

ACTIVIDADES DA
OMS NA REGIÃO AFRICANA
Relatório Bienal da Directora Regional



2016-2017



Organização
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL da África

ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA: 2016–2017

RELATÓRIO DA DIRECTORA REGIONAL

ISBN: 978-929034112-3

© Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, 2017

Reservados alguns direitos. Este trabalho está disponível sobre licença da Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Nos termos desta licença, este trabalho pode ser copiado, redistribuído e adaptado para fins não comerciais, desde que seja adequadamente citado, como indicado em baixo. Em qualquer utilização deste trabalho, não deverá haver qualquer sugestão de que a OMS apoia quaisquer organizações, produtos ou serviços específicos. A utilização do logótipo da OMS não é permitida. Se o trabalho for adaptado, será preciso licenciar o novo trabalho sob a mesma licença ou equivalente da Creative Commons. Se for criada uma tradução deste trabalho, deverá ser acrescentada a seguinte isenção de responsabilidade, juntamente com a citação sugerida: "Esta tradução não foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não se responsabiliza pelo conteúdo ou fidelidade desta tradução. A edição original em inglês será a edição vinculativa e legítima".

Qualquer mediação relativa à resolução de litígios que possam surgir nos termos da licença será realizada ao abrigo das regras de mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual.

Sugestão de citação: Actividades da OMS na Região Africana, 2016 - 2017: Relatório da Directora Regional. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dados de Catalogação na Publicação (CIP). Os dados CIP estão disponíveis em <http://apps.who.int/iris>.

Vendas, direitos e licenciamento. Para comprar publicações da OMS, consulte <http://apps.who.int/bookorders>. Para apresentar pedidos de uso comercial, e dúvidas sobre direitos e licenciamento, consulte <http://www.who.int/about/licensing>.

Material de terceiros. Para a reutilização de material deste trabalho pertencente a terceiros, como quadros, figuras e imagens, cabe ao utilizador determinar se é necessária permissão para essa reutilização e obter a permissão do proprietário dos direitos autorais. O risco de incorrer em pedidos de indemnização por violação dos direitos de autor relativos a qualquer componente que seja propriedade de terceiros cabe exclusivamente ao utilizador.

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

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

A OMS 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 OMS ser considerada responsável por prejuízos que decorram da sua utilização.

Impresso em África do Sul

Índice

Siglas e acrónimos	iii
Mensagem da Directora Regional	v
Resumo	ix
Introdução	1
Execução do Orçamento-Programa 2016-2017	3
Realizações significativas por categoria de actividade	5
3.1 Categoria 1: Doenças transmissíveis	5
3.2 Categoria 2: Doenças não transmissíveis	13
3.3 Categoria 3: Promoção da saúde ao longo da vida	19
3.4 Categoria 4: Sistemas de saúde	29
3.5 Categoria 5: Programa para as Emergências Sanitárias	37
3.6 Categoria 6: Serviços empresariais e funções facilitadoras	45
Conclusão e perspectivas futuras	53
Anexo 1: Selecção de publicações da OMS AFRO por Grupo Orgânico	57
Notas finais	61

Índice

Lista de quadros

Quadro 1: Execução orçamental do OP 2016-2017 a 30 de Junho de 2017 (em milhares de dólares)	4
---	---

Lista de figuras

Figura 3.1.1: Países que aplicam as recomendações da OMS “Tratar de Todos”	5
Figura 3.1.2: Tratamentos e cuidados para pacientes com VIH/TB, 2002–2015	8
Figura 3.2.1: Situação dos planos de acção multisectoriais relativos às DNT na Região Africana	14
Figura 3.3.1: Cobertura da DTP3 na Região Africana, 2016 contra 2015	25
Figura 3.3.2: Atrasos que contribuíram para a mortalidade materna no Congo, 2016	27
Figura 3.5.1: Ocorrências de saúde pública, 2016-2017	38

Siglas e acrónimos

AICS	Reforço da Responsabilidade e do Controlo Interno	JEE	Avaliações Externas Conjuntas
AIDI	Atenção Integrada às Doenças da Infância	NMLCP	Nutrição materna, dos lactentes e das crianças pequenas
AEQ	Avaliação externa da qualidade	OAFLA	Organização das Primeiras-damas Africanas contra o VIH/SIDA
BMGF	Fundação Bill e Melinda Gates	ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
CEA	Comissão Económica das Nações Unidas para a África	ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
CEDEAO	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental	OIE	Organização Mundial da Saúde Animal
CFD	Cooperação Financeira Directa	OOAS	Organização Oeste-Africana da Saúde
CQCT	Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco	PAV	Programa Alargado de Vacinação
CUS	Cobertura Universal de Saúde	PAV/AIDI	Programa Alargado de Vacinação e Atenção Integrada às Doenças da Infância
DNT	Doenças não transmissíveis	PERV	Plano Estratégico Regional de Vacinação
DTN	Doenças tropicais negligenciadas	PGT	Programa Geral de Trabalho
DTP	Vacina contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa	PIE OMS	Pacote de Intervenções Essenciais da OMS contra as DNT
DVE	Doença por vírus Ébola	QP-DTN	DTN receptivas à quimioterapia preventiva
ESPEN	Projecto Especial Alargado para a Eliminação das Doenças Tropicais Negligenciadas	RAM	Resistência antimicrobiana
eTMI	Eliminação da transmissão materno-infantil	RCEV	Registo Civil e Estatísticas Vitais
EVIPNet	Rede para Políticas Informadas por Evidências	RMTI	Redes mosquiteiras tratadas com insecticidas
FACE	Formulário de autorização do financiamento e certificação da despesa	RSI	Regulamento Sanitário Internacional
FAO	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação	RHS	Recursos Humanos para a Saúde
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia Obstetrícia	SARA	Avaliações da disponibilidade e prontidão dos serviços
GCI	Grupo consultivo independente	SAV	Semana Africana de Vacinação
GFATM	Fundo Mundial de Luta contra a Sida, Tuberculose e Paludismo	SMNIA	Saúde Materna, Neonatal, Infantil e dos Adolescentes
GOARN	Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surtos Epidémicos da OMS	TAR	Tratamento anti-retroviral
GVAP	Plano Mundial de Acção para as Vacinas	TB	Tuberculose
HHA	Harmonização para a Saúde em África	TB-MR	Tuberculose multirresistente
HiAP	“saúde em todas as políticas»	UIT	União Internacional das Telecomunicações
HPV	Vírus do Papiloma Humano	USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
iCCM	Gestão integrada de casos a nível comunitário	VRID	Vigilância e Resposta Integrada às Doenças
IGAD	Autoridade Intergovernamental para o Desenvolvimento	WHE	Programa da OMS para as Emergências Sanitárias
IRIS	Repositório institucional da OMS para a partilha mundial de informação	WISN	Indicadores de volume de trabalho na determinação de necessidades de pessoal (método)

Na Sala do Centro estratégico de operações sanitárias (SHOC) sito na Representação da OMS na RDC em Kinshasa, a Dr.^a Moeti, acompanhada pelo respectivo representante e outros peritos, debate questões no sentido de dar resposta rápida, eficiente e coerente ao recente surto de doença por vírus Ébola na zona sanitária de Likati, província do Baixo Uele, e de lhe pôr fim



mensagem da Directora Regional

O presente Relatório Bienal dá uma panorâmica geral do contributo da OMS na Região Africana para a melhoria da saúde nos países, mediante o apoio prestado aos Estados-Membros em colaboração com parceiros do desenvolvimento no domínio da saúde. As actividades realizaram-se num período de crescente optimismo, tendo o balanço dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio realçado os progressos significativos realizados pelos países africanos, inclusive na redução de novos casos de infecções com o VIH, nomeadamente entre pessoas jovens, e da mortalidade infantil associada ao VIH. O lugar ocupado pela saúde na agenda mundial do desenvolvimento continua a progredir. Aliás, durante a cimeira que os reuniu este ano na Alemanha, os Chefes de Estado do G20 assinalaram esse facto e comprometeram-se a uma acção comum para precaver as crises sanitárias, fortalecer os sistemas de saúde e combater a resistência antimicrobiana. Pelo seu lado, os Chefes de Estado da União Africana aprovaram declarações relativas à vacinação e ao Regulamento Sanitário Internacional, respectivamente em Janeiro e Julho de 2017.

Os Estados-Membros da Região Africana souberam aproveitar as oportunidades abertas graças ao reconhecimento mundial da urgência em melhorar a capacidade e a prontidão dos países para lidar com os surtos de doenças e as emergências de saúde pública. Algo que o trágico surto de doença por vírus Ébola na África Ocidental veio evidenciar. Temos liderado avaliações independentes das capacidades nacionais e estamos a apoiar o desenvolvimento de planos no intuito de colmatar as lacunas existentes; esta iniciativa ajudará a mobilizar os recursos necessários, a aproximar os países dos requisitos do RSI e a assegurar que uma epidemia com tamanha magnitude não se volte a repetir. A reformulação do Programa da OMS para as Emergências Sanitárias tem evoluído a bom ritmo, inclusivamente já demonstrou melhor eficácia e rapidez na ajuda ao controlo dos surtos de meningite, febre de Lassa, febre do Vale do Rift, cólera e febre-amarela na Região.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Moeti', positioned below the portrait.

Dr.^a Miatshidiso Moeti,
Directora Regional da OMS para África

mensagem da Directora Regional



A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável introduziu novas oportunidades. O Objectivo de Desenvolvimento Sustentável nº3 – “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar” – encontra-se no cerne dos demais, prometendo sinergias através de medidas e acções multissetoriais. Durante este biénio, o trabalho desenvolvido para ajudar os países a consolidarem os blocos constitutivos de um sistema de saúde resiliente – por exemplo, quanto ao financiamento através das Contas Nacionais da Saúde e ao desenvolvimento de estratégias financeiras nacionais para o sector da saúde ou ainda quanto a observatórios nacionais de recursos humanos para a saúde e à sua contabilização de maneira a sustentar políticas e estratégias inovadoras para distribuir, reter e motivar devidamente os profissionais de saúde nos países – lançou os alicerces para a utilização do marco definido pela Cobertura Universal de Saúde (CUS) e pelos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e que foi alvo de acordo entre Estados-Membros, parceiros e peritos, no intuito de caminhar para a CUS. A OMS concebeu várias ferramentas no sentido de promover acções transversais a diversos sectores do desenvolvimento, destinadas a melhorar os resultados no domínio da saúde, e que irão permitir aos países lidar com os determinantes socioeconómicos da saúde, logo melhorar a saúde e o bem-estar.

O uso exponencial de tecnologias da informação na Região, em várias áreas do desenvolvimento, abre perspectivas estimulantes. Para beneficiar das tecnologias digitais e acelerar os progressos em diversos campos, nomeadamente na vigilância das doenças, na

mensagem da Directora Regional

formação e supervisão dos profissionais de saúde, no encaminhamento do processo clínico dos pacientes para médicos especialistas em longínquos hospitais urbanos, na assistência ao doente para favorecer a adesão ao tratamento, no apoio aos países para desenvolverem estratégias nacionais de ciber saúde (eHealth). O nosso recente acordo de parceria com a União Internacional das Telecomunicações facilitará a mobilização de recursos e capacidades de modo a alargar o âmbito do referido apoio.

Apesar destas oportunidades, a OMS na Região Africana continua a trabalhar num contexto complexo e multifacetado. A Região é desproporcionadamente propensa a surtos de doenças e enfrenta mais de cem ocorrências de saúde pública por ano. A carga de doenças transmissíveis permanece alta e tanto o desenvolvimento como o rápido alastramento da resistência antimicrobiana constituem uma ameaça, crescente e veloz, para a segurança sanitária. As doenças não transmissíveis (DNT) e as lesões vão aumentando, conquanto a aplicação de medidas políticas e fiscais destinadas a preveni-las se têm revelado inadequadas e os sistemas de saúde não estão adaptados para cuidar de doenças crónicas. As alterações climáticas têm forte impacto sobre a saúde na Região, particularmente no que diz respeito a comunidades, de si, vulneráveis a diferentes factores económico-sociais.

Continuaremos a concentrar a nossa atenção no aconselhamento político baseado nas normas e directrizes da OMS, ajudando assim a desenvolver capacidades em termos de liderança, gestão e oferta de serviços nos países, gerando dados que esclareçam as acções e promovendo as parcerias. Estas medidas dirigir-se-ão a todo o espectro de áreas programáticas, seja na redução de afecções e mortes evitáveis ao longo da vida, no controlo, na eliminação e erradicação de doenças transmissíveis sempre que necessário ou no apoio ao estabelecimento de sistemas de saúde resilientes com sólidas funções de saúde pública. O nosso trabalho continuará a ser impulsionado pela Agenda de Transformação, à medida que avançamos para a Organização eficiente, dinâmica e responsável que, na vossa qualidade de Estados-Membros e de partes interessadas e intervenientes, almejamos.

Por fim, ao apresentar o presente relatório à 67ª sessão do Comité Regional da OMS, não posso deixar de manifestar a minha sincera gratidão aos Estados-Membros e aos parceiros pelo seu inestimável apoio e incentivo durante todo este período. Aos funcionários dos meus serviços, aprez-me referir a sua dedicação, o seu empenho e trabalho árduo que muito valorizamos, pedindo-lhes que continuem a sua excelente obra na prossecução da nossa causa em prol da melhoria da saúde e do bem-estar de todas as pessoas e populações da Região Africana.





resumo

A Directora Regional tem o prazer de apresentar este relatório sobre as actividades da OMS na Região Africana no período que medeia entre Janeiro de 2016 e Junho de 2017. O relatório descreve as realizações significativas alcançadas no âmbito das seis categorias do 12º Programa Geral de Trabalho para apoiar o desenvolvimento da saúde nos Estados-Membros da Região Africana. Reflecte, ainda, os contributos do Escritório Regional bem como das Representações da OMS nos países, incluindo das Equipas de Apoio Inter-países.

“ A OMS na Região Africana está empenhada em trabalhar com os seus Estados-Membros e parceiros para produzir resultados que transformem a saúde de todas as pessoas em África através da Cobertura Universal de Saúde e atingir os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

Dr.ª Miatshidiso Moeti
Directora Regional da OMS para África



Dr Matshidiso Moeti
WHO Regional Director for Africa





Uma equipa da resposta de emergência da OMS carrega suprimentos num voo do Serviço Aéreo da Ajuda Humanitária da ONU com destino à zona sanitária de Likati, província do Baixo Uele, no norte da RDC, em resposta ao recente surto de doença por vírus Ébola

NOVO PROGRAMA DA OMS PARA AS EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS (WHE), UM PRENÚNCIO DE MELHORIAS SIGNIFICATIVAS EM MATÉRIA DE SEGURANÇA SANITÁRIA

Com mais de 150 ocorrências de saúde pública em 2016-2017, incluindo surtos como os de meningite, febre de Lassa e cólera, sem esquecer os efeitos sobre a saúde da seca, das inundações e da insegurança alimentar, a Região Africana lida com mais eventos sanitários do que qualquer outra região. A OMS levou a cabo importantes reformas no campo da segurança sanitária, permitindo à Organização adequar-se melhor à sua finalidade e fazer frente às ameaças globais com que a saúde se depara. Pôde assim conceder um apoio mais eficiente aos países na sua resposta a surtos e situações de emergência. Em 2016, o Escritório Regional coordenou o destacamento de mais de 2500 especialistas, respondendo a graves ocorrências de saúde pública, incluindo de Ébola, febre-amarela, cólera e febre do Vale do Rift.

Em várias crises humanitárias, a OMS apoiou a resposta em termos de saúde pública, chegando a mais de seis milhões de refugiados e deslocados internos na Região. Em 2016, a OMS, a par dos Ministérios da Saúde e dos seus parceiros em Angola e na República Democrática do Congo (RDC), conseguiu em poucos meses vacinar mais de

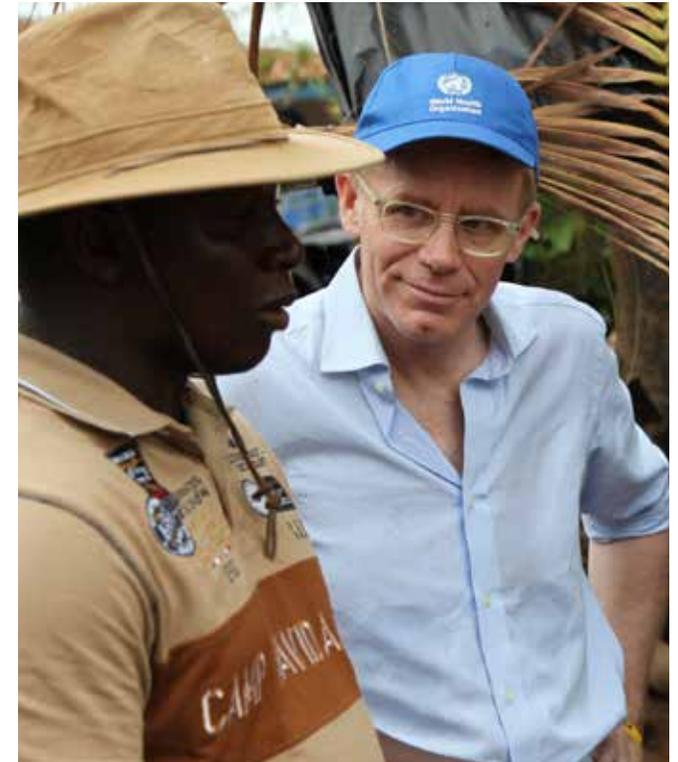
30 milhões de pessoas para pôr cobro ao maior surto de febre-amarela de sempre. Além disso, a utilização excepcional da dosagem fraccionada de emergência permitiu controlar o surto em Kinshasa, na RDC, apesar da escassez de vacinas. Esta abordagem inovadora poderá salvar vidas no quadro de futuros surtos. A investigação prossegue de modo a ser determinada a duração da imunidade conferida pela dose fraccionada.

O Sistema de Gestão de Incidentes utilizado para dar resposta às ocorrências de saúde pública tem permitido maior coordenação assim como o envio mais rápido de especialistas que possam prestar assistência em situações de surtos e emergências. Em Maio de 2017, a RDC confirmou um novo surto de Ébola. No prazo de 48 horas após a notificação, a Representação nacional da OMS na RDC e o Programa da OMS para as Emergências Sanitárias já estavam a trabalhar sintonia com o Governo e os parceiros para estabelecer um sistema de alerta e de resposta na zona sanitária de Likati, perto da fronteira com a República Centro-Africana. Tanto que o surto foi debelado em dois meses.

Ao utilizar a nova ferramenta das Avaliações Externas Conjuntas (JEE), a OMS, com os parceiros, avaliou e identificou falhas ao nível das capacidades essenciais de 18 países na detecção e resposta a ameaças de saúde pública, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005). As JEE serviram de base para a elaboração de planos nacionais abrangendo

toda a gama de perigos e emergências no intuito de colmatar essas lacunas, estando agora os países em posição de mobilizar recursos para as enfrentar.

A Organização tem estado a mobilizar recursos com vista ao recrutamento do pessoal necessário no âmbito da reforma do Programa para as Emergências Sanitárias, conforme foi aprovado pelos Estados-Membros, e à consolidação deste arranque positivo.



ANTENATAL CLINIC

ANTENATAL
CLINIC
↓



resumo

REFORÇAR OS SISTEMAS DE SAÚDE RUMO À COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE (CUS)

Durante este biénio, as actividades executadas no reforço dos sistemas de saúde concentraram-se em alavancar os avanços rumo à Cobertura Universal de Saúde (CUS) e à consecução dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Vários processos permitiram o desenvolvimento de um marco para nortear as acções empreendidas pelos países, juntamente com os parceiros, na edificação de sistemas de saúde resilientes com financiamento acrescido, garantindo um acesso equitativo a serviços de saúde de boa qualidade, preparados para conter surtos e dar resposta às emergências de saúde pública.

No mês de Dezembro de 2016 deu-se um passo significativo quando a OMS AFRO organizou o primeiríssimo Fórum Regional sobre o Reforço dos Sistemas de Saúde para a consecução dos ODS e da CUS, em Windhoek, na Namíbia. Nessa ocasião, foi acordado com altos funcionários do Ministério da Saúde de todos os 47 Estados-Membros e parceiros o quadro que, doravante, servirá doravante para guiar as acções dos países na sua abordagem dos ODS.

Esse quadro assentou num estudo de referência sem precedentes que coligiu dados relativos a cada um dos Estados-Membros e será utilizado para desenvolver um método de monitorização para documentar os progressos conseguidos em relação à CUS e ao ODS nº3.

A OMS prestou apoio aos países na elaboração das Contas Nacionais da Saúde, que melhoram a disponibilidade de dados relevantes para tomar decisões, com base em elementos concretos, sobre estratégias de financiamento mais justas para a saúde, salientando o aumento dos recursos internos e da protecção financeira às populações. A Directora Regional, juntamente com a Comissão Económica das Nações Unidas para a África, organizou um evento de alto-nível em prol do financiamento da saúde na Região. Teve por objectivo entender as perspectivas dos Ministérios das Finanças e criar um consenso relativamente ao financiamento sustentável da saúde. Dados preliminares de um relatório da OMS indicaram que, em 2015, por motivos de saúde, o Produto Interno Bruto de África sofreu um revés na ordem dos 3 biliões de dólares. A consecução das metas dos ODS deveria minorar esse prejuízo em pelo menos 47%. As delegações identificaram áreas de acção conjunta e acentuaram a importância de os Ministérios da Saúde e os Ministérios das Finanças trabalharem em estreita cooperação.

Outras áreas prioritárias em relação às quais foram tomadas medidas durante o período em apreço incluem: o apuramento das Contas Nacionais de profissionais de saúde de modo a gerar dados para orientar a melhoria das políticas de recursos humanos para a saúde; o aumento do acesso a medicamentos essenciais; a criação de uma capacidade regulamentar nos países; e o fortalecimento das estatísticas vitais e dos sistemas de informação sanitária.

A Directora Regional, juntamente com a Comissão Económica das Nações Unidas para a África, organizou um evento de alto-nível em prol do financiamento da saúde na Região. Teve por objectivo entender as perspectivas dos Ministérios das Finanças e criar um consenso relativamente ao financiamento sustentável da saúde. Dados preliminares de um relatório da OMS indicaram que, em 2015, por motivos de saúde, o Produto Interno Bruto de África sofreu um revés na ordem dos 3 biliões de dólares. A consecução das metas dos ODS deveria minorar esse prejuízo em pelo menos 47%.



COMBATER A RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA (RAM) EM ÁFRICA

A resistência antimicrobiana é um problema que paira à escala planetária, tendo sérias repercussões no insucesso do tratamento, no aumento dos custos e no peso acrescido da doença, algo a que os países precisam de dar mais atenção. Entre outras coisas, na Região Africana, a RAM está associada à administração irrazoável de agentes antimicrobianos, a práticas deficientes de prevenção e controlo das infecções em meio hospitalar e nas comunidades, assim como à qualidade insuficiente dos agentes antimicrobianos. Reconhecendo esta situação, a OMS tem estado a dar apoio a 44 países para que desenvolvam planos nacionais de acção (PNA) relativos à resistência antimicrobiana de acordo com o Plano de Acção Mundial, bem como a mobilizar fundos catalíticos, o que permitiu a 25 países iniciar o processo de formulação do seu próprio PNA. Em consequência, foram já aprovados ou aguardam aprovação pelas instâncias nacionais os PNA de dez países. A OMS tem trabalhado arduamente para que os 47 Estados-Membros, na sua totalidade, tenham os respectivos programas de trabalho até Maio de 2018.

A ameaça da tuberculose multirresistente (TB-MR) é deveras grave e agravará ainda mais os elevados níveis de incidência, prevalência e mortalidade *per capita* provocados pela tuberculose em África. A tuberculose multirresistente constitui um problema crescente e implica um tratamento muito dispendioso. No período em apreço, a OMS trabalhou com os países para melhorarem a sua capacidade de detecção da TB-MR e da tuberculose extensivamente resistente (TB-XDR).

Em colaboração com os parceiros da Iniciativa Mundial de Laboratórios em África (GLI), a OMS publicou um Quadro Regional para o Fortalecimento dos Serviços Laboratoriais para a Tuberculose (2016-2020) visando melhorar as capacidades de diagnóstico nos países.

Foram criados programas de tratamento da TB-MR em 40 dos 44 países que alguma vez notificaram um caso de TB-MR. Para melhorar os resultados do tratamento, 11 países da Região trabalharam com a

OMS e outros parceiros na aplicação experimental regimes de tratamento de curta duração da TB-MR. A OMS usou os elementos factuais para recomendar que se encurtasse de 24 para 9-12 meses o tratamento da TB-MR. Custando menos de metade do preço do tratamento de longa duração, espera-se que o novo regime melhore os resultados e reduza a mortalidade graças a uma maior adesão ao tratamento e a menos abandonos terapêuticos.

A resistência antimicrobiana (RAM) é um problema que paira à escala planetária, tendo sérias repercussões no insucesso do tratamento, no aumento dos custos e no peso acrescido da doença, algo a que os países precisam de dar mais atenção.





PROTEGER AS CRIANÇAS DA DOENÇA E DA MORTALIDADE

A vacinação constitui uma intervenção de saúde pública crucial, salvando todos os anos milhões de vidas na Região Africana. Na sequência da vacinação infantil contra o rotavírus e da melhoria da qualidade da água, do saneamento e da higiene de base, sete países registaram quedas substanciais em determinadas doenças, principalmente diarreicas, associadas à infecção por rotavírus e a outras causas. A OMS e os parceiros apoiaram a inclusão das vacinas pneumocócica conjugada e contra o rotavírus nos planos nacionais de vacinação, respectivamente, em 38 e 31 países. A vacina RTS,S, cuja protecção parcial contra o *Plasmodium falciparum*, parasita causador do paludismo, em crianças pequenas ficou demonstrada, será testada no Quênia, no Maláui e no Gana em 2018 e espera-se que contribua para reduzir a mortalidade infantil.

Apesar das taxas nacionais de cobertura vacinal serem altas em muitos países, uma em cada cinco crianças continua a não ter acesso a todas as vacinas de que precisa. Persistem injustiças, com défices importantes de cobertura associados ao rendimento dos agregados familiares e à educação das mães. Revelando grande determinação política, os Chefes de Estado africanos ratificaram a Declaração de Adis Abeba sobre Vacinação (ADI) por ocasião da Cimeira da União Africana em Janeiro de 2017.

Esse compromisso alentador quanto a um maior investimento interno para atingir o acesso universal à vacinação em África será alvo de acompanhamento para ser vertido em medidas nos países.

