

Quinquagésima-oitava sessão do Comité Regional Africano da OMS

*Yaoundé, República dos Camarões
1 a 5 de Setembro de 2008*

Relatório Final



**Organização
Mundial da Saúde**

ESCRITÓRIO REGIONAL **Africano**

**Quinquagésima-oitava sessão
do
Comité Regional Africano
da OMS**

Yaoundé, República dos Camarões

1 a 5 de Setembro de 2008

Relatório Final

Organização Mundial da Saúde

Escritório Regional Africano

Brazzaville 2008

AFR/RC58/20

© Escritório Regional Africano da OMS, 2008

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

As designações utilizadas e a apresentação dos dados nesta publicação não implicam, da parte do Secretariado da Organização Mundial da Saúde, qualquer tomada de posição quanto ao estatuto jurídico dos países, territórios, cidades ou zonas, ou das suas autoridades, nem quanto à demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas 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 Organização Mundial da Saúde, preferencialmente a outros, de natureza semelhante, que não sejam mencionados. Salvo erro ou omissão, as marcas registadas são indicadas por uma letra maiúscula inicial.

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

Impresso na República do Congo

ÍNDICE

Página

SIGLAS	viii
---------------------	------

PARTE I

DECISÕES PROCESSUAIS E RESOLUÇÕES

DECISÕES PROCESSUAIS

Decisão 1:	Composição da Comissão de Designações	1
Decisão 2:	Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores	1
Decisão 3:	Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes.....	2
Decisão 4:	Credenciais	3
Decisão 5:	Membros do Subcomité do Programa	3
Decisão 6:	Ordem do dia provisória da quinquagésima-nona sessão do Comité Regional	3
Decisão 7:	Ordem do dia da 124ª sessão do Conselho Executivo	4
Decisão 8:	Designação dos Estados-Membros da Região Africana para o Conselho Executivo	4
Decisão 9:	Método de trabalho e duração da Sexagésima-Segunda Assembleia Mundial da Saúde	5
Decisão 10:	Datas e locais da quinquagésima-nona e sexagésima sessões do Comité Regional	6
Decisão 11:	Nomeação dos Representantes da Região Africana para a Comissão de Política e Coordenação (PCC) do Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Investigação sobre Reprodução Humana.....	6

RESOLUÇÕES

AFR/RC58/R1	Saúde das mulheres na Região Africana da OMS: apelo à acção.....	7
AFR/RC58/R2	Reforço dos laboratórios de saúde pública na Região Africana da OMS: uma necessidade crucial para o controlo das doenças.....	12
AFR/RC58/R3	Declaração de Ouagadougou sobre cuidados de saúde primários e sistemas de saúde em África: melhorar a saúde em África no novo milénio.....	15
AFR/RC58/R4	Moção de agradecimento.....	16

PARTE II

RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL

Parágrafos

ABERTURA DA REUNIÃO.....	1 – 25
ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS.....	26 – 30
Constituição da Comissão de Designações.....	26
Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relatores.....	27
Aprovação da ordem do dia.....	28
Aprovação do horário de trabalho.....	29
Nomeação da Comissão de Verificação de Poderes.....	30
ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA EM 2006-2007: RELATÓRIO BIENAL DO DIRECTOR REGIONAL (documento AFR/RC58/2)	31 - 62
ORADOR CONVIDADO.....	63 - 66
RELATÓRIO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE PODERES.....	67 - 68

APRECIACÃO DO RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA (documento de AFR/RC58/10).....	69 - 126
Medidas para reduzir o uso nocivo de álcool (documento AFR/RC58/3).....	70 - 78
Prevenção e controlo do cancro: estratégia para a Região Africana da OMS (documento AFR/RC58/4).....	79 - 86
Saúde das mulheres na Região Africana da OMS: apelo à acção (documento AFR/RC58/5).....	87 - 96
Reforço dos laboratórios de saúde pública na Região Africana da OMS: uma necessidade crucial para o controlo das doenças (documento AFR/RC58/6).....	97 - 103
Perturbações causadas pela carência de iodo na Região Africana da OMS: análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC58/7).....	104 - 110
Segurança dos doentes nos serviços de saúde da Região Africana: problemas e soluções (documento AFR/RC58/8).....	111 - 118
Implementação da estratégia regional de saúde oral: análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC58/9).....	119 - 126
Confirmação da Adopção da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: melhorar a saúde em África no novo Milénio (documento AFR/RC58/11).....	127
DOCUMENTOS INFORMATIVOS.....	128
GRUPO DE TRABALHO INTERGOVERNAMENTAL SOBRE SAÚDE PÚBLICA, INOVAÇÃO E PROPRIEDADE INTELECTUAL (IGWG-PHI) E SEGUIMENTO DA RESOLUÇÃO WHA61.21. (documento AFR/RC58/22).....	129
PAINÉIS DE DISCUSSÃO.....	130
CONFIRMAÇÃO DA ADOPÇÃO DA DECLARAÇÃO DE ARGEL SOBRE INVESTIGAÇÃO PARA A SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA (documento AFR/RC58/12).....	131 - 133

AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA 2006-2007 (documento AFR/RC58/13).....	134 - 138
PROPOSTA DE ORÇAMENTO-PROGRAMA DA OMS, 2010-2011 (documento AFR/RC58/14).....	139 - 146
QUADRO DE IMPLEMENTAÇÃO DA DECLARAÇÃO DE OUAGADOUGOU SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E SISTEMAS DE SAÚDE EM ÁFRICA: MELHORAR A SAÚDE EM ÁFRICA NO NOVO MILÉNIO (documento AFR/RC58/16).....	147 - 156
DIRECTOR-GERAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (documento AFR/RC58/17).....	157 - 159
CORRELAÇÃO ENTRE OS TRABALHOS DO COMITÉ REGIONAL, DO CONSELHO EXECUTIVO E DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE (documento AFR/R58/18).....	160 - 165
DATAS E LOCAIS DA 59ª E 60ª SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC58/19).....	166 - 169
APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DA 58ª SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC58/20).....	170
ENCERRAMENTO DA QUINQUAGÉSIMA-OITAVA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL.....	171 - 177
Moção de agradecimento.....	171
Observações de encerramento do Director Regional.....	172 - 174
Observações do Presidente e encerramento da reunião.....	175 - 177

PARTE III

ANEXOS

	<i>Página</i>
1. Lista dos participantes	73
2. Ordem do dia da 58ª sessão do Comité Regional	92
3. Programa de trabalho.....	95
4. Relatório do Subcomité do Programa (incluindo apêndices 1-3).....	102
5. Relatório dos Painéis de Discussão	127
6. Alocução do Senhor Gilbert Tsimi Evouna, Delegado do Governo no Conselho Municipal de Yaoundé.....	149
7. Alocução do Dr. Luis Gomes Sambo, Director Regional da OMS para África.....	151
8. Discurso da Mestre Bience Gawanas, Comissária para os Assuntos Sociais da Comissão da União Africana.....	158
9. Alocução do Convidado de Honra, Senhor Ray Chambers, Enviado Especial do Secretário-Geral da ONU para o Paludismo.....	162
10. Alocução da Dr.ª Margaret Chan, Directora-Geral da Organização Mundial da Saúde.....	166
11. Discurso de Sua Excelência o Chefe Inoni Ephrain, Primeiro-Ministro e Chefe do Governo da República dos Camarões.....	178
12. Ordem do dia provisória da 59ª sessão do Comité Regional	181
13. Lista dos documentos	183

Siglas

ACT	Associação medicamentosa à base de artemisinina
ADB	Banco Africano de Desenvolvimento
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA)
AU	União Africana (UA)
DDT	Diclorodifeniltricloroetano
FCTC	Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica
FGM	Mutilação Genital Feminina
GAVI	Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação
HMIS	Sistemas de Gestão de Informação Sanitária
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)
HPV	Vírus do Papiloma Humano
HRH	Recursos Humanos para a Saúde
IDD	Perturbações causadas pela deficiência de iodo
IDSR	Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (VRID)
IHRs	Regulamentos sanitários internacionais
IGWG-PHI	Grupo de Trabalho Intergovernamental sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
MDR	Multirresistente aos medicamentos (MRM)
NCD	Doenças não transmissíveis
NHA	Contas nacionais da saúde
PBAC	Comissão para a Administração do Orçamento-Programa
PHC	Cuidados de saúde primários (CSP)
PMTCT	Prevenção da transmissão vertical do VIH (PTV)
PRP	Planeamento, Coordenação de Recursos e Monitorização do Desempenho
STEP	Abordagem por etapas à vigilância dos factores de risco
TB	Tuberculose
UN	Nações Unidas
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA (ONUSIDA)

UNFPA	Fundo das Nações Unidas para as Populações (FNUAP)
UNDP	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)
UNEP	Programa das Nações Unidas para o Ambiente (PNUA)
UNECA	Comissão Económica das Nações Unidas para a África
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHA	Assembleia Mundial da Saúde
WHO/HQ	Sede da Organização Mundial da Saúde
WB	Banco Mundial
XDR	Ultrarresistente aos medicamentos (URM)

PARTE I
DECISÕES PROCESSUAIS
E
RESOLUÇÕES

DECISÕES PROCESSUAIS

Decisão nº 1: Constituição da Comissão de Designações

A Comissão de Designações reuniu-se no dia 1 de Setembro de 2008, sendo constituída por representantes dos seguintes Estados-Membros: Argélia, Botsuana, Chade, Comores, Etiópia, Moçambique, Senegal e Zâmbia.

Não participaram na reunião os delegados dos seguintes Estados-Membros: Nigéria, Ruanda, Serra Leoa e Togo.

A Comissão elegeu para Presidente o Dr. Ikililo Dhoinine, Vice-Presidente da República das Comores, responsável pela Saúde, Solidariedade e Promoção do Género.

