais intervenções sobre o VIH. Em 2010, 42% das mulheres grávidas receberam um teste do VIH, em comparação com 35% em 2009. A percentagem de mulheres grávidas que vivem com o VIH e que receberam medicamentos anti-retrovirais para evitar a transmissão da mãe para o filho aumentou de 49%, em 2009, para 60%, em 2010. Entre os 21 países prioritários¹⁸ para a eliminação da transmissão vertical do VIH na Região, sete¹⁹ excederam 80% de cobertura, atingindo a meta do acesso universal a regimes eficazes de medicamentos anti-retrovirais. Contudo, a cobertura da terapêutica anti-retroviral nas crianças ainda foi baixa, situando-se em 21%, em 2010, com oscilações entre 9% na África Ocidental e Central e 26% na África Oriental e Austral.
47. No final de 2010, 14 países²⁰ prioritários da África Oriental e Austral, com elevada prevalência de VIH e baixas taxas de circuncisão masculina (CM), tinham posto em prática elementos programáticos importantes, para apoiar a aplicação dos programas de circuncisão masculina. Em 2010, foram circuncidados nestes países mais de 400 000 homens, para prevenir a infecção pelo VIH, em comparação com 122 988, em 2009. Espera-se que isso contribua para uma redução da incidência do VIH nesses países.
48. A OMS continuou a prestar apoio técnico aos países, para expandirem a terapêutica anti-retroviral (TAR), em conformidade com as orientações da OMS de 2010. Estima-se que 5,1 milhões de pessoas infectadas pelo VIH na África Subsariana tenham recebido a terapêutica anti-retroviral em 2010 (Figura 6), em comparação com 3,9 milhões, em 2009. Isso representa um aumento regional de 30% num só ano e uma cobertura de 49%, em 2010, em comparação com 37%, no final de 2009. O rápido reforço dos programas de TAR resultou numa redução sustentada do número de pessoas que morrem por causas relacionadas com a SIDA, com uma estimativa de 1,2 milhões de mortes, em 2010, em comparação com 1,3 milhões, em 2009.

Figura 6: Número de pessoas infectadas pelo VIH que beneficiaram da terapêutica anti-retroviral na Região Africana da OMS, 2005-2010

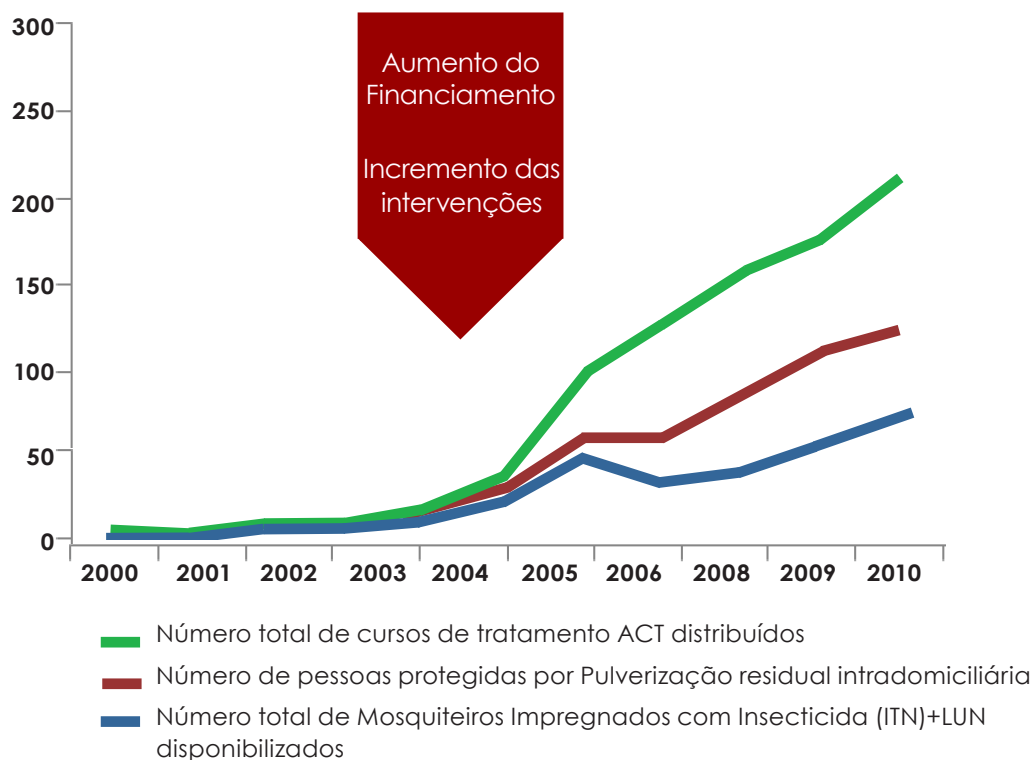


Fonte: Resposta Mundial ao VIH/SIDA: relatório dos progressos, 2011

49. Relativamente à luta contra a tuberculose, as metas regionais para a expansão da DOTS deverão detectar, pelo menos, 70% dos casos estimados de TB e curar, pelo menos, 85% dos casos em tratamento. Em 2010, 15 países (33%)²¹ da Região atingiram a meta de 70% de detecção de casos e 20 países (43%)²² atingiram a meta de 85% de sucesso do tratamento. Estas taxas estão em consonância com os 15 países (28%) que atingiram uma taxa de 70% de detecção de casos e 13 países (28%) que atingiram a taxa de cura de 85%, em 2009. Em 2010, oito países²⁴ atingiram ambas as metas, face a apenas cinco países²⁵, em 2009. Esta melhoria na consecução dos indicadores é resultado dos esforços sustentados de expansão da DOTS e da implementação de todas as componentes da estratégia da OMS, TRAVAR A TUBERCULOSE, em 37 países²⁶, durante o biénio. Os inquéritos sobre a prevalência da TB encontram-se em diferentes estádios de preparação/implementação, em oito países²⁷, para confirmar o peso real da TB nesses países.
50. Todos os países adoptaram o sistema de notificação de dados por via electrónica, o que resultou numa notificação de 100%, durante o biénio. Além da notificação dos casos e dos resultados dos tratamentos, estão a ser recolhidos mais dados fiáveis em áreas como a TB/VIH e as actividades para a TB-MR e UR. A implementação da estratégia Travar a TB resultou num maior recurso a estratégias como Cuidados Comunitários para a TB, parcerias público-privadas e maior impacto das actividades de colaboração para a TB/VIH. Estas actividades continuaram a ser reforçadas em 30 países²⁸. O resultado foi uma taxa de 59% de rastreio do VIH em doentes com TB, em 2010, em comparação com 56%, em 2009. Com o apoio da OMS e dos parceiros, as intervenções para a TB/VIH resultaram no início do tratamento com ARV de 255 000 doentes com TB infectados pelo VIH, em 2011, em comparação com cerca de 80 000, em 2010.

51. Só em 2010, foram notificados mais de 9 750 novos casos de TB-MR e 536 casos de TB-UR. Em meados de 2011, quarenta e dois países²⁹ tinham notificado, pelo menos, um caso de TB-MR, enquanto nove países³⁰ tinham notificado, pelo menos, um caso de TB-UR. Desconhece-se ainda a verdadeira dimensão da TB-MR, devido à fraca capacidade de diagnóstico em muitos países. No final do biénio, a OMS e os parceiros tinham dado apoio a 18 países³¹, para que formassem capacidades nacionais destinadas à detecção da TB-MR. Em Maio de 2011, vinte e oito países na Região Africana tinham introduzido programas de tratamento da tuberculose multi-resistente³². Enquanto a taxa regional de sucesso do tratamento da TB confirmada por baciloscopia de primeira linha é de 80%, a taxa de sucesso do tratamento da TB-MR é de 50%, com uma taxa de mortalidade de 19%, sendo a taxa de sucesso do tratamento da TB-UR de 27%, com uma taxa de mortalidade de 43%³³.
52. No final de 2010, 12 países da Região³⁴ tinham registado um alívio superior a 50% no fardo do paludismo. Este sucesso é atribuído principalmente à liderança nacional, ao planeamento e implementação de estratégias com base em evidências, à harmonização e alinhamento dos parceiros e à disponibilidade de recursos para reforçar as principais intervenções.
53. Durante a década das Nações Unidas para Fazer Recuar o Paludismo em África (2000–2010), fizeram-se alguns progressos no reforço das várias intervenções contra o paludismo, como se mostra na Figura 7. O uso de mosquiteiros impregnados com insecticida de longa duração (LLIN) por crianças menores de cinco anos excedeu os 40% em 10 países³⁵, chegando a 70% no Mali e a 75% em Madagáscar. A percentagem de mulheres grávidas que dormiam sob a protecção de LLIN excedeu 40% em 14 países, chegando aos 60% no Ruanda e 71% no Níger e em Madagáscar³⁶. O número de países que aplicavam a pulverização residual intradomiciliária (PRI) para combater o paludismo aumentou de 24, em 2009, para 29, em 2011. Posteriormente, a cobertura da população com a PRI aumentou de cerca de 50 milhões, em 2009, para cerca de 75 milhões de pessoas, durante 2011.
54. Trinta e três países³⁷ adoptaram uma política de testes parasitológicos de todos os casos de paludismo e todos os países endémicos estão a implementar a associação medicamentosa à base de artemisinina, como tratamento de primeira linha do paludismo. As abordagens baseadas nas comunidades contribuíram para melhorar o diagnóstico do paludismo com testes rápidos. Em 2011, estimava-se que todos os países endémicos na Região, excepto quatro, tinham financiamento suficiente para o tratamento com ACT, para cobrir todos os casos notificados de paludismo.³⁸

Figura 7: Tendências do número de redes distribuídas/vendidas e pessoas protegidas pela PRI e ACT, 2000-2010



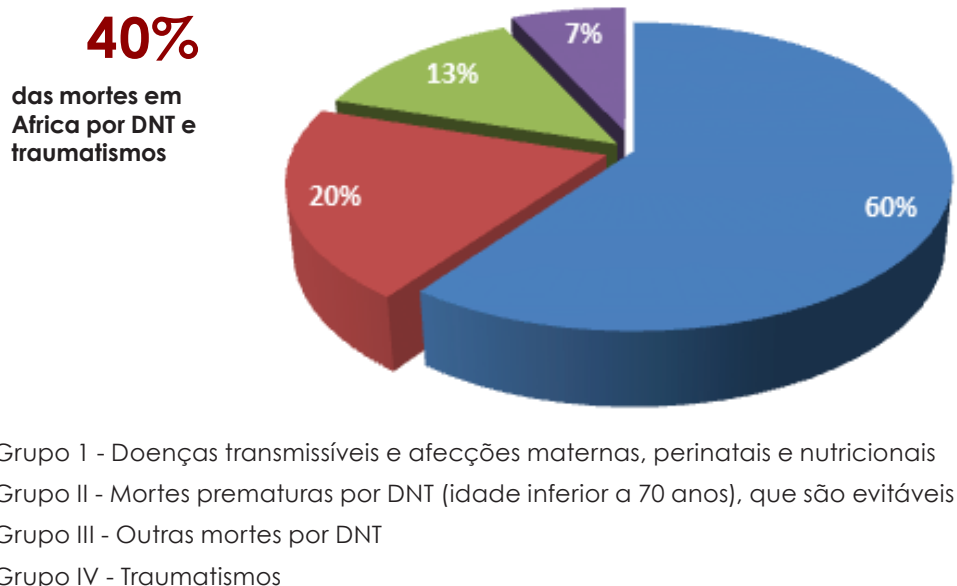
Fonte: Base de Dados do Escritório Regional da OMS para a África, 2011

55. Na sequência do apelo do Comité Regional de 2009, para a “aceleração da luta contra o paludismo com vista à sua eliminação”, foi criada uma iniciativa da SADC de combate à doença, que envolve quatro países da “linha da frente”³⁹ e quatro países⁴⁰ de baixa transmissão, com a finalidade de promover o controlo sustentado e o reforço de capacidades na transição para a pré-eliminação. Durante o biénio, deu-se apoio aos quatro países de baixa transmissão, para que formulassem e implementassem estratégias de eliminação do paludismo, incluindo as actividades transfronteiriças.
56. O Escritório Regional apoiou a Comissão da União Africana, as comunidades económicas regionais e outros mecanismos de parceria na área da luta contra o VIH/SIDA, tuberculose e paludismo. O referido apoio incluiu a organização da quinta Conferência dos Ministros da Saúde Africanos, que teve lugar em 2011, e o trabalho da Aliança dos Líderes Africanos contra o Paludismo e dos Defensores de uma Geração Livre do VIH. Relativamente ao financiamento do VIH/SIDA, tuberculose e paludismo, o Fundo Mundial continuou a ser a principal fonte para as três doenças. A OMS desempenhou um papel único no fornecimento de orientações e apoio técnico à elaboração de propostas e à monitorização e avaliação dos programas. A Região assegurou mais de 12 mil milhões de dólares⁴¹ de financiamento, desde o lançamento do GFATM. Durante a sexagésima primeira sessão do Comité Regional, organizou-se uma sessão ministerial sobre o GFATM, com o propósito de maximizar o acesso e a utilização dos seus recursos.

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

57. As doenças não transmissíveis (DNT), designadamente as doenças cardiovasculares (DCV), cancro, diabetes, doenças respiratórias crónicas, drepanocitose (SCD) e afecções como perturbações mentais, violência e traumatismos, doenças buco-dentárias e afecções oftalmológicas e auditivas, têm vindo a tornar-se causas significativas da falta de saúde na Região. Em 2010, as DNT foram responsáveis por mais de 3 milhões de mortes, o que representa 40% de todos os óbitos registados na Região Africana da OMS (Figura 8). A Região tem as mais elevadas taxas de mortalidade por DNT, padronizadas por idade, relativamente a todas as idades – 844 por 100 000 para os homens e 724 por 100 000 para as mulheres. Aproximadamente metade de todas as mortes devidas às DNT ocorrem em indivíduos com menos de 70 anos, o que faz das DNT um significativo factor de morte prematura e incapacidade em África. A nível mundial, estima-se que as mortes por DNT aumentem 17% nos próximos 10 anos, prevendo-se que o maior aumento (27%) se registe na Região Africana. Se as actuais tendências continuarem, prevê-se que as DNT ultrapassem as doenças transmissíveis, maternas, perinatais e nutricionais como a causa mais comum de morte em África até 2025

Figura 8: Mortes por DNT na Região Africana, em 2010



Fonte: Relatório sobre a situação mundial das DNT, 2010

58. Durante o biénio, as principais realizações estiveram relacionadas com: a advocacia de alto nível por um aumento da priorização das DNT; formulação de políticas, estratégias e planos; estabelecimento de colaboração, parcerias e trabalho em

rede; implementação de planos de acção nacionais integrados para as DNT; vigilância; formação de capacidades nacionais; e melhoria dos cuidados e dos serviços, inclusive ao nível dos cuidados primários.