Foi ampliado o reforço de capacidades das intervenções comunitárias para melhorar a saúde infantil, incluindo a Gestão integrada de casos a nível comunitário (iCCM), o que levou a aumentar a identificação das crianças expostas à TB e ao VIH em países onde a incidência é elevada. Tratar dos bebés doentes ao nível da comunidade, quando o seu encaminhamento não é exequível, é outra das áreas que tem merecido especial atenção. Redimensionar o tratamento comunitário do paludismo, da diarreia e da pneumonia a nível infantilelevou o número de crianças tratadas atempadamente.

O acesso equitativo a cuidados de saúde de boa qualidade é fundamental para alcançar a CUS. Em Fevereiro de 2017, a OMS lançou uma Rede de Cuidados de Qualidade envolvendo inicialmente nove países de todo o mundo, sete dos quais pertencem à Região Africana. Esta rede tem por objectivo melhorar os serviços destinados a mães, recém-nascidos, crianças e adolescentes, assim como reduzir para metade a mortalidade materna e neonatal nas unidades de saúde no prazo de cinco anos.





resumo

BATER-SE PELA ELIMINAÇÃO E ERRADICAÇÃO DE DOENÇAS

Apesar de mais duramente afectados pelas doenças transmissíveis, os Estados-Membros da Região Africana adoptaram metas ambiciosas destinadas a pôr fim, eliminar e erradicar doenças prioritárias. Após a divulgação, em 2016, das orientações consolidadas da OMS sobre a prevenção e o tratamento do VIH, os Estados-Membros estão a alterar rapidamente as suas políticas relativas ao VIH para integrar as recomendações “Tratar de Todos” no sentido de iniciar, sem demora, a terapia anti-retroviral (TAR) em pacientes seropositivos. Isso levou à expansão da cobertura da TAR, tanto que hoje 13,8 milhões de pessoas beneficiam da TAR na Região Africana, o que contribui para reduzir de 800 mil, em 2015, para cerca de 720 mil, em 2016, o número de mortes relacionadas com o VIH.

A OMS deu prioridade às doenças tropicais negligenciadas (DTN), atendendo ao seu impacto sobre as pessoas mais pobres e, graças a um apoio mundial sem precedentes, algumas delas estão na iminência de serem eliminadas. Em Julho de 2016, a OMS celebrou o triunfo sobre a cegueira dos rios (oncocercose) que pôde ser vencida após mais de 40 anos de esforços incessantes, e está agora a trabalhar com os países e parceiros no intento de erradicar esta doença. O Togo foi o primeiro país da Região Africana a conseguir a validação da OMS relativa à eliminação da filaríase linfática enquanto problema de saúde pública.

Foi o primeiro ano em que o Mali, um dos quatro países onde o verme da Guiné (dracunculose) ainda é endémico, não notificou caso nenhum.

O Projecto Especial Alargado para a Eliminação das Doenças Tropicais Negligenciadas (ESPEN) trabalha com parceiros para apoiar a eliminação das cinco doenças receptivas à quimioterapia preventiva: oncocercose, filaríase linfática, esquistossomose, helmintíase transmitida pelo solo e tracoma. O ESPEN aproveitou doações de medicamentos para proceder a uma administração em massa de medicamentos (AMM), tendo abrangido 8,5 milhões de pessoas através do apoio directo à AMM em 12 países. Com a utilização de sistemas de gestão do abastecimento, o ESPEN resgatou 132 milhões de comprimidos previamente dados como desaparecidos, poupando assim nos custos do programa. Foi elaborado o primeiro atlas de referência para a Região Africana sobre a endemicidade das cinco QP-DTN, inclusive passou a estar disponível na Internet um portal para todas as partes interessadas que trabalham com as DTN.

Grças aos esforços do programa prioritário, sediado no gabinete da Directora Regional, a OMS trabalha para ajudar o continente africano a livrar-se da poliomielite até 2019. Após a detecção de quatro casos de poliovírus selvagem em zonas inseguras do norte da Nigéria, foram realizadas campanhas sincronizadas de vacinação nos países da bacia do Lago Chade.

A resposta sub-regional nessa zona foi um exemplo de boas práticas, já que o envolvimento total dos líderes políticos e comunitários foi fundamental para o sucesso das campanhas. Além disso, para evitar a propagação a outros países, foi levada a cabo a maior campanha de sempre contra a poliomielite em África, em que mais de 190 mil vacinadores imunizaram mais de 116 milhões de crianças com idade inferior a cinco anos em 13 países da África Ocidental e Central. Esta acção evitou novos casos de poliovírus selvagem. A vigilância está a ser reforçada em todos os países, pois o mundo entrou na contagem decrescente para a erradicação da poliomielite e os recursos até então dedicados à poliomielite estão a ser transferidos para apoiar outros programas de saúde pública.



ABORDAR OS DETERMINANTES AMBIENTAIS DA SAÚDE



A África é particularmente vulnerável às alterações climáticas e, actualmente, enfrenta surtos de doenças e desnutrição devido aos níveis devastadores de insegurança alimentar em virtude da perda de colheitas causadas por secas e fortes inundações. Onze países desenvolveram perfis nacionais sobre saúde e clima, o que lhes permite ser proactivos na mitigação dos impactos das alterações climáticas sobre a saúde. O reforço das capacidades no que diz respeito às repercussões sanitárias dos eventos climáticos extremos induzidos pelo *El Niño* permitiu a 11 países afectados da África Austral e Oriental organizar a devida planificação e resposta. Uma nova estratégia regional de gestão dos determinantes ambientais da saúde humana e da integridade dos ecossistemas na Região Africana (2017-2021) será apresentada durante a sexagésima sétima sessão do Comité Regional.

A OMS AFRO coordena a rede Clim-Health Africa, um centro virtual de parceiros internacionais para partilha de conhecimento e informação. A rede visa fortalecer a resiliência dos países africanos apetrechando-os para melhor gerir os efeitos das alterações climáticas sobre a saúde pública, bem como para planear recursos de modo a obterem resultados em termos sanitários, tendo em conta esta sensibilidade ao clima. Com o impulso dado pela Conferência das Nações Unidas sobre Alterações Climáticas de Paris, em 2015, a OMS e o PNUA estão a planear, para Outubro de 2017, uma conferência interministerial de alto nível sobre saúde e meio ambiente.

COMBATER A AMEAÇA DAS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DNT)

A região defronta-se com uma ameaça iminente de doenças não transmissíveis, segundo apontam as previsões ceifarão milhões de vidas humanas em África até 2025. Esse facto ainda não é suficientemente reconhecido quando da alocação dos recursos para a saúde nos países, e a OMS defende iniciativas que promovam a visibilidade das DNT na Região. A OMS ajudou os países a realizarem inquéritos seguindo a abordagem *STEPwise* para monitorizar as tendências dos principais factores de risco das DNT, a fim de guiar a acção. Os resultados de 33 países mostram que a maioria dos adultos apresenta, pelo menos, um factor de risco que aumenta a sua probabilidade de vir a desenvolver uma DNT expondo-o a perigo de vida. Essas DNT podem ser prevenidas através de medidas políticas, fiscais e regulatórias, como sejam o aumento dos impostos especiais de consumo e a rotulagem dos alimentos, bem como através de programas a favor de mudanças de comportamento. O número de países que têm planos de acção multisectorial operacionais para as DNT subiu de 14, em 2013, para 22, em 2015, o que é promissor para aumentar as medidas de combate às DNT.

A Região Africana lidera a adopção do Protocolo para a Eliminação do Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco, 10 países do continente em 27 à escala mundial já o ratificaram. Durante o período abrangido pelo presente relatório, mais oito países ratificaram o Protocolo depois de um intenso trabalho de apoio técnico e capacitação por parte da OMS AFRO. A OMS ajudou o Governo

da Gâmbia a introduzir uma política de tributação sobre tabaco em 2013-2015, o que permitiu reduzir a importação de tabaco e a aumentar substancialmente a receita do Estado. A Gâmbia acaba de prolongar essa política por três anos adicionais. A Directora-Geral da OMS reconheceu esses esforços, tendo atribuído, em Maio de 2017, ao Ministério das Finanças e Assuntos Económicos bem como à Assembleia Nacional da Gâmbia dois Prémios do Dia Mundial sem Tabaco.

A Região Africana tem uma grave carência de profissionais de saúde mental e o acesso a tratamento e cuidados é extremamente limitado nesta área. Para resolver esta situação, a OMS trabalhou no sentido de integrar a saúde mental nos cuidados de saúde primários em vários países, de acordo com o Plano de Acção Mundial para a Saúde Mental (mhGAP). Isso ajudará a colmatar lacunas significativas e a progredir em termos de equidade e acesso aos serviços de saúde mental na Região.

Em relação à nutrição, o continente africano enfrenta um duplo fardo associado ao atraso de crescimento e à obesidade. A OMS apoiou 11 países na implementação de um projecto destinado a Acelerar as Melhorias na Nutrição. Esses países passaram a incluir pelo menos dois dos indicadores de nutrição materna, dos lactentes e das crianças pequenas nos seus sistemas nacionais de informação, e seis já incluem esses indicadores nos seus relatórios sanitários de rotina. Mais de 2600 gestores e profissionais de saúde receberam formação destinada a recolher e utilizar dados de vigilância para agir, criando sólidas bases no auxílio à vigilância nutricional nos países.





FAVORECER A ACTIVIDADE DA OMS ATRAVÉS DA TRANSFORMAÇÃO

A OMS na Região Africana está a empreender grandes reformas visando transformar a Organização para que se tornar mais reactiva, orientada para os resultados e eficiente e, assim, sirva melhor os seus Estados-Membros. Uma avaliação independente dos dois primeiros anos (2015-2016) da Agenda de Transformação do Secretariado da Organização Mundial da Saúde na Região Africana foi efectuada em Abril de 2017. A avaliação reafirmou os progressos significativos realizados na implementação da Agenda de Transformação em áreas como a responsabilidade na prestação de contas, a conformidade e a gestão de riscos, as parcerias estratégicas e a melhoria na gestão dos subsídios concedidos pelos doadores. Durante a sexagésima sétima sessão do Comité Regional, será apresentado aos Estados-Membros e aos parceiros um relatório sobre o progresso da Agenda de Transformação.

No Escritório Regional e nas Equipas Inter-países, procedeu-se ao reacerto do pessoal para garantir que os recursos humanos correspondem às necessidades de saúde prioritárias ao nível regional. O processo está agora a ser lançado nos escritórios das Representações nos países através de revisões funcionais, trata-se de avaliar objectivamente as necessidades em recursos humanos, alinhando-as com as prioridades do país. Uma equipa específica vai conduzir o processo de revisão funcional, o que começará por ser feito em quatro países-piloto.

Foram instituídas várias mudanças nas operações estratégicas da AFRO para melhorar a eficácia, a oportunidade, a eficiência e a responsabilização das suas acções de apoio aos Estados-Membros. A fim de fortalecer a responsabilização na apresentação de resultados, foram introduzidos indicadores-chave do desempenho (KPI), tanto programáticos como de gestão, para controlar a eficiência do contributo para o desenvolvimento da saúde na Região. O desempenho de todas as Representações nacionais da OMS e dos Grupos Orgânicos do Escritório Regional (centros orçamentais) é submetido mensalmente ao processo de monitorização. Além disso, um boletim trimestral compara as tendências ao longo do tempo bem como o desempenho entre centros orçamentais, o que permite justificar medidas correctivas.

Foi elaborado um novo Quadro de Cooperação Financeira Directa (CFD), Responsabilização e Segurança para garantir que os fundos da OMS adiantados aos executores dos projectos, incluindo governos (fundos oriundos da CFD), são utilizados como pretendido e os destinatários possuem as funções de controlo necessárias para cumprir os requisitos de monitorização e de apresentação de relatórios. O número de relatórios CFD em atraso baixou de 60% entre Abril de 2016 e Maio de 2017. Os esforços para melhorar o cumprimento das regras empresariais começam a surtir resultados – os relatórios de auditoria insatisfatórios caíram para 0% em 2016, comparativamente aos 50%-80% dos anos anteriores. Em 2016, todas as novas auditorias foram total ou parcialmente satisfatórias.

IMPULSIONAR AS PARCERIAS ESTRATÉGICAS PARA A SAÚDE

A OMS reconhece que, para conseguir os resultados de saúde dos ODS e promover o bem-estar das populações, a colaboração entre diferentes actores e com outros sectores do desenvolvimento é essencial. Em Junho de 2017, a OMS realizou em Kigali, no Ruanda, o primeiro Fórum Africano da Saúde de sempre, subordinado ao tema “Colocar as pessoas em primeiro lugar: rumo à Cobertura Universal de Saúde em África”. O Fórum forneceu a um conjunto único de partes interessadas – ministros, agências internacionais, jovens e sector privado – uma plataforma de discussão sobre os desafios e as oportunidades da saúde pública na Região, na perspectiva da Cobertura Universal de Saúde. Explorou formas inovadoras para impulsionar a agenda da saúde em África, inclusive através de uma nova parceria entre a OMS AFRO e a União Internacional das Telecomunicações para ampliar as intervenções de ciber saúde (e-Health) nos sistemas de prestação de serviços de saúde. O Fórum aprovou ainda o *Apelo à Acção de Kigali* para promover o trabalho conjunto em prol da melhoria da saúde na Região.

O Escritório Regional prossegue deliberadamente uma estratégia no sentido de envolver parceiros para alcançar melhores resultados em termos de saúde na Região. A parceria com a Comissão da União Africana (CUA) facilitou a adopção de decisões importantes sobre saúde por parte dos Chefes de Estado e culminou num acordo sobre um quadro de colaboração com o

Centro de Controlo de Doenças (CDC) de África. A Directora Regional não só visitou como recebeu vários parceiros de desenvolvimento no Escritório Regional de Brazzaville, nomeadamente o Banco Africano de Desenvolvimento, a Fundação Bill e Melinda Gates, o Departamento para o Desenvolvimento Internacional (DFID) do Reino Unido, o Departamento de Saúde do Reino Unido e o *Public Health England*, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), e o Departamento de Saúde e Segurança Humana dos EUA. As relações com governos e instituições em países como a Alemanha, a China e o Japão também se estão a consolidar.

Depois de uma avaliação independente efectuada em 2016, foi relançado o mecanismo regional de Harmonização para a Saúde em África (HHA) para coordenar o apoio dos parceiros aos países e promover sinergias no sector da saúde. A OMS e os parceiros reafirmaram o seu empenho em trabalhar conjuntamente em áreas prioritárias, incluindo na promoção do financiamento interno da saúde, de modo a aumentar essa vertente e a ser sustentável, e nas medidas destinadas à CUS e aos ODS.

A OMS na Região Africana está a transformar-se numa Organização voltada para a produção de resultados, e está empenhada na transparência, na responsabilização e na eficácia para apoiar da melhor maneira os países, movida pelo desejo de uma África mais saudável e mais próspera.





1. Introdução

O presente relatório – *Actividades da OMS na Região Africana, 2016-2017: Relatório Bienal da Directora Regional* – abrange o período de Janeiro de 2016 a Junho de 2017 e reflecte o trabalho realizado durante esses 18 meses do biénio. O relatório destaca os resultados alcançados no apoio aos Estados-Membros e na colaboração com parceiros para melhorar a situação da saúde na Região.

O Secretariado da OMS na Região Africana inclui as suas 47 Representações nacionais e o Escritório Regional, englobando as Equipas de Apoio Inter-países (IST). O Secretariado dá apoio através da divulgação de normas e padrões, da prestação de assistência técnica para desenvolver ou actualizar políticas nacionais, de estratégias e planos para intervenções de saúde com bom custo-benefício, do fortalecimento da capacidade nacional para implementar e monitorizar actividades, preconizando o investimento em saúde, mobilizando recursos e facilitando a coordenação entre parceiros.

O planeamento da OMS é bienal, sendo este o último biénio do 12º Programa Geral de Trabalho (PGT) referente a 2014-2019. A apresentação do relatório obedece às seis categorias que integram o 12º PGT, a saber:

- i) Doenças transmissíveis;
- ii) Doenças não transmissíveis;
- iii) Promoção da saúde ao longo da vida;
- iv) Sistemas de saúde;
- iv) Programa para as Emergências Sanitárias;
- v) Serviços empresariais e funções facilitadoras.





2. Execução do Orçamento-Programa da OMS 2016-2017

O Orçamento-Programa da Região Africana para 2016-2017, conforme aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde (AMS), ascende a 1162,3 milhões de dólares e representa 27% do orçamento global da OMS. Até 31 de Dezembro de 2016, data que assinala o período intercalar, os fundos disponíveis representavam cerca de 78% do orçamento atribuído.

À data de 30 de Junho de 2017, a dotação orçamental total afectada à Região foi revista em alta, subindo para 1679,356 milhões de dólares, um aumento líquido de 517,056 milhões de dólares em relação ao orçamento aprovado pela AMS. Aumento esse, principalmente destinado à recuperação e às medidas de reforço dos sistemas de saúde nos países pós-Ébola bem como à criação do Programa da OMS para as Emergências Sanitárias (WHE).

Até à data, 82% do orçamento total atribuído foi financiado (Quadro 1), ou seja um valor equivalente a 1376,975 milhões de dólares; 51% para o Programa de Emergências e o saldo remanescente (menos de 50%) a distribuir por todos os outros programas. A taxa média de execução situa-se em 76% dos fundos disponíveis, variando entre 69% e 80% segundo as categorias de trabalho técnico. Comparativamente às outras regiões da OMS e à Sede, a Região Africana apresenta o mais elevado número médio de *outputs* por centro orçamental, o que sublinha a necessidade de melhorar a definição de prioridades e a selectividade em termos de planeamento.

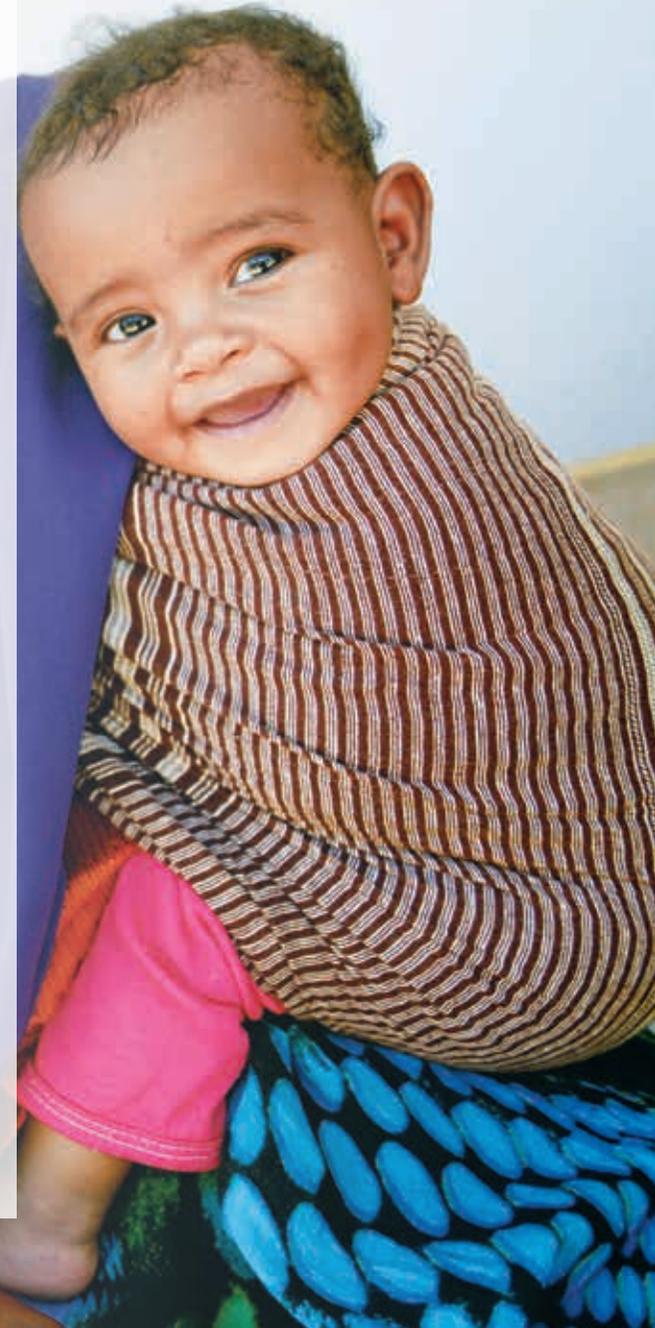
Com base nas lições aprendidas, foram introduzidos vários mecanismos para melhorar a qualidade dos relatórios sobre a execução do Orçamento-Programa.

Neles se incluem os painéis analíticos de inteligência empresarial da OMS, a ferramenta dos relatórios de progresso intercalar (MTR) e a designação de pessoas que, ao nível dos países, servem de pontos focais MTR. Foi igualmente elaborado um roteiro com o propósito de intensificar a execução atempada e efectiva do Orçamento-Programa 2016-2017, para ajudar os centros orçamentais a permanecer no caminho certo.

No que diz respeito às fontes de financiamento, o orçamento da Região continua a assentar numa combinação de fundos flexíveis (18%) e determinadas contribuições voluntárias (82%). Porém, continuam subfinanciadas várias prioridades em matéria de saúde, nomeadamente as doenças não transmissíveis e o reforço dos sistemas de saúde.

A OMS AFRO continuará a participar no Diálogo sobre o Financiamento para preconizar um financiamento mais flexível. O Secretariado apreciou a aprovação pelos Estados-Membros de um aumento de 3% das contribuições obrigatórias por ocasião da Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2017, o que demonstra o seu apoio a um financiamento mais flexível e previsível.

Reconhecendo a necessidade de alargar a base de recursos, a OMS AFRO desenvolveu uma nova estratégia para a mobilização de recursos, que procura intensificar os esforços para o efeito, envolvendo tanto os parceiros tradicionais como novos parceiros, especialmente do sector privado e filantrópico.



2. Execução do Orçamento-Programa da OMS 2016-2017

Quadro 1: Execução orçamental do OP 2016-2017 – A 30 de Junho de 2017 (em milhares de dólares)

Categoria	ORÇAMENTO APROVADO PELA AMS ('000)	ATRIBUÍDO OP ('000)	TOTAL DE FUNDOS DISPONÍVEIS ('000)	% DE FINANCIAMENTO/ ORÇAMENTO APROVADO ('000)	UTILIZAÇÃO DO ORÇAMENTO ('000)	% UTILIZAÇÃO/ ORÇAMENTO APROVADO ('000)	% UTILIZAÇÃO/ FINANCIAMENTO ('000)
	[A]	[B]	[C]	[D = C/A]	[E]	[F = E/A]	[G = E/C]
Categoria 1: Doenças transmissíveis	284 000	245 610	222 400	78%	149 340	53%	
Categoria 2: Doenças não transmissíveis	61 800	56 240	32 607	53%	22 527	36%	69%
Categoria 3: Promover a saúde ao longo da vida	105 200	107 314	84 776	81%	67 995	65%	80%
Categoria 4: Sistemas de saúde	89 000	106 890	92 572	104%	62 853	71%	68%
Categoria 5: Preparação, vigilância e resposta	64 300	59 383	49 312	77%	46 700	73%	95%
Categoria 6: Serviços empresariais e funções facilitadoras	146 400	168 416	164 019	112%	113 789	78%	69%
Categoria 12: Programa WHE		77 545	34 323		12 371		36%
Base total programas	750 700	821 397	680 008	91%	475 575	63%	70%
Programa para as Emergências Sanitárias*							
05 - (Poliomielite & Resposta a surto e crises)	411 600	857 958	696 967	169%	573 204	139%	82%
Total geral	1 162 300	1 679 356	1 376 975	118%	1 048 779	90%	76%

*A introdução do novo Programa da OMS para as Emergências Sanitárias (WHE) deu origem à categoria 12, que substituiu a categoria 5 relativamente a todos os programas abrangidos pelo WHE.

3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.1 CATEGORIA 1: DOENÇAS TRANSMISSÍVEISS

As doenças transmissíveis ainda continuam a ser um grande desafio que muito contribui para o peso das doenças na Região. A OMS desempenha um papel proeminente no apoio dado aos países no combate a doenças como o VIH, a tuberculose, o paludismo e as doenças tropicais negligenciadas (DTN) mas também na redução de doenças evitáveis pela vacinação, incluindo a hepatite. O apoio da OMS tem por enfoque expandir a cobertura de intervenções eficazes que visam a prevenção e o tratamento, incluindo o uso de novas tecnologias para surtir maior impacto.

A OMS desenvolveu quatro quadros regionais, que foram aprovados pela sexagésima sexta sessão do Comité Regional para a África e se destinam a orientar a implementação das estratégias mundiais. Trata-se dos Quadros Regionais para a implementação das Estratégias Mundiais contra o VIH¹, Tuberculose² e Hepatite³, assim como o Quadro Regional para a implementação da Estratégia Mundial contra o Paludismo⁴. A sua implementação ajudará a reduzir os custos dessas doenças e a acelerar os progressos conducentes às metas mundiais.

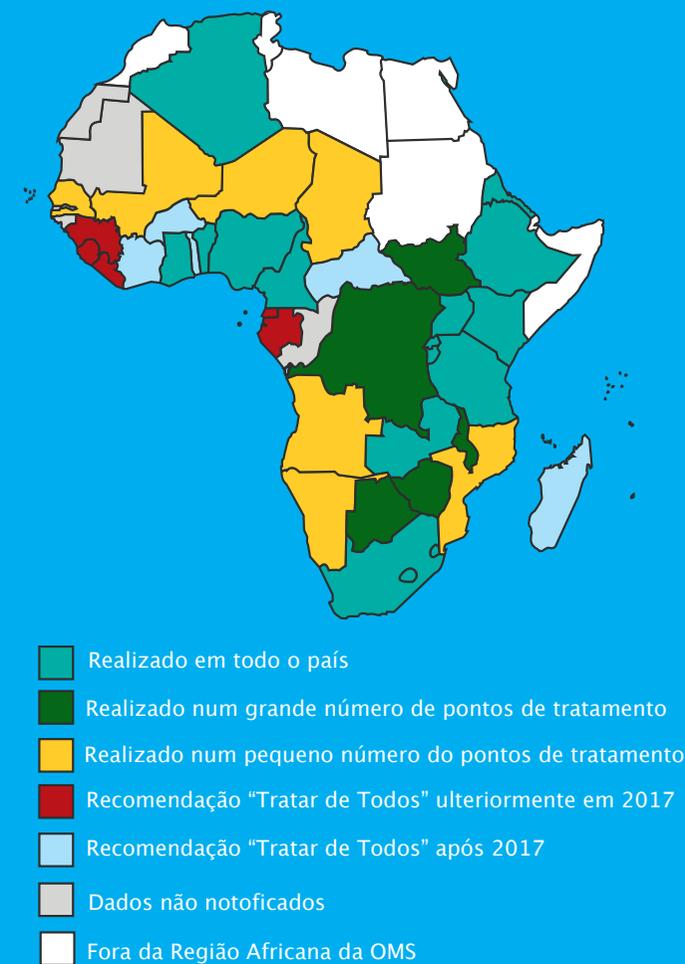
Na sequência da divulgação, em 2016, das directrizes consolidadas da OMS sobre a prevenção e o tratamento do VIH, os países estão a mudar rapidamente as suas políticas relativas ao VIH para adoptarem as recomendações “Tratar de Todos”⁵, de modo a permitir uma rápida aceitação da terapêutica anti-retroviral (TAR) entre os doentes seropositivos, independentemente da sua contagem de células

CD4. Trinta Estados-Membros⁶ (Figura 3.1.1) aprovaram a política e estão a implementar as recomendações “Tratar de Todos”. Em virtude disso, a TAR foi alargada para chegar a mais de 13,8 milhões de pessoas na Região até ao final de 2016, representando uma taxa de cobertura de 54%.