Primeira sessão, 1 de Setembro de 2008

Decisão nº 2: Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores

Tendo analisado o relatório da Comissão de Designações, e de acordo com o Artigo 10º e 15º do Regulamento Interno do Comité Regional Africano e a Resolução AFR/RC23/R1, o Comité Regional elegeu por unanimidade a seguinte Mesa:

Presidente: Sr. André Mama Fouda
Ministro da Saúde Pública
República dos Camarões

Primeiro Vice-Presidente: Dr. David Parirenyatwa
Ministro da Saúde e Bem-Estar da Criança do
Zimbabué

Segundo Vice-Presidente: Dr. Camilo Simões Pereira
Ministro da Saúde Pública da Guiné-Bissau

Relatores:

Dr. Khumbo Hastings Kachali (Língua inglesa)
Ministro da Saúde do Malawi

Sr. Francisco Pascual Eyegue Obama Asue
Ministro da Saúde da Guiné Equatorial

Dra. Dorothee Yevide (Língua francesa)
Directora-Adjunta do Gabinete do Ministério da
Saúde Pública do Benim

Segunda sessão, 1 de Setembro de 2008

Decisão nº 3: Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes

O Comité Regional nomeou uma Comissão de Verificação de Poderes composta por representantes dos seguintes 12 Estados-Membros: Angola, Burkina Faso, República Centro-Africana, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Gana, Namíbia, São Tomé e Príncipe, Seychelles e Suazilândia.

A Comissão de Verificação de Poderes reuniu no dia 1 de Setembro de 2008, estando presentes os delegados dos seguintes Estados-Membros: Angola, República Centro-Africana, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Gana, Namíbia, São Tomé e Príncipe e Seychelles. A Comissão reuniu-se de novo no dia 3 de Setembro de 2008, tendo estado presentes os delegados dos seguintes Estados-Membros: Angola, Burkina-Faso, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Gana, Namíbia e Seychelles.

A Comissão de Verificação de Poderes elegeu como Presidente a Sra. Angélique Ngoma, Ministra da Saúde e da Higiene Pública do Gabão, responsável pela Família e Promoção das Mulheres do Gabão. Aquando da sua reunião do dia 3 de Setembro de 2008, a Comissão de Verificação de Poderes elegeu como Vice-Presidente o Dr. Malick Njie, Secretário de Estado da Saúde e da Assistência Social da Gâmbia.

Terceira sessão, 1 de Setembro de 2008

Decisão nº 4: Credenciais

O Comité Regional, sob proposta da Comissão de Verificação de Poderes, verificou a validade das credenciais apresentadas pelos representantes dos seguintes Estados-Membros: Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centro-Africana, Chade, Comores, República do Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malauí, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Seychelles, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué, tendo considerado que as mesmas estavam em ordem.

As credenciais da delegação do Ruanda e da Suazilândia não foram apresentadas.

Quarta sessão, 2 de Setembro de 2008

Decisão nº 5: Substituição dos Membros do Subcomité do Programa

O mandato dos seguintes países no Subcomité do Programa cessará com o encerramento da 58ª sessão do Comité Regional: Argélia, Angola, Benim, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

Serão substituídos pelos seguintes países: Gâmbia, Gana, Guiné, Lesoto, Madagáscar e Malauí. Estes países juntar-se-ão assim ao Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centro-Africana, Chade, Comores, República do Congo e Côte d'Ivoire, cujo mandato cessará em 2009.

Sexta sessão, 2 de Setembro de 2008

Decisão n.º 6: Ordem do dia provisória da quinquagésima-nona sessão do Comité Regional

O Comité Regional aprovou o projecto de ordem do dia provisória da sua quinquagésima-nona sessão (*vide anexo 12*).

Décima-terceira sessão, 4 de Setembro de 2008

Decisão n.º 7: Ordem do dia da centésima-vigésima-quarta sessão do Conselho Executivo

O Comité Regional tomou nota da ordem do dia provisória da centésima-vigésima-quarta sessão do Conselho Executivo. (vide anexo 1 do documento AFR/RC58/18).

Décima-terceira sessão, 4 de Setembro de 2008

Decisão n.º 8: Designação dos Estados-Membros da Região Africana para o Conselho Executivo

- 1) De acordo com a Decisão 8 (3) da quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional, a Mauritânia, Maurícias, Níger e Uganda designaram um representante para o Conselho Executivo, com início na centésima-vigésima-terceira sessão do Conselho Executivo, em Maio de 2008.
- 2) O mandato do Mali (Subregião I) terminará com o encerramento da Sexagésima-Segunda Assembleia Mundial da Saúde. De acordo com as normas definidas na Decisão 8 da quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional, o Mali será substituído pelo Burundi (Subregião II).
- 3) O Burundi participará na centésima-vigésima-terceira sessão do Conselho Executivo, após a Sexagésima-Segunda Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2009, e deverão confirmar a disponibilidade da sua participação pelo menos seis (6) semanas antes da mesma.
- 4) A Quinquagésima-Primeira Assembleia Mundial da Saúde decidiu, através da sua Resolução WHA51.26, que as pessoas designadas para o Conselho Executivo deveriam ser representantes dos governos, tecnicamente qualificados no domínio da saúde.

Décima-terceira sessão, 4 de Setembro de 2008

Decisão nº 9: Método de trabalho e duração da Sexagésima-Segunda Assembleia Mundial da Saúde

Vice-Presidente da Assembleia Mundial da Saúde

- 1) O presidente da quinquagésima-oitava sessão do Comité Regional Africano será designado como Vice-Presidente da Sexagésima-Segunda Assembleia Mundial da Saúde, a realizar em Maio de 2009.