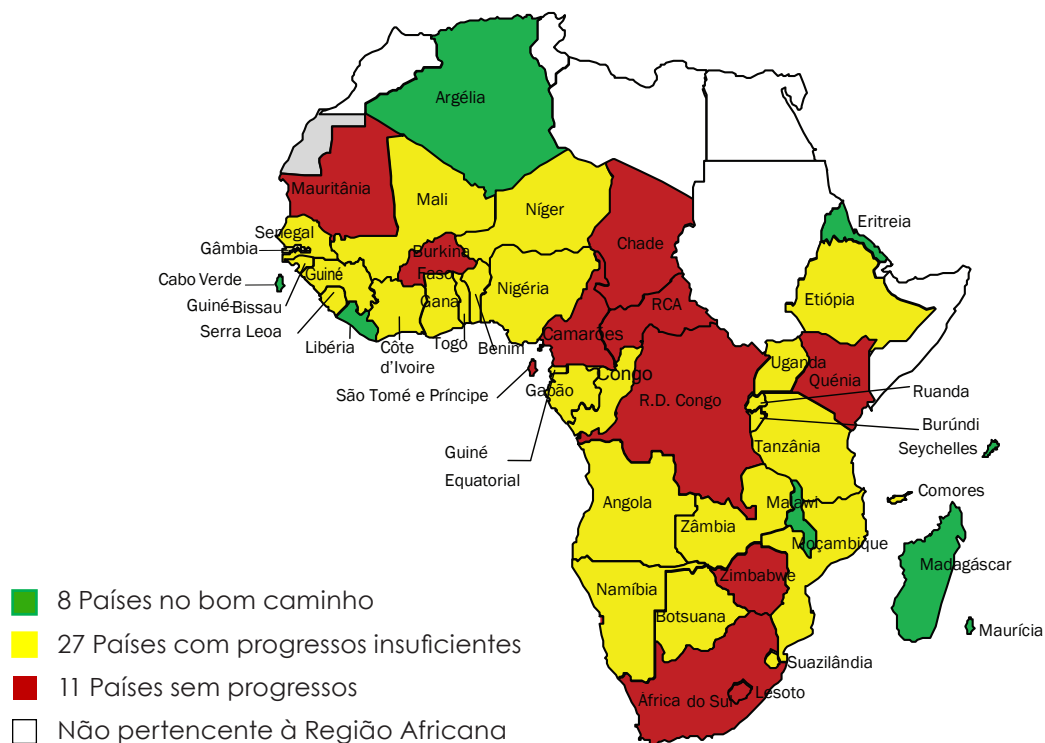
59. O empenho político dos Estados-Membros na prevenção e controlo das DNT aumentou, com uma advocacia de alto nível conduzida pela OMS na Região. O marco constituído pela Declaração de Brazzaville sobre DNT, foi adoptado em Abril de 2011, numa reunião consultiva ministerial da Região, organizada pelo Escritório Regional e em que participaram mais de 30 ministros da saúde, assim como cerca de 150 peritos da Região, parceiros e organizações da sociedade civil. A Declaração de Brazzaville, que reconhece as DNT como uma questão de desenvolvimento a nível mundial, aumentou os conhecimentos e salientou as acções necessárias para a prevenção e controlo das DNT. A Declaração foi usada em todo o mundo e serviu como posição da Região na primeira Conferência Ministerial Mundial sobre as DNT e Estilos de Vida Saudáveis, em Moscovo, em Abril de 2011. Está presentemente a ser implementada nos Estados-Membros, com o apoio técnico da OMS.
60. Para além disso, a intensificação da advocacia por parte do Escritório Regional teve como resultado um elevado grau de participação dos Chefes de Estado e de Governo da Região, constituindo um significativo contributo para a Declaração Política das Nações Unidas sobre DNT, adoptada em Setembro de 2011, durante a reunião de alto nível das Nações Unidas sobre prevenção e controlo das DNT. A OMS promoveu parcerias com as comunidades económicas sub-regionais⁴², outras agências das Nações Unidas⁴³ e ONG internacionais⁴⁴. Essas parcerias resultaram na adopção pelas comunidades económicas subregionais de duas resoluções sobre DNT, exortando os Estados-Membros a implementarem as estratégias da OMS para a sua prevenção e controlo. Por outro lado, existe uma maior base de doadores, com a assinatura de quatro novos memorandos de entendimento, que fornecem recursos suplementares para a prevenção e controlo das DNT na Região.
61. Com o apoio da OMS, os Estados-Membros formularam políticas, estratégias e planos de acção integrados nacionais para a prevenção e tratamento das DNT, incluindo a saúde mental, violência, traumatismos, incapacidades e reabilitação. Vinte e sete⁴⁶ países receberam apoio durante o biénio, elevando para 32 o número de países da Região Africana que já elaboraram e estão a implementar planos de acção integrados para as DNT (ver Figura 9). Em 2010, foi adoptada uma estratégia regional para a prevenção e controlo da drepanocitose, que constitui para os países um claro roteiro para a implementação das intervenções prioritárias destinadas a reduzir o peso desta doença.
62. Por outro lado, oito países⁴⁷ elaboraram e finalizaram planos nacionais de luta contra o cancro, tendo recebido apoio para a sua implementação. Com o apoio da OMS, 11 países⁴⁸ formularam e estão a implementar estratégias/planos

64. As capacidades para o tratamento das DNT foram reforçadas em cinco países, incluindo o uso do pacote de intervenções essenciais da OMS para as DNT, a nível dos cuidados primários (OMS-PEN) e o uso do Plano de Acção Mundial para a Saúde Mental (mh-GAP), destinado a identificar e tratar os distúrbios mentais mais comuns, na Nigéria e na Etiópia. A OMS apoiou a integração dos Cuidados Oculares Primários nos serviços de Cuidados de Saúde Primários, em 12 países. O tratamento das DNT ao nível dos cuidados de saúde primários contribuiu para o aumento do acesso aos serviços e da equidade.
65. A fase seguinte da prevenção e controlo das DNT na Região Africana basear-se-á nas realizações do presente biénio, para melhor integrar as abordagens de prevenção e controlo e aumentar o acesso aos serviços.

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

66. O objectivo estratégico 4 visa reduzir a morbilidade e mortalidade e melhorar a saúde durante as principais fases da vida, incluindo a gravidez, o parto, o período neonatal, a infância e a adolescência, bem como melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento activo e saudável de todos os indivíduos.
67. A África Subsariana duplicou⁵⁰ a sua taxa anual média de redução da mortalidade dos menores de cinco anos, de 1,2% por ano, durante o período de 1990–2000, para 2,4% por ano, durante o período de 2000–2010. Em 2010, oito países⁵¹ da Região estavam a caminho de reduzir a mortalidade infantil em dois terços, entre 1990 e 2015, em comparação com cinco, em 2008 (Figura 10). Embora apenas dois países, a Guiné Equatorial e a Eritreia, estejam no bom caminho para atingirem o ODM 5, têm-se observado alguns progressos nesse domínio, visto que há, presentemente, 26 países africanos, com 40% ou mais de diminuição do rácio de mortalidade materna, de 1990 a 2010, em comparação com apenas 15 em 2008⁵². Para além disso, alguns países da África Oriental e Austral (ESA), como o Botsuana, Lesoto, Namíbia, África do Sul e Suazilândia, onde o MMR aumentou devido, em parte, à grave epidemia de VIH, entre 1990 e 2000, estão agora a apresentar uma redução dessas mortes, devido à disponibilidade da terapêutica anti-retroviral.
68. Com o apoio da OMS e dos parceiros, 27 países africanos⁵³ renovaram o seu empenho na melhoria do acesso ao planeamento familiar, cuidados pré-natais e partos assistidos, com vista a reduzir a mortalidade materna, neonatal e infantil. Isso aconteceu como resposta à Estratégia Mundial do Secretário-Geral das Nações Unidas para a Saúde das Mulheres e das Crianças, destinada a salvar as vidas de 16 milhões de mulheres e crianças nos próximos cinco anos.

Figura 10: Progressos na consecução do 4.º Objectivo de Desenvolvimento do Milénio: reduzir as taxas de mortalidade das crianças menores de cinco anos em dois terços, entre 1990 e 2015



Fonte: UNICEF, OMS, Banco Mundial, UNDESA, Níveis e Tendências da Mortalidade Infantil: Relatório de 2011. Estimativas Calculadas pelo Grupo Interagências das Nações Unidas para a Estimativa da Mortalidade Infantil, Nova Iorque, UNICEF 2011.

69. Os países fizeram consideráveis progressos na adopção de políticas e estratégias orientadas para a saúde materna, neonatal, infantil, dos adolescentes e da saúde reprodutiva. Actualmente, 38 de 46 países da Região têm políticas, estratégias e planos nacionais abrangentes de saúde materna e infantil. Vinte e três países⁵⁴ adoptaram políticas para o tratamento comunitário de casos de pneumonia⁵⁵, em comparação com 10 países, em 2008. Consequentemente, 17 países⁵⁶ estão a implementar o tratamento comunitário integrado dos casos de pneumonia, doenças diarreicas e paludismo⁵⁷. Doze países⁵⁸ formularam ou adoptaram políticas, normas e orientações nacionais para tratamento da saúde reprodutiva/planeamento familiar, enquanto dezanove países⁵⁹ cancelaram as taxas de utilização dos serviços de saúde materna e infantil, com vista a melhorar o acesso a intervenções eficazes de MNCH. Onze países⁶⁰ finalizaram os seus planos estratégicos de saúde dos adolescentes, elevando para 29 o número total de países com planos desse tipo⁶¹. Seis países⁶² procederam à revisão das suas estratégias ou planos de saúde dos adolescentes no contexto do VIH.



70. A OMS elaborou um quadro estratégico regional, como resposta ao “Compromisso Mundial para a Eliminação de Novas Infecções Pediátricas pelo VIH entre as Crianças e Para Salvar as Mães”. Dez países⁶³ criaram os seus planos nacionais para a eliminação das infecções pediátricas pelo VIH, em conformidade com o quadro estratégico regional.
71. A capacidade para implementação das intervenções para a sobrevivência da criança foi reforçada. O número de países que implementam a estratégia da Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) em mais de 75% dos seus distritos aumentou de 22 em 2009, para 26 países⁶⁴, no final de 2011. Em colaboração com os ministérios da saúde, a UNICEF e outros parceiros, a OMS realizou três acções de formação regionais, destinadas a facilitar a implementação de intervenções coordenadas e alargadas de luta contra a pneumonia e as doenças diarreicas nas crianças menores de cinco anos. As acções de formação que cobriram 23 países reforçaram a importância de uma abordagem centrada e coordenada de luta contra a pneumonia e as doenças diarreicas, como parte da abordagem integrada à saúde e sobrevivência da criança. Além de contribuir para a consecução do 4.º Objectivo de Desenvolvimento do Milénio sobre redução da mortalidade infantil, a redução do fardo destas doenças também contribuirá para atingir o ODM1, sobre erradicação da pobreza extrema e da fome.
72. A transposição de várias intervenções sanitárias para o nível comunitário encorajou as realizações e os resultados. Os dados da Região Africana revelaram que os agentes comunitários de saúde devidamente formados são capazes de avaliar correctamente as crianças doentes, receitar antibióticos, sais de reidratação oral e medicamentos antipalúdicos (por ex., na República Democrática do Congo, Malawi, Ruanda e Senegal). Isso aumentou o número de crianças doentes correctamente tratadas a nível comunitário, com um país apresentando taxas de cura superiores a 90% da febre, diarreia e infecções respiratórias agudas. A liderança dos governos na integração do tratamento comunitário dos casos de doenças da infância, usando orientações normalizadas, resultou num reforço das parcerias entre os ministérios da saúde e os parceiros da implementação, por exemplo, organizações não governamentais. A abordagem integrada a nível comunitário tem atraído também um maior financiamento dos parceiros para as intervenções baseadas nas comunidades, por exemplo, um subsídio para a saúde da criança do governo francês, destinado ao tratamento integrado de casos nas comunidades em sete países da Região e o subsídio da Agência Canadiana, para o Desenvolvimento Internacional, destinado ao Programa Mundial do Paludismo em cinco países.
73. A monitorização das estratégias da saúde materna e neonatal foi reforçada durante o biênio. Dez países⁶⁵ fizeram revisões intercalares dos seus roteiros nacionais para acelerar a redução da mortalidade materna e neonatal e tomaram medidas apropriadas para colmatar as lacunas e os condicionalismos identificados. Outros 13 países⁶⁶ realizaram uma Avaliação das Necessidades dos Cuidados Obstétricos

e Neonatais de Emergência – (EmONC) e elaboraram planos para colmatar as lacunas identificadas. Como medida da melhoria na qualidade dos cuidados, quatro países⁶⁷ tornaram a mortalidade materna uma ocorrência notificada no prazo de 48 horas.

74. Foram desenvolvidas diversas orientações e instrumentos, que foram divulgados e estão agora a ser utilizados para melhorar a qualidade dos serviços de Saúde Materna e Neonatal. Entre elas, mencionam-se: i) As “Recomendações para a prática clínica de cuidados obstétricos e neonatais de emergência em África – Guia do Prestador” (RPC); ii) Quadro para as Intervenções Integradas de promoção da saúde ao nível comunitário e iii) Instrumento de Revisão Programática Sintetizada para a Revisão do Roteiro.
75. A OMS desenvolveu e apresentou dois pacotes de formação para a saúde neonatal: 1) o Curso de Cuidados Neonatais Essenciais (em 26 países⁶⁸) e 2) Cuidados ao Recém-Nascido em Casa, Um Curso de Formação para os Profissionais de Saúde Comunitária (em 22 países.⁶⁹) Para além disso, a sexagésima sessão do Comité Regional adoptou um documento estratégico sobre *Cancro do colo do útero na Região Africana: situação actual e perspectivas*. Sete países⁷⁰ elaboraram estratégias para a prevenção e luta contra o cancro do colo do útero.
76. Durante o biénio, foi reforçada a parceria para a saúde materna, neonatal e infantil. Em resposta à ênfase nos ODM, por ocasião da reunião de 2010 dos países do G8, em Muskoka, vários países, incluindo o Canadá e a França, dedicaram montantes consideráveis de apoio financeiro, complementado pelo contributo técnico da OMS. Este apoio visa e incentiva as parcerias tais como a H4+ (OMS, UNICEF, FNUAP, Banco Mundial e ONUSIDA) e outras (por ex. a iniciativa HHA e os parceiros bilaterais).
77. A advocacia em prol da remoção de obstáculos aos serviços de cuidados de saúde materna, neonatal e infantil aumentaram substancialmente. Onze países⁷¹ lançaram “A Campanha para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna em África (CARMMA)” sob o lema “África preocupa-se: Nenhuma Mulher Deve Morrer ao Dar Vida”. Trinta e cinco países⁷² lançaram a sua CARMMA ao nível nacional.
78. Em resposta à resolução AFR/RC58/R1 da quinquasésima oitava sessão do Comité Regional sobre a saúde da mulher na Região Africana, o Director Regional criou a Comissão da Saúde da Mulher na Região Africana. A Comissão gerou evidências sobre o papel da melhoria da saúde das mulheres no desenvolvimento socioeconómico na Região e elaborou um relatório intitulado *Enfrentar o Desafio da Saúde da Mulher na Região Africana*. O relatório destaca as relações, muitas vezes complexas, entre a saúde da mulher e o desenvolvimento socioeconómico na Região Africana e lança o apelo a abordagens multisectoriais, entre outras, para lidar com o problema.

4.5 OE5: Emergências, catástrofes, crises e conflitos

79. As actividades relativas ao Objectivo Estratégico 5 durante o biénio realçaram a gestão do risco, a preparação e a prontidão para responder de forma eficaz. Os países na Região Africana continuam a ser afectados por situações de emergência que resultam em catástrofes com perda de vidas e avultados custos socioeconómicos. Trinta e cinco países⁷³ notificaram 35 situações de emergência em 2011. Deu-se grande ênfase à prestação de apoio coordenado de todos os níveis da OMS e de áreas programáticas, nomeadamente com os programas de Resposta e Preparação às Epidemias e Pandemias e de Nutrição.
80. A Região deu uma contribuição significativa para o processo que resultou na adopção da resolução WHA64.10 exortando os Estados-Membros a reforçarem os programas de emergências sanitárias e gestão de risco de catástrofes. Foi adoptado e testado no terreno um instrumento para avaliar as capacidades existentes e elaborar um roteiro para a implementação da gestão abrangente do risco de catástrofes (GRC). Este foi utilizado na Serra Leoa para identificar lacunas e elaborar um roteiro para GRC para aquele país. Mapas de riscos (e-atlas) foram elaborados para todos os países na Região com a assistência técnica do Centro Mediterrânico para DRR, como um primeiro passo para levar a cabo análise e mapeamento de riscos. Foi prestada assistência técnica a 30 países⁷⁴ para elaborar todos os planos de contingência para as situações de risco dos emergência sanitária.
81. A Região participou na elaboração e adopção do Documento-Quadro de Resposta a Situações de Emergência da OMS. A capacidade regional de resposta de intervenção rápida a situações de emergência foi consolidada durante o biénio através da lista regional de peritos em situações de emergência e das instalações humanitárias em Acra, Gana. Resultou isto na melhoria continuada na prontidão de resposta a emergências, facilitada pelo rápido destacamento de peritos e pela redução do tempo de entrega de estojos de emergência aos países. Os países foram apoiados para darem resposta sanitária em situações de emergência e catástrofes, incluindo a crise da Côte d'Ivoire, a seca no Corno de África, as cheias na África Austral e Ocidental e as emergências complexas no Chade, República Centro-Africana e República Democrática do Congo, o que resultou em muitas vidas salvas. A assistência da OMS esteve direccionada para a coordenação e identificação das acções sanitárias de resposta e supressão de lacunas. Frequentemente, as lacunas identificadas eram em áreas em que se incluíam a formação, elaboração de estratégias de resposta, vigilância e mobilização de recursos. O apoio da OMS permitiu a vacinação de centenas de milhares de crianças contra a poliomielite, sarampo, e outras doenças que se podem prevenir através da vacina, assim como a melhoria da promoção da saúde para a prevenção de surtos de doenças durante situações de emergência.