Na Região, o número de pessoas que morre de causas relacionadas com o VIH baixou para cerca de 720 mil em 2016, quando atingia os 800 mil, em 2015, e mais de 1,2 milhões, em 2010. Contudo, existem grandes discrepâncias relativamente à cobertura da TAR, tendo a África Ocidental e Central taxas muito menores. Em particular, os homens e as populações-chave não estão suficientemente cobertos pelos testes do VIH nem pelos serviços de tratamento.

Em 2016, a OMS, a ONUSIDA assim como outros parceiros na Região desenvolveram um plano de “recuperação” para acelerar a resposta ao VIH na África Ocidental e Central, triplicando a cobertura dos tratamentos para o VIH até 2019. Num evento de alto nível, co-organizado pela OMS e pela ONUSIDA à margem da sexagésima sétima sessão da Assembleia Mundial da Saúde, os Ministérios da Saúde de 11 países da África Ocidental e Central⁷ e os parceiros concordaram em ajustar as suas políticas e estratégias e em impulsionar medidas destinadas a aumentar o tratamento do VIH nessas duas sub-regiões.

Figura 3.1.1: Países que implementavam as recomendações da OMS “Tratar de Todos” em 30 de Junho de 2017





3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.1 CATEGORIA 1: DOENÇAS TRANSMISSÍVEISS

O plano de recuperação foi também aprovado pelos Chefes de Estado africanos durante a 29ª Cimeira da União Africana em Julho de 2017. Pelo menos 10 Estados-Membros⁸ já desenvolveram os seus planos nacionais de aceleração. A OMS, em colaboração com os parceiros, compromete-se a apoiar a implementação dos planos nacionais de recuperação.

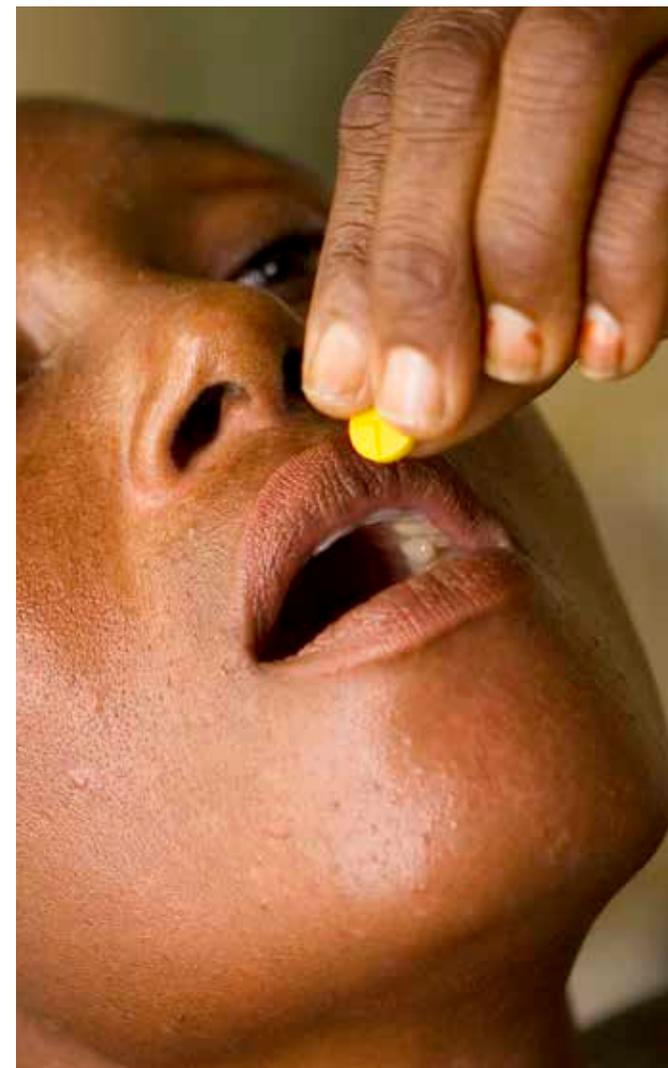
A hepatite viral é um problema grave e insuficientemente reconhecido na Região. Onze Estados-Membros⁹ tinham introduzido a dose de vacina contra a hepatite B à nascença até ao final de 2016, a cobertura na Região Africana ascende, neste momento, a 77%. Onze países¹⁰ desenvolveram planos nacionais de acção, enquanto cinco Estados-Membros¹¹ criaram programas nacionais de tratamento para a hepatite viral.

O continente africano apresenta a maior incidência, prevalência e mortalidade de tuberculose por habitante e depara-se com um problema crescente de tuberculose resistente aos medicamentos, cujo tratamento é bastante dispendioso. Só em 2015, foram notificados cerca de 27 mil casos, dos quais apenas 70% tiveram acesso a tratamento. Trata-se de um sério desafio, em parte devido à falta de capacidade laboratorial adequada para a sua detecção. Em 2014, a OMS AFRO e os parceiros criaram a Iniciativa Mundial de Laboratórios (GLI) em África para apoiar os países

da Região a dotarem-se de serviços laboratoriais com garantia de qualidade, acessíveis e sustentáveis no campo da tuberculose. Em conjunto com a Sociedade Africana de Medicina Laboratorial (ASLM) e a GLI em África, a OMS lançou um quadro regional para reforçar os serviços e diagnósticos laboratoriais de tuberculose, incluindo o teste da susceptibilidade a medicamentos e respectiva garantia de qualidade. Os países estão agora a receber apoio para adaptar o quadro aos seus próprios contextos locais.

A capacidade de detecção da TB-MR e a TB-XDR foi criada, respectivamente, em 32¹² e 22¹³ Estados-Membros. Para além disso, foram estabelecidos programas de tratamento para a TB-MR em 40¹⁴ dos 44 países onde tenha sido notificado algum caso.

Entre 2014 e 2016, a OMS trabalhou com 11 países da Região Africana para gerar elementos factuais relativos à eficácia de um regime terapêutico curto para a tuberculose multirresistente (TB-MR). Com base nos resultados deste trabalho-piloto, a OMS recomendou que o tratamento da TB-MR sem complicações fosse reduzido de 24 para 9-12 meses. Custando menos de metade do preço de um tratamento mais longo, espera-se que o novo regime melhore os resultados e reduza as mortes graças a uma maior adesão ao tratamento e a menos abandonos terapêuticos.



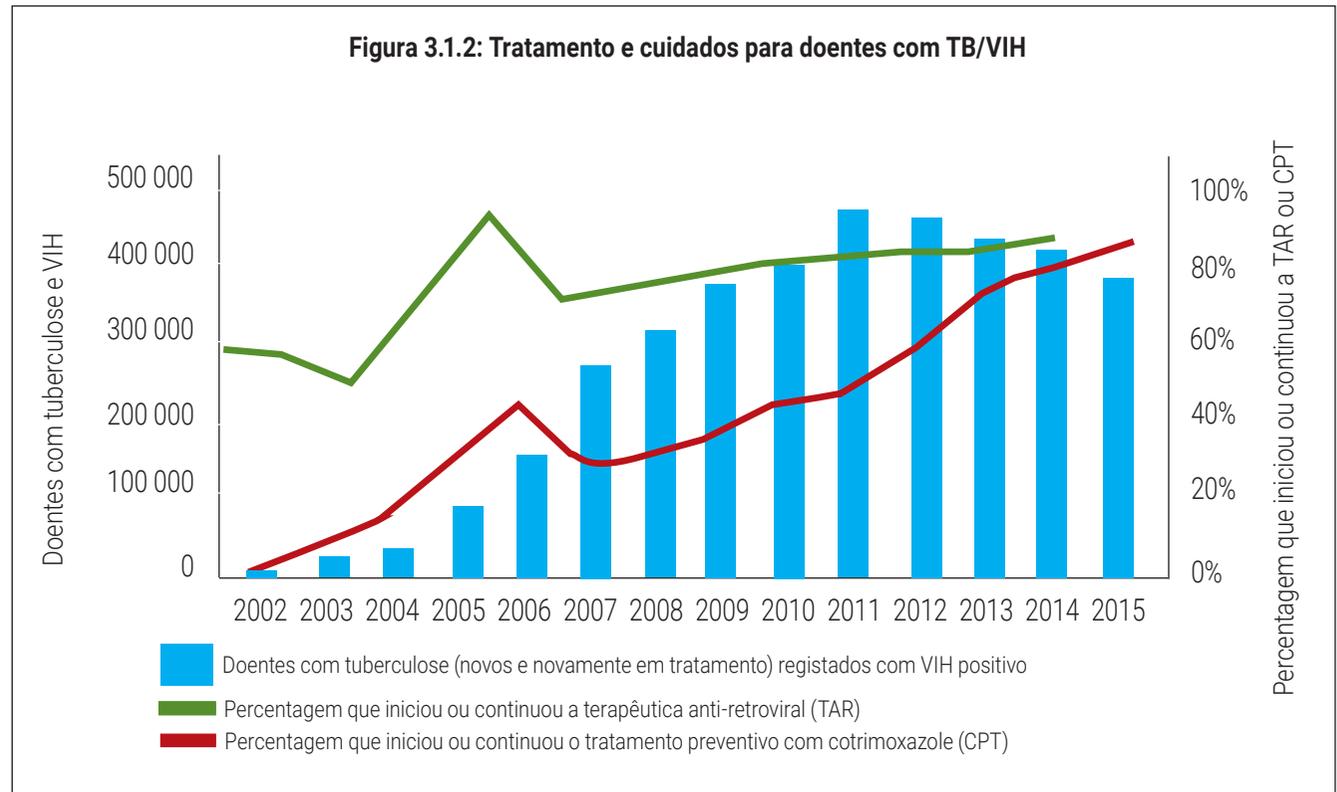
3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.1 CATEGORIA 1: DOENÇAS TRANSMISSÍVEISS

A gestão programática da tuberculose resistente à terapia medicamentosa foi avaliada em 11 países¹⁵ e os relatórios estão a ajudar os países a candidatarem-se a um financiamento contínuo para o controlo da tuberculose multirresistente junto do Fundo Mundial de Luta Contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo (GFATM) e de outros doadores. A gestão descentralizada da tuberculose resistente aos medicamentos por parte da África do Sul foi avaliada e o Escritório Regional ajudou o país a desenvolver um roteiro para a introdução de novos medicamentos contra a tuberculose. Estes esforços irão melhorar a detecção e a gestão de casos, levando a ameaça de tuberculose multirresistente a ser enfrentada de forma mais eficaz.

A Agenda de Transformação realça um foco técnico inteligente em todo trabalho programático da OMS. Nesse âmbito, as revisões intercalares e finais serão úteis para esclarecer o desenvolvimento ou ajustamento dos planos estratégicos dos países. A OMS efectuou revisões finais dos planos estratégicos contra a tuberculose e lepra para a Namíbia, a Zâmbia e o Zimbabué, bem como uma revisão intercalar dos planos estratégicos de controlo da tuberculose para o Ruanda e Moçambique. Os relatórios destas análises estão a servir para orientar os novos planos estratégicos em conformidade com os ODS e a Estratégia Regional Pôr Fim à Tuberculose e para as candidaturas ao financiamento do GFATM.

Avaliações independentes do apoio directo da OMS aos países para o desenvolvimento de notas conceptuais relativas ao financiamento do GFATM em 2014-2016 destacaram a qualidade do apoio e a necessidade de



uma colaboração contínua. Mais de 4 mil milhões de dólares em subsídios foram angariados durante este período, tendo a OMS contribuído através de apoio técnico em relação a mais de 180 pedidos de assistência técnica de 40 países. Além disso, a OMS apoiou 18 países prioritários¹⁶ para que, mediante o projecto de Implementação através de Parcerias (ITP), acelerassem a utilização de subsídios do GFATM para a tuberculose e o VIH.

O VIH é um importante factor de transmissão da tuberculose e a implementação de actividades colaborativas TB/VIH continua a ser uma prioridade nos países. O rastreio do VIH e a aceitação da TAR têm vindo a aumentar, resultando numa diminuição recente do número de pacientes com co-infecção de tuberculose e VIH (Figura 3.1.2.).

3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.1 CATEGORIA 1: DOENÇAS TRANSMISSÍVEISS

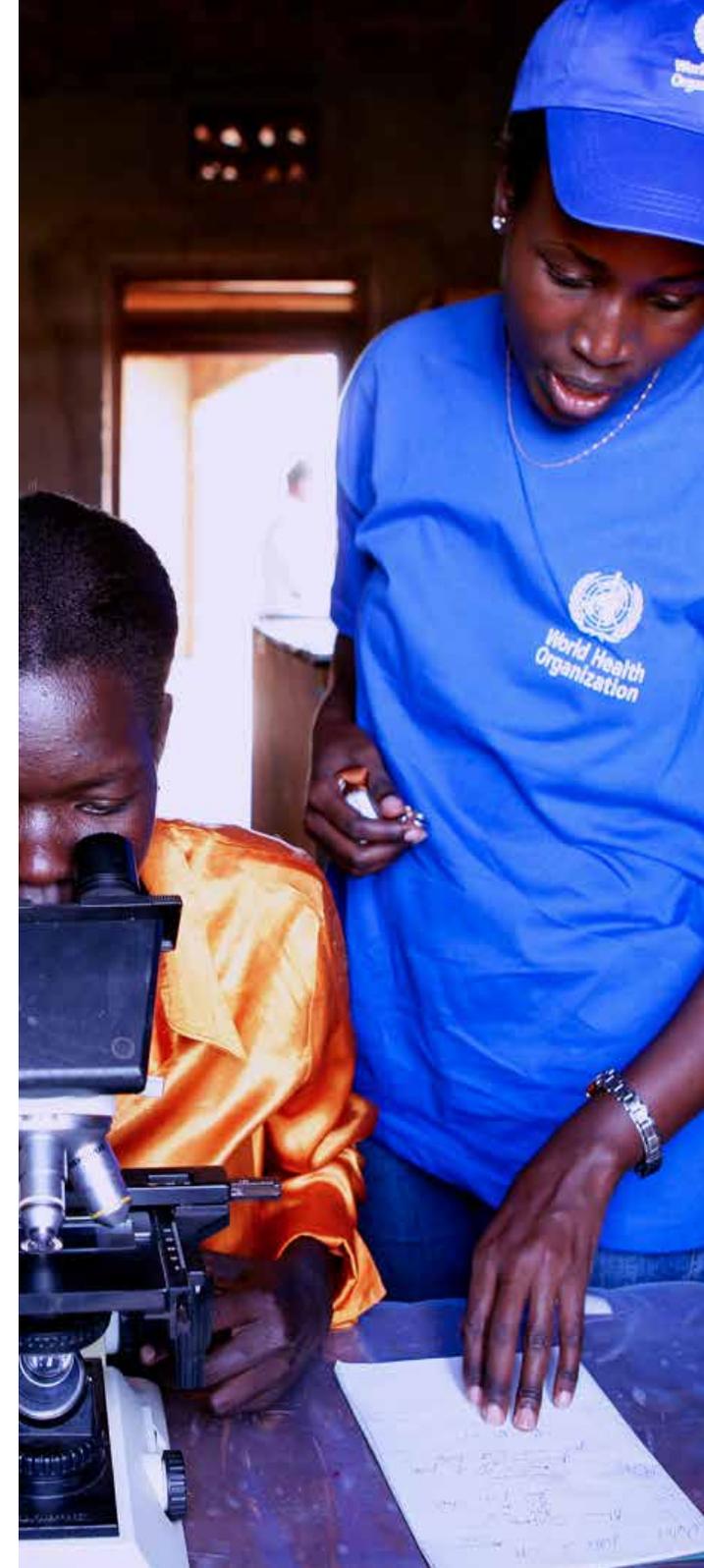
Em Setembro de 2016, em Adis Abeba, os programas de tuberculose e VIH da OMS organizaram a primeira reunião nacional conjunta de gestores do programa da tuberculose e do VIH para 21 países. Os participantes concordaram que a tecnologia *GeneXpert* constitui uma oportunidade para ambos os programas diagnosticarem a tuberculose, a TB-MR, o VIH em crianças assim como a hepatite, e ainda testarem as cargas virais do VIH no mesmo cenário. Os 21 países estão a trabalhar de modo a integrar os testes, utilizando esta tecnologia, e os Representantes da OMS nos países estão a facilitar e a monitorizar a utilização optimizada dessa abordagem.

Vinte e dois países¹⁷ desenvolveram planos sobre a tuberculose infantil após a OMS e o grupo de acção para a tuberculose infantil terem realizado uma avaliação de necessidades.

No domínio do controlo do paludismo, uma das principais actividades de reforço das capacidades para que os países implementem a Estratégia Técnica Mundial para o Paludismo 2016-2030 consiste em dar ao pessoal de laboratório formação em microscopia do paludismo. A OMS deu apoio a 104 técnicos de microscopia de 24 países¹⁸ para que possam realizar formações de reciclagem e completar avaliações externas de competência. Destes, 35 possuem agora competências em relação a espécies e quantificação dos parasitas do paludismo. Estes mestres formadores irão, por sua vez, formar mais pessoal de laboratório em microscopia do paludismo.

Uma das principais realizações no controlo do paludismo foi o anúncio, em Novembro de 2016, do primeiro projecto-piloto a nível mundial da vacina contra o paludismo na África Subsariana, com financiamento do GFATM, da UNITAID e da Gavi, a Aliança das Vacinas. A vacina RTS,S, que já demonstrou fornecer uma protecção parcial contra o parasita do paludismo *Plasmodium falciparum* em crianças pequenas, será alvo de um projecto-piloto no Quênia, Maláui e Gana.

Para reforçar o uso de dados na tomada de decisões e nas acções do programa relativo ao paludismo na Região, a OMS está a melhorar a disponibilidade de dados através de um projecto financiado pelo DFID. Para além disso, foi criado um atlas regional de resistência a insecticidas nos vectores do paludismo para orientar as intervenções específicas nos Estados-Membros, em conformidade com o controlo integrado dos vectores. Oitenta funcionários governamentais no Burquina Faso, Quênia, Uganda e Zimbabué receberam formação em gestão integrada de vectores para aumentar a capacidade dos recursos humanos em programas de controlo. Foram realizados inquéritos pós epidémicos aos vectores em Angola (febre-amarela), Cabo Verde e na Guiné (Zika). Foram recolhidas informações importantes sobre a densidade dos vectores assim como sobre a distribuição das espécies para uma melhor preparação e resposta a futuras epidemias.



3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.1 CATEGORIA 1: DOENÇAS TRANSMISSÍVEISS

Relativamente às DTN, o projecto de mapeamento das Doenças Tropicais Negligenciadas receptivas à Quimioterapia Preventiva (QP-DTN), com o apoio da Fundação Bill e Melinda Gates (BMGF), foi concluído com sucesso em Dezembro de 2016, tendo sido realizados inquéritos em 28 países¹⁹.

Os inquéritos colmataram lacunas de levantamento identificadas nos dados recolhidos através de todos os esforços, históricos e recentes, de mapeamento das QP-DTN em 47 Estados-Membros. O que permitiu não só produzir o primeiro atlas de referência sobre a endemicidade das cinco QP-DTN relativas à Região Africana como concluir o mapeamento de três QP-DTN (filaríase linfática, esquistossomose e helmintíase transmitida pelo solo) em todos os Estados-Membros, salvo na República Centro-Africana e no Sudão do Sul, por motivos de segurança. Os mapas e os dados encontram-se agora ao dispor dos países e dos parceiros para norteá-los nas suas decisões e acções, incluindo quanto à interrupção da administração em massa de medicamentos (AMM).

Quarenta e um dos 44 Estados-Membros²⁰ exigindo QP-DTN realizaram pelo menos uma sessão de AMM para uma doença, no mínimo, até ao final de 2016. Em Julho do mesmo ano, a OMS triunfou no controlo da oncocercose (cegueira dos rios) na Região, após mais de 40 anos de trabalho do Programa de Controlo da Oncocercose (OCP), seguido pelo Programa Africano para o Controlo da Oncocercose (APOC).

Com um novo objectivo de eliminação, a oncocercose é agora abrangida pelo Projecto Especial Alargado para a Eliminação das Doenças Tropicais Negligenciadas (ESPEN).

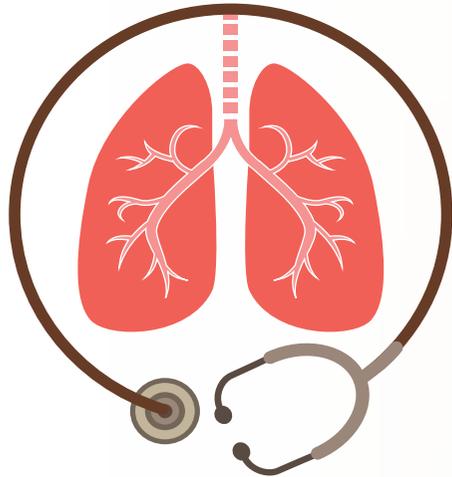
O ESPEN foi criado em 2016, tratando-se de um projecto especial entre países endémicos da Região Africana, parceiros da QP-DTN e a OMS cujo propósito é fornecer orientações técnicas, apoio operacional e na coordenação com vista à eliminação das QP-DTN. Com uma dotação inicial de 12 milhões de dólares, o projecto já obteve resultados encorajadores: 8,5 milhões de pessoas foram abrangidas pela AMM realizada em 12 países²¹ para compensar falhas de AMM nos distritos não cobertos por outros parceiros; 132 milhões de comprimidos anteriormente dados como desaparecidos puderam ser resgatados graças à análise da cadeia de abastecimento em sete países²²; 14 países²³ apresentaram os seus planos de acção anuais e candidaturas ao ESPEN; e, à data, 40 países partilham os seus dados e mapas subnacionais através do portal das DTN.

No contexto da eliminação e erradicação, o Togo é o primeiro país da Região a alcançar a validação da OMS relativamente à eliminação da filaríase linfática enquanto problema de saúde pública, realçando o que é possível alcançar na Região em relação às QP-DTN. A par disso, manteve-se a vigilância da dracunculose na Guiné. Em 2016, pela primeira vez, o Mali, um dos quatro países endémicos, não registou nenhum caso de dracunculose.

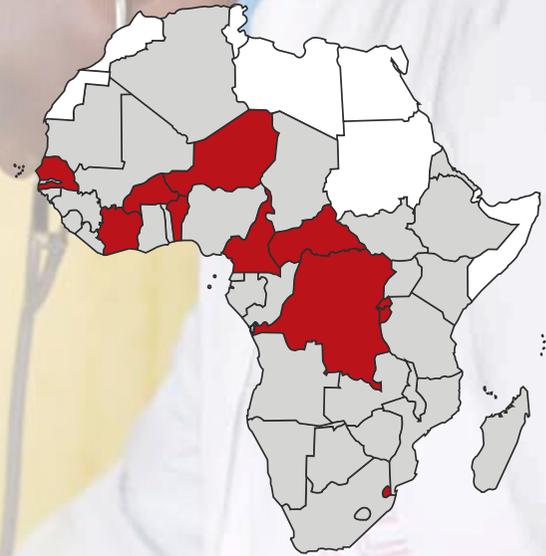
O continente africano é especialmente vulnerável às alterações climáticas, o que tem consequências directas e indirectas sobre a saúde. Em 2016, a OMS reforçou as capacidades para planear e responder às repercussões sanitárias dos eventos climáticos extremos induzidos pelo *El Niño* (secas, chuvas fortes e cheias) em 11 países afectados²⁴ da África Austral e Oriental. Até Fevereiro de 2017, dez Estados-Membros²⁵ tinham completado avaliações de risco detalhadas para planearem e identificarem os impactos das alterações climáticas, ao passo que 11 Estados-Membros²⁶ desenvolveram perfis nacionais de saúde e clima²⁷ como medida proactiva para mitigar esses efeitos. Uma nova estratégia regional para a gestão dos determinantes ambientais da saúde humana e da integridade do ecossistema na Região Africana (2017-2021) será submetida para aprovação à sexagésima sétima sessão do Comité Regional.

A OMS AFRO coordena a Rede Africana Clim-Health, um grupo de instituições africanas e internacionais que colaboram no sentido de reforçarem a resiliência dos países africanos, para que possam gerir os efeitos das alterações climáticas sobre a saúde pública e planear os recursos necessários para a obtenção de resultados na saúde tendo em conta a sua vulnerabilidade às questões climáticas. A Rede funciona como uma plataforma virtual para partilha de experiências e informações. Com base no ímpeto dado pela Conferência das Nações Unidas sobre Alterações Climáticas de Paris, realizada em 2015, a OMS e o Programa das Nações Unidas para o Ambiente (PNUA) estão a planear, para Outubro de 2017, uma conferência interministerial de alto nível sobre saúde e ambiente.

CASO DE SUCESSO PROVAS OBTIDAS EM ÁFRICA LEVAM A ENCURTAR E EMBARATECER O TRATAMENTO DA TUBERCULOSE



A bactéria que causa a tuberculose (TB) desenvolve resistências antimicrobianas aos medicamentos que têm por objectivo a sua cura. A tuberculose multirresistente (TB-MR) não responde a pelo menos duas das mais poderosas substâncias medicamentosas contra a tuberculose (a Isoniazida e a Rifampicina), em grande medida devido ao uso inadequado dos antimicrobianos ou à interrupção prematura do tratamento.