Comissões Principais da Assembleia Mundial da Saúde

- 2) A Directora-Geral, em consulta com o Director Regional, decidirá, antes da sexagésima-segunda Assembleia Mundial da Saúde, quais os delegados dos Estados-Membros da Região Africana que ocuparão efectivamente os cargos de:
 - Presidente ou Vice-Presidente das Comissões Principais **A** ou **B**, conforme estabelecido
 - Relatores das Comissões Principais

Reunião das delegações dos Estados-Membros da Região Africana em Genebra

- 3) O Director Regional convocará igualmente uma reunião das delegações dos Estados-Membros da Região Africana à Assembleia Mundial da Saúde, no sábado, 16 de Maio de 2009, às 9h30, na sede da OMS em Genebra, para confirmar as decisões tomadas pelo Comité Regional na sua quinquagésima-oitava sessão e debater os pontos da ordem do dia da Sexagésima-Segunda Assembleia Mundial da Saúde de interesse específico para a Região Africana. Durante a Assembleia Mundial da Saúde, efectuar-se-ão reuniões de coordenação dos delegados africanos, todas as manhãs às 8h00, no *Palais des Nations*, em Genebra.

Décima-terceira sessão, 4 de Setembro de 2008

Decisão nº 10: Datas e locais da quinquagésima-nona e sexagésima sessões do Comité Regional

O Comité Regional, de acordo com o seu Regulamento Interno, decidiu realizar a sua quinquagésima-nona sessão em Kigali, no Ruanda, de 31 de Agosto a 4 de Setembro de 2009, e a sua sexagésima sessão em Malabo, na República da Guiné Equatorial.

Décima-terceira sessão, 4 de Setembro de 2008

Decisão nº 11: Nomeação dos Representantes da Região Africana para a Comissão de Política e Coordenação (PCC) do Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Investigação sobre Reprodução Humana

O mandato da República Democrática do Congo e da República da Guiné Equatorial na Comissão de Política e Coordenação do Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Investigação sobre Reprodução Humana cessará a 31 de Dezembro de 2008, sendo estes países substituídos pela Etiópia e Guiné, por um período de três anos (3), a partir de 1 de Janeiro de 2009. A Etiópia e Guiné juntar-se-ão assim à Côte d'Ivoire na Comissão de Política e Coordenação.

Décima-terceira sessão, 4 de Setembro de 2008

RESOLUÇÕES

AFR/RC58/R1: Saúde das mulheres na Região Africana da OMS: apelo à acção

Considerando que, para poderem cumprir as inúmeras e importantes responsabilidades que lhes cabem na sociedade e contribuir para o desenvolvimento dos seus países, as mulheres precisam de um completo bem-estar físico, mental e social;

Relembrando a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação das mulheres e a Declaração sobre a eliminação da violência contra as mulheres, adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas;

Tendo presente as várias resoluções do Comité Regional da OMS relativas à saúde e desenvolvimento das mulheres, incluindo a Resolução AFR/RC53/R4, Saúde das Mulheres: Estratégia para a Região Africana, 2003 e a Resolução AFR/RC54/R9: Roteiro para acelerar a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde materna e neonatal em África, 2004;

Preocupado com facto de que, de uma maneira geral, não se fizeram progressos satisfatórios na Região, apesar dos inúmeros esforços, por parte dos Estados-Membros, no passado, destinados a melhorar a saúde das mulheres;

Profundamente preocupado com o facto de: uma em 26 mulheres correr o risco de morrer durante o parto, nos países da África Subsariana, enquanto nos países desenvolvidos essa relação é de uma mulher em 7300; 13 dos 14 países em que a mortalidade materna é superior a 1000 por 100 000 nados-vivos, a nível mundial, se encontrarem na África Subsariana; mais de 57% das mulheres da Região Africana não serem assistidas durante o parto por profissionais devidamente qualificados; e a mutilação genital feminina afectar entre 100 e 140 milhões de mulheres e meninas hoje em dia;

Alarmado pelo facto de que, embora seja necessária uma redução média anual de 5,5% na taxa de mortalidade materna na África Subsariana, para alcançar o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio número 5, a redução média anual real, nos últimos 15 anos, entre 1990 e 2005, foi de apenas 0,1%;

Notando que o subdesenvolvimento e a debilidade dos sistemas de saúde estão na origem da elevada mortalidade materna na África Subsariana;

Relembrando igualmente a Declaração de Ouagadougou (2008) sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África, que visa o reforço dos sistemas de saúde, com base na abordagem dos cuidados de saúde primários;

Consciente de que as mulheres continuam a ser vítimas de: discriminação sociocultural; baixo estatuto económico; práticas tradicionais nocivas, tais como a mutilação genital feminina (MGF); violência sexual e baseada no género; tabus; casamentos forçados e gravidezes precoces, não desejadas e em número excessivo, bem como VIH e outras infecções sexualmente transmissíveis;