82. A melhoria do desempenho na resposta a situações de emergência e o crescente reconhecimento da abordagem da gestão do risco foram registados na sequência de uma acção de formação de funcionários da OMS e parceiros em que se incluíam pessoal de ONG e do Ministério da Saúde. O programa apoiou instituições de formação através da facilitação de dois cursos em Emergências Sanitárias em Grandes Populações (HELP) na Universidade de Pretória, África do Sul, e o Instituto Regional de Formação em Saúde Pública, em Ouidah, Benim. Facilitou-se igualmente o curso Saúde Pública em Situações de Emergência Complexa na Universidade de Makerere, Uganda. Um total de 88 participantes receberam formação nesses cursos durante o biénio. Com vista a harmonizar o conteúdo dos cursos de formação e actividades de situações de emergência na Região, incumbiu-se uma Equipa Especial de elaborar programas curriculares e módulos para formação pré-serviço, durante o serviço e pós-serviço no próximo biénio.
83. Foi dada liderança para os núcleos activados de saúde humanitária nos países, resultando numa melhor mobilização de recursos e melhor coordenação das acções sanitárias de resposta. Os parceiros de saúde regionais foram continuamente mantidos ao corrente de situações sanitárias através de boletins e de encontros mensais organizados pela OMS, facilitando um processo de tomada de decisão informado na área da resposta a situações de emergência sanitária. As parcerias foram reforçadas e alargadas durante este biénio de modo a incluir colaboração com a CEDEAO, SADC e a Estratégia Internacional para a Redução de Catástrofes das Nações Unidas (UN ISDR), o que resultou na inclusão da saúde na Estratégia Africana e Programa de Acção para a Redução do Risco de Catástrofes 2010–2015.
84. Os países foram apoiados na mobilização de recursos durante situações de emergência quer agudas, quer prolongadas, através de advocacia e contributos para melhorar a qualidade das propostas. Até ao final do biénio, tinham sido mobilizados mais de 77 milhões de dólares. Foi prestado apoio aos países para a utilização de recursos, através da utilização de um sistema online de rastreamento e um constante acompanhamento, por forma a garantir que os requisitos dos doadores são respeitados. A notificação dos casos aos doadores de forma completa e atempada melhorou significativamente.

4.6 OE6: Factores de risco de doenças

85. O Objectivo Estratégico 6 pretende promover a saúde e o desenvolvimento e prevenir ou reduzir factores de risco para doenças associadas ao tabagismo, álcool, drogas e substâncias psicoactivas, maus hábitos alimentares, inactividade física e sexo de risco.

86. O Escritório Regional fez progressos significativos para reforçar a capacidade dos Estados Membros para implementar uma abordagem multisectorial na promoção da saúde e prevenção de factores de risco da saúde. Durante o biénio, foram alcançados resultados tangíveis na elaboração de políticas e legislação nacionais na área da promoção da saúde. Cinco países elaboraram políticas de promoção da saúde⁷⁵.
87. O Escritório Regional da OMS para a África aumentou o seu apoio aos Estados-Membros para reforçarem a capacidade de elaborar planos nacionais baseados em evidências para a promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção e o controlo dos principais factores de risco para a saúde. Por conseguinte, foi prestado apoio a quatro países⁷⁶ para elaborarem planos estratégicos nacionais de acção destinados à implementação de políticas de promoção da saúde. Além destes, quatro países⁷⁷ adoptaram planos estratégicos nacionais para a luta antitabágica. Equipas de Promoção da Saúde e de Alerta e Resposta Global da OMS organizaram acções de formação sobre a aplicação das estratégias da promoção da saúde durante surtos de doenças. Como resultado, foi alcançado um consenso sobre os principais elementos a incluir em comunicações durante surtos de doenças.
88. Sete países⁷⁸ promulgaram legislação para banir o fumo em espaços públicos e de trabalho, a publicidade, promoção e patrocínio do tabaco, assim como para obrigar a inclusão de avisos sobre os riscos do tabagismo com desenhos nas embalagens de tabaco. O Quénia, Maurícia e Uganda organizaram seminários para elaborar e reforçar políticas, regulamentação e planos nacionais de trabalho para o controlo do tabagismo.
89. Foi prestado apoio aos Estados Membros para implementar a Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica (FCTC) da OMS. A Côte d'Ivoire tornou-se o 41.º país da Região a ratificar a FCTC. Participantes de 16 países⁷⁹ em representação de ministérios da saúde e de ministérios das finanças estiveram presentes num seminário em que se falou de aumentar os impostos sobre o tabaco. Os participantes do encontro concordaram em rever os regimes fiscais com a finalidade de contribuir para o objectivo de saúde pública de luta antitabágica. Como resultado, quatro países iniciaram o processo de revisão dos seus regimes fiscais⁸⁰.
90. Com o apoio da OMS, em colaboração com os Centros de Prevenção e Controlo de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, a disponibilidade de dados sobre o tabagismo melhorou ao nível dos países. Quarenta e cinco países possuem agora dados sobre o uso e exposição ao tabaco entre os jovens, dos quais 24 têm dados sobre tendências. Os dados sobre o Inquérito Mundial sobre o Tabagismo entre os Jovens (GYTS) mostra que a prevalência do

tabagismo entre os jovens na Região varia entre 6,6% e 36,1%, sendo a média de 17,5%. As tendências mostram um aumento da prevalência do tabagismo entre as raparigas, que se tornou tão elevada como entre os rapazes. Todos os países da Região participaram na terceira ronda do relatório da OMS sobre a epidemia mundial do tabagismo e os dados referentes às suas políticas e legislação podem ser consultados no sítio da Internet do Escritório Regional da OMS para a África.

91. O Centro para a Luta Antitabágica em África foi criado pela OMS com o apoio financeiro da Fundação Bill e Melinda Gates. O Centro está baseado na Escola de Saúde Pública Makerere, no Uganda, e funcionará como centro de recursos para a luta antitabágica na Região. O Centro encontra-se a desenvolver as capacidades de controlo do tabagismo em cinco países-alvo⁸¹ para influenciar mudanças de políticas.
92. Com o objectivo de facilitar a implementação da estratégia regional para reduzir o uso nocivo de álcool na Região, foi criada a Rede Regional de Homólogos da OMS. A rede, com pontos focais de todos os 46 países da Região, reuniu-se em 2011 para rever a versão preliminar do Plano de Acção do Álcool para o período 2012-2020 para a Região Africana da OMS. Através do apoio do Escritório Regional, cinco países⁸² elaboraram documentos de políticas nacionais do álcool, enquanto vários líderes de ONG, políticos, funcionários do governo e membros dos meios de comunicação do Lesoto e Madagáscar receberam formação para elaborarem políticas do álcool assentes em evidências, com base na situação socioeconómica específica dos seus países. Está em preparação um guia para apoiar os Estados-Membros na implementação de cada uma das áreas de políticas identificadas na estratégia regional.
93. Para colmatar a falta de dados relativos às práticas de comercialização do álcool nos países, a OMS levou a cabo um estudo-piloto para monitorar as acções da indústria sobre a comercialização do álcool em quatro países⁸³. Os resultados do estudo, publicados em 2011, mostram que na ausência de mecanismos reguladores e legislativos para esta área de políticas, as populações estão expostas a níveis muito elevados de comercialização do álcool que podem levar a um aumento do seu uso nocivo.
94. O uso dos dados disponíveis para o planeamento, monitorização e avaliação de programas é imperioso para a resposta da saúde pública ao fardo de doenças não transmissíveis. Nesta perspectiva, o Escritório Regional forneceu apoio a cinco países⁸⁴ para aplicar os dados disponíveis sobre factores de risco da abordagem STEPS para efectuar a vigilância dos factores de risco para a saúde (STEPS) ou inquéritos de saúde mundiais de base escolar (GSHS), para

elaborar ou actualizar planos de acção nacionais de DNT, com especial ênfase para prevenção primária, a fim de reduzir os principais factores de risco para a saúde que foram identificados.

95. A OMS forneceu apoio para reforçar os sistemas nacionais para a vigilância dos principais factores de risco através de instrumentos existentes, como os inquéritos STEPS e GSHS. No biénio de 2010-2011, sete países⁸⁵ aplicaram inquéritos STEPS, elevando para 37 o número total de países com dados de base da população sobre os maiores riscos para a saúde. Os dados STEPS na Região mostram que a prevalência do tabagismo entre os adultos com idades compreendidas entre 25 e 64 anos situa-se entre 2,4%, na Etiópia, e 23%, na Serra Leoa, sendo a média regional de 9,3%. Para a obesidade no mesmo grupo etário, os valores variam entre 1%, na Etiópia, e 31%, na África do Sul, sendo a média de 5% na Região

4.7 OE7: Determinantes sociais e económicos da saúde

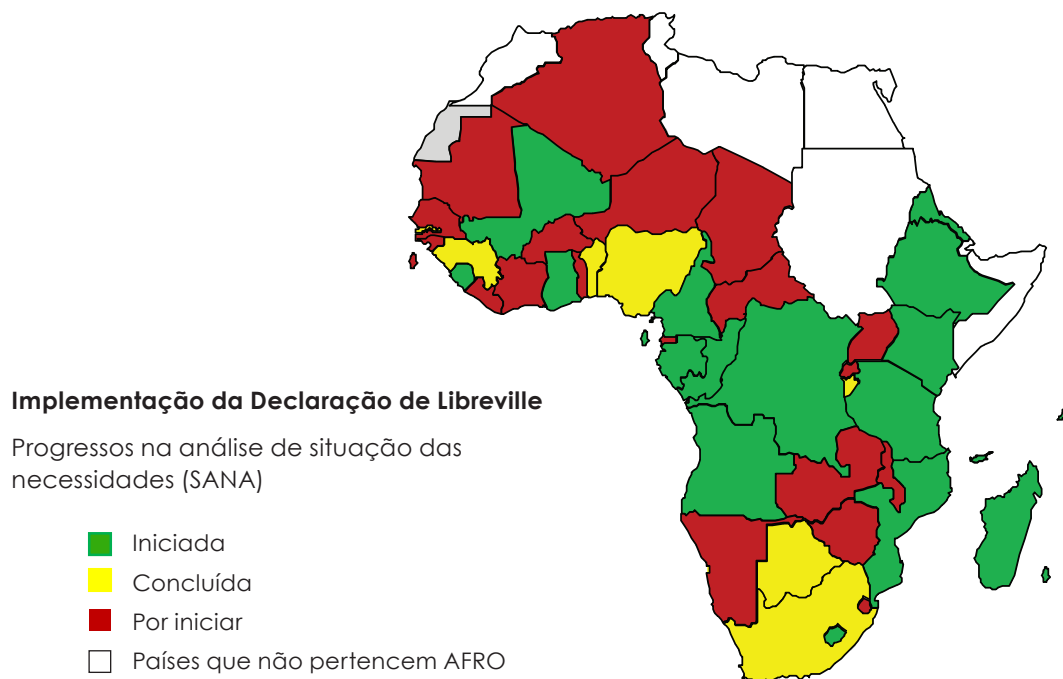
96. O Objectivo Estratégico 7 responde aos determinantes sociais e económicos da saúde subjacentes através de políticas e programas que melhoram a equidade na saúde e integram abordagens que sejam a favor dos pobres, que sejam sensíveis a questões de género e se baseiam nos direitos humanos.
97. A sexagésima sessão do Comité Regional, que decorreu em Malabo, na Guiné Equatorial, aprovou a estratégia e adoptou a resolução destinada a fazer face aos principais determinantes da saúde na Região Africana. Subsequentemente, foi prestado apoio a cinco países⁸⁶ para a realização de seminários destinados a reforçar os papéis de liderança e orientação do Ministério da Saúde na sua resposta aos principais determinantes em condições prioritárias de saúde pública. As tendências na área da equidade na saúde foram monitorizadas em quatro países⁸⁷. Os níveis de pobreza, escolaridade, estabilidade política e acesso aos serviços de saúde foram identificados como os principais factores responsáveis pelo fosso entre os níveis de equidade na saúde nos países.
98. Oito países⁸⁸ receberam apoio para documentar experiências na implementação de acções intersectoriais para responder a surtos de doenças transmissíveis, factores de risco de DNT, prevenção de VIH/SIDA, nutrição e promoção da saúde do adolescente. Os estudos de caso que foram apresentados como documentos de referência na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, realizada no Rio de Janeiro, no Brasil, em Outubro de 2011, destacaram a importância de acções multissetoriais, como a saúde em todas as políticas, a boa governação para a saúde, as parcerias e a participação das comunidades para responder aos determinantes sociais da saúde ⁸⁹.

99. Acções continuadas de advocacia têm levado a um nível crescente de envolvimento e compromisso entre os países da Região Africana para fazer face às desigualdades na saúde e aos determinantes sociais da saúde. Uma avaliação das Estratégias de Cooperação com os Países (CCS) de segunda geração mostra que 40 países identificam os determinantes sociais e económicos como uma área prioritária de trabalho nas suas CCS. Para além disso, 38 dos 46 países da Região Africana estavam representados na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, realizada no Rio de Janeiro. Catorze ministros da saúde da Região Africana apresentaram comunicações sobre os Determinantes Sociais da Saúde.
100. Para apoiar os países a traduzir os acordos internacionais em acções claras ao nível nacional, foram realizadas três acções de formação sobre “Integrar questões de género, equidade, direitos humanos e planeamento familiar nos programas de saúde”, nas quais estiveram presentes participantes de 18 países⁹⁰. Estas acções de formação contribuíram para a elaboração de documentos de políticas, orientações, e leis sobre género e violência com base no género nos países. Em quatro países⁹¹, a OMS apoiou encontros de orientação sobre a análise e planeamento sensível a aspectos de género, para responder a disparidades de género e promover a inclusão de considerações de género na saúde. Foram realizados estudos em quatro países⁹² sobre violência com base no género contra mulheres e crianças e a eliminação da mutilação genital feminina (MGF).
101. Foi aplicado um inquérito para produzir informação sobre a existência e as capacidades das Comissões Nacionais de Avaliação de Ética. Os resultados preliminares de 29 países indicam que, enquanto alguns países possuem comissões de avaliação de ética com uma política geral e/ou lei reguladora da investigação com seres humanos, bastantes países não os têm. Desde 2006 foi prestado apoio às comissões nacionais de ética de 29 países africanos⁹³ no contexto de uma rede, o Fórum Regulador das Vacinas Africanas (AVAREF). Tal resultou em avaliações conjuntas por comissões de ética e autoridades reguladoras nacionais de diferentes países. As comissões conjuntas de avaliação examinaram processos de propostas de ensaios submetidas a aprovação e exerceram fiscalização em termos de regulamentação e ética para os grandes ensaios clínicos de vacinas na Região, entre elas a da vacina conjugada de meningite A e a da vacina do paludismo RTS,S/AS01. Está a ser implementado um curso sobre legislação para a regulamentação de ensaios clínicos. Este, em conjunto com o desenvolvimento de capacidades adicionais, reforçará ainda mais as comissões nacionais de ética e apoiará a criação de outras. Isto assegurará a segurança e protecção dos direitos dos participantes em investigação assim como a geração de dados fidedignos a partir de investigação, para servir à tomada de decisões sobre políticas na Região.