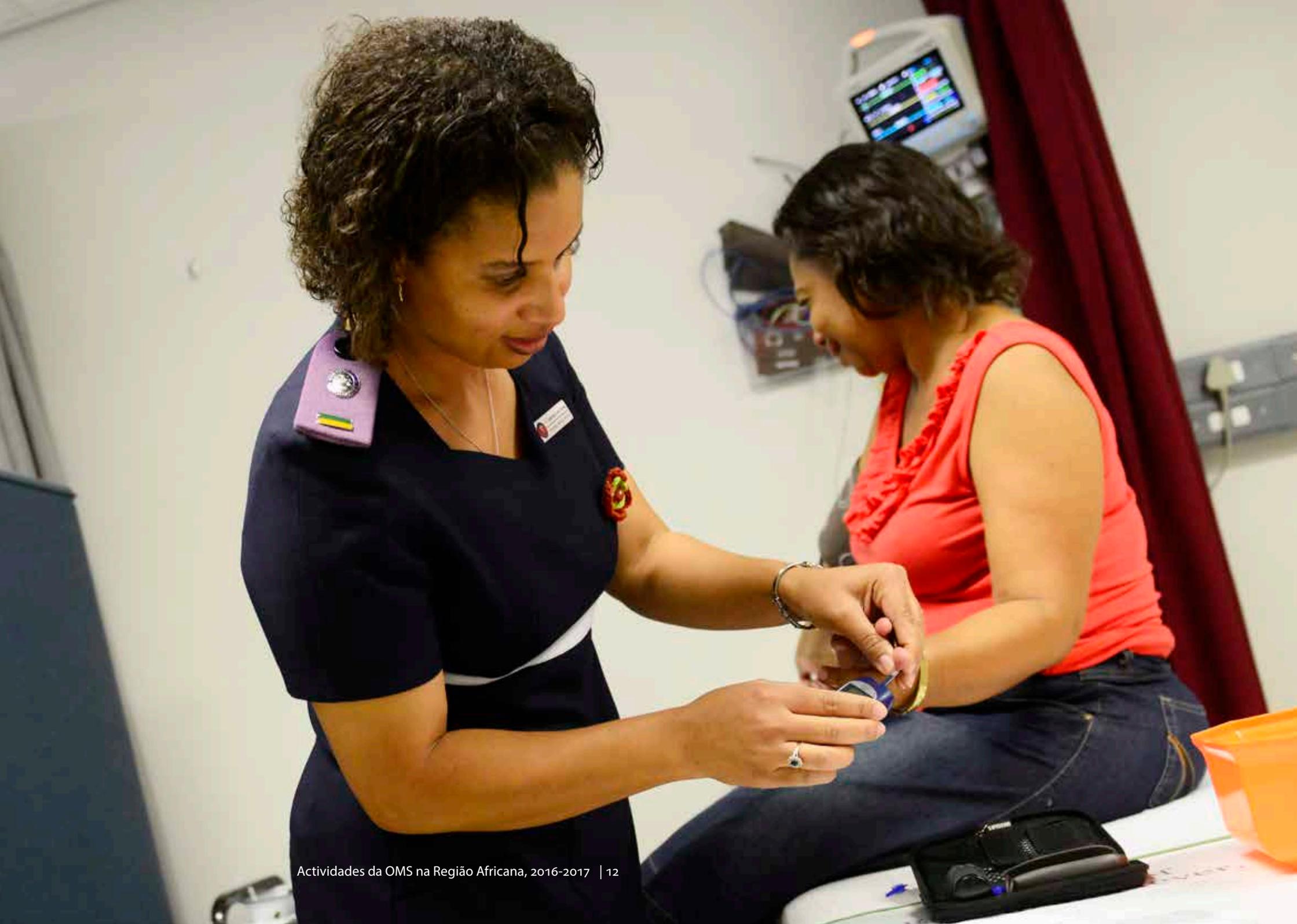
A Região Africana está crescentemente a ser confrontada com o problema da tuberculose resistente aos medicamentos, cujo tratamento é bastante dispendioso. Só em 2015, quase 27 mil casos de tuberculose resistente aos medicamentos foram notificados, dos quais apenas 70% tiveram acesso ao tratamento. Somente cerca de metade das pessoas com tuberculose resistente aos medicamentos que seguiram o tratamento estão curadas.

A OMS trabalhou com 11 países na Região Africana²⁸, entre 2014 e 2016, para gerar elementos factuais sobre a eficácia de um regime terapêutico curto para a TB-MR.

Com base nos resultados deste estudo-piloto, em Maio de 2016 a OMS apresentou uma recomendação mundial no sentido de reduzir a duração do tratamento da TB-MR sem complicações, passando de 24 para 9-12 meses.

Custando menos de metade do preço do tratamento mais longo, espera-se que o novo regime melhore os resultados e reduza os óbitos graças a uma maior adesão ao tratamento e a menos abandonos terapêuticos.

As poupanças previstas nos custos de implementação deste regime podem ser reinvestidas em serviços para a TB-MR, fazendo com que mais doentes sejam submetidos a testes de diagnóstico e permaneçam em tratamento. As novas recomendações dão esperança a milhares de doentes com TB-MR que poderão completar o tratamento em metade do tempo e quase por metade do custo.



3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.2 CATEGORIA 2: DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As actividades da OMS ao abrigo desta categoria visam reduzir o fardo das DNT, como as doenças cardiovasculares (DCV), os cancros, as doenças respiratórias crónicas, a diabetes, as doenças oculares e orais, bem como a violência, as lesões, as incapacidades e os problemas de saúde mental. As quatro principais DNT (DCV, cancro, doenças respiratórias e diabetes) têm quatro factores de risco em comum: tabagismo, uso nocivo do álcool, alimentação desequilibrada e inactividade física. A OMS centra-se na sensibilização, na promoção da saúde e na redução dos riscos, assim como na prevenção, no tratamento e na monitorização destas doenças e dos factores de risco conexos. As agendas nacionais de saúde não têm dado às DNT nem a prioridade nem o financiamento que merecem; é fundamental levar a cabo acções de sensibilização e elaborar um cenário de investimento, ao mesmo tempo que se promove a prevenção, a detecção precoce e o tratamento.

Prevendo-se que milhões de pessoas em África venham a morrer de DNT até 2020, a OMS apoiou os países na realização de inquéritos *STEPwise*²⁹ para se avaliar a prevalência e as tendências dos factores de risco associados a estas doenças. Os resultados de 33 países mostram que a maioria dos adultos tem pelo menos um factor de risco que aumenta as suas hipóteses de vir a desenvolver uma DNT potencialmente fatal.

A prevalência da hipertensão na Região Africana é a mais alta do mundo, afectando cerca de 31% dos adultos comparativamente à média mundial de 22%³⁰.

As DNT podem ser evitadas através de medidas políticas e fiscais, tais como o aumento dos impostos especiais de consumo, a limitação dos horários de venda e a rotulagem dos alimentos, bem como de alterações do comportamento e do estilo de vida.

A OMS efectuou acções de sensibilização de alto nível junto dos Estados-Membros para frisar a importância de incluir as DNT nos planos nacionais de saúde. A OMS organizou duas reuniões na Maurícia em 2016, com vista a reforçar o trabalho em rede, a sensibilização, as parcerias e a acção para a prevenção e o controlo das DNT. A primeira, organizada em parceria com a Aliança para as DNT, seguiu o figurino de uma reunião consultiva regional com organizações da sociedade civil (OSC) envolvidas na prevenção e no controlo das DNT na Região Africana. O principal resultado desta reunião foi a formação de uma Rede Regional da AFRO DTN/OSC, que se irá concentrar na partilha de informação e no desenvolvimento de capacidades, e reforçar a sensibilização para que as agendas nacionais do desenvolvimento passem a dar prioridade às DNT.

A segunda foi uma Reunião de Diálogo Global para representantes dos Estados-Membros, agências da ONU e outras organizações governamentais e actores não-estatais (organizações não-governamentais, fundações filantrópicas, associações empresariais, e instituições académicas). Os participantes chegaram a acordo quanto à forma dos actores não-estatais darem apoio aos governos no cumprimento dos compromissos assumidos, para a implementação do

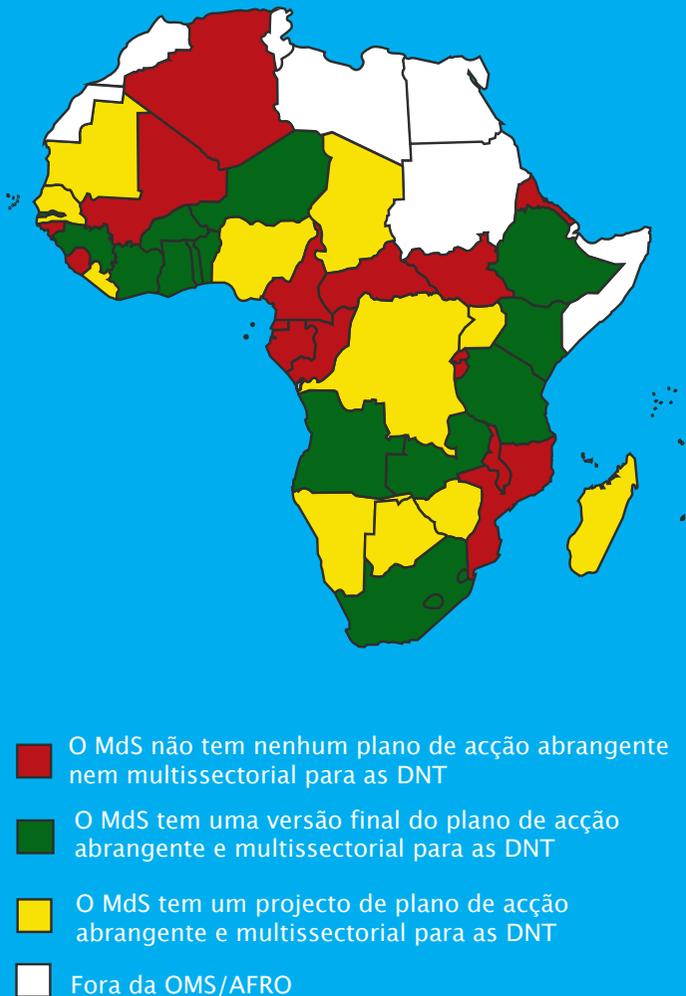
Plano Mundial de Acção para as DNT e das metas relativas às DTN constantes da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. No final dessa reunião e na sua qualidade de co-presidentes, os governos da França e da Maurícia elaboraram uma declaração que incluiu recomendações específicas para cada grupo de actores, em apoio aos governos.



3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.2 CATEGORIA 2: DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Figura 3.2.1: Situação dos planos de acção abrangentes e multisectoriais para as DNT na Região Africana



Noutros esforços de promoção activa da causa e no intuito de despertar as consciências para a temática das DNT, o Primeiro-Ministro da República da Guiné organizou uma reunião de alto nível em que os actores não-estatais chegaram a acordo quanto a papéis e responsabilidades na prevenção e no controlo das DNT. A OMS prestou apoio técnico à reunião, que juntou ministros com a tutela da saúde, justiça, ambiente e ensino superior, agências da ONU, representantes da sociedade civil e ONG nacionais e internacionais. Os participantes concordaram com a elaboração de um roteiro para o desenvolvimento e a implementação de planos de acção abrangentes, integrados e multisectoriais para as DNT, apoiados por mecanismos de coordenação adequados.

A OMS prestou apoio técnico a oito Estados-Membros³¹ na formulação de políticas, estratégias ou planos nacionais de acção integrados e multisectoriais para as DNT em conformidade com o Plano Mundial de Acção para as DNT 2013-2020³². Até Março de 2017, 28 dos 47 Estados-Membros³³ dispunham de estratégias/planos de acção integrados para as DNT, em fases diversas de desenvolvimento, e 14³⁴ haviam finalizado os seus planos integrados para as DNT abrangendo os quatro grandes factores de risco e os quatro principais problemas de saúde (ver Figura 3.2.1). Estes planos permitirão mobilizar recursos assim como acompanhar os progressos realizados e os resultados conseguidos à medida que os países se defrontam com este problema crescente.

Foram realizados progressos significativos na implementação da Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabágica (CQLA da OMS) na Região Africana. A OMS actualizou a base de dados sobre a existência e a implementação de políticas nacionais de luta antitabágica e sobre as medidas jurídicas e regulamentares postas em prática. A informação mostrou que houve mais países que adoptaram legislação e regulamentação, criaram mecanismos de cooperação multisectorial e actualizaram a informação relativa à prevalência e às tendências, o que ajudará a reforçar a observância da CQLA. O Escritório Regional elaborou cinco orientações práticas³⁵ sobre artigos essenciais da CQLA da OMS que os países estão a utilizar para apoiar a execução das medidas inerentes.

Em Outubro de 2016, os Estados-Membros reuniram-se em Argel para a 2ª reunião de alto nível sobre a implementação da CQLA. A través da Declaração de Argel, comprometeram-se a acelerar a adopção de medidas de luta antitabágica, incluindo políticas relativas à tributação do tabaco e fixação dos preços, e ainda a aderir ou ratificar o Protocolo para a Eliminação do Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco.

3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.2 CATEGORIA 2: DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A Região Africana³⁶ lidera a adopção deste Protocolo. O Escritório Regional providenciou apoio técnico aos Estados-Membros e organizou, em diversos países, vários seminários de desenvolvimento de capacidades ao nível nacional destinados a acelerar o respectivo processo de adesão e ratificação. No período em apreço, outros oito países³⁷ ratificaram o Protocolo, elevando para 10 o número de países africanos, de entre 27 a nível mundial, que já o fizeram.

Com o apoio da OMS, a Gâmbia introduziu uma política fiscal de três anos sobre tabaco (2013-2015), que ajudou a reduzir a importação de tabaco e a aumentar consideravelmente as receitas do Estado. Com o êxito desta medida, o Ministério das Finanças e dos Assuntos Económicos promulgou um novo ciclo de tributação do tabaco para o triénio 2017-2019. Em reconhecimento destes esforços, a Directora-Geral da OMS atribuiu ao Ministério das Finanças e dos Assuntos Económicos e à Assembleia Nacional da Gâmbia o prémio do Dia Mundial Sem Tabaco. Onze países³⁸ adoptaram legislação e regulamentação em sintonia com a CQLA da OMS. Estão a ser tomadas medidas em mais países relativamente à proibição de fumar em espaços públicos e de publicitar o tabaco, e ainda para se incluir advertências de saúde nos maços de tabaco.

Para apoiar a gestão dos casos de DNT, a OMS desenvolveu um Pacote de Intervenções Essenciais para as Doenças Não Transmissíveis (PIEDNT da OMS) dirigido aos cuidados de saúde primários.

Para apoiar a implementação do PIEDNT, a OMS forneceu equipamento e suprimentos médicos a 13 Estados-Membros³⁹ para melhorarem a detecção, o diagnóstico e o tratamento precoces das DNT ao nível dos cuidados de saúde primários.

Mais de 60% dos novos casos de cancro a nível mundial ocorrem em África, na Ásia e na América Central e do Sul, estas regiões representam 70% da mortalidade mundial devida ao cancro⁴⁰. Até 30% destas mortes devem-se a cancros induzidos por infecções virais, como a hepatite B e C e ao vírus do papiloma humano (VPH). Na África Subsariana, o cancro do colo do útero é a principal causa de óbito relacionada com o cancro nas mulheres com idade igual ou superior a 30 anos, e é um dos cancros mais frequentes entre as mulheres.

O Escritório Regional organizou uma série de reuniões para auxiliar os países a levarem a cabo sensibilização e planeamento holísticos e a reforçarem a prevenção do cancro e a luta contra o cancro, incluindo a sua detecção precoce. Trinta e nove peritos de 10 Estados-Membros⁴¹ receberam formação na abordagem da OMS para a prevenção e luta contra o cancro do colo do útero, incluindo a Inspeção Visual com Ácido Acético e a crioterapia. Isto contribuirá para aumentar os serviços de rastreio por Inspeção Visual com Ácido Acético e o tratamento nos países, assim como para melhorar a cobertura do rastreio e reforçar os esforços no sentido de reduzir o peso do cancro do colo do útero na Região.



3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.2 CATEGORIA 2: DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Apesar dos esforços contínuos na prevenção e na luta contra o cancro do colo do útero, também se verifica uma enorme falta de dados sobre o cancro na Região. Para minorar este problema, a OMS realizou dois seminários sobre registos oncológicos e a integração dos mesmos nos sistemas nacionais de informação e vigilância das DNT. Os participantes de países francófonos⁴² e anglófonos⁴³ já sabem como criar e utilizar registos oncológicos de base populacional para reforçar a vigilância do cancro nos seus países.

As perturbações mentais, que incluem anomalias neurológicas e abuso de substâncias, afectam todos os estratos sociais e etários, constituindo um pesado encargo para os indivíduos que delas sofrem assim como para as suas famílias e comunidades. Por exemplo, na Região Africana, nove em cada dez pessoas com epilepsia não recebe qualquer tipo de tratamento.

O volume de profissionais da saúde mental é manifestamente desadequado na Região Africana, tal como o são as unidades de saúde apropriadas e, conseqüentemente, o acesso ao tratamento. Têm sido envidados esforços para integrar a saúde mental nos serviços de cuidados de saúde primários em vários países, em linha com o Plano Mundial de Acção para a Saúde Mental (mhGAP). A OMS auxiliou o Gana, Moçambique e o Uganda a reforçarem os seus serviços comunitários de saúde mental, concentrando-se no tratamento, no conhecimento e nas atitudes face à epilepsia.

Mais de 150 prestadores de cuidados não especializados da Guiné, Libéria, Serra Leoa e Zimbabué receberam formação para identificar e tratar problemas comuns de saúde mental ao nível dos cuidados de saúde primários. A OMS realizou acções de formação em sete Estados-Membros⁴⁴ sobre a maneira de elaborar e implementar estratégias de prevenção do suicídio, com base nas orientações da OMS. Estes esforços ajudarão a colmatar lacunas significativas e a fazer progressos no sentido da equidade e do acesso aos serviços de saúde mental na Região.

Para melhorar a vigilância da saúde ocular, a AFRO publicou um *Catálogo dos Principais Indicadores de Saúde Ocular na Região Africana*, em Abril de 2017⁴⁵. O catálogo será utilizado para monitorizar as tendências na prevalência e as causas das deficiências visuais, incluindo a cegueira, para auxiliar a recolha anual de dados e acompanhar a implementação do Plano Mundial de Acção para as DNT 2014-2019.

Em Agosto de 2016, o Comité Regional aprovou a *Estratégia Regional de Saúde Oral 2016-2025: combater as doenças orais no contexto das DNT*⁴⁶. Para complementar esta política histórica essencial, a AFRO publicou um manual sobre prevenção e tratamento das doenças orais e do Noma⁴⁷, que expõe formas de reduzir com uma boa relação custo-benefício o fardo das doenças orais e de outras DNT nas unidades de saúde, escolas e comunidades. Foi ainda publicado

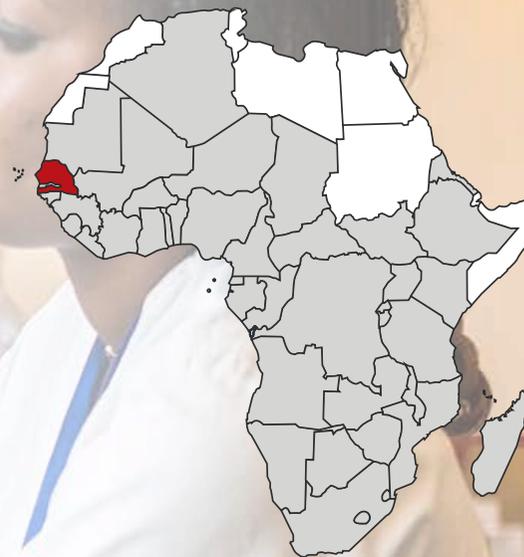
e divulgado um guia da OMS⁴⁸ com a nova classificação e tratamento do Noma.

A Região Africana tem a taxa de letalidade por acidentes rodoviários mais alta do mundo, na ordem dos 26,6 óbitos por 100 mil habitantes, e 39% de todos os óbitos por acidentes rodoviários em África dizem respeito a peões, o que constitui a percentagem mais elevada do mundo. Os utentes da estrada com menos protecção (motociclistas, peões e ciclistas) representam metade de todas as mortes por acidente de viação^{49,50}. Trinta e seis Estados-Membros dispõem agora de uma estratégia nacional dedicada e intersectorial sobre segurança rodoviária quando em 2011 só existia em 11 países. Foi dada formação a responsáveis de todos os países em matéria de recolha de dados de indicadores seleccionados de segurança rodoviária para o Relatório Mundial sobre a Situação da Segurança Rodoviária, com vista a acompanhar a implementação da Década de Acção para a Segurança Rodoviária, 2011-2020. No entanto, as lesões devido a acidentes rodoviários ainda não são consideradas um problema de saúde pública, pelo que este ponto será debatido durante a sexagésima sétima sessão do Comité Regional da OMS.

CASO DE SUCESSO SOLUÇÃO DE CIBERSAÚDE (eHEALTH): O MDIABETES PROMOVE UM ACESSO MAIS EQUITATIVO AOS CUIDADOS⁵¹



Khady recebeu no seu telemóvel mensagens por SMS antes, durante e depois do Ramadão de 2016. Antes do Ramadão, a mensagem dizia: “*Tem diabetes; o Ramadão é em breve! Consulte já um médico. Se a sua glicémia estiver entre 0,90g/l e 1,20g/l, pode jejuar em segurança*”. Durante o Ramadão, sempre que recebia a mensagem “*Habitue-se a medir todos os dias o seu nível de açúcar no sangue, pelo menos de manhã e à noite; objectivo: açúcar no sangue entre 0,90g/l e 1,20 g/l antes da refeição*”, assim lembrava-se de verificar a sua glicémia antes das refeições.



O programa mDiabetes faz parte da iniciativa da OMS “Be He@lthy, Be Mobile” – Seja Saudável, Seja Móvel – que assenta em tecnologias móveis para melhorar a prevenção e o controlo das DNT bem como dos seus factores de risco. O Senegal, um dos países-piloto, optou por utilizar a telefonia móvel na prevenção da diabetes e das suas complicações, lembrando aos doentes para verificarem com regularidade o seu nível de açúcar no sangue. Lançado pela OMS, pelo Ministério da Saúde e da Acção Social, e pela União Internacional das Telecomunicações (UIT), o programa ajudou também mais de 12 mil pessoas na sua preparação para o mês do Ramadão.

O mDiabetes é uma ferramenta eficiente para reduzir as desigualdades no acesso aos cuidados por motivos financeiros, geográficos ou sociais. Está concebida para enviar mensagens de voz ou por SMS nas línguas nacionais. Khady considera que seria muito útil enviar não só SMS como também mensagens de voz à população em geral, sobretudo para as pessoas analfabetas que não sabem ler nem escrever.

O ODS nº3 procura garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em qualquer idade. Através dos telemóveis que estão ao alcance das pessoas, o programa mDiabetes está a dar grandes passos para atingir esse objectivo. A fase piloto do mDiabetes foi avaliada em Janeiro de 2017 e os resultados estarão disponíveis em breve.



3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.3 CATEGORIA 3: PROMOÇÃO DA SAÚDE AO LONGO DA VIDA

A saúde deve ser promovida em cada estágio da vida, tal como os direitos humanos e a equidade, no contexto das condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. A OMS promove cuidados de saúde contínuos, desde a fase pré-concepcional, a gravidez e o parto até à infância, adolescência e vida adulta, aproximando os cuidados dos domicílios, capacitando famílias e comunidades, melhorando as unidades de cuidados de saúde primários e proporcionando o encaminhamento para serviços de saúde de referência.

Durante o período em apreço, o Escritório Regional divulgou novos instrumentos e directrizes para apoiar os Estados-Membros, criou e reforçou as parcerias estratégicas e promoveu a mobilização de recursos. Foi prestado apoio técnico aos países, para poderem melhorar a qualidade dos cuidados e estender, através do envolvimento das comunidades, os serviços de saúde a mulheres, recém-nascidos, crianças e adolescentes. A OMS contribuiu para o consenso relativo às prioridades mundiais e nacionais destinadas a melhorar o planeamento e prestou assistência na monitorização e avaliação dos programas. As principais áreas de trabalho incluíram intervenções destinadas aos recém-nascidos, a eliminação da transmissão materno-infantil, a vigilância e estudo das causas de morte materna, o tratamento das doenças infantis, o planeamento familiar, a nutrição e a vacinação.

Em Agosto de 2016, a sexagésima sexta sessão do Comité Regional da OMS para a África adoptou o quadro de implementação da Estratégia Mundial para a Saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes (2016-2030). Em colaboração com os parceiros H6⁵², a OMS organizou acções de formação destinadas a orientar os responsáveis dos Ministérios da Saúde de 41 países, das Representações da OMS e demais agências das Nações Unidas que versaram sobre os objectivos e acções prioritárias da Estratégia Mundial, incluindo instrumentos e directrizes a serem usados pelos países na formulação de estratégias e planos integrados e orçados em matéria de saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e dos adolescentes (SRMNIA). Treze Estados-Membros⁵³ fizeram a revisão dos seus programas de SRMNIA com a finalidade de elaborar planos estratégicos integrados, estando o processo ainda a decorrer noutros sete países⁵⁴. Isto ajudará a fundamentar investimentos, a coordenar as acções dos parceiros e a acelerar a realização de progressos.

É fundamental melhorar a qualidade dos cuidados para se poderem atingir os objectivos da Estratégia Mundial, o que requer maior atenção por parte de muitos países. A OMS ajudou 14 Estados-Membros⁵⁵ a avaliarem a qualidade dos seus serviços de SRMNIA nos hospitais, e esses países tomarão medidas para colmatar as lacunas identificadas. A Rede de Cuidados de Qualidade⁵⁶, que visa os serviços prestados a mulheres, recém-nascidos, crianças e adolescentes, foi lançada em Fevereiro de 2017, envolveu inicialmente nove países, incluindo sete⁵⁷ da Região Africana.

Essa rede destina-se a reduzir para metade, nos próximos cinco anos, os óbitos de mães e recém-nascidos, assim como o número de nados-mortos nas unidades de saúde.

A OMS AFRO e os seus parceiros⁵⁸ organizaram um Fórum Regional Inter-Agências sobre Saúde Neonatal, no Senegal, em Outubro de 2016, com o objectivo de elaborar um roteiro destinado a fazer avançar a agenda da saúde neonatal (SNN) em 16 países da África Ocidental e Central⁵⁹. Um dos principais resultados da reunião foi o lançamento do grupo de acção regional para a SNN, tendo em vista a criação de mecanismos de coordenação e responsabilização mais eficazes, incluindo a partilha de ferramentas para acompanhar os progressos registados relativamente aos principais indicadores.



3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.3 CATEGORIA 3: PROMOÇÃO DA SAÚDE AO LONGO DA VIDA

Para acelerar os progressos na eliminação da transmissão materno-infantil (eTMI), nove países⁶⁰ receberam apoio para elaborar ou actualizar os seus planos de eTMI. Uma vez que a atenção incide agora sobre a dupla eliminação, a OMS criou um mecanismo regional multi-agências para ajudar os países a submeterem-se à validação da eTMI para o VIH e a sífilis, tendo ainda desenvolvido e distribuído ferramentas para avaliar se os países estão prontos para a eliminação.