Reconhecendo que as mulheres são negativamente afectadas pela instabilidade política e social, insuficiência alimentar, pobreza, e catástrofes naturais e provocadas pelo homem;

Profundamente preocupado com o facto de os recursos afectados à saúde das mulheres em geral, e à saúde materna em particular, estarem francamente abaixo do necessário, para que se obtenha um impacto significativo no sentido da consecução dos ODM 3 e 5;

Ciente de que os problemas na área da saúde das mulheres são complexos e exigem acções multissetoriais e concertadas, envolvendo os sectores público e privado, organizações não governamentais, comunidades, famílias, as próprias mulheres e o envolvimento activo dos homens;

Tendo examinado o documento “A saúde das mulheres na Região Africana da OMS: apelo à acção”, bem como o relatório do Subcomité do Programa relativamente a esta questão,

O Comité Regional:

1. APROVA o relatório sobre a saúde das mulheres na Região Africana;
2. EXORTA os Estados-Membros a:
 - a) reforçarem os organismos institucionais multissectoriais de alto nível existentes, para advogar e monitorizar os problemas relacionados com a saúde e a capacitação das mulheres, a educação das meninas e as estratégias de redução da pobreza, incluindo acções relacionadas com a saúde das mulheres, em vários sectores, com o envolvimento das autoridades governamentais locais;
 - b) desenvolverem capacidade institucional para implementação de intervenções na área da saúde das mulheres, criando mecanismos eficazes de coordenação multissectorial, através de: nomeação de uma pessoa focal para a saúde das mulheres em cada ministério ou departamento governamental com impacto sobre a saúde e a protecção social das mulheres e criação de um grupo técnico multissectorial e multidisciplinar, com termos de referência bem definidos e uniformes;
 - c) aumentarem, de forma afirmativa, os recursos nacionais para implementar políticas e estratégias nacionais destinadas à saúde da mulher, através de: afectação de uma linha orçamental específica para a saúde da mulher; adopção e implementação de políticas que permitam ultrapassar os obstáculos financeiros ao acesso das mulheres a cuidados de saúde; e concepção e implementação de políticas de Recursos Humanos para a Saúde que aumentem a disponibilidade de profissionais da saúde nos serviços de saúde materna, especialmente nas zonas rurais e negligenciadas;
 - d) considerarem, nas políticas de saúde das mulheres, a prevenção do casamento precoce e forçado, da violência com base no género e de todas as formas de discriminação das mulheres; e adoptarem e aplicarem legislação relevante;

- e) reforçarem as parcerias com os grupos de direitos da mulher, incluindo organizações de base comunitária, organizações não governamentais e associações de mulheres, e integrarem nas suas agendas a problemática da saúde da mulher;
- f) criarem e implementarem roteiros nacionais para acelerar a redução da mortalidade materna e neonatal, em conformidade com a Resolução AFR/RC54/R9, intitulada “Roteiro para acelerar a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relacionadas com a saúde materna e dos recém-nascidos em África”;
- g) usarem a abordagem dos cuidados de saúde primários, para pôr em prática intervenções relacionadas com a saúde das mulheres, com uma forte participação comunitária e apropriação e o envolvimento activo dos homens, por forma a melhorar a utilização dos serviços por parte das mulheres grávidas;
- h) reforçarem a integração do planeamento familiar, do controlo do paludismo durante a gravidez, da nutrição e da prevenção da transmissão vertical do VIH (PTV), nos serviços de saúde materna e infantil e diversificarem pontos de entrada para as intervenções de saúde das mulheres nos serviços existentes, de modo a melhorar a eficácia e o uso eficiente dos recursos;
- i) intensificarem as intervenções essenciais relacionadas com a saúde das mulheres, ao longo da sua vida;
- j) formularem um plano integrado de comunicação, para melhor compreender os papéis das mulheres na sociedade e promover uma mudança de comportamento e de atitudes relativamente à saúde das mulheres;
- k) promoverem investigação sobre questões que dizem especificamente respeito à saúde das mulheres, para produzir dados que possam servir de fundamento a acções de políticas e programas.

3. DECLARA o dia 4 de Setembro o Dia da Saúde das Mulheres na Região Africana.
4. SOLICITA ao Director Regional que:
 - a) reforce a advocacia a favor do aumento dos recursos para a saúde das mulheres em geral e para a redução da mortalidade materna e neonatal, em particular;
 - b) continue a dispensar orientação técnica aos Estados-Membros na área das políticas e intervenções prioritárias relativas à saúde das mulheres, bem como documente e partilhe as melhores práticas neste domínio;
 - c) procure constituir parcerias com outras agências relevantes da ONU, tais como o PNUD, UNESCO, UNICEF, FNUAP e UNIFEM, para advogar a favor da educação das meninas e dos meninos, da capacitação socioeconómica das mulheres e da melhoria da saúde das mulheres ao longo da sua vida;
 - d) crie uma comissão para a saúde das mulheres na Região Africana destinada a reunir dados sobre o papel de uma melhor saúde das mulheres no desenvolvimento socioeconómico, para melhorar a advocacia e a acção das políticas;
 - e) crie um mecanismo de monitorização e avaliação, em colaboração com a UA e as comunidades económicas regionais;
 - f) apoie os países para reforçarem os sistemas nacionais de informação.
 - g) apresente um relatório à sexagésima sessão do Comité Regional, em 2010 e, posteriormente, de dois em dois anos, sobre os progressos realizados na implementação desta resolução;

5. APELA a outros parceiros internacionais na área da saúde para que:
- a) reconheçam a saúde das mulheres como prioridade na Região Africana e criem mecanismos inovadores para um maior investimento nos serviços de saúde materna e neonatal;
 - b) alinhem os programas e o financiamento da saúde das mulheres com as políticas e prioridades nacionais, em conformidade com a Declaração de Paris sobre a eficácia da ajuda, alinhamento e harmonização.