4.8 OE8: Ambiente mais saudável

102. O Objectivo Estratégico 8 visa promover um ambiente mais saudável, intensificar a prevenção primária e influenciar políticas públicas em todos os sectores, de modo a fazer face às causas das ameaças ambientais à saúde.
103. A OMS continuou a liderar e a coordenar as actividades da Aliança Estratégica para a Saúde o Ambiente e organizou a Segunda Conferência Interministerial sobre a Saúde e o Ambiente, em Luanda, em 2010, conjuntamente com o PNUA e o Governo de Angola. A conferência adoptou três importantes documentos de grande significado político, que são o "Compromisso de Luanda", os "Acordos para a Aliança Estratégica para a Saúde e o Ambiente", e a "Declaração Conjunta dos Ministros Africanos da Saúde e do Ambiente sobre as Alterações Climáticas e a Saúde".
104. A OMS reforçou a sua parceria com o PNUA para continuar a fornecer apoio à implementação da Declaração de Libreville sobre a Saúde e o Ambiente em África, em especial assistindo mais países técnica e financeiramente para realizarem análises de situação e avaliação de necessidades (SANA). Até ao final de 2009, apenas o Gabão e o Quênia tinham concluído os seus SANA. Até ao final de 2011, mais 13 países⁹⁴ tinham concluído os seus SANAs, aprovando os seus respectivos relatórios nacionais. Mais nove países⁹⁵ iniciaram o processo (Figura 11).

Figura 11: Estado da análise de situação e avaliação de necessidades (SANA) para a implementação da Declaração de Libreville na Região Africana, de 2009 a 2011



Fonte: Programa PHE, Escritório Regional da OMS para África

105. Em 2010, a Análise Mundial da Água e Avaliação do Saneamento Básico e Água Potável (GLAAS) da ONU, liderada pela OMS, publicou o seu primeiro relatório mundial, que inclui uma avaliação detalhada, em 26 países africanos⁹⁶, dos principais determinantes da saúde que influenciam os progressos nas áreas da água, saneamento básico, higiene e saúde (WASH). Em 2012, a OMS, em colaboração com a UNICEF, publicou o relatório do seu Programa Conjunto de Monitorização do acesso à água potável e saneamento básico seguros, com dados de 2010. O relatório mostra que o uso de instalações melhoradas de saneamento básico na Região aumentou significativamente, de 31% para 49% entre 2008 e 2010, enquanto o acesso a água potável segura permaneceu ao mesmo nível (61% em 2010, comparado com 60% em 2008). De acordo com os dados do relatório, somente cinco países⁹⁷ estão no bom caminho para alcançar o ODM 7c até 2015.
106. A OMS forneceu assistência aos países para implementarem intervenções de gestão dos resíduos dos cuidados de saúde e intervenções de saúde ocupacional. Foi elaborado um quadro regional para a gestão dos resíduos dos cuidados de saúde, que facilitou a implementação de actividades, apoiadas pelo GAVI, de gestão de resíduos de cuidados de saúde em 27 países⁹⁸.
107. Aproximadamente 100 cidades e vilas na Região Africana associaram-se à campanha do tema do Dia Mundial da Saúde 2010, "1000 cidades 1000 vidas", para sublinhar os riscos para a saúde dos meios urbanos, assim como as oportunidades e políticas para melhorar a saúde nas áreas urbanas. O Instrumento de Avaliação da Equidade na Saúde em Meios Urbanos e Resposta (Urban HEART) foi desenvolvido pela OMS para ajudar aqueles que elaboram políticas e responsáveis por programas a avaliar e responder à iniquidade na saúde existente nas cidades. Este instrumento foi introduzido em mais sete países em 2010-2011, elevando para 10⁹⁹ o número total de países que o utilizam.
108. O trabalho sobre a adaptação da saúde às alterações climáticas conheceu um impulso este biénio. Em 2010, a OMS procedeu a uma avaliação das considerações da áreas da saúde contidas nos programas nacionais de acção sobre adaptação (NAPA) que foram preparados por 41 países menos desenvolvidos (incluindo 29 de África). A avaliação concluiu que dos 41 programas, 39 consideravam a saúde como um dos sectores em que as alterações climáticas têm um impacto. Contudo, apenas nove desses planos foram considerados abrangentes na avaliação que faziam da sua vulnerabilidade sanitária. No total, 30 dos NAPA incluíam intervenções sanitárias nas necessidades de adaptação e acções propostas, mas apenas oito destas foram consideradas adequadas. Para dar seguimento ao supra-mencionado, em Setembro de 2011, os ministros da saúde, na sexagésima sessão do Comité Regional Africano da OMS, por meio da Resolução AFR/RC61/R2, aprovaram o quadro operacional para a adaptação da saúde pública às alterações climáticas. Foram preparadas orientações para a elaboração de planos de adaptação nacionais e cinco países¹⁰⁰ elaboraram já planos de acção para as alterações climáticas e a saúde.

4.9 OE9: Nutrição, segurança e suficiência alimentar

109. Entre 2010 e 2011, a região do Corno de África foi confrontada com uma das maiores crises de insuficiência alimentar que afectaram a região em 60 anos, com 10 milhões de pessoas em situação de insuficiência alimentar e carecendo de ajuda humanitária urgente, na Etiópia, Quênia e Uganda. Esta situação resultou em elevados níveis de má-nutrição, situando-se a má-nutrição infantil entre 15% e 45% nos países afectados. A OMS respondeu apoiando os países através do reforço de capacidades de gestão da má-nutrição aguda grave, assim como fornecendo apoio para campanhas de vacinação contra o sarampo e intervenções de prevenção da cólera junto destas populações especialmente vulneráveis.
110. A OMS trabalhou em parceria com a Organização da Saúde da África Ocidental (WAHO), o Comité Interestatal de Combate à Seca no Sahel (CILSS), a UNICEF, o Programa Alimentar Mundial (PAM), a Comunidade da Saúde da África Oriental, Central e Austral (ECSA-HC), a Organização de Coordenação do Combate às Endemias na África Central (OCEAC), outras agências da ONU e a União Africana/Nova Parceria para o Desenvolvimento da África (NEPAD) para reforçar capacidades e harmonizar os indicadores de vigilância da nutrição. Foi organizada uma acção de formação em Grand Bassam, na Côte d'Ivoire, para nove países¹⁰¹, com o intuito de revitalizar os sistemas de vigilância da nutrição existentes para seguir as tendências e intervir atempadamente.
111. Para melhorar a prevenção, detecção precoce, intervenção atempada e a gestão de casos, foram integrados indicadores de nutrição e segurança alimentar na VRID. Em resultado, as doenças de origem alimentar e condições de nutrição fazem parte da notificação de rotina através da VRID, e 22 países¹⁰² possuem agora dados nacionais de vigilância sobre má-nutrição. Para reforçar as capacidades dos países em vigilância de doenças de origem alimentar, 50 epidemiologistas e microbiologistas de saúde pública, veterinária e sectores alimentares de 10 países¹⁰³ receberam formação no Quênia sobre vigilância de base laboratorial de doenças de origem alimentar. Foi realizada uma acção de formação de nível IV da Rede Mundial de Infecções Alimentares (GFN), nos Camarões, para 14 países¹⁰⁴ francófonos¹⁰⁴ e na África Austral para nove países¹⁰⁵. Até agora 33 países¹⁰⁶ têm planos para reduzir a incidência de pelo menos uma das principais doenças de origem alimentar.
112. Graças esforço intensificado de advocacia a favor de segurança alimentar e nutrição, o número de países que incluíram actividades de nutrição e segurança alimentar nas suas estratégias de redução da pobreza aumentou de 6, em 2008-2009, para 23¹⁰⁷ em 2010-2011. Assim, o controlo e consciência sobre segurança alimentar e nutrição melhoraram, resultando no reforço de Equipas Multisectoriais de Coordenação de Segurança Alimentar e Nutrição em 32 países¹⁰⁸.

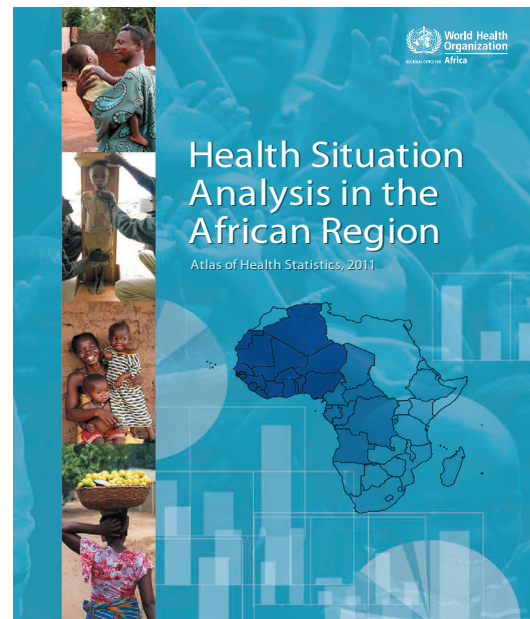
113. A OMS apoiou os países na implementação de normas, padrões, orientações e estratégias para melhorar a alimentação dos bebés, em especial das crianças com mães que vivem com VIH/SIDA. Foram realizados três seminários para 26 países¹⁰⁹ sobre novas recomendações da OMS sobre alimentação de bebés no contexto de VIH, PTV, e ART. Vinte países¹¹⁰ incorporaram as novas recomendações nas orientações nacionais. Nove países¹¹¹ finalizaram as suas estratégias e planos de acção para a prevenção e gestão de malnutrição grave. Seis países¹¹² procederam a avaliações da Alimentação de Bebés e Crianças Pequenas e usaram os resultados obtidos para rever as suas estratégias nacionais.
114. Foi reforçada a base legal e de formulação de políticas através da avaliação dos sistemas de controlo dos alimentos, com vista à elaboração de políticas, planos de acção e leis de segurança alimentar em 13 países,¹¹³ elevando o número total a 28 países¹¹⁴. Oito países¹¹⁵ realizaram análises de cenário da preparação para intensificar a nutrição e estão a rever as suas políticas de nutrição com base nesses resultados. Foram criados programas-piloto de “Mercados de Alimentos Saudáveis” em cinco países¹¹⁶, para melhorar a higiene ambiental, segurança alimentar e nutrição. Foram elaborados planos de acção para a Comissão Nacional do Codex Alimentarius no Gabão, Eritreia e República Democrática do Congo, com apoio conjunto da OMS e FAO, para reforçar as operações das respectivas Comissões Nacionais do Codex Alimentarius.

4.10 OE10: Serviços de saúde

115. Este Objectivo Estratégico visa melhorar a acessibilidade, qualidade e segurança dos serviços de saúde através de uma melhor governação, financiamento, colocação e gestão do pessoal, com base em evidências e investigação acessível e fiável. Sistemas de saúde frágeis têm um impacto negativo na consecução dos ODM, no controlo e prevenção das doenças transmissíveis e não transmissíveis, e na saúde materna, infantil e da mulher.
116. Como parte do apoio para reforçar a capacidade dos sistemas de saúde distritais e nacionais nos domínios da formulação de políticas e estratégias e planeamento e implementação, a OMS desenvolveu vários instrumentos e orientações que estão a ser implementados, com base na Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África e na Declaração de Argel sobre Investigação para a Saúde. Assim, 21 países¹¹⁷ reforçaram a capacidade dos seus sistemas de saúde distritais para planear, gerir, supervisionar, monitorizar e avaliar o seu trabalho. Com o auxílio das orientações da OMS sobre Planos Estratégicos Nacionais de Saúde (NHSP), 15 países¹¹⁸ reviram as suas políticas nacionais de saúde e outros 18 países¹¹⁹ reviram os seus planos estratégicos nacionais da saúde.

117. Vinte e dois países¹²⁰ formularam e analisaram propostas GAVI e GFATM sobre o reforço dos sistemas de saúde. Este esforço de mobilização de recursos tem ajudado a melhorar os sistemas de saúde nestes países. Treze países¹²¹ procederam à avaliação anual conjunta do sector da saúde, na qual analisaram o alinhamento dos parceiros com as políticas e planos estratégicos nacionais. As Comores e a República Democrática do Congo formularam um código de saúde pública em 2010. Foram criados mecanismos para reforçar a coordenação dos parceiros no Burúndi, Camarões e Gana. Dezanove países¹²² adoptaram os acordos do Compacto da Parceria Internacional para a Saúde (IHP+) e assinaram o Compacto Global IHP+¹²³ com vista a uma assistência técnica harmonizada e eficiente.
118. Em resposta à crise de recursos humanos da saúde na Região, foi elaborado, em consulta regional, o roteiro para melhorar significativamente a situação dos profissionais da saúde, de modo a conseguir uma melhor prestação de serviços na Região Africana. Foi dado apoio a 13 países¹²⁴ em vários aspectos do desenvolvimento de políticas e planos nacionais de Recursos Humanos para a Saúde (RHS), para lhes permitir desempenhar a sua função de governação de modo a que haja transparência e responsabilização. A Namíbia e o Zimbábwe formularam estratégias de fidelização de RHS. Foi iniciada na Região a implementação da Iniciativa Africana para os Recursos de Aprendizagem e Ensino para os Funcionários da Saúde, uma iniciativa modelo, para incentivar a educação e produção de recursos humanos para a saúde.
119. A Eritreia e a Serra Leoa avaliaram os seus programas e planos curriculares de formação, enquanto o Lesoto e a Suazilândia realizaram estudos de viabilidade para criar faculdades de medicina. Foram elaborados perfis nacionais de RHS em 15 países¹²⁵, enquanto nove países¹²⁶ criaram observatórios nacionais de recursos humanos nesta área, os quais são necessários para processos de tomada de decisão com base em evidências e para a monitorização dos progressos. A Serra Leoa e a Gâmbia criaram novas bases de dados para RHS. Cinquenta e cinco decisores políticos e gestores de 21 países¹²⁷ receberam formação com vista a reforçar a formulação de políticas, a liderança e a governação em RHS. O objectivo consiste em permitir aos países desempenharem do seu papel de controlo, definirem uma visão

Figura 12: Atlas de Estatística da Saúde, 2011



clara do desenvolvimento de RHS e planearem de forma estratégica, com base em evidências. Isso permitir-lhes-á também criar e usar mecanismos eficazes para dialogar e desenvolver consensos entre as principais partes interessadas, para estabelecer prioridades, planeamento e investimento em RHS a longo prazo.