Três países de elevada incidência (Maláui, Nigéria e Zimbabué) efectuaram investigação sobre a implementação de modo a melhorar o acesso, a qualidade e a prestação dos cuidados de prevenção da transmissão materno-infantil (PTMI). Os resultados do projecto quinquenal destinado a melhorar a prestação de serviços nas unidades de saúde e a reforçar os programas nacionais foram publicados, em Junho de 2017, num suplemento do *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (JAIDS)*⁶¹. O pessoal da OMS, ao nível da sede, da região e dos países prestou um apoio determinante às equipas de investigação constituídas por cientistas nacionais, baseados em instituições locais. Uma das principais conclusões dessa investigação aponta que as taxas de adesão ao tratamento melhoraram, graças ao apoio dado por outras mães seropositivas. A OMS está a divulgar essas conclusões junto dos Estados-Membros e irá organizar seminários regionais para funcionários do Ministério da Saúde e redes comunitárias por forma a combinar acções conjuntas destinadas a aumentar a retenção na TAR das mulheres que vivem com o VIH.



Estendeu-se a capacitação para fortalecer as intervenções de base comunitária no campo da sobrevivência infantil. Para além da formação dada a 21 mestres formadores no Burundi, Camarões, Congo e RDC sobre o modo de gerir crianças doentes na própria comunidade quando não é possível encaminhá-las, o Burundi já transmitiu essa formação a agentes de saúde comunitários.

Foi igualmente ministrada formação sobre Gestão integrada de casos a nível comunitário (iCCM), que foi adaptada de modo a incluir a tuberculose e o VIH. Na sequência dessa formação, a Etiópia, o Maláui, o Uganda e a Zâmbia reforçaram as suas capacidades nacionais para assegurar rapidez na implementação.

3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.3 CATEGORIA 3: PROMOÇÃO DA SAÚDE AO LONGO DA VIDA

Trata-se de uma inovação colaborativa, que envolve a saúde infantil, os programas de TB e VIH e conta com o apoio da OMS e da UNICEF para aumentar a identificação de crianças expostas à TB e ao VIH nos países de elevada incidência.

A OMS continuou a prestar apoio ao projecto de Expansão do Acesso Rápido (RACe) para dar mais importância à gestão comunitária do paludismo, das diarreias e da pneumonia nas crianças em cinco países⁶². Desde o início do projecto, em 2013, foram tratados ao nível das comunidades mais de seis milhões de casos de paludismo, pneumonia e diarreia nos locais abrangidos pelo projecto nesses países. O projecto RACe demonstrou que, quando os agentes comunitários de saúde são devidamente formados e enquadrados, podem fornecer tratamento adequado a casos de paludismo, diarreia e pneumonia. O projecto também induziu uma mudança das políticas nos países, como sejam a introdução dos testes de diagnóstico rápido para o paludismo ao nível das comunidades, a administração de comprimidos dispersíveis de amoxicilina para a pneumonia e a utilização de zinco no tratamento da diarreia. Os resultados do projecto estão a ser usados nos países para reforçar o tratamento integrado de casos de diarreia, paludismo e pneumonia.

A programação vertical da prestação de serviços para a vacinação e a saúde infantil dá origem a que crianças e mães percam a oportunidade de receber serviços integrados.





3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.3 CATEGORIA 3: PROMOÇÃO DA SAÚDE AO LONGO DA VIDA

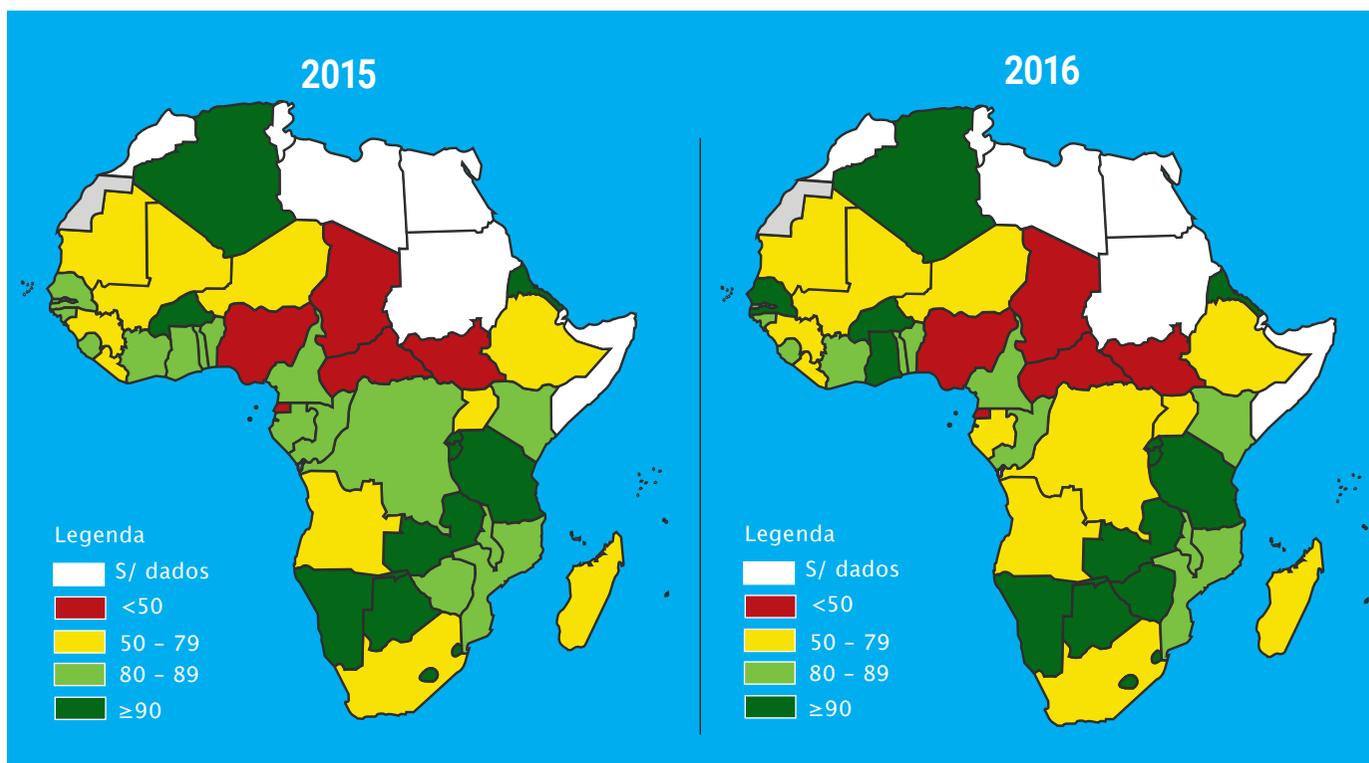
Para reforçar a prestação de serviços integrados, a OMS partilhou com os países as orientações revistas da estratégia Chegar a Todos os Distritos (RED), que incluem as melhores práticas do PAV e a integração da saúde infantil. Por outro lado, a OMS desenvolveu e divulgou um programa informático de PAV/AIDI, com o objectivo de reforçar as capacidades dos profissionais de saúde de primeira linha e, assim, melhorar a qualidade dos serviços prestados.

A vacinação é uma intervenção de saúde pública não só importante como rentável, que salva milhões de vidas todos os anos nos países da Região Africana. A cobertura regional da vacinação com as três doses da DTP estancou nos 74%, em 2016, e verificou-se o mesmo em relação à cobertura da 1ª dose da vacina contra o sarampo (MCV1), que ficou pelos 72%. Estas coberturas ficam aquém da meta esperada em termos de cobertura vacinal; de acordo com o Plano Mundial de Acção para a Vacinação (GVAP) é de pelo menos 90%.

Contudo, há 20 países que, em 2016, alcançaram uma meta superior a 90% para a vacina contra a DTP3, contra 17, em 2015, e 17 países que atingiram uma cobertura de pelo menos 90% para a MCV1 em 2016, comparativamente a 13 países, em 2015 (Figura 3.3.2). A cobertura regional com a terceira dose da vacina pneumocócica conjugada (PCV3) também aumentou de 59%, em 2015, para 65%, em 2016.

A cobertura vacinal nos países que enfrentam crises humanitárias continua a ser muito baixa (inferior a 50%) (Figura 3.3.2); intensificar-se-á o apoio a esses países assim como aos países onde os sistemas de vacinação são débeis ou onde existe um grande número de crianças sem vacinação, com vista a obter o maior impacto possível.

Figura 3.3.2: Cobertura da DTP3 na Região Africana, 2016 vs. 2015



Fonte: Estimativas da OMS/UNICEF sobre a Cobertura Vacinal Nacional (WUENIC) relativas a 2016, publicadas em Julho de 2017

3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.3 CATEGORIA 3: PROMOÇÃO DA SAÚDE AO LONGO DA VIDA

Para aumentar a cobertura vacinal, a OMS apoiou a sua defesa e promoção activa assim como a mobilização das comunidades com o fim de incentivar as pessoas a procurarem os serviços de vacinação. Em 2016, os países aproveitaram a Semana Africana da Vacinação (24 a 30 de Abril) para implementar, nos serviços de vacinação de rotina, a maior transição sincronizada de sempre da vacina oral trivalente da poliomielite para a vacina oral bivalente. A Região é das primeiras a proceder a uma transição bem-sucedida.

Com a finalidade de gerar dados mais fiáveis, a partir de inquéritos periódicos, para complementar a monitorização do desempenho e a acção, a OMS formou funcionários de 16 países prioritários para os habilitar a usar a metodologia revista de inquérito para o Programa Alargado de Vacinação (PAV) e o Sistema de Informação Sanitária. Por outro lado, a OMS e os parceiros desenvolveram um processo para a integração dos sistemas de dados sobre vacinação no sistema geral de informação sanitária.

A OMS e os seus parceiros ajudaram os países a acelerar a introdução de novas vacinas nos seus planos de vacinação de rotina. A vacina contra o vírus do papiloma humano foi introduzida em seis países à escala nacional⁶⁹ e a vacina contra a febre-amarela em 24 Estados-Membros⁷⁰. A cobertura contra a febre-amarela estagnou nos 45%. A estratégia de longo prazo contra a febre-amarela recentemente formulada pela OMS e os seus parceiros, na sequência de um vasto surto em Angola e na RDC, explica a constituição de uma reserva de vacinas contra a febre-amarela, a

avaliação de riscos para ajudar à introdução da vacina no PAV de rotina e campanhas reactivas. A avaliação da duração da imunidade, após a vacinação com uma dose fraccionada da vacina contra a febre-amarela, está a decorrer na República Democrática do Congo assim como através de um ensaio clínico no Instituto de Investigação Médica do Quénia.

As vacinas pneumocócicas conjugadas e do rotavírus foram introduzidas, respectivamente, por 38⁷¹ e 31 países⁷². Sete países⁷³ registaram um declínio considerável da morbidade e mortalidade infantil relacionada com diarreia após a administração da vacinação contra o rotavírus que integra as intervenções integradas desde 2014, incluindo a melhoria da qualidade da água e do saneamento e práticas de higiene.

Para combater os surtos de meningite epidémica A, realizaram-se campanhas intermitentes de vacinação em massa e, a partir de 2016, foram vacinadas mais de 48 milhões de pessoas. Em 2016-2017, apenas foi notificado um caso de meningite devida à *Neisseria meningitides* do tipo A. Apesar destes progressos, ocorreram surtos de meningite devidos ao meningococo C. Para combater epidemias devidas a outros grupos serológicos de *Neisseria meningitides* está em desenvolvimento, para a Região, uma vacina conjugada meningocócica polivalente (ACYWX). A partir do momento em que seja licenciada e utilizada, esta vacina terá o potencial de pôr fim às epidemias de meningite na Região.

Em Fevereiro de 2016, o Escritório Regional da OMS para a África e o Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental, em colaboração com a União Africana e o Governo da Etiópia, organizaram, pela primeira vez, uma Conferência Ministerial sobre Vacinação em África que teve lugar em Adis Abeba, na Etiópia. Esta conferência de líderes políticos africanos e de partes interessadas na vacinação adoptou a Declaração de Adis Abeba sobre Vacinação (ADI)⁷⁴, vinculando os ministros africanos em relação a 10 objectivos destinados a concretizar o acesso universal à vacinação em África. A ADI foi, posteriormente, ratificada pelos Chefes de Estado, durante a Cimeira da UA, em Janeiro de 2017. Presentemente há onze países que financiam mais de 50% dos seus programas nacionais de vacinação e espera-se que o mesmo venha a acontecer em muitos mais.

A Região Africana tem a mais fraca cobertura de planeamento familiar (28%) em comparação com outras regiões. A meta dos ODS para a mortalidade materna é de 70 óbitos por 100 mil nados-vivos; os países da Região Africana terão de envidar esforços consideráveis para atingir essa meta, partindo da média de 2015 com um rácio de 542/100 000 habitantes. Para reduzir a mortalidade, é fundamental aumentar o recurso ao planeamento familiar e prestar cuidados obstétricos de emergência de melhor qualidade. Em 2016, o Escritório Regional publicou novas orientações sobre planeamento familiar em 16 países e dispensou apoio técnico e financeiro a sete países, para que adaptassem as suas orientações nacionais.

3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.3 CATEGORIA 3: PROMOÇÃO DA SAÚDE AO LONGO DA VIDA

Além disso, no marco do projecto global “Reforço do Planeamento Familiar e dos Serviços de Contracepção aplicando as Orientações da OMS” 2016-2018, a Organização mobilizou recursos para apoiar a implementação dos programas de planeamento familiar em 10 países⁷⁹. Foram igualmente mobilizados fundos para quatro países (Burquina Faso, Côte d’Ivoire, Etiópia e Uganda) no intuito de melhorar a disponibilidade e o acesso à informação e aos serviços de contracepção, com enfoque nas adolescentes e mulheres após o parto ou aborto, e trabalhando em estreita colaboração com os parceiros.

A taxa de nascimentos entre as adolescentes na Região Africana é a mais alta do mundo, com uma média de 116 por mil jovens na faixa dos 15-19 anos⁸⁰. No mesmo grupo etário a prevalência do uso de contraceptivos oscila entre 2% e 43% e, em todos os países, a necessidade não atendida de planeamento familiar varia de 6% a 62%. Assim, a OMS decidiu pôr em prática um programa de referência sobre saúde dos adolescentes, pois trata-se de ajudar os países a colmatarem essas lacunas e de facilitar o acesso a serviços que resolvam as suas necessidades prioritárias em termos de saúde.

Juntamente com outros parceiros, a OMS AFRO convocou uma reunião consultiva regional para reforçar os programas de saúde escolar na Região. Vinte e um países⁸¹ formularam roteiros para melhorar a saúde dos adolescentes, usando as estruturas de saúde do meio escolar para fazer chegar as intervenções a maior número de adolescentes.



3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.3 CATEGORIA 3: PROMOÇÃO DA SAÚDE AO LONGO DA VIDA

A Organização prestou apoio técnico a oito países⁸² de modo a elaborarem propostas de intervenções relativas ao VIH destinadas às adolescentes e às mulheres ainda jovens, tendo sido mobilizados 35 milhões de dólares do Fundo Mundial. Foi elaborado um atlas sobre a saúde dos adolescentes, para fornecer dados aos países, e vai ser enviado aos Estados-Membros o documento de orientação sobre a Acção Mundial Acelerada para a Saúde dos Adolescentes (AA-HAI), lançado durante a septuagésima Assembleia Mundial da Saúde e pressupõe uma abordagem de todos os sectores do executivo.

Na área da nutrição, a OMS ajudou 11 países⁸³ a implementarem o projecto Acelerar as Melhorias na Nutrição (ANI, 2013-2016), financiado por um subsídio do Governo do Canadá. Esses 11 países têm agora, pelo menos, dois dos indicadores da nutrição materna, dos lactentes e das crianças pequenas (NMLCP) nos seus sistemas nacionais de informação sanitária e, desses, seis⁸⁴ já os incluem nos relatórios sanitários de rotina. Foi criada uma base sólida para apoiar a vigilância nutricional através desses sistemas. Como consequência do projecto, foi dada formação a 2689 gestores e agentes de saúde para recolherem e usarem os dados da vigilância na sua acção assim como a 4115 profissionais de saúde para aplicarem intervenções sobre nutrição.

Por outro lado, foram realizadas sessões sobre as melhores práticas com vista ao reforço das

intervenções sobre nutrição, com base na experiência da Etiópia, Uganda e República Unida da Tanzânia⁸⁵. Os resultados do inquérito nacional da Serra Leoa sobre micronutrientes⁸⁶ foram utilizados para sustentar uma estratégia nacional destinada a tratar a anemia nas mulheres em idade reprodutiva.

O país está a utilizar ferramentas de avaliação nutricional inovadoras para permitir a grupos de apoio entre mães possam detectar atrasos de desenvolvimento nas crianças e aconselhar os cuidadores relativamente a formas de prevenir a malnutrição.



CASO DE **SUCESSO** NOTIFICAR, ANALISAR, ACTUAR: O PAPEL DA VIGILÂNCIA E RESPOSTA À MORTALIDADE MATERNA



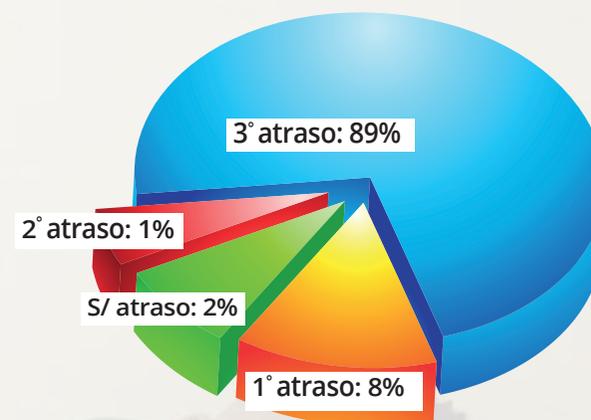
Os óbitos maternos são um verdadeiro problema de saúde pública e uma séria causa de morte entre as mulheres da Região Africana. Conforme recomendado pelas orientações técnicas da Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (VRID), os óbitos maternos constituem uma das ocorrências prioritárias de saúde pública notificadas semanalmente. Apesar disso, a notificação e declaração de mortes maternas está muito aquém da realidade, por falta de priorização e incapacidade em classificar devidamente um óbito materno.

Para dar resposta a isso, a OMS tem reforçado as capacidades das equipas nacionais de modo a identificarem e notificarem correctamente os óbitos maternos nas unidades de saúde, usando a Classificação Internacional das Doenças – Mortalidade Materna (ICD MM). Para além disso, foram criadas ligações com o Registo Civil, as Estatísticas Vitais (CRVS) e a VRID, através de sessões conjuntas, de modo a facilitar a notificação semanal dos óbitos maternos, através do sistema VRID e a certificação correcta desses óbitos.

A OMS está a acompanhar as notificações sobre os óbitos maternos nos países. Em 2015, dezassete países notificaram 1045 óbitos maternos. No final de 2016, 38 países tinham notificado 16 760 óbitos maternos. Apesar desse significativo aumento do número de países que notificaram, a subnotificação subsiste.

A OMS está a trabalhar com os países para melhorar a notificação, incluindo estudos sobre mortalidade materna a nível das unidades de saúde e das comunidades e levando a cabo inquéritos confidenciais sobre mortes maternas, incluindo a elaboração de relatórios anuais. As auditorias instauradas à mortalidade materna revelam que a maioria desses óbitos poderia ter sido evitado, se tivessem sido administrados cuidados de qualidade. Por exemplo, das 205 mortes maternas analisadas em 2016, no Congo, os atrasos na assistência às mães nas unidades de saúde (terceiro atraso) contribuíram para 89% das mortes, apenas 8% das mortes ficar a dever-se a atraso

Figura 3.3.2: Atrasos que contribuíram para a mortalidade materna no Congo, 2016.



Fonte: Relatório 2016 do *Observatoire national des décès maternels, néonataux et infantiles* - Observatório Nacional da Mortalidade Materna, Neonatal e Infantil, Congo

na procura de cuidados (primeiro atraso) e 1% à demora em chegar a uma unidade de saúde (segundo atraso) (Figura 3.3.2)⁸⁷.

A OMS está a ajudar os países a reforçarem o ensino da Vigilância e Resposta à Mortalidade Materna na formação pré-serviço, reforçando a capacidade das instituições nacionais de formação em Vigilância e Resposta à Mortalidade Materna e Perinatal (MPDSR). Consequentemente, vários países ampliaram os seus planos de estudo iniciais para serem integralmente incluídos na MPDSR.



3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.4 CATEGORIA 4: SISTEMAS DE SAÚDE

A OMS contribuiu para a realização da saúde para todos, ajudando os países a desenvolverem sistemas de saúde resilientes e com capacidade de resposta, e que se centram nas necessidades e nas circunstâncias das populações, proporcionando-lhes acesso a serviços de saúde com qualidade sem terem de se expor a provações financeiras. Isso inclui fortalecer a liderança e a governação, melhorar o financiamento da saúde, reforçar os recursos humanos para a saúde, promover o acesso a tecnologias de saúde comportáveis, seguras e eficazes, garantir uma prestação integrada de serviços, bem como gerar e utilizar informação sanitária para a pesquisa em saúde.

Pela primeira vez, o Escritório Regional convocou um Fórum Regional sobre o Reforço dos Sistemas de Saúde para a consecução dos ODS e da CUS, dirigido a altos responsáveis dos Ministérios da Saúde de todos os 47 Estados-Membros e outros peritos técnicos, parceiros e académicos, que teve lugar em Windhoek, na Namíbia, em Dezembro de 2016. Esta reunião incidiu sobre os desafios e requisitos da construção de sistemas de saúde ágeis e resilientes, no contexto do reforço dos sistemas de saúde para se avançar para a CUS e a consecução do ODS nº3. O principal resultado foi o de propor um quadro de acção para o reforço dos sistemas de saúde, destinado a nortear os países em termos de planeamento estratégico, definir prioridades de investimento com o maior impacto possível e monitorizar os progressos realizados. Foram também criadas quatro Comunidades de Prática, permitindo aos participantes e, não só, procederem à partilha de experiências e resolverem conjuntamente

problemas relativos aos desafios dos países em matéria de governação, recursos humanos para a saúde, sistemas distritais de saúde e financiamento da saúde.

Num acto inédito para recolher dados sobre a CUS, foi realizado um estudo de referência em todos os 47 países da Região Africana, servindo de base para a elaboração de um quadro regional de monitorização da CUS. Os dados foram recolhidos a partir de fontes disponíveis ao público e contemplaram 51 indicadores, 17 dos quais foram utilizados no quadro de monitorização então proposto. A estrutura que daí resultar será adaptada pelos países de modo a aferirem os seus progressos na consecução da CUS e dos ODS.

Caminhar para a CUS e os ODS exige uma acção multisectorial para fazer face aos determinantes sociais da saúde. A OMS desenvolveu ferramentas para integrar os impactos que as políticas de outros sectores do desenvolvimento têm sobre a saúde. O Manual de Formação sobre Saúde em Todas as Políticas⁸⁸ foi utilizado para desenvolver as capacidades nalguns países, e a caixa de ferramentas para os determinantes sociais na Região Africana⁸⁹, um recurso de aprendizagem e de resolução de problemas para profissionais do sector da saúde mas não só, está disponível em linha. A OMS deu apoio ao Ruanda para levar a cabo uma análise do seu desempenho na acção sectorial a favor da equidade e dos resultados em matéria de saúde.

As principais realizações observadas referem-se à descentralização de processos e finanças, a elaboração de programas a favor dos pobres, que promovam a redução da pobreza, e a criação de quadros institucionais e jurídicos bem como de um enquadramento político para proteger as populações vulneráveis.

O Escritório Regional melhorou a sua capacidade de monitorizar a protecção contra os riscos financeiros no âmbito do quadro geral de monitorização da CUS. Em 2016 e 2017, responsáveis de 11 Estados-Membros⁹⁰ receberam formação em métodos de cálculo para estimar a protecção contra o risco financeiro. Estes países são hoje capazes de produzir estimativas dos gastos catastróficos com a saúde e de acompanhar a sua evolução para reduzir as barreiras financeiras no acesso aos serviços de saúde.



3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.4 CATEGORIA 4: SISTEMAS DE SAÚDE

A Região fez progressos no sentido de institucionalizar Contas Nacionais da Saúde nos países, com o intuito de controlar os recursos afectos à Cobertura Universal de Saúde. Até finais de 2016, dezasseis países⁹¹ tinham gerado dados sobre despesas com saúde relativamente a dois anos consecutivos, enquanto quatro países (Burquina Faso, RDC, Níger e Uganda) elaboraram relatórios anuais sobre as Contas Nacionais da Saúde desde 2012.

O Atlas da Despesa em Saúde na Região, uma publicação bianual, foi lançado em 2016 e sintetiza a actual situação do financiamento da saúde nos países. Ao mesmo tempo fornece orientações sobre políticas para a consecução da CUS, baseando-se numa melhor execução de orçamentos do sector para maximizar os resultados. O relatório assinala que a despesa pública com a saúde na Região cresceu, passando de 70 dólares em paridade do poder de compra, no início dos anos 2000, para 160 dólares em paridade do poder de compra, em 2014, e que o financiamento externo para a saúde aumentou de 13% para 24% do total da despesa em saúde. Não obstante, o relatório salienta que, atendendo ao alargamento do âmbito dos ODS e aos novos desafios em termos de saúde, é necessário envidar mais esforços para mobilizar recursos internos de uma forma previsível, garantindo simultaneamente maior eficiência com os recursos disponíveis para maximizar os benefícios no campo da saúde.

Em Março de 2017, a Directora Regional organizou um evento de sensibilização de alto nível sobre financiamento da saúde, em colaboração com a Comissão Económica das Nações Unidas para a África (CEA). A reunião contou com a presença de um leque

abrangente de partes interessadas na tentativa de compreender quais as perspectivas dos Ministérios das Finanças na Região e chegar a um consenso quanto a uma acção conjunta para o financiamento sustentável da saúde. Os dados preliminares de um relatório da OMS⁹² indicam que, em 2015, o continente africano sofreu uma perda que chegou aos 3 biliões de dólares devido a condições precárias de saúde e que a realização das metas dos ODS deveria reduzir a perda de PIB em pelo menos 47%.

As principais áreas de acção incluem a mobilização acrescida de recursos internos para a saúde tal como o seguro de saúde obrigatório, a criação de sistemas de gestão para aumentar a eficiência dos recursos da saúde, a melhoria da capacidade de absorção dos Ministérios da Saúde, e a produção de elementos factuais que interliguem a economia e o desenvolvimento humano, designadamente a segurança alimentar e os determinantes sociais da saúde. Em colaboração com a CEA, a OMS vai ajudar a criar uma plataforma para que os Ministérios da Saúde e das Finanças possam partilhar informações pertinentes com vista à elaboração de políticas alicerçadas em dados concretos.

Com base nas lições retiradas do surto epidémico de DVE, a OMS prestou apoio ao reforço dos sistemas de saúde na República da Guiné, na Libéria e na Serra Leoa. Um dos principais ensinamentos refere-se à importância de envolver as comunidades e de as articular com os sistemas de prestação de serviços de saúde. A Organização ajudou os países a melhorarem a prestação de serviços através do reforço da liderança e da gestão das equipas distritais de saúde.