Terceira sessão, 2 de Setembro de 2008

AFR/RC58/R2: Reforço dos laboratórios de saúde pública na Região Africana da OMS: uma necessidade crucial para o controlo das doenças

Consciente de que os laboratórios desempenham um papel crucial na prevenção e controlo das doenças, no alerta e resposta às epidemias e na investigação em saúde;

Reconhecendo o importante papel dos laboratórios na vigilância integrada das doenças e na implementação do Regulamento Sanitário Internacional;

Preocupado com a frequente ocorrência, na Região, de surtos que não são detectados atempadamente e não têm resposta imediata, devido à inadequada capacidade dos laboratórios;

Reconhecendo as débeis capacidades dos serviços laboratoriais, em termos de organização, financiamento, recursos humanos e baixo investimento;

Preocupado igualmente com a falta de clareza no respeitante à supervisão dos serviços laboratoriais e ao papel destes no âmbito dos sistemas nacionais de saúde, em alguns Estados-Membros;

Consciente da necessidade de os Estados-Membros garantirem a disponibilidade de serviços laboratoriais de qualidade;

Reconhecendo também a necessidade de políticas nacionais de laboratórios que orientem a criação e o funcionamento adequado de redes nacionais de laboratórios nos Estados-Membros;

O Comité Regional:

1. APROVA o relatório do Director Regional sobre o reforço dos laboratórios de saúde pública na Região Africana da OMS;
2. EXORTA os Estados-Membros a:
 - a) formularem ou reforçarem políticas nacionais abrangentes de laboratórios que incidam nas funções de organização, estrutura, trabalho em rede, coordenação, tecnologias, manutenção, biossegurança e gestão da qualidade dos laboratórios;
 - b) garantirem o financiamento adequado dos serviços dos laboratórios de saúde pública, através de todos os meios orçamentais disponíveis do governo;
 - c) usarem as oportunidades existentes dos mecanismos mundiais de financiamento da saúde, para mobilizar os recursos necessários para os serviços laboratoriais em apoio aos programas de saúde pública, como a vigilância integrada das doenças, o Regulamento Sanitário Internacional, a prevenção e controlo das doenças e a resposta às epidemias;
 - d) elaborarem planos para dotar em pessoal e equipar em pleno os laboratórios nacionais de saúde pública de referência e os laboratórios clínicos;
 - e) delegarem nos laboratórios nacionais de saúde pública de referência responsabilidades específicas relacionadas com a coordenação técnica, a garantia de qualidade, a formação e o apoio aos laboratórios periféricos;

- f) reforçarem o aprovisionamento e o sistema de distribuição dos laboratórios de saúde pública, para garantir uma disponibilidade permanente de equipamento, reagentes e suprimentos de laboratório;
- g) apoiarem os laboratórios nacionais de saúde pública a desenvolverem capacidades para uma gestão de qualidade, prevenção e controlo das doenças, alerta e resposta às epidemias e investigação em saúde;
- h) reforçarem a capacidade humana dos laboratórios, a todos os níveis, identificando e dando resposta às necessidades de formação inicial e contínua, bem como estabelecendo mecanismos para minimizar a fuga dos profissionais dos laboratórios;
- i) assegurarem a manutenção preventiva e curativa do equipamento laboratorial, formando engenheiros e técnicos biomédicos, e reforçando a capacidade do pessoal dos laboratórios para uma manutenção preventiva;
- j) reforçarem os sistemas de informação sobre gestão dos laboratórios, para permitir a recolha regular de dados precisos para a monitorização, avaliação e planeamento de serviços laboratoriais de qualidade;

3. SOLICITA ao Director Regional que:

- a) dê apoio técnico à formulação de políticas, planos, normas e modelos para os laboratórios nacionais;
- b) promova a criação e a organização em rede de laboratórios regionais de saúde pública de referência;
- c) apoie os Estados-Membros na mobilização, no acesso e na manutenção dos recursos necessários para o reforço dos serviços de laboratórios;

- d) presente na sexagésima-primeira sessão do Comité Regional, em 2011, um relatório dos progressos realizados na implementação desta resolução.