120. Na área dos sistemas de informação sanitária (HIS), Moçambique, Serra Leoa e Uganda organizaram acções de formação ao nível nacional para reforçarem as suas capacidades, enquanto quatro países¹²⁸ concluíram os planos estratégicos para reforçar os seus sistemas de informação sanitários.
121. Houve progressos significativos na disponibilização da informação e dados sanitários aos Estados-Membros e outras partes interessadas. Como acordado na Declaração de Ouagadougou e na Declaração de Argel, está agora operacional um Observatório Africano da Saúde para apoiar os países a produzir, partilhar e aplicar informação para os processos de elaboração de políticas e tomadas de decisão. Foram desenvolvidos perfis analíticos detalhados para a Região Africana, assim como para Cabo Verde, Congo e Zâmbia. Foi criado e lançado um novo portal Internet do Observatório Regional de RHS nas três línguas oficiais. Foram avaliados os progressos regionais sobre saúde e os ODM relacionados com a saúde. Foi produzido um Atlas de Estatística da Saúde para 2011 para a Região, assim como perfis estatísticos detalhados dos 46 países (Figura 13).
122. Em 2010-2011, foram publicados quatro números do Monitor Africano da Saúde, cobrindo os ODMs, o reforço dos sistemas de saúde, medicina tradicional africana e saúde reprodutiva. Foram inseridos no Index Medicus Africano 22 novas revistas médicas africanas e adicionados 12 519 novos registos. Os Estados Membros¹²⁹ receberam formação sobre pesquisa de informação e sobre a utilização das Bibliotecas Mala Azul. A Biblioteca fez a digitalização e registou 700 documentos do Comité Regional (de datas entre 1997 e 2010) e 522 documentos da Assembleia Mundial da Saúde e do Conselho Executivo (de datas entre 2009 e 2011) a serem incluídos no IRIS, o repositório institucional *online* da OMS.
123. Foi prestado apoio às equipas dos países da Rede de Políticas Baseadas em Evidências (EVIPNet) para produzirem sumários informativos de políticas para uma melhor tomada de decisão¹³⁰. Em colaboração com TDR, o Escritório Regional participou na criação e operacionalização da Rede Africana para a Inovação em Medicamentos e Diagnóstico (ANDI). Até agora, foram criados 32 Centros de Excelência em inovação na saúde em África, 29 dos quais na Região¹³¹. O vigésimo quinto encontro do Conselho Consultivo Africano para a Investigação e Desenvolvimento em Saúde (AACHRD) recomendou que se concebesse um plano de acção para desenvolver investigação na Região. O Escritório Regional da OMS para a África e o Programa Africano de Luta contra a Onconcerose patrocinaram investigação operacional plurinacional intitulada "A prestação

de serviços essenciais de saúde em África: realidades e as percepções e perspectivas das pessoas". Em 2011, foram designados dois novos centros colaboradores, no Benim e na África do Sul, elevando assim para 27 o número total de centros colaboradores da OMS na Região Africana, distribuídos por 12 países¹³².

124. Registaram-se progressos no apoio prestado aos esforços dos países para melhorarem o financiamento dos sistemas de saúde em termos da disponibilidade e eficiência do uso dos recursos. No contexto da institucionalização das contas nacionais da saúde (NHA), treze países¹³³ efectuaram-nas e divulgaram os resultados. Foi elaborado um Atlas sobre a Situação do Financiamento da Saúde em África¹³⁴ para os 46 países da Região. O estado de implementação da Declaração de Abuja foi avaliada em todos os países 10 anos após a sua adopção. A avaliação mostrou que, até 2010, apenas cinco países tinham alcançado a meta dos 15% da afectação do orçamento para a saúde¹³⁵.
125. Cinco países¹³⁶ avaliaram diferentes práticas de financiamento da saúde e mecanismos de protecção social necessários para políticas abrangentes de financiamento da saúde. Foram documentadas três histórias de êxito sobre o financiamento da saúde sob a forma de sumários técnicos destinados a formuladores de políticas. As histórias de êxito foram: "Construir de baixo, guiar e planear a partir do topo, no Ruanda"; "Expansão da cobertura através de compromisso político e inovação nas escolhas de políticas no Gana"; e "Adopção de financiamento baseado no desempenho para financiar serviços de saúde isentos de taxas no Burúndi". Foram publicados dois artigos sobre seguro de saúde^{137,138}, dois artigos sobre as melhores práticas¹³⁹ e estudos¹⁴⁰ sobre eficiência hospitalar no Benim e Botsuana.
126. Funcionários de 27 países¹⁴¹ receberam formação sobre o rastreamento da despesa total da saúde para Saúde Materna, Neonatal e Infantil por fonte de financiamento, para lhes permitir melhorar a equidade do uso dos recursos. Nove países¹⁴² receberam formação sobre "Como progredir na direcção da cobertura universal" e outros nove¹⁴³ foram apoiados para analisar as suas situações do financiamento da saúde e permitir-lhes implementar a cobertura universal dos serviços de saúde com políticas baseadas em evidências.
127. A consciência da importância da segurança do doente aos níveis nacionais e institucionais melhorou na Região. Seis países¹⁴⁴ estabeleceram parcerias com hospitais em Inglaterra e na Suíça para aprendizagem mútua e intercâmbio, enquanto a Parceria Africana para a Segurança do Doente foi alargada a oito novos países¹⁴⁵. Quarenta e dois cirurgiões de nível superior e anestesistas de 20 países¹⁴⁶ receberam formação sobre o uso da Lista de Controlo das Cirurgias Seguras da OMS para aumentar a adesão aos padrões de segurança nos cuidados de cirurgia, melhorar a segurança das operações e reduzir óbitos cirúrgicos desnecessários e complicações cirúrgicas.

OE11: Tecnologias e produtos médicos

128. Este Objectivo Estratégico concentra-se na provisão de orientação para políticas baseadas em evidências para a elaboração, implementação e monitorização de políticas e estratégias nacionais abrangentes visando melhorar o acesso a tecnologias e produtos médicos essenciais, e a sua qualidade e utilização racional.
129. Através de um instrumento da OMS, 37 países¹⁴⁷ recolheram dados completos e elaboraram os perfis do seu sector farmacêutico, os quais são úteis para acompanhar os progressos, identificar lacunas e influenciar a elaboração e actualização de políticas de medicina nacionais. Foi preparado um relatório de síntese sobre os perfis do sector farmacêutico e será usado para avaliar a capacidade do sector farmacêutico dos países no processo de aprovação de financiamento do GFATM, para a aquisição de produtos médicos essenciais destinados às doenças prioritárias.
130. A África do Sul elaborou a sua Política Nacional do Sangue, enquanto cinco países¹⁴⁸ analisaram os seus planos estratégicos nacionais para a segurança do sangue. Estes documentos contribuíram para a normalização e a melhoria das práticas de transfusão sanguínea. Num esforço de melhorar a coordenação e a gestão de serviços relacionados, a Serra Leoa e República Democrática do Congo elaboraram políticas e planos nacionais de laboratórios; o Quênia elaborou uma política de gestão das tecnologias de saúde; o Gabão, Guiné-Bissau e Togo elaboraram políticas nacionais de medicina tradicional;
131. O ano de 2010 marcou 10 anos desde a adopção da estratégia regional para a promoção do papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde e o fim da Década da Medicina Tradicional Africana (2001–2010). Um relatório dos progressos sobre a implementação da Estratégia e Plano de Acção para a próxima década foram aprovados pela sexagésima primeira sessão do Comité Regional. O relatório destaca os progressos realizados pelos países, em especial na área da consciencialização sobre a medicina tradicional e da sua popularização. Usando as orientações da OMS, 22 países¹⁴⁹ desenvolveram investigação e alguns produziram medicamentos tradicionais para o paludismo, VIH/SIDA, anemia drepanocitose, diabetes e hipertensão. Como resultado do apoio continuado da OMS, 12 países¹⁵⁰ emitiram autorizações de comercialização para medicamentos tradicionais. Alguns dos medicamentos foram já incluídos nos formulários nacionais de medicamentos essenciais.
132. Assegurar a qualidade, eficácia e segurança dos produtos médicos permanece uma área prioritária para¹⁵¹ os Estados-Membros e a OMS. Em Outubro de 2010, em Abuja, na Nigéria, os ministérios da saúde de sete países concordaram em criar uma agência nacional em cada país para o controlo dos medicamentos, assim como comissões multidisciplinares e multisectoriais inter e intra-países

para monitorizar a circulação de medicamentos contrafeitos e aplicar a regulamentação, incluindo o controlo de qualidade. Em Março de 2011, em Lusaka, na Zâmbia, os ministros da saúde de cinco países¹⁵², preocupados com o aumento da circulação de medicamentos contrafeitos entre as suas fronteiras e no interior destas, concordaram em reforçar as autoridades nacionais reguladoras dos medicamentos e partilhar capacidades laboratoriais para testar a qualidade dos medicamentos nos respectivos países. Para além disso, os ministros concordaram criar equipas nacionais multissetoriais, incluindo com membros da alfândega e polícia para monitorizar a importação ilícita de medicamentos de qualidade inferior através das suas fronteiras.

133. O Plano Estratégico Quinquenal sobre Medicamentos Contrafeitos (2011–2016) da WAHO foi revisto e foi criada uma plataforma para parceiros técnicos e financeiros para melhorar a advocacia e mobilização de recursos, com o objectivo de combater a produção, venda e circulação de medicamentos nos Estados Membros da ECOWAS. O Plano Estratégico foi elaborado com a participação da OMS, da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental, da União Económica e Monetária da África Ocidental, do Ministério dos Assuntos Estrangeiros e Europeus de França e da Fundação Chirac. O plano estratégico representa o quadro operacional para a mobilização de financiamento por parte dos países, para combater os medicamentos contrafeitos.
134. Trinta e nove Estados-Membros¹⁵³ da Região completaram o inquérito mundial sobre dispositivos médicos. O inquérito revelou que 32% dos países possuía uma política de tecnologia da saúde, enquanto 51% dispunha de unidades com um mandato regulamentar para dispositivos médicos. Para além disso, 38% dos países tinha aprovado a lista de dispositivos médicos para fins de aquisição destes. Com base na informação fornecida por este inquérito, a capacidade do pessoal nos oito países¹⁵⁴ foi desenvolvida a partir do uso de instrumentos e orientações para otimizar a aquisição, a gestão e o uso adequado de dispositivos médicos.
135. Para melhorar a qualidade dos serviços de transfusão sanguínea e assegurar o uso clínico adequado do sangue, foi desenvolvida capacidade de gestão e manutenção da cadeia de frio em quatro países¹⁵⁵. Foi prestado apoio à Maurícia para concluir a sua legislação sobre a remoção, preservação e transporte de tecidos e órgãos humanos em condições médicas óptimas e para criar um sistema nacional de hemovigilância.
136. Foi avaliado o teste regional de competência em hematologia e química clínica envolvendo 17 países¹⁵⁶ e o programa de Avaliação Externa de Qualidade para agentes patogénicos entéricos e da meningite, peste, tuberculose e paludismo envolvendo 45 países. Para desenvolver a capacidade laboratorial em vigilância

de resistência microbiana, profissionais de 22 países¹⁵⁷ receberam formação laboratorial de bancada em testes de sensibilidade. Foram implementadas acções correctivas em países com fraco desempenho.

137. Reforçar a biosegurança e a bioprotecção laboratorial é outra prioridade crucial, dado que a Região é afectada regularmente por epidemias devido a agentes patogénicos perigosos como os vírus do Ébola, Marburgo e febre de Lassa, entre outros. Como parte da resposta a esta situação, 55 técnicos de biosegurança e gestão de qualidade, e pessoal de laboratório de nível médio a superior com responsabilidades de segurança de todos os países receberam formação e certificação para cumprimento dos regulamentos de transporte da Associação das Linhas Aéreas de Transporte Internacional.
138. Para melhorar a segurança de injeções nos países, foram desenvolvidos instrumentos simplificados para recolher dados sobre práticas de injeção, pré-testados na Etiópia, Moçambique e Uganda, e validados para uso pelos países.
139. As capacidades dos conselhos técnicos consultivos nacionais foram reforçadas em sete países¹⁵⁸, no âmbito do projecto da OMS sobre "Melhores Medicamentos para as Crianças". Dez países¹⁵⁹ reviram os seus Formulários Nacionais de Medicamentos Essenciais e as Orientações de Tratamento Padrão. Foi dispensada formação a 205 médicos, enfermeiros e parteiras de seis países¹⁶⁰ sobre boas práticas de prescrição e uso racional de medicamentos.
140. Foram reforçadas as capacidades das autoridades reguladoras nacionais (NRA) de 19 Estados Membros¹⁶¹ no âmbito do quadro da rede de reguladores, o Fórum Africano Regulador das Vacinas (AVAREF) e através do apoio dado aos países para elaborar e actualizar periodicamente os seus planos de desenvolvimento institucional com base em visitas e avaliações, usando peritos locais. Estes países possuem agora a capacidade de apreciar propostas de ensaios clínicos, aprovar ensaios clínicos e realizar inspecções aos locais dos ensaios clínicos, com base em boas práticas clínicas.

4.12 OE12: Liderança, governação e parcerias

141. A tónica das actividades da OMS consistiu em fornecer liderança, reforçar a governação e incentivar a constituição de parcerias em saúde e desenvolvimento. O Director Regional efectuou missões de alto nível a 19 países na Região e no exterior, advogando a favor de aumentar o investimento no reforço dos sistemas nacionais de saúde, de modo a acelerar a consecução dos objectivos nacionais e internacionais de desenvolvimento sanitário. As suas visitas, entre outros, à Alemanha, Portugal, Estados Unidos da América, Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do

Norte, Banco Mundial, União Europeia, Fundação Bill e Melinda Gates e o Vaticano concentraram-se primeiramente em aumentar a consciência internacional para as necessidades de saúde em África e angariar apoio para lhes fazer face de forma eficaz.

142. A reestruturação do Escritório Regional em 2010 permitiu reforçar a tónica na comunicação das novas Orientações Estratégicas que guiam o trabalho da OMS na Região para o período de 2010 a 2015. Isto incluiu uma maior ênfase na promoção da saúde e prevenção das doenças, assim como um uso mais eficiente dos recursos disponíveis. Três grupos, a saber: i) VIH/SIDA, Paludismo e TB; ii) Prevenção e Controlo das Doenças; e iii) Doenças não Transmissíveis, foram integrados no grupo Prevenção e Controlo das Doenças, de modo a fornecer um apoio mais integrado e coerente aos países. O grupo de Promoção da Saúde e o da Saúde Familiar e Reprodutiva foram igualmente combinados.
143. A sexagésima e sexagésima primeira sessões do Comité Regional Africano da OMS, decorridas respectivamente em Malabo, na Guiné Equatorial e em Yamoussoukro, na Côte d'Ivoire, adoptaram resoluções de saúde pública que responderam i) aos principais determinantes da saúde; ii) redução do uso nocivo do álcool; iii) soluções de ciber-saúde; iv) estado da vacinação de rotina e erradicação da poliomielite; v) criação de um documento quadro do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública; vi) eliminação do sarampo até 2020; vii) quadro operacional para adaptação da saúde pública às alterações climáticas; e viii) à erradicação da poliomielite. Uma discussão em painel intitulada 'Financiamento da saúde: Partilhar experiências sobre garantir financiamento para alcançar os objectivos nacionais de desenvolvimento sanitário' teve lugar na sexagésima primeira sessão do Comité Regional. As recomendações que dali resultaram foram já publicadas.
144. No período em revista, o número de membros da parceria de Harmonização para a Saúde em África (HHA), uma iniciativa liderada pela OMS, foi alargado. Advocacia conjunta, colaboração entre agências e apoio técnico a vários países continuaram a ser reforçados. As principais áreas de concentração permaneceram o desenvolvimento e no cálculo dos custos de políticas e planos estratégicos nacionais policíes, juntamente com a melhoria do financiamento do sector da saúde. A HHA reforçou ainda o diálogo entre os sectores da saúde e das finanças, através da organização de encontros ministeriais conjuntos sobre financiamento para a saúde, em Kampala, Addis Ababa e Yamoussoukro. Um relatório sobre o "Cenário de Investimento para a Saúde em África" foi elaborado pela parceria HHA. A colaboração da OMS com a sociedade civil e as universidades foi intensificada em toda a Região.