Durante o período em apreço, a OMS prestou apoio a quatro países (Benim, Burundi, Seychelles e Serra Leoa) para organizarem e realizarem avaliações da Disponibilidade e Prontidão dos Serviços (SARA) e a utilizarem os resultados para aumentar ainda mais o acesso aos serviços. Até Junho de 2017, dezassete países⁹³ tinham organizado pelo menos um inquérito SARA desde 2011. Estão a ser envidados esforços para sincronizar as SARA com os ciclos nacionais de planeamento da saúde, para que os resultados sejam mais proveitosos na tomada fundamentada de decisões.

Prosseguiu o trabalho de assistência aos países no sentido de melhorar a disponibilidade de dados relativos aos profissionais de saúde a nível nacional, tendo sido prestado apoio à criação de observatórios nacionais dos profissionais de saúde na Argélia, Camarões, Comores e Côte d'Ivoire. Até ao momento, 17 países⁹⁴ criaram observatórios nacionais dos profissionais de saúde que permitem analisar informação no domínio dos Recursos Humanos para a Saúde (RHS) e para sustentar o diálogo político com as partes interessadas relevantes, e assim nortear a sua acção colectiva no sentido de se dotarem das competências necessárias em matéria de recursos humanos.

Dezassete países⁹⁵ receberam orientações com vista à elaboração de Contas Nacionais de profissionais de saúde, que ajudam a gerar informações e elementos factuais fidedignos sobre os RHS na perspectiva do planeamento, da implementação e da monitorização de políticas neste sector rumo à CUS.

3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.4 CATEGORIA 4: SISTEMAS DE SAÚDE

Os Indicadores da OMS do Volume de Trabalho para as Necessidades de Contratação (WISN) são uma ferramenta de gestão dos RHS, que pela avaliação do volume de trabalho actual dos funcionários nas unidades de saúde, permite ajudar os países a determinarem as suas necessidades e a elaborarem critérios de contratação. Decorreram actividades de capacitação para o uso desta ferramenta na Côte d'Ivoire e na Guiné, tendo sido criado um grupo de 35 peritos WISN francófonos para alargar o apoio aos países. O Mali recebeu apoio para elaborar um cenário de investimento em RHS, e a Argélia e as Comores foram apoiadas no planeamento dos RHS.

Foram publicados, em francês e em inglês, e distribuídos a todos os países quatro programas curriculares regionais com base nas competências bem como um quadro regulamentar de enfermagem e obstetrícia, que serão utilizados por organismos regulatórios e instituições de formação. A OMS reconhece a importância de se contar com um sólido corpo de profissionais de saúde na transição para a CUS, tendo elaborado um quadro de implementação da Estratégia Mundial para os Recursos Humanos, que será apresentado durante a sexagésima sétima sessão do Comité Regional para a África em 2017.

O Escritório Regional apoiou o Ministério da Saúde do Togo na realização de inspecções de Boas Práticas de Fabricação (BPF) para apreciar a sua conformidade em relação aos princípios congéneres da OMS. Este exercício fez parte das medidas implementadas pela OMS para promover a produção local de



medicamentos com qualidade garantida. A OMS aproveitou o ensejo para realizar acções de formação prática em BPF, específicas para os novos inspectores das entidades reguladoras nacionais do Burquina Faso, RDC e Togo.

3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.4 CATEGORIA 4: SISTEMAS DE SAÚDE

Sob a égide dos peritos da OMS, os formandos passaram a dominar técnicas de inspecção e abordagens práticas em matéria de qualidade dos sistemas de fabrico e de garantia de qualidade dos produtos.

A OMS está a prestar apoio aos países com vista a reforçar a capacidade das entidades reguladoras nacionais, tendo em vista a efectiva garantia de qualidade dos produtos médicos, a harmonização ao nível nacional dos requisitos para registo dos medicamentos e uma melhor supervisão dos ensaios clínicos. Esta melhoria permitirá também uma governação regulatória, a racionalização dos processos de licenciamento e inspecção bem como de controlo laboratorial, fármaco-vigilância e fiscalização após a comercialização. Em Fevereiro e Março de 2017, foram aferidas oito funções essenciais da regulamentação dos medicamentos na Eritreia, Etiópia, Quênia, Sudão do Sul e Uganda, assim como nos Estados-Membros da Autoridade Intergovernamental para o Desenvolvimento (IGAD) da vizinha Região do Mediterrâneo Oriental. Entre outras coisas, este exercício de referência detectou verificações e controlos em falta no enquadramento legislativo, e identificou medidas para colmatar as falhas encontradas.

A resistência antimicrobiana (RAM) é um problema crescente com graves implicações, nomeadamente o fracasso dos tratamentos e o aumento dos custos e da carga de doença. Na Região Africana, a RAM está



associada ao uso irrazoável de agentes antimicrobianos, às práticas deficientes de prevenção e controlo das infecções em meio hospitalar e nas comunidades, à insuficiente capacidade de diagnóstico, assim como à falta de higiene e às condições ambientais.

3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.4 CATEGORIA 4: SISTEMAS DE SAÚDE

De igual modo, existe pouca partilha de informação entre os sectores da saúde humana, animal e da alimentação, para detectar e conter o surgimento de organismos resistentes.

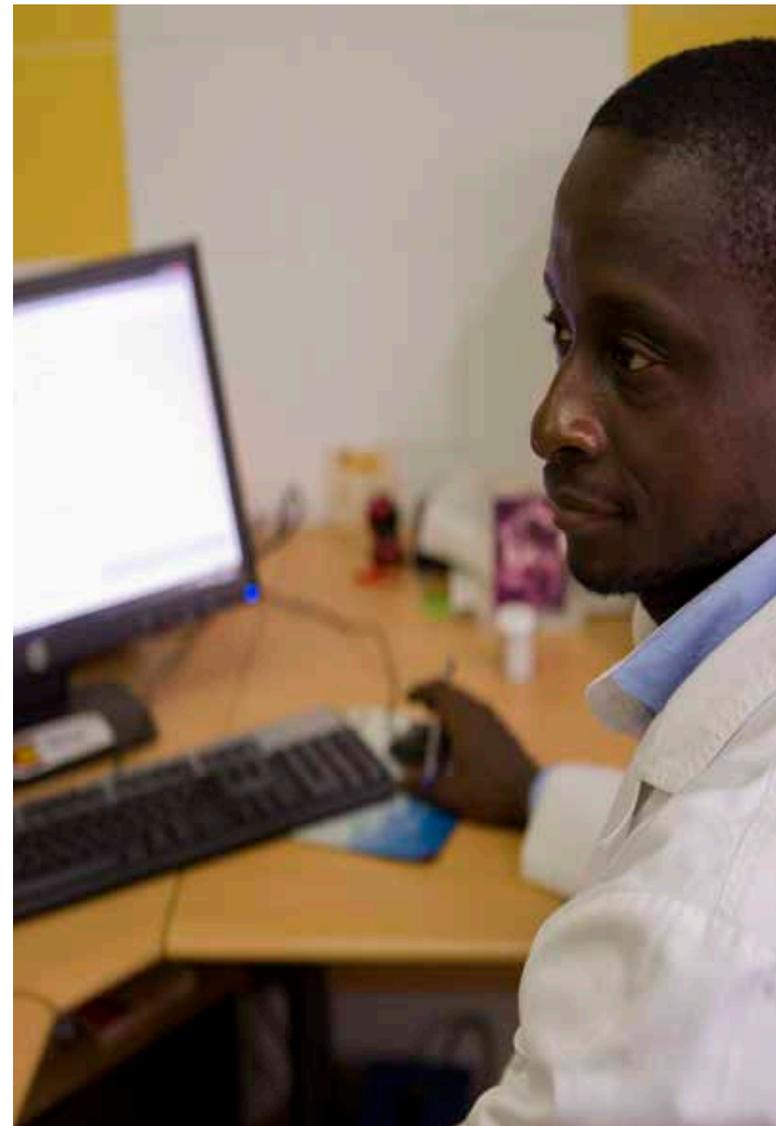
No sentido de apoiar os países da Região a implementarem o Plano Mundial de Acção para a Resistência Antimicrobiana, a OMS formou cerca de 300 responsáveis de 44 países⁹⁶ em 2016-2017 para os habilitar a elaborar planos nacionais de acção (PNA) para a resistência antimicrobiana utilizando a abordagem “Uma Só Saúde”, que engloba a saúde humana, animal e ambiental. O financiamento catalisador proveniente do *UK Fleming Fund* está a apoiar em 25 países⁹⁷ os esforços de elaboração de PNA, estando 30 formadores a postos para os auxiliar. Em resultado disso, as autoridades nacionais aprovaram os PNA de quatro países⁹⁸, enquanto outros seis⁹⁹ aguardam aprovação. Treze países¹⁰⁰ receberam formação para monitorizar o uso racional de agentes antimicrobianos. A Região possui agora uma base sólida para melhor acompanhar o consumo, o preço e a disponibilidade de agentes antimicrobianos, bem como sistemas de regulação nacionais mais robustos para cercear os produtos antimicrobianos de qualidade inferior e falsificados. A OMS tem trabalhado arduamente para que todos os seus 47 Estados-Membros tenham o seu próprio PNA até Maio de 2018.

A OMS trabalhou com os parceiros regionais para facilitar a implementação da estratégia *Melhorar as Estatísticas da Mortalidade em África – Estratégia Técnica 2015-2020* ao nível dos países.

Foram disponibilizadas ferramentas informáticas¹⁰¹ e ministrada formação em três seminários regionais para integrar a recolha de dados sobre causas de óbito e as estatísticas vitais nas infra-estruturas de saúde, e para reforçar as ligações com os sistemas de registo civil e de estatísticas nacionais. Foi prestado apoio técnico de seguimento e acompanhamento a 15 países¹⁰² para aperfeiçoarem o registo das suas estatísticas vitais e a recolha sistemática de dados nas unidades de saúde, tendo sido lançada uma rede regional para facilitar a colaboração entre países e harmonizar as abordagens técnicas entre parceiros regionais.

Oito países¹⁰⁴ receberam apoio com vista ao desenvolvimento dos seus observatórios nacionais da saúde (ONS). Estão agora disponíveis perfis nacionais de saúde, incluindo indicadores da CUS, relativos ao Burquina Faso, Camarões, Gana e Ruanda, que serão actualizados graças a mais trabalho analítico e dados oriundos dos sistemas de informação sanitária de rotina, o que ajudará a acompanhar a progressão da CUS e dos ODS.

A OMS prestou apoio a seis países para elaborarem ou reverem as suas estratégias nacionais de ciber saúde durante o período em apreço, inclusive associou-se à União Internacional das Telecomunicações (UIT) bem como a outros parceiros para reforçar o apoio à ciber saúde (eHealth). A Organização está ainda a apoiar o dimensionamento das tecnologias de informação e comunicação para a saúde, como acontece na Serra Leoa e no Lesoto, com o lançamento parcial do Sistema Distrital de Informação Sanitária.



3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.4 CATEGORIA 4: SISTEMAS DE SAÚDE

O Programa HINARI da OMS permite aos países de rendimento baixo e médio acederem a uma das maiores colecções de literatura biomédica e de saúde do mundo. O Escritório Regional já organizou sessões de formação sobre o HINARI em oitos Estados-MembroS¹⁵⁰ para desenvolver aptidões que permitam utilizar eficientemente os recursos do HINARI. Entre os participantes encontravam-se médicos, estudantes de medicina, investigadores, representantes de ONG e bibliotecários. Graças a esta formação, os participantes podem extrair informações e usar dados comprovados para a tomada de decisões.

A plataforma EVIPNet da OMS foi criada na Região Africana em 2006 para promover o uso sistemático e transparente dos elementos factuais da pesquisa em saúde na definição de políticas. Passados dez anos, um reexame mostra que a visão está a tornar-se uma realidade. A EVIPNet no Maláui criou “cafés de ciência” onde são expostas estatísticas nacionais de saúde e sínteses de políticas sobre assuntos relevantes de saúde pública. Os funcionários destes “cafés de ciência” também apoiam os clientes na sua pesquisa e análise da informação sanitária com recurso à base de dados e aos programas informáticos. Os funcionários do Ministério da Saúde e os responsáveis políticos passam agora a aceder, avaliar, sintetizar e aplicar elementos factuais, permitindo-lhes passar a fazê-lo sozinhos.

Através de sínteses de políticas de base factual e do diálogo que comprovou a análise custo-benefício, a EVIPNet na Nigéria influenciou o programa do Governo sobre gratuidade dos serviços de saúde materno-

infantil. Encorajando o envolvimento das comunidades, verificou-se maior procura, o que levou ao aumento das intervenções de luta contra o paludismo, como sejam redes mosquiteiras tratadas com insecticidas (RMTI) nos Camarões e a política obrigatória de enriquecimento da dieta alimentar no Uganda.

Sendo uma Organização baseada no conhecimento, a OMS privilegia cada vez mais a programação de base factual e o apoio à prestação de cuidados de saúde nos Estados-Membros. Algo bem patente na promoção da pesquisa, publicação e utilização de investigação pelos Estados-Membros e pela própria OMS para documentar aquilo que pratica na Região.

O número de trabalhos de investigação que os funcionários do Escritório Regional carregaram no portal institucional da Organização triplicou entre 2015 e 2016, tendo passado de 27 para 79. Este facto estimulou o interesse pela publicação de artigos científicos e suplementos em revistas especializadas de grande projecção e com revisão pelos pares. Além da estratégia regional de saúde e do barómetro dos sistemas de pesquisa em saúde que guiam os Estados-Membros nos sistemas operacionais de pesquisa em saúde, foi criada ainda uma página no portal¹⁰⁶ Internet da OMS AFRO destinada às publicações dos funcionários da Organização.

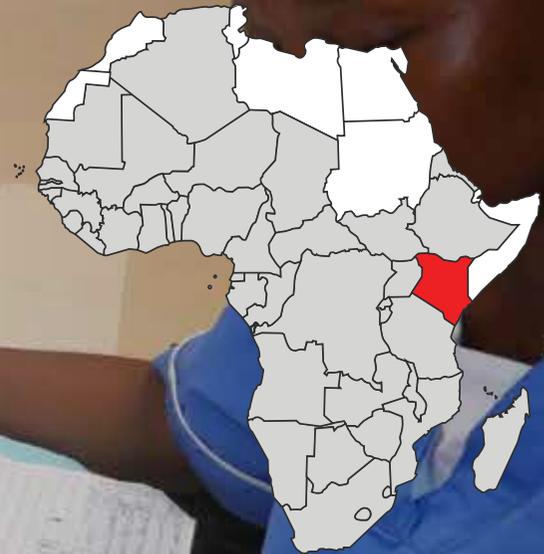


CASO DE SUCESSO

REFORÇO DOS SISTEMAS DE REGISTO CIVIL E DE ESTATÍSTICAS VITAIS NO QUÊNIA



Embora a cobertura dos registos de óbito permaneça abaixo dos 60%, o país está a trabalhar para aumentar os seus registos e remodelar as suas aplicações com base em dispositivos móveis, para maior acompanhamento e verificação da qualidade dos dados relativos à causa de óbito, assim como a notificação dos óbitos em tempo real



No Quênia, a OMS tem trabalhado em estreita colaboração com os parceiros e com outros sectores, através do Ministério da Saúde para ajudar a melhorar os sistemas de registo civil e das estatísticas vitais. Em 2016, o Quênia produziu pela primeira vez relatórios nacionais de registo civil. O país gerou dados relativos à mortalidade e à causa de óbito utilizando as normas ICD10, disponibilizadas à OMS para uso internacional.

Embora a cobertura dos registos de óbito permaneça abaixo dos 60%, o país está a trabalhar para aumentar os seus registos e remodelar as suas aplicações com base em dispositivos móveis, para maior acompanhamento e verificação da qualidade dos dados relativos à causa de óbito, assim como a notificação dos óbitos em tempo real. Ao abrigo da iniciativa de Colaboração para os Dados de Saúde no Quênia, os parceiros do

desenvolvimento tem trabalhado, em sinergia de esforços, para investir no sistema nacional de informação sanitária. A recente análise dos resultados indica uma melhoria notável dos dados de rotina das infra-estruturas de saúde através do Sistema de Gestão da Informação Sanitária (HMIS), bem assim da sua coerência com os dados gerados através de inquéritos.



3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.5 CATEGORIA 5: PROGRAMA PARA AS EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS

O Programa da OMS para as Emergências Sanitárias (WHE) na Região Africana foi criado em 2016 e enquadra-se na reforma do trabalho da OMS em relação a situações de emergência e surtos. Este programa de abrangência mundial foi concebido para acelerar a prontidão e resposta, promovendo a acção colectiva nos três níveis da Organização. Funciona com uma linha de autoridade clara, uma equipa específica de funcionários, um orçamento próprio, uma série de regras e processos e um conjunto de indicadores-padrão do desempenho.

A estrutura do WHE reflecte as principais funções da OMS em emergências sanitárias: gestão dos riscos de infecção; preparação dos países para as emergências sanitárias e o Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005); informação sobre as emergências sanitárias e avaliação dos riscos; e operações de emergência. O Programa WHE na Região Africana já está a melhorar o trabalho da Região em ocorrências de saúde pública.

Os três países afectados pelo surto epidémico de doença por vírus Ébola de 2014-2016 (Libéria, Serra Leoa e Guiné), com o apoio de uma grande diversidade de parceiros, incluindo a OMS, conseguiram controlar e declarar, oficialmente, o fim da epidemia de DVE na África Ocidental. Graças ao desenvolvimento e à manutenção de capacidades nestes países, as equipas nacionais foram capazes de detectar e debelar rapidamente recrudescências posteriores de DVE no início de 2016, com apoio externo mínimo.

Em Maio de 2017, a RDC confirmou um novo surto de Ébola numa zona remota, próxima da fronteira com a República Centro-Africana. A rápida resposta do governo em declarar o surto, em conformidade com o RSI e a estratégia regional aprovada pela sexagésima sexta sessão do Comité Regional, constitui uma boa prática que permitiu à OMS partilhar informações e manter uma estreita coordenação com os parceiros no apoio à resposta prestada.

O governo, a OMS e os parceiros avançaram rapidamente com a criação de um intenso sistema de resposta no terreno e de alerta na zona afectada. A OMS enviou peritos para comandar as operações e fornecer competências técnicas para uma resposta coordenada e eficaz, o que incluiu a adaptação das tecnologias existentes para o diagnóstico rápido da DVE. Passados dois meses, o surto foi dado como terminado, tendo sido oficialmente notificados oito casos (cinco confirmados e três prováveis). Considerou-se a necessidade de utilizar a vacina candidata contra o Ébola, previamente testada na Guiné em 2015. Mas perante o rápido controlo do surto, entendeu-se não ser apropriado aplicá-la.

Em 2016-2017, a OMS, no seu papel de liderança na resposta a surtos e emergências de saúde pública, destacou mais de 2500 peritos, incluindo membros da Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surtos. Durante o maior e mais complicado surto urbano de febre-amarela alguma vez registado, foram

vacinadas 25 milhões de pessoas em Angola e 14 milhões na RDC, tendo sido destacados 755 peritos para reforçar a capacidade de resposta nos dois países.

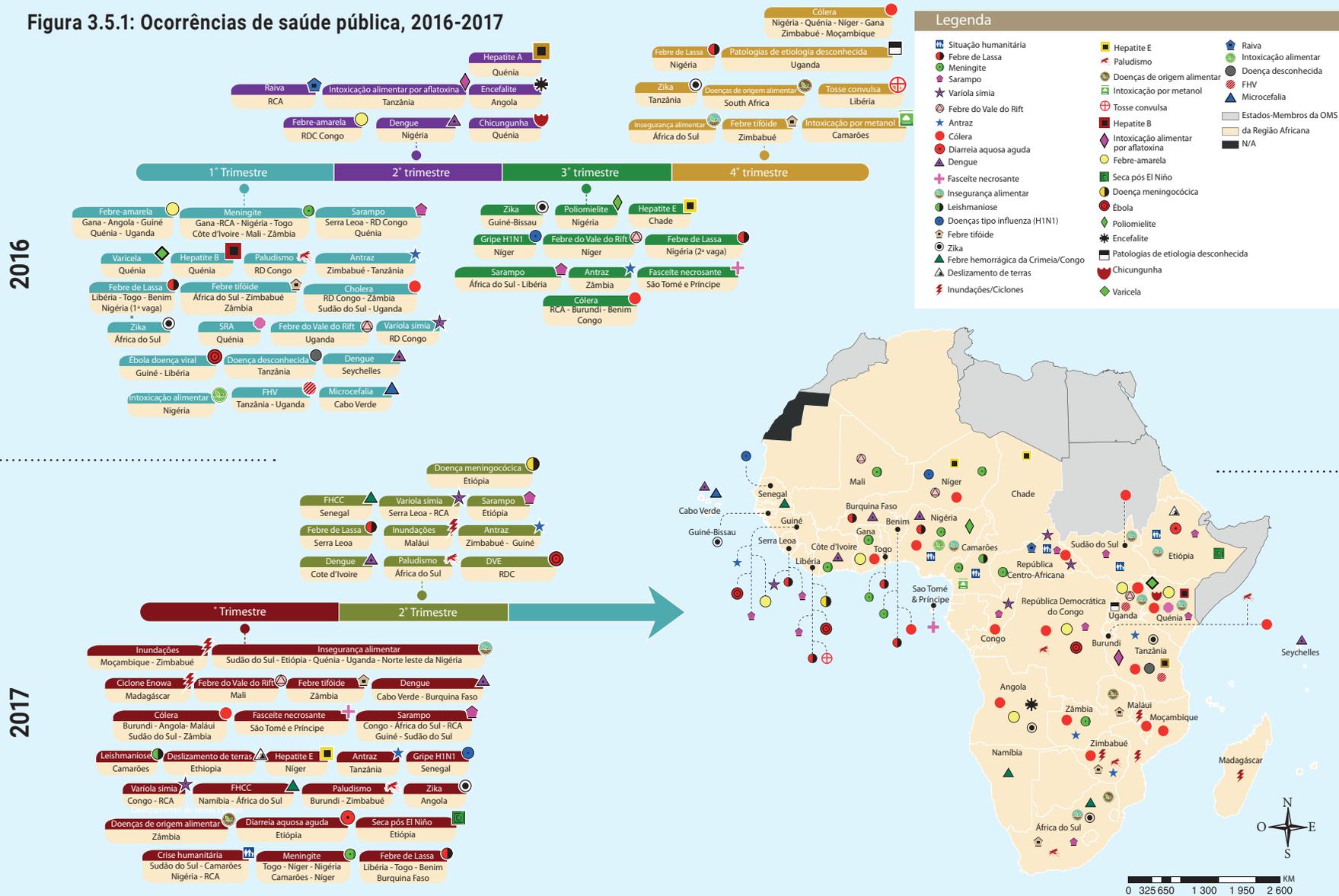
A OMS está a trabalhar em estreita colaboração com os Estados-Membros para reforçar a sua capacidade de detecção e controlo de surtos. A Organização tomou a dianteira na resposta a ocorrências de saúde pública de febre do Vale do Rift, cólera, varíola dos macacos, febre de Lassa, meningite e hepatite E nos países da Região.



3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.5 CATEGORIA 5: PROGRAMA PARA AS EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS

Figura 3.5.1: Ocorrências de saúde pública, 2016-2017



3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.5 CATEGORIA 5: PROGRAMA PARA AS EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS

Foi também prestado apoio à resposta a emergências de saúde pública ligadas a eventos climáticos extremos – secas e cheias – em diversos países. O sistema de Gestão das Incidências, adoptado como parte integrante do Quadro da OMS de Resposta às Emergências, foi activado para uma melhor coordenação em emergências sanitárias e um destacamento mais célere de peritos da OMS e de organizações parceiras no apoio em resposta a surtos. (Figura 3.3.2).

Em situações de crise humanitária, a OMS prestou apoio à resposta de saúde pública para ajudar mais de 6 milhões de pessoas deslocadas internamente (PDI) e refugiados no Sudão do Sul, na Nigéria, no Burundi, na RDC e na República Centro-Africana. A rápida resposta da OMS foi apoiada pelo novo Fundo de Contingência para as Emergências (FCE) que atribuiu 14 milhões de dólares à Região durante o período em apreço.

Para além das respostas a eventos de saúde pública, os países receberam apoio para melhorar a sua preparação. A OMS liderou as Avaliações Externas Conjuntas (JEE) das capacidades essenciais de aplicação do RSI (para detectar e responder a ocorrências de saúde pública em 18 países¹⁰⁷ na Região desde Fevereiro de 2016, o que representa um terço das JEE realizadas a nível mundial. Os países estão agora a receber apoio na elaboração de planos nacionais para colmatar lacunas e para mobilizar fundos destinados à sua implementação, por intermédio de financiamento interno e internacional, inclusive oriundo de iniciativas mundiais de saúde e de bancos de desenvolvimento.





3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.5 CATEGORIA 5: PROGRAMA PARA AS EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS

Reconhecendo que muitos surtos e doenças infecciosas emergentes estão associados à interface humana, animal e ambiental, a OMS e os parceiros – FAO, Organização Mundial da Saúde Animal (OIE), Organização Oeste-Africana da Saúde (OOAS) e USAID – organizaram uma reunião no âmbito da iniciativa “Uma Só Saúde” em Novembro de 2016, em Dakar, no Senegal, com os ministros responsáveis pela pasta da saúde humana e animal, agricultura, vida selvagem e ambiente nos países da África Ocidental¹⁰⁸. Os ministros assinaram um comunicado que renova o seu compromisso para com a prevenção e o controlo de surtos de zoonoses, através da implementação dos quadros existentes, incluindo o RSI 2005, a VRID e a metodologia de Desempenho dos Serviços Veterinários (PVS).

Mais de 80% dos mais de 100 grandes eventos de saúde pública notificados ao Escritório Regional em 2016 exigiram confirmação laboratorial para identificação e, conseqüente, gestão e controlo adequado dos casos. Isto foi conseguido através das redes nacionais e regionais de laboratórios. O Escritório Regional está actualmente a implementar uma estratégia abrangente para o reforço dos laboratórios em toda a Região, fornecendo orientações, dando formação aos funcionários, comprando produtos médicos e reagentes e ainda inscrevendo os laboratórios em programas externos de garantia de qualidade e de monitorização da resistência antimicrobiana.

Em 2016, a OMS compilou um inventário de todas as epidemias notificadas em África entre 1970 e 2016. Esse inventário foi utilizado para criar uma base de dados geoespacial dos surtos e epidemias, para definir zonas ecológicas de doenças classificadas como “Emergências de Saúde Pública de Dimensão Internacional” (PHEIC) segundo o RSI 2005. Um relatório técnico intitulado “*Mapeamento do risco e da distribuição de epidemias na Região Africana da OMS*” proporcionou um maior entendimento dos riscos inerentes a cada doença e da distribuição subnacional dos surtos. Por sua vez, suporta a análise do risco de vulnerabilidade às epidemias necessária para definir prioridades no apoio aos países. As bases de dados e os mapas produzidos no relatório alicerçam o acompanhamento das epidemias na Região ao nível subnacional.