Terceira sessão, 2 de Setembro de 2008

AFR/RC58/R3: Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: melhorar a saúde em África no novo milénio

Lembrando a adopção da Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados de Saúde Primários, em 1978;

Reafirmando o empenho na consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio para a saúde;

Cientes da importância da abordagem dos Cuidados de Saúde Primários para a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relativos à saúde;

Reafirmando que a saúde é um direito humano fundamental e que os Governos são responsáveis pela saúde das suas populações;

Reconhecendo a importância da participação e a responsabilização das comunidades no desenvolvimento sanitário;

Reconhecendo igualmente a importância de uma parceria concertada, em particular, com a sociedade civil, o sector privado e os parceiros para o desenvolvimento, para traduzir os compromissos em acção;

Notando a forte interrelação entre os determinantes da saúde, como o desenvolvimento económico, a governação, a educação, os géneros, a suficiência alimentar e a nutrição, o ambiente, a paz e a segurança;

Notando igualmente a necessidade urgente de combater a deficiência financeira do sector da saúde e a grave escassez de recursos humanos para a saúde;

Reconhecendo que a intensificação das intervenções essenciais para a saúde exige um desempenho melhorado dos sistemas de saúde capazes de prestar cuidados de saúde de qualidade às comunidades, famílias e indivíduos;

O Comité Regional:

1. Confirma a adopção da Declaração de Ouagadougou (2008) sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: Melhorar a Saúde em África no Novo Milénio.
2. EXORTA os Estados-Membros a:
 - a) Tomar as medidas adequadas à actualização das suas políticas de saúde e dos planos correspondentes, em harmonia com a Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde;
 - b) Formular um quadro nacional para a implementação da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde;
3. SOLICITA ao Director Regional que, em colaboração com a União Africana e outros parceiros para o desenvolvimento, promova a Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde e oriente o processo de elaboração e adopção de um quadro para a sua implementação.

Quarta sessão, 2 de Setembro de 2008

AFR/RC58/R4: Moção de agradecimento

Considerando os enormes esforços desenvolvidos pelo Chefe de Estado, pelo Governo e pelo povo da República dos Camarões, para garantir o êxito da quinquagésima-oitava sessão do Comité Regional Africano da OMS, realizado em Yaoundé, de 1 a 5 de Setembro de 2008;

Apreciando o acolhimento particularmente caloroso que o Governo e o povo da República dos Camarões dispensaram aos delegados;
O Comité Regional:

1. AGRADECE a Sua Excelência o Presidente da República dos Camarões, Senhor Paul Biya, pelas excelentes condições que o país ofereceu aos delegados e por inspirar e encorajar a declaração lida, durante a cerimónia de abertura oficial, pelo Primeiro-Ministro e Chefe do Governo;
2. EXPRESSA a sua sincera gratidão ao Governo e povo da República dos Camarões pela sua notável hospitalidade;
3. SOLICITA ao Director Regional que transmita esta moção de agradecimento a Sua Excelência o Presidente da República dos Camarões, Senhor Paul Biya.

Décima-quarta sessão, 5 de Setembro de 2008

PARTE II

RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL

ABERTURA DA REUNIÃO

1. A quinquagésima-oitava sessão do Comité Regional da OMS para África foi oficialmente aberta no Palácio dos Congressos, em Yaoundé, na República dos Camarões, na segunda-feira, dia 1 de Setembro de 2008, por Sua Excelência o Sr. Ephraim Inoni, Primeiro-Ministro e Chefe do Governo da República dos Camarões, em nome de Sua Excelência o Sr. Paul Biya, Presidente da República dos Camarões. Entre os presentes na cerimónia de abertura, estiveram ministros do Governo dos Camarões, Ministros da Saúde e Chefes de Delegação dos Estados-Membros da Região Africana da OMS, Mestre Bience Gawanas, Comissária dos Assuntos Sociais da União Africana, em representação do Presidente da Comissão da União Africana, a Dr.^a Margaret Chan, Directora-Geral da OMS, o Dr. Luis Sambo, Director Regional da OMS para África, o Sr. Ray Chambers, Enviado Especial do Secretário-Geral das Nações Unidas para o Paludismo; membros do corpo diplomático e representantes das agências especializadas das Nações Unidas e de organizações não governamentais (*vide lista de participantes no Anexo 1*).

2. O Sr. Gilbert Tsimi Evouna, delegado do Governo para o Município de Yaoundé, deu as boas-vindas a Yaoundé aos Ministros da Saúde e Delegados, desejando-lhes sucesso nas suas deliberações.

3. O Dr. Luis Gomes Sambo, Director Regional da OMS para África, agradeceu ao Presidente, ao Primeiro-Ministro, ao Governo e ao povo da República dos Camarões pela hospitalidade e o acolhimento dispensado, pela segunda vez, ao Comité Regional.

4. O Director Regional informou que, nos últimos quatro anos, se assistiu a realizações que espelham a determinação e o empenho dos Estados-Membros e seus parceiros no reforço dos sistemas de saúde, com a finalidade de melhorar a saúde das populações africanas. Afirmou que a contribuição da OMS tinha sido guiada por cinco orientações estratégicas, nomeadamente: reforço do apoio aos países, reforço e alargamento das parcerias para a saúde, reforço das políticas e sistemas de saúde, promoção da intensificação das intervenções de saúde essenciais e reforço das acções relacionadas com os principais determinantes sociais da saúde.