145. Os esforços continuados da OMS de apoio aos planos nacionais de desenvolvimento e reforço das parcerias consolidou a sua liderança na área da saúde no seio das equipas-país da ONU. As representações e as equipas da OMS nos países contribuem activamente para os processos do Quadros de Ajuda ao Desenvolvimento das Nações Unidas (UNDAF) em 40 países da Região, ajudando a harmonizar o apoio da ONU. A OMS apoiou de forma pró-activa a iniciativa 'Unidos na Acção' em quatro países-piloto africanos¹⁶², assim como em 10 países que a vão iniciar por si mesmos¹⁶³.
146. O Escritório Regional prestou apoio técnico à Cimeira dos Chefes de Estado e de Governo da União Africana (UA), subordinada ao tema "Saúde materna, neonatal e infantil e o desenvolvimento em África", e ajudou nos preparativos para a Conferência dos Ministros da Saúde da UA. As comunidades económicas regionais foram apoiadas na elaboração de várias políticas, estratégias e relatórios, assim como no desenvolvimento de capacidades em diferentes áreas, entre elas medicamentos, nutrição e mobilização de recursos.
147. A advocacia e comunicação com todas as partes interessadas sobre desenvolvimento comunitário foi reforçado através da produção e divulgação de materiais de comunicação e advocacia em linguagem acessível (nas três línguas oficiais de trabalho) sobre a implementação de resoluções e decisões dos órgãos directivos da OMS, as Orientações Estratégicas 2010–2015 para a Região Africana, bem como outras actividades organizadas pela OMS. Grande parte destes materiais encontram-se disponíveis no sítio do Escritório Regional da OMS na Internet, entre os quais se destacam mais de uma centena de comunicados de imprensa e artigos de fundo; 64 programas de rádio e televisão; cinco números da revista AFRO News e dois da La Toile, um boletim sobre o paludismo e mais de 30 boletins das Representações da OMS. As capacidades do pessoal de comunicação foram reforçadas por meio de vários tipos de cursos de formação.
148. O mapeamento das Estratégias de Cooperação com os Países face aos Objectivos Estratégicos do MTSP foi levado a cabo para 45 países, o que resultou na identificação de prioridades regionais comuns que contribuiriam para o processo de planeamento operacional para o próximo biénio 2012-2013. Decorreram três encontros de programas regionais (RPMs 44, 45 e 46) para todos os representantes da OMS e gestores de nível superior do Escritório Regional. Foram tomadas decisões e feitas recomendações sobre assuntos fundamentais, entre eles o reforço dos sistemas de saúde, as reformas da OMS, as Orientações Estratégicas da Região Africana da OMS 2010–2015, o apoio à consecução dos ODMs, bem como questões orçamentais.

149. Foi lançado o Compêndio de Peritos Nacionais de Saúde Pública da Região Africana (instituições e indivíduos) como parte integrante do Compêndio Mundial da OMS, para identificar e facilitar o uso de conhecimentos especializados regionais sobre saúde. Em 2010, foram incluídos neste Compêndio 27 instituições e 97 especialistas de 12 países. O Escritório Regional da OMS elaborou uma lista de especialistas, que inclui 1216 especialistas da OMS registados.

4.13 OE13: Eficiência e eficácia da OMS

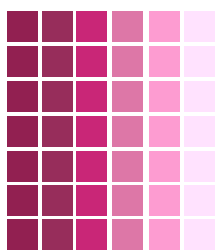
150. O principal objectivo do OE13 é prestar apoio de forma eficiente aos grupos orgânicos técnicos, EAI e representações da OMS na gestão dos programas; gestão financeira; serviços administrativos; gestão dos recursos financeiros; tecnologias de informação; serviços de aquisição e abastecimento; e serviços de tradução, interpretação e impressão. O êxito da implementação dos programas técnicos, sobretudo nos países, depende em parte da prestação eficaz e atempada de serviços de apoio.

151. Entre as principais actividades para 2011 destaca-se a completa implementação do Sistema Mundial de Gestão (GSM). Um dos benefícios do sistema para a Região foi conferir maior visibilidade à informação programática e financeira no interior da Região e também na OMS, o facilita o planeamento e gestão de programas. Os dados das representações, em especial, encontram-se muito mais actualizados do que antes da entrada em funcionamento do GSM. O sistema também apresenta alguns desafios para os utilizadores, como desfasamentos devido à conectividade limitada, e uma compreensão imperfeita dos papéis e responsabilidades, o que pode resultar em falhas de controlo. Respostas para os desafios foram contempladas através de maiores investimentos na infra-estrutura e em formação, que continuam até hoje.

152. O Escritório Regional envidou todos os esforços e procedeu a extensa análise ao longo de vários meses para limpar e actualizar o pagamento adiantado de salários nas suas contas na altura da migração para o GSM. Esta questão foi amplamente discutida no Conselho Executivo e na Assembleia Mundial da Saúde, e os Estados Membros solicitaram um relatório com o ponto de situação sobre a resolução deste assunto até ao final do ano. Em resposta, o Director Regional interessou-se pessoalmente pelo exercício de actualização das contas AFRO e em assegurar um controlo estrito sobre quaisquer adiantamentos adicionais. Como resultado, mais de 95% dos adiantamentos foram tratados — de um valor inicial de 2,4 milhões de dólares, apenas permanecia um pequeno montante de 128 000 dólares por contabilizar no final de 2011. Com maior vigilância e mais mecanismos de controlo, será improvável que se voltem a acumular adiantamentos não contabilizados.

153. Os efeitos do chocante atentado à bomba do edifício da ONU em Abuja, em Agosto de 2011, continuam a fazer-se sentir. Três funcionários da OMS perderam a vida e muitos ficaram feridos, alguns dos quais com gravidade, a ponto de precisarem de ser evacuados para a África do Sul a fim de receberem tratamento. Todos quantos foram evacuados e os outros membros do pessoal sobreviveram aos ferimentos devido a actos corajosos de funcionários e outras pessoas no local, assim como à resposta eficaz de serviços de emergência da OMS e ONU e pessoal médico após a ocorrência. Foi fornecido apoio psicológico aos funcionários afectados. Desde o atentado à bomba, a representação da OMS na Nigéria tem estado a operar de instalações dispersas, um desafio adicional à concretização de actividades dos programas. Foram fornecidos recursos suplementares para reforçar a segurança em Abuja e nos múltiplos escritórios antena em toda a Nigéria. Procedeu-se ainda a uma reavaliação da segurança em outras partes da Região, para identificar e mitigar riscos, e fazer aplicar os Padrões Operacionais de Segurança Mínimos da ONU (MOSS) em todos os escritórios.
154. A presente crise financeira levou a Região a cortar despesas este ano, nas áreas de contratação, comunicação e viagens, e em última instância a redução de pessoal foi inevitável. Quase 250 postos foram eliminados este ano, cerca de metade na categoria dos Serviços Gerais, e os restantes foram repartidos de igual modo entre os Funcionários Profissionais e os Técnicos Profissionais Nacionais. Os cortes afectaram praticamente todos os locais - 38 países, e todos os grupos do Escritório Regional. O processo de eliminação de funcionários pôs em evidência o desajuste entre o corpo de profissionais existentes e o financiamento. Enquanto a maior parte dos fundos são afectados para fins específicos e projectos de duração limitada, os contratos do pessoal da OMS são frequentemente de longa duração e desligados das suas fontes de financiamento. Este desajuste é um tópico que se inclui nas reformas da OMS.
155. Permanecem muitos desafios para se continuar a adaptar as operações ao GSM e à realidade de limitações fiscais. Contudo, as unidades administrativas que contribuem para o Objectivo Estratégico 13 continuam a sua prestação de apoio oportuno e de alta qualidade, para permitir a implementação eficaz de programas de saúde nos países de toda a Região.





5. PROGRESSOS ALCANÇADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DO COMITÉ REGIONAL

5.1 Erradicação da poliomielite na Região Africana: relatório dos progressos

156. Em 2011, as visitas advocacia de alto nível que foram realizadas a países prioritários¹⁶⁴ pela Directora-Geral da OMS, Director Regional e outros parceiros, nomeadamente a UNICEF, o Clube Internacional de Rotários, e a Fundação Bill e Melinda Gates, geraram uma nova dinâmica à erradicação da poliomielite. Foi fornecida vacinação suplementar a mais de 140 milhões de crianças com menos de 5 anos. O número de casos de poliovírus selvagem (PVS) diminuiu de 657, em 2010, para 350, em 2011, apesar de transmissão persistente no Chade, República Democrática do Congo e Nigéria. Angola permaneceu livre de poliomielite durante oito meses, enquanto a transmissão dos surtos de PVS de tipo 3 na África Ocidental foi interrompida com êxito.
157. O Director Regional reuniu-se para consultas com equipas da OMS dos países prioritários, e acordou-se que as principais acções e recursos adicionais necessários para se alcançar os marcos da erradicação, e monitorizando ao mesmo tempo, os progressos através de relatórios mensais. Propôs-se aos Estados Membros reforçar o controlo nacional e responsabilização enquanto se trata surtos de PVS como uma emergência de saúde pública, e mobilizar e afectar mais recursos para implementar actividades visando a interrupção da transmissão do PVS.

5.2 Uma estratégia para abordar os principais determinantes da saúde na Região Africana: relatório dos progressos

158. Cinco países¹⁶⁵ realizaram acções de formação nacionais para reforçar acções multisectoriais para responder aos principais determinantes da saúde, identificando os principais desafios e acções. Para além desses, oito países¹⁶⁶ receberam apoio para documentar experiências na implementação de acções multisectoriais para fazer face a surtos de doenças transmissíveis, factores de risco de DNT, prevenção do VIH/SIDA, nutrição e promoção da saúde do adolescente.



159. As tendências na equidade na saúde foram monitorizadas em quatro países¹⁶⁷, através da análise de equidade na saúde, e quatro Estados insulares¹⁶⁸ encontram-se a finalizar os seus relatórios sobre a matéria. Estão em andamento planos para divulgar os resultados em encontros nacionais e para aplicá-los em políticas nacionais e programas que visam reduzir o fosso de equidade na saúde que separa os vários grupos populacionais.

5.3 Implementação da Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica na Região Africana: relatório dos progressos

160. Em 2005, a quinquagésima quinta sessão do Comité Regional Africano analisou o primeiro relatório¹⁶⁹ sobre a implementação da Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica da OMS (WHO FCTC) na Região, e adoptou as acções propostas. O Comité Regional recomendou igualmente que os Estados-Membros ratificassem a WHO FCTC e elaborassem e implementassem mais legislação e planos de acção abrangentes de acordo com a Convenção.

161. Dos 41 Estados-Membros¹⁷⁰ da Região que até hoje ratificaram ou são membros da WHO FCTC, 37 apresentaram o seu primeiro relatório sobre a implementação da convenção, como estabelecido pela WHO FCTC. Continua a ser fornecido apoio aos Estados Membros para cumprirem as suas obrigações ao abrigo da WHO FCTC.

5.4 Implementação da estratégia regional de sobrevivência infantil: relatório dos progressos

162. A adopção da estratégia de sobrevivência infantil para a Região Africana pela quinquagésima sexta sessão do Comité Regional revigorou os progressos feitos pelos países para melhorar a sobrevivência infantil na Região. Estes progressos incluem o facto de 13 países¹⁷¹ terem introduzido a vacina pneumocócica conjugada, em contraste com nenhuma até ao fim de 2009. A cobertura de medicamentos antiretrovirais para a prevenção da transmissão vertical do VIH aumentou de 35% em 2007 para 60% em 2010 na Região¹⁷². O uso de ITN e tratamento eficaz para o paludismo resultou na redução da morbilidade e mortalidade em mais de 50% em 12 países¹⁷³. Em 2010, 81% das crianças com menos de cinco anos recebia suplementos de vitamina A¹⁷⁴.

163. Para acelerar os progressos na redução de óbitos infantis, os Estados-Membros e os parceiros devem: resolver os estrangulamentos que prejudicam a saúde infantil; incrementar os recursos destinados à saúde infantil; investir na melhoria da qualidade de cuidados de saúde no parto e o período pós-natal que se lhe segue; mobilizar famílias e comunidades para intensificar intervenções integradas; e advogar a favor de melhor saneamento básico, abastecimento de água limpa e boa nutrição.

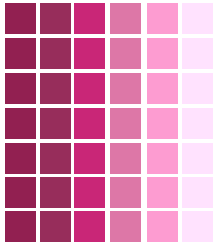
5.5 Eliminação do Sarampo na Região Africana: relatório dos progressos

164. Em 2011, 14 países realizaram actividades suplementares de vacinação (ASV) de seguimento, de acordo com o plano estabelecido e, em conjunto com vacinação de resposta a surto contra o sarampo, chegou-se a um total de 81,8 milhões de crianças. Os 43 países na Região com vigilância baseada em casos notificaram 32 323 casos confirmados de sarampo em 2011. Dezassete destes 43 países alcançaram as metas para os dois principais indicadores de vigilância em 2011. Os surtos de sarampo continuam a colocar desafios relacionados com falta de financiamento adequado para a implementação de estratégias, atrasos na realização de AVS de seguimento e lacunas na cobertura da imunização de rotina e de AVS. Em 2011, a República Democrática do Congo teve um grande surto de sarampo, tendo mais de 134 000 casos sido notificados em todo o sistema de notificação.
165. A OMS está a fornecer apoio aos países para elaborarem os seus planos estratégicos plurianuais para a eliminação do sarampo. A OMS e os seus parceiros advogam a favor de mais recursos, de modo a tornar possível a total implementação das estratégias para alcançar os objectivos de pré-eliminação e por fim a eliminação do sarampo como adoptado pelos Estados Membros. Para além da actual mobilização de recursos junto dos tradicionais doadores para o programa de sarampo, a Iniciativa do Sarampo mobilizou 55 milhões de dólares do GAVI, para enfrentar surtos de sarampo e situações de emergência necessitando de resposta rápida, e financiamento adicional para dar apoio aos quatro países prioritários¹⁷⁵ considerados de risco para surtos recorrentes, para realizarem AVS para o sarampo nos anos até 2017.

5.6 Implementação da “Estratégia Regional para reduzir o consumo nocivo de álcool na Região”: relatório dos progressos

166. Com base na direcção apontada na “Estratégia Regional para reduzir o uso nocivo de álcool na Região” (Documento AFR/RC60/4), adoptada na sexagésima sessão do Comité Regional em 2010, nove países reviram ou estão actualmente a rever os seus documentos de políticas para garantir que se orientam pelos princípios de saúde pública e apresenta abordagens e intervenções com base em evidências para empreender acções nacionais. Ao mesmo tempo, tal como solicitado na Resolução AFR/RC60/R2, adoptada pelos Estados-Membros na mesma sessão, foi constituída uma rede regional de homólogos nacionais para a implementação da estratégia e foi discutida uma versão preliminar do plano de acção com representantes de 43 países numa consulta regional, em Fevereiro de 2011.

167. Com o objectivo de reforçar a capacidade dos países de implementarem as acções identificadas para reduzir o uso nocivo do álcool ao nível nacional, o Escritório Regional elaborou um documento de orientação para implementar as 10 áreas prioritárias enumeradas na estratégia regional, que será divulgado em todos os países. Além disso, como resultado da colaboração continuada com os países na recolha de informação para criar um sistema de vigilância do álcool para a Região, o AFRISAH (Sistema de Informação Africano para o Álcool e a Saúde), uma interface regional do Sistema Global de Informação para o Álcool e a Saúde, está já disponível.



6. DESAFIOS, CONDICIONALISMOS E LIÇÕES RETIRADAS

6.1 Desafios e condicionalismos

168. De um modo geral, um grande desafio para a Região Africana tem sido como mitigar o impacto de uma grave crise financeira que afecta programas prioritários como os sistemas de saúde; VIH, tuberculose e paludismo; saúde materna, neonatal e infantil; promoção da saúde e prevenção primária, incluindo para doenças não transmissíveis. Tal significou reajustar os planos da Organização em função destes condicionalismos de recursos e preparar-se para a possibilidade de mais reduções. Dado que a maioria dos programas afectados são áreas em que os países necessitam de crescente cooperação técnica, um grande desafio consistiu em manter um nível eficaz e óptimo de resposta aos pedidos dos países para assistência técnica.
169. A despeito dos seus próprios esforços, a par do apoio fornecido pela PMS e outros parceiros, a cobertura de intervenções e serviços essenciais necessários para haver progressos para a consecução dos objectivos regionais da saúde permanece um desafio. Os países ainda têm cobertura vacinal inadequada, surtos de sarampo, cobertura inadequada de serviços em outras áreas como a prevenção de VIH/SIDA, TB e paludismo; saúde materna e infantil; o controlo das DTN; e a prevenção e controlo das epidemias de doenças transmissíveis.
170. Onde se têm verificado progressos na intensificação de intervenções e serviços, como nos 12 países que reduziram o seu fardo do paludismo, manter a tónica, incluindo afectação de recursos e acções, e manter essa realização no contexto de múltiplas prioridades de saúde pública em competição tem sido observado como um desafio em alguns casos.
171. A persistente fragilidade dos sistemas de saúde manifesta-se em várias formas, destacando-se a falta de recursos humanos suficientes com o leque de competências necessárias; sistemas de gestão de aquisição e suprimento que não garantem a disponibilidade dos medicamentos, vacinas e tecnologias de diagnóstico; sistemas inadequados de recolha de dados e informação que



não permitem monitorizar e fazer projecções sobre tendências das doenças e a avaliação das intervenções e programas; e mecanismos de responsabilização ineficientes. O envolvimento efectivo das comunidades na promoção da sua própria saúde e para influenciar a qualidade dos serviços prestados tem também sido um desafio.