Na sequência da confirmação da transmissão do vírus Zika em Cabo Verde, a OMS avaliou o risco de surto em cada país na Região Africana da OMS, assim como a capacidade de conter o vírus e impedir a sua transformação em epidemia. Os países foram classificados de alto, médio e baixo risco, tendo sido recomendadas actividades de preparação de acordo com essa classificação. No âmbito dessa preparação assente em dados comprovados, a OMS prestou apoio a 21 Estados-Membros¹⁰⁹ de modo a definirem perfis de risco de surto para reforçarem as suas repostas perante situações de emergência.



3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.5 CATEGORIA 5: PROGRAMA PARA AS EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS

Volvidos quase dois anos sem qualquer caso notificado de poliovírus selvagem (PVS), foram notificados quatro novos casos em zonas inseguras do norte da Nigéria. Em Setembro de 2016, o país voltou a ser colocado na lista de países onde o poliovírus é endémico. Foi levada a cabo uma reposta ao nível sub-regional nos países da bacia do Lago Chade, tendo sido também realizadas campanhas de vacinação noutros países. Desde então, não foram notificados quaisquer outros casos de poliovírus selvagem e a data de surgimento do último caso ocorreu em 21 de Agosto de 2016.

As melhores práticas da iniciativa de erradicação da poliomielite foram sistematicamente documentadas e amplamente partilhadas através da publicação de uma edição especial da revista científica *Vaccine* em Outubro de 2016. Os países já estão a usar estas práticas para fazer melhoramentos em áreas-chave, como o micro-planeamento para a prestação de serviços de vacinação de rotina, a introdução de novas vacinas, a vigilância das doenças e a avaliação do impacto das vacinas.

A comunicação da informação sobre eventos de saúde pública melhorou consideravelmente através da gestão da informação sanitária e da avaliação dos riscos. Exemplo disso é a publicação semanal da OMS AFRO intitulada *Bulletin on Outbreaks and Other Emergencies* [Boletim sobre Surtos e Outras Emergências], lançado em Março de 2017, que faculta actualizações em tempo real sobre a situação presente dos surtos e das emergências na Região.

O boletim destaca as medidas de saúde pública a tomar e as falhas a considerar. Trata-se de uma plataforma para partilha de informação e de metodologias seguidas pelos países na resposta às ocorrências de saúde pública. Os países e os parceiros acolherem favoravelmente o boletim pois é um recurso inestimável para a comunidade internacional de saúde pública, convém referir a sua oportunidade e utilidade para ter um registo dos surtos de doenças e de

outras emergências no continente.

O Escritório Regional está a alargar as parcerias para reforçar a resposta às emergências. Entre os principais parceiros, mencionam-se o governo do Reino Unido, através do projecto “Tackling Deadly Diseases in Africa” [Combater as Doenças Mortais em África], o CDC dos EUA e o Centro Africano de Prevenção e Controlo de Doenças (CDC de África).



CASO DE SUCESSO CONTIDO O MAIOR SURTO DE FEBRE-AMARELA DE SEMPRE



A OMS facilitou a aquisição e a distribuição de 30 milhões de doses aos países (mais de quatro vezes o volume anual normalmente planeado para uso em surtos) para as campanhas de vacinação em massa.



Em 2016, a OMS, os Ministérios da Saúde de Angola e da RDC e os parceiros responderam ao maior surto urbano de febre-amarela alguma vez registado, tendo realizado uma das maiores campanhas de vacinação de emergência de sempre. No espaço de duas semanas, depois de Angola ter notificado o surto à OMS, foram enviadas 1,8 milhões de vacinas provenientes das reservas de emergência geridas pelo Grupo de Coordenação Internacional (CCG) para o Fornecimento de Vacinas – uma parceria que inclui a ONG *Médecins Sans Frontières* (MSF), a Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (IFRC), a UNICEF e a OMS, em que a GAVI, a Aliança para as Vacinas e a Vacinação financia parte significativa destas vacinas.

A OMS facilitou a aquisição e a distribuição de 30 milhões de doses aos países (mais de quatro vezes o volume anual normalmente planeado para uso em surtos) para as campanhas de vacinação em massa. Estas vacinas foram obtidas da reserva mundial co-administrada pelo GCI.

Até 10 de Junho de 2016, mais de 10,6 milhões de pessoas tinham sido vacinadas com 11 635 800 de vacinas recebidas pelo país. Em Kinshasa, na RDC, onde mais de 10 milhões de pessoas se encontravam em risco perante a chegada da época das chuvas, implementou-se excepcionalmente o uso da dose fraccionada de emergência. O que pôs fim ao surto com sucesso. Angola declarou oficialmente o fim do

seu surto em 23 de Dezembro de 2016, tendo o da RDC chegado ao fim a 14 de Fevereiro de 2017.

O resultado na RDC confirmou que a abordagem inovadora através da utilização de uma dose fraccionada tem potencial para salvar vidas em surtos futuros. A recolha em curso de dados de um subgrupo de pessoas vacinadas permitirá determinar a duração da imunidade conferida pela dose fraccionada.



3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.6 CATEGORIA 6: SERVIÇOS EMPRESARIAIS E FUNÇÕES FACILITADORAS

Esta categoria centra-se na liderança organizativa e nos serviços empresariais necessários para manter a integridade e o funcionamento eficiente da OMS. Nela são abrangidas as seguintes áreas programáticas: liderança e governação; transparência, responsabilização e gestão de riscos; planeamento estratégico, coordenação dos recursos e apresentação de relatórios; gestão e administração; e comunicação estratégica.

A Directora Regional continuou a promover a liderança e a governação da OMS, tendo efectuado missões a Estados-Membros, incentivado a colaboração dos parceiros estratégicos e conduzido reformas no trabalho do Secretariado na Região Africana.

Pelo diálogo com líderes nacionais, incluindo Chefes de Estado, a Directora Regional levou a cabo acções de sensibilização preconizando a definição de prioridades, o aumento do financiamento, a intensificação de actuações e parcerias na área da saúde, vincado, nomeadamente, as reformas necessárias para assegurar maior preparação e resposta aos surtos e o estímulo à progressão da Cobertura Universal de Saúde (CUS). Assim, efectuou visitas à Côte d'Ivoire, Angola, Níger, Nigéria, Guiné, República Centro-Africana e Ruanda.

A colaboração com a Comissão da União Africana facilitou acções conjuntas, incluindo em matéria de promoção activa junto de líderes nacionais, sobre áreas prioritárias que requerem especial atenção.

A Declaração de Adis Abeba sobre Vacinação (adoptada por governos, parlamentares, sociedade civil e parceiros em Fevereiro de 2016) e a Declaração relativa à aplicação acelerada do Regulamento Sanitário Internacional em África foram ratificadas pelos Chefes de Estado nas Cimeiras da União Africana de Janeiro e Julho de 2017, respectivamente. O compromisso reflectido deste modo favorecerá o investimento e a intensificação de medidas a favor da sobrevivência infantil e da segurança sanitária no continente. Um quadro de colaboração com o CDC de África assegurará uma acção sinérgica relativamente à prontidão e resposta a surtos e uma apresentação periódica dos progressos realizados aos Chefes de Estado.

Quando de uma visita à AFRO em Dezembro de 2016, foi assinado um Acordo de Cooperação entre o Escritório Regional e a Organização Oeste-Africana da Saúde (OOAS), instituição especializada da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO). Serão levadas a cabo acções conjuntas para melhorar a saúde da população na região da CEDEAO em diversas áreas prioritárias, em particular no domínio da segurança sanitária, inclusive com o Centro Regional de Vigilância e Controlo das Doenças da CEDEAO.

A Organização das Primeiras-damas Africanas (OAFLA) é uma aliança ímpar na defesa de causas, que está determinada em trabalhar para a melhoria da saúde das mulheres, dos adolescentes e das crianças, designadamente na eliminação do VIH. Nesse âmbito,

foi acordado um plano de acção relativo à promoção destas causas, tendo a Directora Regional consolidado essa parceria quando assistiu às Assembleias Gerais da OAFLA durante as Cimeiras da UA, de Janeiro e Julho de 2017.

A OMS continuou a sua procura de parceiros estratégicos que possam ajudar a mobilizar recursos e a melhorar os resultados sanitários na Região. A Directora Regional participou em encontros mundiais e regionais determinantes, nomeadamente a Assembleia Geral das Nações Unidas, a Cimeira Mundial de Saúde, em Berlim, a 2ª Reunião dos Parceiros Globais sobre Doenças Tropicais Negligenciadas, em Genebra, e a TICAD-VI.¹¹¹



3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.6 CATEGORIA 6: SERVIÇOS EMPRESARIAIS E FUNÇÕES FACILITADORAS

No período em apreço, o Escritório Regional recebeu várias visitas de altos responsáveis e comitivas das principais organizações parceiras, entre as quais a Fundação Bill e Melinda Gates, o Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido, o Departamento de Saúde do Reino Unido e o *Public Health England* (Direcção-Geral da Saúde), a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional e o Departamento de Saúde e Segurança Humana dos EUA. Visitas e intercâmbios que intensificaram a compreensão mútua e que contribuirão para o alargamento e aprofundamento da colaboração com os actuais e os novos parceiros, em prol do desenvolvimento da saúde em África.

O mecanismo de Harmonização para a Saúde em África, criado há 10 anos pela OMS e pelos parceiros regionais da saúde, foi relançado em Março de 2017. Na sequência de uma avaliação independente levada a cabo em 2016, a OMS AFRO, os parceiros do sistema das Nações Unidas e bilaterais reafirmaram o seu empenho em apoiar os progressos dos países para atingir a CUS e os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável, enfatizando a equidade, o aumento do investimento em saúde com maior valor acrescentado, a melhoria da saúde das mulheres e crianças, e ainda em aconselhar os países relativamente ao potencial de uma participação acrescida do sector privado na saúde.

O Quadro de colaboração com actores não-estatais (FENSA) da OMS abriu caminho ao envolvimento de novos intervenientes no sector da saúde. Em Junho

de 2017, a OMS organizou, em Kigali, no Ruanda, o primeiríssimo Fórum Africano da Saúde, subordinado ao tema *“Colocar as pessoas em primeiro lugar: rumo à Cobertura Universal de Saúde em África”*. O Fórum forneceu a um conjunto único de partes interessadas, incluindo ministros, jovens quadros e activistas da área da saúde, o sector privado, parceiros das Nações Unidas e bilaterais, uma plataforma para debater os desafios e as oportunidades da saúde pública na Região e para explorar formas de contribuir para a agenda de reformas da OMS. O *Apelo à Acção de Kigali*¹¹² fornece um quadro de actuação conjunta para melhorar a saúde na Região.

A Directora Regional continua a beneficiar das recomendações do Grupo Consultivo Independente (GCI), composto por peritos experientes em saúde, que faz consultoria político-estratégica em relação às actividades da OMS na Região Africana. Quando da sua segunda reunião, em Outubro de 2016, o GCI reiterou a importância da Agenda de Transformação e deu conselhos no sentido de melhorar a capacidade da OMS na Região e de consolidar o seu trabalho. O Grupo incentivou a Directora Regional a trabalhar com Chefes de Estado e líderes políticos, académicos e dirigentes civis para reforçar o activismo e o fornecimento de elementos factuais para sustentar políticas que melhorem a saúde.

Em Abril de 2017, ficou concluída uma avaliação independente da Agenda de Transformação, na vertente da implementação das reformas globais da OMS pela AFRO, que foi realizada a pedido da

Directora Regional pelo Gabinete de Avaliação da OMS em Genebra. Esta avaliação teve por finalidade passar em revista os progressos feitos, documentar as realizações e as melhores práticas, identificar os desafios e as áreas passíveis de melhorias, bem como apresentar recomendações sobre o caminho a seguir.

A avaliação identificou progressos significativos no sentido da consecução dos objectivos definidos na Agenda de Transformação para tornar a OMS na Região Africana mais eficaz, reactiva e eficiente, prestando o melhor apoio possível aos Estados-Membros. Isso refere-se essencialmente à introdução e implementação de iniciativas que promovam a responsabilização e melhorem a gestão dos riscos. Na área das parcerias estratégicas, o envolvimento de doadores, tanto tradicionais como novos, levou ao aumento da colaboração e à expansão da base de recursos financeiros. Foi igualmente evidenciado que a OMS AFRO fortaleceu a sua capacidade de contribuir para a segurança sanitária através da melhoria da prontidão e da resposta atempada dos países perante surtos de doenças e emergências.

No entanto, uma reforma, seja ela qual for, pressupõe não só uma mudança nos processos como como nas posturas, e requer uma equipa de gestão dedicada à mudança. A avaliação observou progressos e mesmo a conclusão de várias actividades que tinham sido planeadas, assim como uma crescente mudança de comportamentos e mentalidades. Foi recomendado um maior esforço para dinamizar a comunicação interna e instituir uma modificação do sistema de apoio à gestão.



The First WHO Africa Health Forum

PUTTING PEOPLE FIRST

The Road to Universal Health Coverage in Africa

africahealthforum.afro.who.int Kigali, Rwanda, 27 - 28 June 2017 www.africahealthforum.afro.who.int



3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.6 CATEGORIA 6: SERVIÇOS EMPRESARIAIS E FUNÇÕES FACILITADORAS

Houve um reacerto do pessoal no Escritório Regional bem como nas Equipas de Apoio Inter-países para que os seus níveis correspondam às prioridades nacionais e regionais. O Grupo Orgânico de Administração Geral foi reorganizado com a introdução de um novo modelo de prestação de serviços através do qual se pretende aumentar a eficiência e garantir que os países e aos programas técnicos beneficiem de apoio da máxima qualidade.

O foco das reformas está agora a transitar para as Representações da OMS nos países, que constituem a mais importante interface da Organização com os Estados-Membros. Será usada uma ferramenta para justificar o ajustamento do pessoal nas Representações em relação às necessidades e prioridades dos países, com base em elementos factuais, e começará por ser aplicada no Senegal, Serra Leoa, África do Sul e Togo. As Estratégias de Cooperação da OMS com os Países (ECP) articulam as prioridades acordadas entre a OMS e os Estados-Membros, e são um instrumento importante para nortear o apoio da Organização. Até à data, 26 Representações já acertaram as suas ECP com as novas directrizes, dando ênfase à integração dos ODS no trabalho da OMS.

As reformas de gestão da OMS continuam a ser introduzidas para aumentar a capacidade de resposta das operações estratégicas. Foram implementadas várias iniciativas com o objectivo de transformar a OMS AFRO numa Organização mais reactiva e orientada para os resultados. Foi lançado o portal institucional de Reforço da Responsabilidade e do Controlo Interno (AICS)¹¹³, que contém todas as

políticas, os procedimentos operacionais normalizados e as linhas orientadoras nas línguas da Região. O portal também dispõe de um painel dos Indicadores-chave do desempenho (KPI) e inclui informações sobre auditorias, boas práticas e deficiências genéricas de controlo.

A OMS continua a reforçar os seus controlos e a melhorar a conformidade auxiliando-se do mecanismo de Cooperação Financeira Directa (CFD), um método de pagamento antecipado para financiar as actividades implementadas pelos governos. Isto inclui a elaboração e o uso de um Quadro de Prestação de Contas e Garantia de CFD para se certificar que os fundos da CFD são canalizados para os fins previstos e que os beneficiários possuem as funções de controlo necessárias para cumprir os requisitos de monitorização e apresentação de relatórios. Foram distribuídos a todos os Ministérios da Saúde listas de verificação para auto-avaliação e controlo interno, e estão a decorrer sessões de formação sobre a maneira de trabalhar com a OMS. Foram reforçados os controlos sobre apresentação de relatórios no âmbito da CFD para passarem a incluir relatórios técnicos obrigatórios em complemento dos relatórios financeiros.

Em Dezembro de 2016, os países com maior risco financeiro, que muitas vezes são os mais vulneráveis às emergências, foram seleccionados para verificações *ex post* do Formulário de Autorização do Financiamento e Certificação da Despesa (FACE). Em 2017, conseguiu-se um financiamento adicional para os recursos humanos no intuito de expandir estas actividades.

Foram realizadas avaliações das infra-estruturas informáticas em 30 países para assegurar que as plataformas de tecnologias da informação existentes são suficientemente robustas para dar apoio às actividades de prontidão e resposta. Está a ser finalizado um roteiro que, uma vez executado, permitirá às Representações nos países aplicar normas empresariais.

Em 2016, o número de relatórios de auditoria emitidos com uma classificação insatisfatória foi reduzido a 0%, contra 50-80% nos anos anteriores. Cem por cento das novas auditorias foram totalmente ou parcialmente satisfatórias. O número de relatórios de CFD em atraso baixou de 1907, em 1 de Abril de 2016, para 764, em 24 de Maio de 2017, uma descida de 60%.

A OMS na Região Africana está determinada em fazer uma gestão baseada nos resultados através de um planeamento rigoroso e de indicadores de desempenho claros para demonstrar o seu valor acrescentado. Foram introduzidos e alargados os KPI de gestão e programáticos por forma a incluírem todas as funções de apoio a programas. A monitorização do desempenho de cada uma das Representações da OMS nos países e dos Grupos Orgânicos do Escritório Regional (centros orçamentais) usando KPI de gestão é realizada mensalmente e notificada trimestralmente à Comissão de Conformidade e Gestão de Riscos. Aqueles que têm um desempenho abaixo do esperado recebem apoio para fazer face às causas do subdesempenho, o que inclui formações específicas.

3. Realizações significativas por categoria de actividade

3.6 CATEGORIA 6: SERVIÇOS EMPRESARIAIS E FUNÇÕES FACILITADORAS

Para melhorar os processos de compras na Região, foi criada uma conta oficial no catálogo abrangente e competitivo de bens e serviços do governo americano, para superar o risco de processos deficientes de compra. Isto aumenta significativamente as opções de compra disponíveis na Região e o aproveitamento deste catálogo irá reduzir riscos e acelerar a implementação dos programas.

Para melhorar a relação qualidade-preço, foi lançado e implementado o sistema e-Tender, de adjudicação electrónica, utilizado no mundo inteiro, para a compra de bens no Escritório Regional. Isto irá garantir total transparência, controlos internos adequados nos processos de apresentação de propostas e uma concorrência efectiva recorrendo à base de dados do sistema de fornecedores ao nível mundial. Por forma a publicar a abertura de concursos e procedimentos de licitação, foi introduzida a ferramenta Mercado Global das Nações Unidas (UN Global Marketplace) com vista à adjudicação de serviços. Este processo levou ao envolvimento de conceituadas empresas de consultoria internacionais, o que produziu resultados de grande qualidade e apoiou a implementação da Agenda de Transformação.

Quando se elaboram planos de trabalho, é essencial definir requisitos em termos de recursos e formular claramente os resultados visados para poder avaliar eficazmente a prestação. O Escritório Regional formulou com sucesso um quadro de resultados para aumentar a transparência e a responsabilidade de indivíduos e equipas pelos resultados. Foram

desenvolvidas as capacidades dos gestores de programas no Escritório Regional e nas Representações da OMS nos países para reforçar os princípios da abordagem lógica da gestão de programas com base nos resultados e assegurar planos de trabalho de qualidade para o Orçamento-Programa 2018-2019.

Para garantir uma gestão e uma administração eficazes, foram levadas a cabo seis avaliações programáticas e administrativas em Representações da OMS¹¹⁴, ao mesmo tempo que se realizaram avaliações da conformidade no Togo e na Serra Leoa. Estas avaliações identificaram as melhores práticas e as áreas que devem ser melhoradas, o que foi partilhado com outras Representações.

Quanto aos recursos humanos, estão a ser envidados esforços redobrados para melhorar o bem-estar dos funcionários no Escritório Regional, em Brazzaville, através de um programa de integração, uma página na Intranet dedicada a serviços sociais e um boletim mensal que divulga eventos sociais e desportivos. Na sua qualidade de Organização de aprendizagem, a OMS lançou o portal mundial *iLearn* onde oferece um grande leque de oportunidades que incrementam os conhecimentos dos funcionários ao nível Regional, das Equipas Inter-países e das Representações nacionais.

Em relação à comunicação estratégica, uma maior divulgação através da comunicação social produziu um aumento da consciencialização acerca dos problemas de saúde nos Estados-Membros e do papel de liderança da OMS na saúde. Algumas actividades

importantes da OMS atraíram a cobertura mediática internacional, incluindo a publicação da investigação sobre os factores de risco das DNT na Região Africana, em Dezembro de 2016, a aprovação da Declaração de Adis Abeba sobre Vacinação pelos Chefes de Estado na Cimeira da União Africana, em 2017, o lançamento do primeiro projecto-piloto a nível mundial referente a uma vacina contra o paludismo, em Abril de 2017, e o primeiro Fórum Africano da Saúde. Num novo esforço de colaboração, a OMS patrocinou, em 2016, o Prémio *CNN MultiChoice* de Jornalismo Africano na Área da Saúde e da Medicina, para incentivar reportagens detalhadas sobre os problemas de saúde pública no continente e dar maior visibilidade à Organização nos meios de comunicação social.

A actividade nas redes sociais também melhorou significativamente e, até Junho de 2017, a OMS na Região Africana tinha recebido mais de 5,7 milhões de *tweets*, comparativamente aos 3,3 milhões em 2015. A Organização lançou o seu novo portal institucional na Internet, visualmente apelativo, que disponibiliza um acesso fácil à informação e é mais seguro. As capacidades dos funcionários em matéria de comunicação foram aperfeiçoadas através de acções de formação. Além disso, a introdução de resultados-chave de desempenho no domínio da comunicação em cada Representação da OMS nos países e a divulgação de informação sanitária essencial, entre outros produtos de comunicação, estão a contribuir para que as partes interessadas compreendam melhor o trabalho realizado pela Organização.



CASO DE SUCESSO MEDIR O CONTRIBUTO DA OMS PARA A REGIÃO AFRICANA – O RELATO DO BURUNDI



No âmbito da Agenda de Transformação, a OMS na Região Africana elaborou um quadro de resultados com indicadores ligados à gestão do desempenho – algo inédito na Organização a nível mundial – para melhor servir os Estados-Membros e, simultaneamente, melhorar a transparência, reforçar a responsabilização e demonstrar os resultados obtidos. Foram desenvolvidos indicadores-chave do desempenho de gestão e programáticos para quantificar o contributo da OMS para a saúde em África. Estes indicadores estão alinhados com os ODS e o Orçamento-Programa, as avaliações do desempenho dos funcionários, e ao nível dos países, com as Estratégias de Cooperação com os Países. A experiência da Representação da OMS no Burundi é um relato tangível de como os KPI ajudaram a melhorar o desempenho ao nível do país.

A Representação da OMS no Burundi deparou-se com dificuldades em cumprir os seus KPI em 2016. Quando o novo Representante da OMS assumiu funções em Fevereiro de 2016, mobilizou os seus funcionários em torno da Agenda de Transformação, centrando-se essencialmente nos quadros de responsabilização e controlo interno da OMS. Sob a sua liderança, a Representação elaborou o seu roteiro para a execução da agenda de reformas. Os agentes da mudança, designados pelos seus pares, foram regularmente envolvidos nas reuniões do comité de gestão presidido pelo Representante da OMS, para comunicarem os progressos relativos a importantes marcos de referência da transformação, incluindo os KPI.

Para prestar apoio adicional ao Representante da OMS, peritos do Escritório Regional, da Equipa de Apoio Inter-países e da Sede levaram a cabo uma missão de monitorização do programa e avaliação administrativa. A avaliação foi determinante para ajudar a tirar proveito de diligências anteriores para melhorar a gestão de riscos e da conformidade, bem como a responsabilização na administração e na execução dos programas. As recomendações da avaliação levaram à formulação de um plano de medidas de resposta na área da gestão. O fluxo de trabalho e os controlos internos foram reforçados em todas as funções facilitadoras, e a capacidade de resposta da Representação face a emergências e a cooperação com as principais partes interessadas foram fortalecidas.

Os KPI de gestão melhoraram significativamente com o tempo, o que se traduziu em resultados no país. O surto de cólera foi rapidamente controlado após a Representação ter coordenado e implementado eficazmente o



Quadro da OMS de Resposta às Emergências e os procedimentos operacionais normalizados conexos. Como resultado, o Ministério da Saúde Pública e do VIH/SIDA, os doadores e outras partes interessadas estão agora a contar com a liderança da OMS para continuar a orientar as suas acções durante as emergências. O plano de resposta ao surto de paludismo, elaborado sob a égide da Representação da OMS no país, recebeu um forte apoio e está a ser usado para orientar uma resposta multifacetada a um surto prolongado de paludismo. A Representação da OMS no Burundi já seleccionou 20 KPI e está a reforçar as suas operações e o seu desempenho no âmbito dos KPI de gestão, mantendo assim um enfoque estratégico na efectiva transformação.



4. Conclusão e perspectivas

Durante este biénio, os Estados-Membros da Região Africana da OMS efectuaram progressos significativos para assegurar que as suas populações gozam de vidas mais longas e saudáveis, e com bem-estar, contando com o apoio da Organização Mundial da Saúde e de outros parceiros do desenvolvimento. A OMS em África tirará partido destes feitos assim como de soluções e ensinamentos identificados no continente para definir as acções prioritárias a incorporar no Orçamento-Programa da OMS para o biénio 2018-2019.

Na senda da consecução da CUS e dos ODS, o quadro aprovado pela Região será utilizado para orientar as acções empreendidas pelos países. A monitorização merecerá destaque para assegurar a equidade no financiamento, nas medidas a tomar e nos resultados na saúde, assente em bases factuais, para que os pobres e marginalizados não sejam desfavorecidos. Será dada prioridade à promoção e ao apoio à prestação de serviços integrados e centrados nas pessoas, através de uma abordagem ao nível dos cuidados de saúde primários, tendo em conta as eficiências e sinergias esperadas. Tudo isto desencadeado por um forte impulso e vontade de conseguir maior integração entre os programas no próprio trabalho da OMS.

A parceria renovada de Harmonização da Saúde em África acordou em fazer uma análise e perceber melhor qual o potencial contributo do sector privado para a consecução da CUS; os resultados deste trabalho serão incorporados no aconselhamento e

apoio a prestar aos Estados-Membros. Juntamente com estes parceiros, a OMS também redobrará os seus esforços em prol de maior e sustentado financiamento interno para a saúde, a par de outras diligências no sentido de velar pela cabal aplicação das verbas, na base de uma eficiente gestão financeira e afectação e utilização dos fundos.

Explorar-se-ão as oportunidades contidas na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável no tocante à melhoria dos determinantes socioeconómicos da saúde. De igual modo serão desenvolvidas e promovidas abordagens para trabalhar transversalmente os seus diferentes Objectivos, e sectores conexos, a adoptar pelos países em benefício mútuo da saúde. Para o efeito, a OMS na Região Africana irá reforçar a colaboração com parceiros relevantes no âmbito das Nações Unidas mas não apenas. Reforçaremos ainda mais a nossa contribuição a favor da acção comum das Nações Unidas, tanto ao nível nacional como

regional, através dos mecanismos do Grupo de Desenvolvimento da ONU.

Os Estados-Membros da Região Africana demonstraram o seu real empenhamento em reforçar as suas competências relativas ao RSI e em prevenir e controlar as epidemias, inclusive têm avançado mais depressa na apreciação das suas falhas e na elaboração de planos para as colmatar. O Secretariado da OMS defenderá vigorosamente o financiamento desses planos, recorrendo a fontes internacionais e internas. A aprovação pelos Chefes de Estado e de Governo da União Africana da Declaração para acelerar a implementação do Regulamento Sanitário Internacional em África representa uma oportunidade sem precedentes para fazer progredir a segurança sanitária na Região. A OMS coordenará a colaboração regional e multisectorial, desenvolverá capacidades e consolidará a reforma do nosso Programa para as Emergências Sanitárias.





4. Conclusão e perspectivas

Procuraremos melhorar as sinergias entre os Estados-Membros e os parceiros, trabalhando em conjunto de modo a averiguar os alertas numa fase precoce, a destacar peritos com maior celeridade, a declarar imediatamente os surtos de doenças e a conseguir debelá-los rapidamente.

O uso das tecnologias de informação está a aumentar rapidamente na Região Africana, em diferentes âmbitos e sectores do desenvolvimento. O seu potencial será grandemente alavancado para fazer progredir a saúde pública na Região – desde a vigilância das doenças até à adesão aos tratamentos, relembrando aos doentes a sua importância. A OMS colaborará com a União Internacional das Telecomunicações (UIT) e outros parceiros para fomentar a ciber saúde nos países.

África é o único continente do mundo onde se prevê que o número de adolescentes venha a aumentar nos próximos 50 anos. Segundo apontam as projecções, em 2040, 28% dos adolescentes e dos jovens do planeta hão-de viver em África; um aumento previsto em relação aos 18%, em 2012. Esta situação abre oportunidades únicas para uma abordagem centrada nos adolescentes na perspectiva do desenvolvimento da saúde na região. Através do nosso Programa Emblemático de Saúde dos Adolescentes, promoveremos a definição de prioridades e a adaptação de estratégias para satisfazer as necessidades dos adolescentes em todos os programas pertinentes, incluindo naqueles que se ocupam de VIH/SIDA, saúde sexual e reprodutiva, violência e lesões dos maus-tratos e, ainda, saúde mental.

4. Conclusão e perspectivas

As projecções da OMS indicam que, até 2025, 55% de todas os óbitos na Região Africana serão causados pelas DNT e lesões. Ainda que se esteja a fechar rapidamente, a Região dispõe de uma janela de oportunidade para evitar este cenário, caso sejam tomadas medidas pertinentes, principalmente por via normativa, fiscal e de outras políticas públicas no intuito de reduzir os factores de risco que estão a potenciar o aumento das DNT. Se estas medidas forem tomadas desde já, com determinação, pouparão aos países o dispêndio de avultadas quantias em virtude dos custos de tratamento e da perda de contribuições essenciais para o desenvolvimento económico que a doença e a morte prematura acarretariam. O próximo biénio colocará maior ênfase no combate às DNT. Atendendo aos elementos factuais promoverá a atenção e o financiamento deste problema de saúde, tanto nos programas e medidas ao nível dos países como no trabalho de apoio da OMS.

Ainda que o aumento de 3% das contribuições fixas, aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde em Maio de 2017, seja deveras louvável e permita reduzir o défice financeiro registado pela OMS no corrente biénio, no próximo biénio o foco será colocado na definição de prioridades para as áreas de actuação. Serão envidados maiores esforços em termos de redução dos custos, em especial nas despesas de viagem, associadas a reuniões e missões de funcionários, e na rúbrica de compras, através da utilização dos KPI, enquanto instrumento fundamental. Serão ainda intensificadas medidas para mobilizar recursos, nomeadamente ampliando o espectro de doadores.

O presente relatório bienal destaca uma série de realizações significativas referentes ao biénio 2016-2017. A avaliação independente da Agenda de Transformação mostrou que, graças às reformas, a OMS na Região Africana está a evoluir para a Organização eficaz, orientada para os resultados e transparente com que os Estados-Membros e as partes interessadas querem contar. Este arranque positivo será consolidado durante o próximo biénio, dando forte destaque aos melhoramentos ao nível dos países. A OMS na Região Africana está determinada em desempenhar um papel transformador, em colaboração com os países e os parceiros, para ajudar a concretizar os objectivos de saúde da nova era do desenvolvimento sustentável.







Anexo 1 : Selecção de publicações da OMS AFRO por Grupo Orgânico

DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

1. Boeras DI, Peeling RW, Onyebujoh P, Yahaya AA, Gumede-Moeletsi HN, Ndiokubwayo JB. The WHO AFRO external quality assessment programme (EQAP): Linking laboratory networks through EQA programmes. *Afr J Lab Med.* 2016; 5(2), a560. [http://dx. doi.org/10.4102/ajlm. v5i2.560](http://dx.doi.org/10.4102/ajlm.v5i2.560)¹¹⁵
1. Oriol Mitja, Michael Marks, Sally-Ann Ohene, Daniel Argaw, Ahmed H. Fahal, Claire L. Fuller et al. "Integrated Control and Management of Neglected Tropical Diseases" *PLOS Neglected Tropical Diseases.* DOI:10.1371/journal.pntd.0005136 January 19, 2017¹¹⁶

DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

1. Relatório sobre a Situação dos Principais Factores de Risco das Doenças Não Transmissíveis: Região Africana da OMS, 2015¹¹⁷
2. Catálogo dos Principais Indicadores de Saúde Ocular na Região Africana¹¹⁸
3. Promover a Saúde Oral em África – Prevenção e Gestão das Doenças Orais e do Noma como Intervenções Essenciais contra as Doenças Não Transmissíveis¹¹⁹

PROMOÇÃO DA SAÚDE AO LONGO DA VIDA

1. Dezanove artigos no *The Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (JAIDS)*, 1 de Junho de 2017 – Volume 75, Suplemento 2¹²⁰
2. Foram publicados vários artigos sobre um estudo de sobrevivência infantil utilizando dados de 46 países para avaliar os factores associados à diminuição das taxas de mortalidade dos menores de cinco anos na Região na *British Medical Journal*¹²¹ e na *Health Policy and Planning*^{122, 123}

Anexo 1 : Publicações da OMS AFRO seleccionadas por Grupo Orgânico

SISTEMAS DE SAÚDE

1. Financiamento Público para a Saúde em África: de Abuja aos ODS¹²⁴
2. Avaliação dos Sistemas de Fixação de Preços e Reembolso dos Medicamentos em Regimes de Seguro de Saúde em Países Africanos Seleccionados¹²⁵
3. Diálogo sobre Políticas de Saúde: Lições de África¹²⁶
4. Documento Informativo sobre Políticas: Trabalhadores Comunitários de Saúde na Região Africana¹²⁷
5. Segurança e Disponibilidade de Sangue na Região Africana¹²⁸
6. Implementação do Processo *STEPwise* da AFRO para a Melhoria da Qualidade dos Laboratórios com vista à Acreditação¹²⁹

PROGRAMA DA OMS PARA AS EMERGÊNCIAS

1. Contributo da Iniciativa de Erradicação da Poliomielite para Reforçar os Sistemas de Laboratórios de Saúde Pública na Região Africana¹³⁰
2. Documento Provisório de Orientação sobre o Teste de Diagnóstico da Febre-Amarela em Laboratório em África¹³¹
3. Ferramenta de Avaliação dos Principais Processos associados à Concepção, Construção, Operação, Manutenção e Regulamentação das Instalações de BSL-3 na Região Africana da OMS (biossegurança de nível 3)¹³²

SERVIÇOS EMPRESARIAIS E FUNÇÕES FACILITADORAS

1. Compreender as Normas de Funcionamento da OMS: Manual para os Ministérios da Saúde na Região Africana¹³³







Notas finais

1. VIH/SIDA: Quadro de Acção para a Região Africana da OMS, 2016- 2020 (AFR/RC66/11)
2. Quadro de Implementação da Estratégia para Pôr Fim à Tuberculose na Região Africana (2016-2020) (AFR/RC66/10)
3. Prevenção, Cuidados e Tratamento da Hepatite Viral na Região Africana, Quadro de Acção, 2016-2020 (AFR/RC66/12)
4. Quadro de Implementação da Estratégia Técnica Mundial para o Paludismo 2016-2030 na Região Africana (AFR/RC66/14)
5. <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>
6. África do Sul, Angola, Argélia, Benim, Botsuana, Burundi, Camarões, Chade, Comores, Eritreia, Etiópia, Gana, Lesoto, Maláui, Mali, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, RD do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Seychelles, Suazilândia, Sudão do Sul, Uganda, Zâmbia e Zimbabué
7. Benim, Burquina Faso, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Gabão, Guiné, Libéria, Nigéria, República Democrática do Congo e Serra Leoa
8. Benim, Camarões, Côte d'Ivoire, Guiné, Libéria, Nigéria, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Senegal e Serra Leoa
9. Angola, Argélia, Botsuana, Cabo Verde, Gâmbia, Mauritânia, Maurícia, Namíbia, Nigéria, São Tomé e Príncipe e Senegal
10. Argélia, Benim, Burquina Faso, Eritreia, Etiópia, Gana, Guiné, Mauritânia, Nigéria, Ruanda e Uganda
11. África do Sul, Camarões, Nigéria, Ruanda e Uganda
12. África do Sul, Angola, Argélia, Benim, Botsuana, Burundi, Camarões, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, RD Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué
13. África do Sul, Angola, Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gâmbia, Madagáscar, Moçambique, Namíbia, Nigéria, RD Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Uganda, Zâmbia e Zimbabué <https://extranet.who.int/tme/generateCSV.asp?ds=labs>
14. África do Sul, Angola, Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Guiné-Conacri, Guiné Equatorial, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, RD Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Swazilândia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué
15. Botsuana, Etiópia, Lesoto, Maláui, Nigéria, Quénia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Swazilândia e Zimbabué

Notas finais

16. África do Sul, Benim, Burquina Faso, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Gana, Guiné, Maláui, Mali, Moçambique, Níger, Nigéria, Quénia, RDC, República Unida da Tanzânia, Sudão do Sul e Uganda
17. África do Sul, Angola, Botsuana, Burquina Faso, Chade, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Guiné, Lesoto, Maláui, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quénia, RDC, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Swazilândia, Uganda e Zimbabué
18. Angola, Benim, Botsuana, Cabo Verde, Chade, Gana, Guiné, Guiné Equatorial, Madagáscar, Maláui, Mali, Mauritânia, Namíbia, Nigéria, Quénia, RCA, RDC, São Tomé e Príncipe, Senegal, Somália, Swazilândia, Togo, Zâmbia e Zimbabué
19. África do Sul, Angola, Benim, Botsuana, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Guiné, Guiné Equatorial, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Mauritânia, Maurícia, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, RDC, São Tomé e Príncipe, Seychelles, Sudão do Sul, Swazilândia, Uganda e Zimbabué
20. Os países que não necessitam de QP são Argélia, Maurícia e Seychelles e aqueles que não realizaram AMM em 2016 são Cabo Verde, RCA e Sudão do Sul, os últimos dois devido a problemas de segurança
21. Cabo Verde, Chade, Eritreia, Gâmbia, Maláui, Nigéria, Quénia, RDC, São Tomé e Príncipe, Sudão do Sul, Swazilândia e Zâmbia
22. Angola, Etiópia, Nigéria, Quénia, RDC, Uganda e Zâmbia
23. Benim, Chade, Comores, Congo, Etiópia, Guiné, Guiné Bissau, Nigéria, RCA, RDC, República Unida da Tanzânia, Sudão do Sul, São Tomé e Príncipe e Togo
24. Etiópia, Lesoto, Madagáscar, Maláui, Moçambique, Quénia, República Unida da Tanzânia, Sudão do Sul, Swazilândia, Uganda e Zimbabué
25. Benim, Burquina Faso, Etiópia, Gana, Guiné, Madagáscar, Maláui, Mali, República Unida da Tanzânia e Zâmbia
26. África do Sul, Argélia, Botsuana, Etiópia, Gana, Madagáscar, Maláui, Nigéria, Quénia, República Unida da Tanzânia e Uganda
27. Perfis nacionais de saúde e clima, Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2015 <http://www.who.int/globalchange/resources/country-profiles/en/>; acedido a 5 de Fevereiro de 2017
28. Benim, Burundi, Burquina Faso, Camarões, Côte d'Ivoire, Níger, RCA, RDC, Ruanda, Senegal e Swazilândia
29. Os inquéritos STEPwise são uma ferramenta da OMS para avaliar a dimensão dos factores de risco das DNT e são realizados de 3 em 3 ou de 5 em 5 anos nos países
30. WHO Global Status Report on NCDs, 2014
31. Botsuana, Chade, Côte d'Ivoire, Libéria, Gâmbia, Guiné, Namíbia e Uganda
32. WHO, WHO Global Action plan for the Prevention and control of NCDs 2013-2020, Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2013
33. África do Sul, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Cabo Verde, Chade, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Mauritânia, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Senegal, Seychelles, Suazilândia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué
34. Benim, Burquina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Lesoto, Níger, Quénia, República Unida da Tanzânia, Suazilândia e Togo
35. i) Mecanismo de coordenação nacional; ii) Tornar-se Parte do Protocolo para a Eliminação do Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco; iii) Plano estratégico modelo para a luta antitabágica; iv) Política modelo para a luta antitabágica; v) Guia de cumprimento e aplicação da legislação antitabágica.
36. https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4-a&chapter=9&clang=_en
37. Burquina Faso, Comores, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Guiné, Mali, Senegal e Suazilândia
38. Burquina Faso, Chade, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Nigéria, Ruanda, Senegal, Seychelles e Uganda
39. Benim, Botsuana, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Guiné, Lesoto, Nigéria, Serra Leoa, Suazilândia, Togo e Uganda
40. World Cancer Report 2014, International Agency for Research on Cancer
41. Gana, Guiné, Madagáscar, Maláui, Nigéria, Quénia, Senegal, Serra Leoa, Zâmbia e Zimbabué
42. Benim, Congo, Côte d'Ivoire, Gabão, Mali, Mauritânia, Níger, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal e Togo
43. África do Sul, Angola, Etiópia, Gâmbia, Gana, Libéria, Maláui, Moçambique, Nigéria, Quénia, Seychelles, Serra Leoa, Suazilândia, Uganda e Zimbabué
44. Gana, Quénia, Namíbia, República Unida da Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabué
45. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205886/1/9789290232971.pdf>, Março de 2017

Notas finais

46. http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10216&Itemid=2593
47. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205886/1/9789290232971.pdf>
48. <http://www.afro.who.int/en/oral-health/publications/5152-information-brochure-for-early-detection-and-management-of-noma.html>
49. http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/
50. http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/Road_Safety_AFRO_for_web.pdf
51. <http://www.afro.who.int/en/media-centre/afro-feature/item/8872-mdiabetes-an-innovative-programme-to-improve-the-health-of-people-with-diabetes-in-senegal.html>
52. OMS, UNICEF, FNUAP, UNWOMEN, ONUSIDA, Banco Mundial
53. Burundi, Botsuana, República Centro-Africana, Côte d'Ivoire, Eritreia, Guiné, Lesoto, Maláui, Mauritânia, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo e Zimbabué
54. Congo, RDC, Gabão, Guiné Equatorial, Gâmbia, Nigéria e Maláui
55. Burquina Faso, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Chade, Gabão, Guiné-Bissau, Lesoto, Mali, Maláui, Níger, Ruanda, Suazilândia e Togo
56. www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-RCAe/network/en/
57. Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Maláui, Nigéria, República Unida da Tanzânia e Uganda
58. UNICEF, FNUAP, BMGF, USAID, JHPIEGO e UNWomen
59. Benim, Camarões, RCA, Chade, Côte d'Ivoire, RDC, Gana, Guiné, Guiné Bissau, Libéria, Mali, Níger, Nigéria, Senegal, Serra Leoa e Togo
60. Eritreia, Mali, Níger, Côte d'Ivoire, Burundi, São Tomé e Príncipe, Camarões, Chade e RDC
61. <http://journals.lww.com/jaids/toc/2017/06011>
62. RDC, Maláui, Moçambique, Níger e Nigéria
63. Estimativas da OMS e da UNICEF sobre a Cobertura Vacinal Nacional – 2015, publicadas em Julho de 2016
64. Argélia, Burundi, Burquina Faso, Botsuana, Comores, Cabo Verde, Eritreia, Gana, Gâmbia, Lesoto, Maurícia, Namíbia, Ruanda, Senegal, São Tomé e Príncipe, Suazilândia, Seicheles, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabué
65. Argélia, Burundi, Burquina Faso, Botsuana, Comores, Cabo Verde, Eritreia, Gâmbia, Lesoto, Maurícia, Namíbia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Suazilândia, Seicheles, República Unida da Tanzânia e Zâmbia
66. Argélia, Burundi, Botsuana, Comores, Cabo Verde, Eritreia, Gâmbia, Lesoto, Moçambique, Maurícia, Ruanda, Senegal, São Tomé e Príncipe, Seicheles, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabué
67. Argélia, Burundi, Botsuana, Comores, Cabo Verde, Gâmbia, Lesoto, Maurícia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Seicheles, República Unida da Tanzânia e Zâmbia
68. Benim, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Côte d'Ivoire, RDC, Etiópia, Gana, Libéria, Mali, Nigéria, Senegal, Serra Leoa, República Unida da Tanzânia, Uganda e Zimbabué
69. Botsuana, Lesoto, Ruanda, Seicheles, África do Sul e Uganda
70. Angola, Benim, Burquina Faso, Camarões, RCA, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, RDC, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Libéria, Mali, Níger, Nigéria, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seicheles, Serra Leoa e Togo
71. Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Congo, Côte d'Ivoire, República Centro-Africana, RDC, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagascar, Maláui, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, República Unida da Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué
72. Angola, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Congo, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné Bissau, Quênia, Libéria, Madagascar, Maláui, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, São Tomé e Príncipe, África do Sul, Suazilândia, República Unida da Tanzânia, Togo, Zâmbia e Zimbabué
73. Botsuana, Gana, Maláui, Zâmbia, África do Sul, Ruanda, Togo; Clinical Infectious Diseases (CID), Vol. 62, Supl. 2, Maio de 2016
74. <http://immunizationafrica2016.org/ministerial-declaration-english/>
75. Argélia, Botsuana, Guiné Equatorial, Gabão, Lesoto, Maurícia, Namíbia, São Tomé e Príncipe, Senegal, África do Sul e Suazilândia
76. Atlas Africano das Estatísticas de Saúde 2016. Observatório Africano da Saúde, OMS / AFRO, 2016

Notas finais

77. Benim, Burquina Faso, Chade, Côte d'Ivoire, RDC, Etiópia, Guiné, Quénia, Madagáscar, Maláui, Níger, Nigéria, Ruanda, República Unida da Tanzânia, Uganda e Zâmbia
78. Botsuana, Quénia, Nigéria, Ruanda, República Unida da Tanzânia, Uganda e Zâmbia
79. Burquina Faso, RDC, Etiópia, Quénia, Madagáscar, Nigéria, Ruanda, República Unida da Tanzânia, Uganda e Zâmbia
80. Atlas Africano das Estatísticas de Saúde 2016. Observatório Africano da Saúde, OMS / AFRO, 2016
81. Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, RD do Congo, Etiópia, Gana, Guiné, Quénia, Lesoto, Libéria, Maláui, Mali, Maurícia, Namíbia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.
82. Lesoto, Maláui, Namíbia, República Unida da Tanzânia, África do Sul, Uganda, Zâmbia e Zimbabué
83. Burquina Faso, Etiópia, Mali, Moçambique, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, República Unida da Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabué
84. Burquina Faso, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Uganda e Zimbabué
85. (<http://www.who.int/nutrition/publications/ANI-bestpractices-scalingup/en/>
86. <http://www.washlearningsl.org/sierra-leone-micronutrient-survey-2013>
87. Relatório do Observatório Nacional para a Mortalidade Materna, Neonatal e Infantil no Congo, 2016
88. Health in All Training Manual (2015), http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151788/1/9789241507981_eng.pdf
89. Action tool kit for SDH: <http://sdhaction-afro.org>
90. África do Sul, Botsuana, Burquina Faso, Côte d'Ivoire, Maurícia, Mauritânia, Namíbia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Seychelles, e Uganda
91. África do Sul, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Gabão, Gana, Libéria, Maláui, Mauritânia, Níger, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Serra Leoa e Uganda
92. Custo indirecto das doenças em África, Escritório Regional para a África, 2017 (a publicar brevemente)
93. Benim, Burquina Faso, Burundi, Chade, Côte d'Ivoire, Guiné, Níger, Quénia, RDC, República Federal da Tanzânia / Zanzibar, Seychelles, Serra Leoa, Sudão (antes do advento da República do Sudão do Sul), Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué
94. Angola, Benim, Burundi, Burquina Faso, Camarões, Chade, Comores, Gana, Madagáscar, Mauritânia, Maláui, Moçambique, Níger, Nigéria, República Centro-Africana, RDC e Togo
95. Benim, Burquina Faso, Côte d'Ivoire, Gabão, Gana, Guiné, Libéria, Mali, Maláui, Moçambique, Níger, Nigéria, Quénia, Senegal, Togo, Zâmbia e Zimbabué
96. Todos excepto Gâmbia, Guiné-Bissau e Uganda
97. África do Sul, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Eritreia, Etiópia, Gana, Lesoto, Libéria, Maláui, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quénia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Seychelles, Sudão do Sul, Suazilândia, Zâmbia e Zimbabué
98. África do Sul, Etiópia, Quénia e República Unida da Tanzânia
99. Burquina Faso, Gana, Maurícia, Nigéria, Uganda e Zimbabué
100. Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Moçambique, Quénia, RDC, República Unida da Tanzânia, Senegal e Zimbabué
101. Sistema de informação sanitária distrital; <https://www.dhis2.org/>
102. Benim, Botsuana, Camarões, Etiópia, Gana, Lesoto, Maláui, Moçambique, Namíbia, Quénia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Suazilândia, Uganda e Zimbabué
103. Burquina Faso, Camarões, Gana, Quénia, República Democrática do Congo, Ruanda, Uganda e a República
104. Benim, Burquina Faso, Suazilândia, Comores, Lesoto e Mauritânia
105. Angola, Argélia, Congo, Côte d'Ivoire, Gana, Mauritânia, Moçambique e República Unida da Tanzânia.
106. <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/hss/publications-by-who-staff-members.html>
107. Benim, Côte d'Ivoire, Etiópia, Eritreia, Gana, Guiné, Libéria, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quénia, República Unida da Tanzânia, incluindo Zanzibar, Senegal, Serra Leoa e Uganda
108. Benim, Burquina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Mali, Mauritânia, Níger, Nigéria, Senegal, Serra Leoa e Togo

Notas finais

109. Benim, Burquina Faso, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Libéria, Mali, Maláui, Mauritània, Níger, RCA, RDC, República Unida da Tanzânia, Senegal, Serra Leoa, Togo e Uganda
110. Edição Especial: Iniciativa sobre as Melhores Práticas na Erradicação da Poliomielite na Região Africana da OMS. *Vaccine* 2016 34(43), Eds J Okeibuno, BD Akanmori, R Mihigo e P Mkanda
111. Conferência Internacional de Tóquio para o Desenvolvimento em África
112. <http://www.afro.who.int/en/media-centre/afro-feature/item/9738-call-to-action-putting-people-first-the-road-to-universal-health-coverage-in-africa.html>
113. <http://intranet.who.int/afro/gmc/ics/>
114. Burundi, Guiné Equatorial, Mali, RDC, Senegal e Sudão do Sul
115. <http://www.ajlmonline.org>
116. <http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0005136>
117. http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10675&Itemid=2593
118. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205886/1/9789290232971.pdf>, Março de 2017
119. http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10216&Itemid=2593
120. *The Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (JAIDS)*, 1 de Junho de 2017 – Volume 75, Suplemento 2
121. Factors associated with declining under-five mortality rates from 2000 to 2013: an ecological analysis of 46 African countries. *BMJ Open*, 2016; 6(1): e007675. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4716228/>
122. Improving access to child health services at the community level in Zambia: a country case study on progress in child survival, 2000-2013. *Health Policy and Planning*, 2017; 32(5): 603-612. <https://academic.oup.com/heapol/article-pdf/32/5/.../czw141.pdf>
123. Impact of a critical health workforce shortage on child health in Zimbabwe: a country case study on progress in child survival, 2000 – 2013. *Health Policy and Planning*, 2017; 32(5): 613-624. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5406757/>
124. http://www.who.int/health_financing/documents/public-financing-africa/en/
125. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246416/1/9789290233145-eng.pdf>
126. <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/supplements/volume-16-supplement-4>
127. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/254739>
128. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/254656>
129. Implementation of the World Health Organization Regional Office for Africa Stepwise Laboratory Quality Improvement Process Towards Accreditation. Jean-Bosco Ndihokubwayo et al. *African Journal of Laboratory Medicine* ISSN: (em linha) 2225-2010, (impresso) 2225-2002. <http://www.ajlmonline.org>
130. Polio Eradication Initiative (PEI) contribution in strengthening public health laboratory systems in the African region. N. Gumede et al. *Vaccine* 34 (2016) 5164-5169 ; www.elsevier.com/locate/vaccine
131. <https://www.medbox.org/...guidelines/yellow-fever-laboratory-diagnostic-testing-in-africa-interim-guidance/preview>
132. <http://www.afro.who.int/en/integrated-disease-surveillance/publications/4984-assessment-tool-key-processes-design-construction-operation-maintenance-and-regulation-of-bsl-3-facilities.htm>; em português: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246288/1/9789290340973-por.pdf>
133. <http://www.afro.who.int/en/who-in-the-african-region.html>



**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA A ÁFRICA**

Cité du Djoué, Caixa Postal 6, Brazzaville, República do Congo

Telefone: + (47 241) 39100 / + (242) 770 02 02 |

Fax: + (47 241) 39503 | Correio electrónico: afroorgocommunications@who.int |

Portal: <http://www.afro.who.int> | Twitter: @WHOAFRO |

Fotografia: © OMS/ J. Pudlowski | OMS/S. Gborie | OMS/ E. Kabambi Kabangu | OMS/ S. Beckley-Lines | OMS/A. Clement-Hunt |

Concepção gráfica: OMS/P.Jiri