172. Ainda outro condicionalismo é a insegurança que prevalece em zonas de alguns países, o que afectou a prestação de assistência técnica a um nível óptimo.

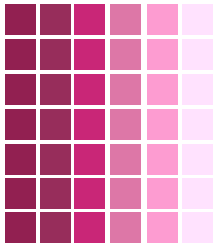
6.2 Lições retiradas

173. O fardo de problemas de saúde prioritários pode ser reduzido através da intensificação de intervenções de eficácia comprovada de elevado impacto, como TARV, DOTS, LLIN, e ACT. Além disso, a intensificação da VRID e do RSI, ao nível das comunidades, contribuiu para uma detecção atempada de surtos e uma resposta eficaz aos mesmos.

174. A colaboração transfronteiriça entre os Estados-Membros na área da preparação e resposta às epidemias, a colaboração com parceiros, a pré-posicionamento de estojos de emergência e a constituição de equipas de resposta rápida no terreno contribuíram para uma contenção célere e um controlo eficaz de surtos e outras doenças. É necessário otimizar as capacidades das equipas das Representações da OMS nos países, com base nos funcionários existentes, para além de peritagem nacional, para se envolverem na preparação, resposta e recuperação das situações de emergência.

175. A colaboração continuada com as agências da ONU e com outros parceiros através dos mecanismos existentes como a UNDAF ao nível dos países facilitou a assistência prestada aos Estados Membros. A parceria Harmonização da Saúde em África, que serve de plataforma útil para a mobilização de sinergias de apoio aos países tem sido um bom investimento. Para além disso, a OMS deve continuar a incentivar a formação de alianças, entre outras as parcerias público/privado e a mobilizar os líderes e organizações da sociedade civil em prol de acções na área da saúde.

176. Tem sido muito produtivo trabalhar com os Estados-Membros e parceiros, incluindo organizações de carácter privado, trazendo cada um as suas capacidades e recursos, que se vêm aliar aos conhecimentos de peritos da OMS e ao papel de liderança desta organização. Tal encontra-se espelhado no Projecto da Vacina da Meningite (MVP), em conjunto com o esforço de desenvolver e implementar em larga escala a vacina conjugada da meningite (MenAfriVac). Este esforço reduziu significativamente o número de casos de meningite meningocócica A em alguns países da cintura da meningite.

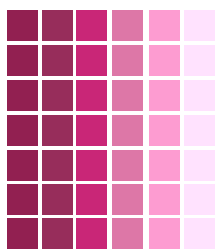


5. CONCLUSÃO

177. A Região Africana ainda se caracteriza por um pesado fardo de doenças transmissíveis e um crescente fardo de doenças não transmissíveis, assim como um elevado nível de mortalidade maternal e infantil. A Região continua a enfrentar desafios colocados por situações de emergência e catástrofes frequentes. Acresce que a crise financeira mundial reduziu significativamente o financiamento da OMS e a capacidade para responder às necessidades dos Estados-Membros. A despeito destes desafios, registaram-se progresso na implementação do Orçamento-Programa da OMS, tendo esta estado comprometida em efectuar reformas centradas na organização de prioridades, governação e questões de gestão.
178. Entre as realizações significativas alcançadas durante o biénio inclui-se a consolidação da parceria HHA e a facilitação do diálogo entre ministérios das finanças e ministérios da saúde para a melhoria do financiamento do sector da saúde; o reforço dos sistemas de Vigilância Integrada das Doenças nos países; a adopção da Declaração de Brazzaville sobre a prevenção e controlo das DNT; o aumento do acesso ao tratamento do VIH/SIDA, testes de VIH e profilaxia de ARV para PTV; a coordenação eficaz das acções de resposta na área da saúde a situações de emergência; o cumprimento de legislação sobre controlo do tabagismo e respectivos planos de acção num crescente número de países; a adopção da estratégia regional para os principais factores determinantes da saúde; o compromisso de Luanda para a Aliança Estratégica da Saúde e Ambiente; uma maior consciência de segurança das condições de higiene alimentar e de nutrição; e a aceleração da implementação da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África.
179. Num contexto de limitados recursos financeiros, as actividades da OMS na Região Africana para o próximo biénio centrar-se-ão nas actividades de mais alta prioridade direccionadas para a consecução dos marcos definidos para o período de 2012-2013 no âmbito das Orientações Estratégicas da Região Africana da OMS 2010-2015, em consonância com as funções essenciais da OMS.







ANEXO

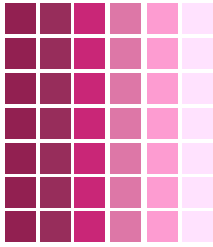
Quadro 1: Plano Estratégico de Médio Prazo da OMS 2008–2013: Definição dos Objectivos Estratégicos

01	Reduzir o fardo social, económico e para a saúde das doenças transmissíveis.
02	Combater o VIH/SIDA, o paludismo e a tuberculose.
03	Evitar e reduzir as doenças, as incapacidades e a morte prematura devidas a doenças crónicas não transmissíveis, perturbações mentais, violência e traumatismos e deficiências visuais.
04	Reduzir a morbilidade e a mortalidade e melhorar a saúde durante certas fases críticas da vida, incluindo a gravidez, o parto, o período neonatal, a infância e a adolescência, e melhorar a saúde reprodutiva e sexual, bem como promover um envelhecimento activo e saudável para todos os indivíduos.
05	Reduzir as consequências para a saúde das situações de emergência, catástrofes, crises e conflitos, e minimizar o seu impacto social e económico.
06	Promover a saúde e o desenvolvimento, e prevenir ou reduzir os factores de risco para os problemas de saúde associados ao abuso do tabaco, álcool, drogas e outras substâncias psicoactivas, alimentação pouco saudável, inactividade física e sexo de risco.
07	Enfrentar os determinantes sociais e económicos subjacentes da saúde, através de políticas e programas que promovam a equidade na saúde e integrem abordagens em favor dos pobres, contemplem a dimensão do género e sejam baseadas nos direitos humanos.
08	Promover um ambiente mais saudável, intensificar a prevenção primária e influenciar as políticas públicas em todos os sectores, para se poderem atacar as causas profundas das ameaças ambientais para a saúde.
09	Melhorar a nutrição, a segurança e a suficiência alimentares ao longo de toda a vida, e em apoio da saúde pública e de um desenvolvimento sustentável.
10	Melhorar os serviços de saúde através de uma melhor governação, financiamento, pessoal e gestão, com base em evidências e investigação fiável e acessível.
11	Garantir um melhor acesso, qualidade e uso de tecnologias e produtos médicos.
12	Fornecer liderança, reforçar a governação e promover parcerias e a colaboração com os países, o sistema das Nações Unidas e outros intervenientes, de modo a cumprir o mandato da OMS de fazer avançar a agenda mundial da saúde, conforme preconiza o Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho.
13	Desenvolver e manter a OMS como uma Organização flexível e de aprendizagem, permitindo-lhe levar a cabo o seu mandato com maior eficiência e eficácia



Quadro 2: Orçamento-Programa Aprovado 2010-2011: dotação por objectivo estratégico, fonte de financiamento e distribuição entre as Representações da OMS nos países e o Escritório Regional (em milhares de dólares americanos)

OE	Escritório Regional / EAI			Representações da OMS			Total da Região Africana		
	CF	CV	Total	CF	CV	Total	CF	CV	Geral Total
OE 1	4875	109 782	114 657	11 780	297 683	309 463	16 655	407 465	424 120
OE 2	4686	79 952	84 638	4662	118 908	123 570	9348	198 860	208 208
OE 3	3226	4446	7 672	4934	6838	11 772	8160	11 284	19 444
OE 4	5443	36 244	41 687	10 086	55 962	66 048	15 529	92 206	107 735
OE 5	1 563	22 403	23 966	1877	72 939	74 816	3440	95 342	98 782
OE 6	3218	6884	10 102	5151	8690	13 841	8369	15 574	23 943
OE 7	2102	1490	3 592	2961	1942	4903	5063	3432	8495
OE 8	1595	5405	7 000	3263	6072	9335	4858	11 477	16 335
OE 9	1729	17 372	19 101	2538	15 543	18 081	4267	32 915	37 182
OE 10	8100	32 407	40 507	10 933	72 595	83 528	19 033	105 002	124 035
OE 11	2457	3796	6253	2826	10 584	13 410	5283	14 380	19 663
OE 12	8847	6526	15 373	34 362	0	34 362	43 209	6526	49 735
OE 13	28 831	53 965	82 796	37 555	4836	42 391	66 386	58 801	125 187
TOTAL	76 672	380 672	457 344	132 928	672 592	805 520	209 600	1 053 264	1 262 864



NOTAS FINAIS

1. UNHCR Global Trends 2010. Geneva, United Nations Higher Commissioner for Refugees, 2011.
2. África do Sul, Angola, Benim, Botsuana, Burúndi, Camarões, Chade, Comoros, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Guiné Equatorial, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
3. África do Sul, Benim, Burúndi, Camarões, Etiópia, Gâmbia, Malawi, Mali, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda e Serra Leoa
4. Burkina Faso, Camarões, Chade, Mali, Níger e Nigéria
5. África do Sul, Angola, Benim, Burkina Faso, Burúndi, Comoros, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné Equatorial, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Senegal, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Zâmbia e Zimbabwe.
6. Burúndi, Gâmbia, Gana, Eritreia, Malawi e Zâmbia.
7. África do Sul, Argélia, Benim, Botsuana, Burúndi, Cabo Verde, Comoros, Congo, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Lesoto, Malawi, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Ruanda, Seychelles, Suazilândia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
8. Burkina Faso, Camarões, Chade, Guiné, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Uganda, Tanzânia e Zimbabwe.
9. África do Sul, Angola, Benim, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Cabo Verde, Comoros, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné Equatorial, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
10. África do Sul, Angola, Benim, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Comoros, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné Equatorial, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
11. África do Sul, Argélia, Benim, Botsuana, Camarões, Cabo Verde, Congo, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Lesoto, Libéria, Mauritânia, Moçambique, Quênia, República Democrática do Congo, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Seychelles, Suazilândia, Togo e Uganda.
12. África do Sul, Argélia, Angola, Benim, Burúndi, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné Equatorial, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
13. Angola, Camarões, Gana, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa e Zâmbia.



14. África do Sul, Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Comoros, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
15. Angola, Benim, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Guiné, Libéria, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Senegal, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
16. África do Sul, Botsuana, Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Guiné, Guiné-Bissau, Malawi, Mali, Moçambique, Namíbia, República Centro-Africana, Ruanda, Serra Leoa, Suazilândia, Togo, Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe.
17. Global HIV/AIDS response: Epidemic update and health sector progress towards Universal Access, Progress report 2011 - WHO, UNAIDS, UNICEF.
18. África do Sul, Angola, Botsuana, Burúndi, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quénia, República Democrática do Congo Suazilândia, Uganda, Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe.
19. África do Sul, Botsuana, Lesoto, Namíbia, Suazilândia, Tanzânia e Zimbabwe.
20. África do Sul, Botsuana, Etiópia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Quénia, Ruanda, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
21. África do Sul, Argélia, Angola, Botsuana, Burúndi, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Guiné Equatorial, Lesoto, Namíbia, Quénia, São Tomé e Príncipe, Tanzânia e Zâmbia.
22. Argélia, Benim, Burúndi, Eritreia, Gâmbia, Gana, Libéria, Madagascar, Malawi, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quénia, República Democrática do Congo, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Tanzânia e Zâmbia.
23. Argélia, Benim, Burúndi, Comores, Eritreia, Malawi, Maurícia, Quénia, República Democrática do Congo, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Seychelles, Tanzânia e Zâmbia.
24. Argélia, Burúndi, Gana, Namíbia, Quénia, São Tomé e Príncipe, Tanzânia e Zâmbia.
25. Argélia, Benim, Quénia, Seychelles and Tanzânia.
26. Angola, Benim, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Cabo Verde, Central Africa Republic, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Quénia, Lesoto, Madagascar, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
27. Etiópia, Gana, Malawi, Nigéria, Quénia, Ruanda, Tanzânia e Uganda.
28. África do Sul, Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Lesoto, Gabão, Guiné, Malawi, Mali, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Senegal, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
29. África do Sul, Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Cabo Verde, Chade, Comoros, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gana, Guiné, Guiné Equatorial, Lesoto, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia, e Zimbabwe.
30. África do Sul, Botsuana, Burkina Faso, Etiópia, Lesoto, Moçambique, Namíbia, Quénia e Suazilândia.
31. Botsuana, Burkina Faso, Camarões, Etiópia, Guiné, Lesoto, Libéria, Mali, Moçambique, Nigéria, Quénia, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal, Suazilândia, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.
32. África do Sul, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Etiópia, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Democrática do Congo, Ruanda, Tanzânia, Uganda, Senegal, Suazilândia, Zâmbia e Zimbabwe.

33. WHO Global TB report 2011.
34. África do Sul, Argélia, Botsuana, Cabo Verde, Eritreia, Madagáscar, Namíbia, São Tomé e Príncipe, Suazilândia, Ruanda, Zâmbia e Tanzânia (especificamente Zanzibar).
35. Burkina Faso, Madagáscar, Malawi, Níger, Quênia, República Democrática do Congo, Ruanda, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.
36. Burkina Faso, Burúndi, Eritreia, Gâmbia, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Níger, Quênia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Tanzânia e Zâmbia.
37. África do Sul, Argélia, Angola, Botsuana, Burkina Faso, Burúndi, Cabo Verde, Comores, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Libéria, Madagáscar, Mali, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda e Zâmbia.
38. Camarões, Comores, Etiópia e Mauritânia (cartão de pontuação da ALMA, Dezembro de 2011).
39. Angola, Moçambique, Zâmbia e Zimbabue.
40. África do Sul, Botsuana, Namíbia e Suazilândia.
41. The Global Fund – Making a difference- regional result report for sub-Saharan Africa, Geneva 2011.
42. ECSA, SADC, CEDEAO e CEEAC.
43. FNUAP e IAEA.
44. Winds of Hope, Hilfsaktion, IAPB, SSI, IDF, Right to Sight, World Heart Foundation, World Diabetes Foundation.
45. Etiópia, Guiné Equatorial, Mauritânia, Ruanda e Seychelles.
46. África do Sul, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burúndi, Cabo Verde, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Namíbia, Níger, Nigéria, Togo, Serra Leoa, Suazilândia, Zâmbia e Zimbabue.
47. Eritreia, Madagáscar, Mali, Namíbia, Níger, Ruanda, Tanzânia e Zimbabue.
48. Benim, Burkina Faso, Gabão, Madagáscar, Mali, Níger, Nigéria, República Centro-Africana, Senegal, Togo e Uganda.
49. Argélia, Benim, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Gabão, Guiné, Guiné-Bissau, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Níger, República Centro-Africana, Ruanda, República Democrática do Congo, Senegal e Togo.
50. UNICEF, OMS, Banco Mundial, UNDESA. Levels and Trends in Child Mortality: Report 2011 – Estimates Developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, New York, UNICEF 2011.
51. Argélia, Cabo Verde, Eritreia, Libéria, Madagáscar, Malawi, Maurícia e Seychelles.
52. Trends in Maternal Mortality 1990 to 2010; estimativas da OMS, UNICEF, FNUAP e Banco Mundial.
53. Benim, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Comoros, Congo, Etiópia, Gana, Guiné, Libéria, Madagáscar, Malawi, Moçambique, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Senegal, Ruanda, Togo, Tanzânia, Zâmbia e Zimbabue.
54. Benim, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné Equatorial, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Togo e Uganda.
55. Escritório Regional da para a África da Organização Mundial da Saúde, Relatório do Programa de Saúde Infantil: Avaliação do estado da implementação da Gestão ao Nível Comunitário de Casos de Pneumonia na Região Africana da OMS, Julho de 2011.
56. Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gana, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Níger, Nigéria, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal, Togo e Uganda.
57. UNICEF, Community Case Management of diarrhoea, malaria and pneumonia of sick children for sub-Saharan Africa in 2010: Data report of a desk based survey of UNICEF country offices, Julho 2011.

58. Cabo Verde, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Libéria, Mali, Mauritânia, República Democrática do Congo, Senegal e Togo.
59. África do Sul, Angola, Benim, Burkina Faso, Burúndi, Congo, Côte d'Ivoire, Gana, Guiné, Libéria, Malawi, Mali, Níger, Quênia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Togo e Tanzânia.
60. Botsuana, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Etiópia, Eritreia, Gana, Guiné, Madagascar, Namíbia, Zâmbia e Zimbabwe.
61. Botsuana, Camarões, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Eritreia, Gabão, Gana, Guiné, Lesoto, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Tanzânia, Togo, Zâmbia e Zimbabwe.
62. Botsuana, Eritreia, Namíbia, Suazilândia, Zâmbia e Zimbabwe.
63. Botsuana, Etiópia, Gana, Quênia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Nigéria, Suazilândia e Uganda.
64. Benim, Botsuana, Burkina Faso, República Centro-Africana, , Guiné Equatorial, Eritreia, Gâmbia, , Gana, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda e Zâmbia
65. Benim, Etiópia, Gabão, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Malawi, Namíbia, Senegal e Zimbabwe.
66. Angola, Benim, Burkina Faso, Burúndi, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Gabão, Malawi, Madagascar, Níger e Tanzânia.
67. Libéria, Malawi, Namíbia e África do Sul
68. Angola, Botsuana, Burkina Faso, Burúndi, Cabo Verde, Chade, Congo, Gabão, Gana, Lesoto, Libéria, Malawi, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
69. Angola, Botsuana, Burkina Faso, Etiópia, Gâmbia, Gana, Libéria, Malawi, Mali, Níger, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
70. Madagascar, Mali, Mauritânia, Ruanda, Tanzânia, Uganda e Zimbabwe.
71. Botsuana, Burkina Faso, Eritreia, Guiné Equatorial, Lesoto, Libéria, Mauritânia, Níger, Quênia, República Democrática do Congo, e Tanzânia.
72. Angola, Botsuana, Burkina Faso, Camarões, Chade, Congo, Etiópia, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Lesoto, Libéria, Maurícia, Malawi, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Senegal, Serra Leoa, Suazilândia, Ruanda, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
73. Argélia, Angola, Benim, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Cabo Verde, Chade, Comoros, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Senegal, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
74. África do Sul, Argélia, Benim, Burkina Faso, Burúndi, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Gana, Guiné, Lesoto, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Namíbia, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda, Sao Tome, Senegal, Serra Leoa, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
75. Congo, Mauritânia, Namíbia, Serra Leoa e Zimbabwe.
76. Eritreia, Mauritânia, Namíbia e Serra Leoa,
77. Burkina Faso, Congo, Quênia e Tanzânia
78. Burkina Faso, Chade, Comores, Etiópia, Madagascar, Namíbia e Togo.
79. África do Sul, Angola, Burkina Faso, Camarões, Congo, Gana, Guiné, Madagascar, Mali, Níger, Nigéria, Quênia, Senegal, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.
80. Gana, Quênia, Senegal e Zâmbia.

81. África do Sul, Angola, Mauritânia, Quênia e Uganda.
82. Botsuana, Gana, Lesoto, Malawi e Namíbia.
83. Gana, Gâmbia, Nigéria e Uganda.
84. Benim, Botsuana, Cabo Verde, Mauritânia e São Tomé e Príncipe.
85. Comores, Eritreia, Gâmbia, Libéria, República Centro-Africana, Tanzânia (especificamente Zanzibar) e Togo.
86. Guiné Equatorial, Namíbia, Senegal, Suazilândia e Zimbabwe.
87. Guiné-Bissau, Mali, Moçambique e Serra Leoa.
88. Botsuana, Moçambique, Namíbia, Quênia, Ruanda, Suazilândia, Uganda e Zimbabwe.
89. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, 21 October, 2011, Rio de Janeiro, Brazil.
90. Benim, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Mali, Mauritânia, Níger, Nigéria, República Democrática do Congo, Senegal, Serra Leoa e Togo.
91. Etiópia, Gana, Lesoto e Tanzânia.
92. Comores, Senegal, Níger, Gabão e São Tomé e Príncipe.
93. África do Sul, Botsuana, Burkina Faso, Camarões, Etiópia, Gabão, Gana, Gâmbia, Malawi, Mali, Moçambique, Nigéria, Quênia, Ruanda, Senegal, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
94. Angola, Camarões, Congo, Eritreia, Etiópia, Gana, Lesoto, Madagáscar, Mali, Moçambique, República Democrática do Congo, Serra Leoa e Tanzânia.
95. África do Sul, Benim, Botsuana, Burúndi, Comores, Gâmbia, Guiné, Nigéria e Seychelles
96. África do Sul, Angola, Benim, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Lesoto, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Togo, Uganda e Zimbabwe.
97. África do Sul, Argélia, Angola, Botsuana e Ruanda.
98. Angola, Benim, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, República Centro-Africana, Comores, Congo, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Quênia, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
99. Camarões, Congo, Etiópia, Mali, Moçambique, Quênia, República Democrática do Congo, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.
100. África do Sul, Benim, Etiópia, Mali e Quênia.
101. Benim, Côte d'Ivoire, Guiné, Guiné-Bissau, Mali, Mauritânia, Níger, Senegal and Togo.
102. Angola, Benim, Botsuana, Burúndi, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Guiné-Bissau, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícia, Namíbia, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal, Suazilândia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
103. Eritreia, Etiópia, Gana, Malawi, Nigéria, Quênia, Ruanda, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.
104. Benim, Burkina Faso, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Gabão, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Níger e República Centro-Africana, República Democrática do Congo e Senegal.
105. África do Sul, Angola, Botsuana, Lesoto, Moçambique, Namíbia, Seychelles, Suazilândia e Zimbabwe.
106. Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Cabo Verde, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Nigéria, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
107. Angola, Benim, Burkina Faso, Chade, Congo, Etiópia, Guiné-Bissau, Libéria, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.

108. África do Sul, Argélia, Angola, Botsuana, Burkina Faso, Burúndi, Chade, Comoros, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Guiné, Guiné Equatorial, Libéria, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda, Serra Leoa, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
109. Angola, Burúndi, Burkina Faso, Botsuana, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gana, Lesoto, Malawi, Mali, Moçambique, Namíbia, Quênia, Nigéria, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
110. África do Sul, Botsuana, Burúndi, Camarões, Côte d'Ivoire, Etiópia, Lesoto, Malawi, Mali, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, Senegal, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
111. Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Níger, Ruanda, Suazilândia, Tanzânia e Zimbabwe.
112. Côte d'Ivoire, Gana, Ruanda, Senegal, Tanzânia e Togo.
113. Benim, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Chade, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Mali, Namíbia, Quênia e Seychelles.
114. África do Sul, Argélia, Benim, Burkina Faso, Burúndi, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné Equatorial, Libéria, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Nigéria, Quênia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia, Togo e Uganda.
115. Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Madagáscar, Mali, Moçambique e Zâmbia.
116. Congo, Chade, Gabão, República Democrática do Congo, e Togo.
117. África do Sul, Botsuana, Burkina Faso, Burúndi, Cabo Verde, Eritreia, Etiópia, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Malawi, Mauritânia, Namíbia, Níger, Quênia, Ruanda, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda e Zâmbia.
118. Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burúndi, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gabão, Malawi, Mauritânia, Namíbia, Nigéria, Serra Leoa, Togo, Uganda e Zâmbia.
119. Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burúndi, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Níger, República Democrática do Congo, Serra Leoa, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
120. Burúndi, Burkina Faso, Chade, Comoros, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Malawi, Mauritânia, Níger, Nigéria, República Centro-Africana, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Togo, Zâmbia e Zimbabwe.
121. Burkina Faso, Etiópia, Gana, Lesoto, Madagáscar, Mauritânia, Níger, Quênia, Ruanda, Tanzânia, Togo, Uganda e Zâmbia.
122. Benim, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Etiópia, Quênia, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Togo, Uganda e Zâmbia.
123. Vide <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/about>
124. Chade, Congo, Eritreia, Gana, Libéria, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Serra Leoa, Seychelles, Zâmbia e Zimbabwe.
125. Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burúndi, Gana, Lesoto, Malawi, Mali, Namíbia, República Centro-Africana, Ruanda, Senegal, Suazilândia, Togo e Zâmbia.
126. Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Côte d'Ivoire, Moçambique, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, e Zâmbia.
127. Burúndi, Camarões, Chade, Comoros, Congo, Gâmbia, Gana, Guiné, Libéria, Malawi, Mali, Mauritânia, Namíbia, Níger, Quênia, República Centro-Africana, Senegal, Togo, Serra Leoa, Zâmbia e Zimbabwe.
128. Angola, Benim, Burkina Faso e Senegal.
129. Camarões, Congo, Mali e Serra Leoa.
130. International Journal of Technology Assessment in Health Care (2010), 26: pp. 229-232.

131. www.andi-africa.org: African Institute of Biomedical Science and Technologies, Council for Scientific and Industrial Research, Institute of Medicinal Research and Medicinal Plants Studies, Institute of Primate Research, Themba LABS, Themba Pharmaceuticals Ltd, Joint Clinical Research Centre, Quênia Medical Research Institute, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Makerere University, National Centre for Research, National Institute for Pharmaceutical R&D, Nogochi Memorial Institute for Medical Research, África do Sul Medical Research Council, Theodor Bilharz Research Institute, Trypanosomiasis Research Centre, University of Bamako, University of Buea, University of Cape Town (3 centros), University of Ibadan, University of Lagos, University of Maurícia, University of Stellenbosch (2 centros), University of the Witwatersrand (2 centros), University of Zâmbia.
132. África do Sul, Argélia, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Gana, Madagáscar, Nigéria, República Centro-Africana, Senegal, Uganda e Tanzânia.
133. Botsuana, Burkina Faso, Cabo Verde, Etiópia, Quênia, Libéria, Níger, Nigéria, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda, Tanzânia e Togo.
134. See <http://apps.who.int/nha/database/StandardReportList.aspx>.
135. Botsuana, Madagáscar, Ruanda, Togo e Zâmbia.
136. Burúndi, Congo, Gana, Nigéria e Níger.
137. Inke Mathaur, et al. SAMJ, March 2011, Vol. 101, N°3.
138. Inke Mathaur, et al. International Social Security Review.
139. Tropical Medicine and International Health 10.1111/J.1365-3156.2011.02794.x.
140. Kirigia JM, et al. Assessment of productivity of hospitals in Botsuana: a Data Envelopment Analysis application.
141. Benim, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Comoros, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabão, Madagáscar, Malawi, Mali, Moçambique, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, Ruanda, República Democrática do Congo, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
142. Benim, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guiné, Mali, Mauritânia, Níger, Senegal e Togo.
143. Chade, Madagáscar, Mali, Quênia, Ruanda, Senegal, Tanzânia, Togo e Uganda.
144. Camarões, Etiópia, Malawi, Mali, Senegal e Uganda.
145. Burúndi, Côte d'Ivoire, Gana, Moçambique, Níger, Ruanda, Tanzânia e Zâmbia.
146. Botsuana, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Comoros, Côte d'Ivoire, Madagáscar, Malawi, Mali, Namíbia, Níger, Quênia, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
147. Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Comoros, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Senegal, Serra Leoa, Seychelles, Tanzânia, Togo, Zâmbia e Zimbabwe.
148. Etiópia, Malawi, República Centro-Africana, Serra Leoa e Senegal.
149. África do Sul, Benim, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Guiné, Madagáscar, Mali, Moçambique, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
150. Burkina Faso, Camarões, Congo, Côte d'Ivoire, Gana, Madagáscar, Moçambique, Níger, Nigéria, República Democrática do Congo, Tanzânia e Zâmbia.
151. Etiópia, Gana, Nigéria, Quênia, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.
152. Angola, Congo, República Democrática do Congo, Namíbia e Zâmbia.

153. África do Sul, Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burúndi, Chade, Côte d'Ivoire, Camarões, Comoros, Cabo Verde, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
154. África do Sul, Botsuana, Etiópia, Gâmbia, Gana, Namíbia, Tanzânia e Zimbabwe.
155. Burkina Faso, Mali, Níger e Senegal.
156. Botsuana, Camarões, Eritreia, Etiópia, Gana, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Quénia, Ruanda, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
157. Angola, Burúndi, Camarões, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gabão, Gâmbia, Guiné Equatorial, Lesoto, Madagáscar, Mauritânia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia, Togo e Uganda.
158. Etiópia, Gana, Nigéria, Quénia, Tanzânia, Uganda and Zâmbia.
159. Benim, Comores, Côte d'Ivoire, Eritreia, Mali, Maurícia, Moçambique, República Democrática do Congo, São Tomé e Príncipe, e Zimbabwe.
160. Burkina Faso, Chade, Etiópia, Mali and República Democrática do Congo, Senegal.
161. África do Sul, Botsuana, Burkina Faso, Camarões, Etiópia, Gabão, Gana, Gâmbia, Malawi, Mali, Moçambique, Nigéria, Quénia, Ruanda, Senegal, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
162. Cabo Verde, Moçambique, Ruanda e Tanzânia.
163. Benim, Botsuana, Burkina Faso, Comoros, Lesoto, Libéria, Malawi, Namíbia, Serra Leoa e Zâmbia.
164. Angola, Chade, República Democrática do Congo e Nigéria.
165. Guiné Equatorial, Namíbia, Senegal, Suazilândia e Zimbabwe.
166. Botsuana, Moçambique, Namíbia, Quénia, Ruanda, Suazilândia, Uganda e Zimbabwe.
167. Guiné-Bissau, Mali, Moçambique e Serra Leoa.
168. Madagáscar, Maurícia, São Tomé e Príncipe, e Seychelles.
169. Implementação da Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica na Região Africana: Situação Actual e Perspectivas de Futuro; (AFR/RC55/13); 17 Junho 2005.
170. África do Sul, Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burúndi, Camarões, Cabo Verde, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Maurícia, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda e Zâmbia.
171. África do Sul, Benim, Burúndi, Camarões, Etiópia, Gâmbia, Quénia, Malawi, Mali, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda e Serra Leoa.
172. WHO, UNICEF and UNAIDS. Towards universal access: scaling up priority interventions in the health sector: progress report 2010. Geneva, World Health Organization, 2010. p.88.
173. África do Sul, Argélia, Botsuana, Cabo Verde, Eritreia, Madagáscar, Namíbia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Suazilândia, Tanzânia (especificamente Zanzibar) e Zâmbia.
174. United Nations Children's Fund, The State of the World's Children: Adolescence an Age of Opportunity, UNICEF, New York, 2011.
175. Chade, Etiópia, Nigéria e República Democrática do Congo,.
176. África do Sul, Botsuana, Gana, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Moçambique, Namíbia e Zimbabwe.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
Escritório Regional para a África
Brazzaville 2012