5. O Dr. Sambo afirmou que a presença da OMS nos países tinha sido reforçada através de um exercício de redefinição dos perfis, com especial atenção aos países insulares, aos países com uma população numerosa e aos países em situações de crise ou pós-crise. Foi iniciado o processo de revisão das estratégias de cooperação com os países, tendo em consideração os ODM e as reformas da ONU. Sob a liderança da Dr.^a Margaret Chan, Directora-Geral da OMS, tinha melhorado a colaboração entre a Sede da OMS e os Escritórios Regionais. Neste sentido foi instituído um fórum para discussões conjuntas entre a Directora-Geral e os Directores Regionais da OMS.

6. O Dr. Sambo informou que o Escritório Regional tinha sido reorganizado, com o objectivo de se concentrar nas principais funções normativas de formulação de políticas e estratégias e mobilização de recursos. Foram criadas equipas de apoio interpaíses em Ouagadougou, Harare e Libreville, para melhorar a qualidade da cooperação técnica com os países. Procedeu-se à delegação de competências a vários níveis de gestão, para melhorar o desempenho do Escritório Regional, das Equipas de Apoio Interpaíses e das representações da OMS. Foi criado um sistema eficiente de comunicações para facilitar a colaboração em tempo real e, nas próximas semanas, espera-se que o novo Sistema Mundial de Gestão esteja operacional na Região Africana.

7. O Dr. Sambo comunicou que as parcerias com a União Africana e as comunidades económicas regionais tinham melhorado e que a colaboração e a coordenação com as agências das Nações Unidas (UNICEF, FNUAP, ONUSIDA, PNUD e PNUE), com as instituições financeiras, como o Banco Mundial e o Banco Africano de Desenvolvimento, tinham sido reforçadas. Isso foi feito no quadro da Reforma do Sistema das Nações Unidas e da Declaração de Paris sobre a eficácia da ajuda.

8. O Dr. Sambo informou que a OMS tinha contribuído para o reforço dos sistemas nacionais de saúde com base na abordagem dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e com especial atenção aos sistemas distritais de saúde. Isso está reafirmado na Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África, adoptada em Abril de 2008. Como resposta à crise dos recursos humanos para a saúde que a Região enfrenta, foi criado um Observatório dos

Recursos Humanos para a Saúde, a fim de monitorizar os progressos conseguidos pelos países e fornecer dados factuais para a tomada de decisões.

9. O Dr. Sambo informou que foram realizados progressos variáveis na intensificação de intervenções prioritárias contra doenças evitáveis pela vacinação, paludismo, VIH/SIDA e na atenção integrada às doenças materno-infantis. A mortalidade materna permanece a níveis inaceitavelmente elevados e são necessários mais recursos. Foram realizados progressos significativos na redução da mortalidade relacionada com o sarampo, que diminuiu 91% entre 2000 e 2006. O Dr. Sambo apelou aos Estados-Membros para que mantenham estas realizações, continuando os níveis elevados da cobertura de vacinação. Indicou ainda que, a despeito das dificuldades operacionais, a erradicação da poliomielite continua a ser viável. No entanto, a circulação do poliovírus selvagem em alguns países continua a ser uma preocupação.

10. Relativamente ao paludismo, o Dr. Sambo assinalou que foram observadas melhorias no acesso à associação medicamentosa a base de artemisinina, mosquiteiros tratados com insecticida de longa duração, pulverização residual de interiores e intervenções orientadas para grupos vulneráveis, como mulheres grávidas e crianças. Mencionou que as novas fontes e mecanismos de financiamento oferecem boas oportunidades para o controlo da doença e reconheceu os esforços envidados pelo Secretário-Geral da ONU nesta área. No que toca ao VIH/SIDA, o Dr. Sambo relembrou a Declaração de 2006 como o “Ano para a Aceleração da Prevenção do VIH”, sob a égide da União Africana, e sublinhou a importância da prevenção no controlo do VIH/SIDA. Manifestou preocupação pelo facto de que metade dos países da Região registaram casos de tuberculose multirresistente, com as taxas de dupla infecção pelo VIH/TB a chegarem aos 75% em alguns países.

11. O Director Regional informou que foi dado apoio em resposta às epidemias de febre de Marburgo, Ébola, meningite e cólera. Indicou também que, apesar do apoio prestado pela OMS e parceiros aos Estados-Membros, vários países continuam a não dispor de capacidades para dar resposta a possíveis surtos de uma pandemia humana. O Director Regional indicou que as doenças não transmissíveis estão a tornar-se num grave problema de saúde pública na Região. Manifestou a sua satisfação pela adopção da Declaração de Libreville sobre Saúde e Ambiente, em

Agosto de 2008. O Dr. Sambo concluiu a sua alocução lançando um apelo para um reforço das parcerias, envolvimento comunitário e mobilização de recursos para a consecução dos ODM.

12. A Mestre Bience Gawanas, em nome de Sua Ex.^a o Sr. Jean Ping, Presidente da Comissão da União Africana, felicitou o Director Regional e a sua equipa pela agenda bem estruturada, inovadora e equilibrada, cujos objectivos visam a abordagem dos desafios de saúde que o continente africano enfrenta. Informou os delegados que a nova liderança da Comissão havia tomado posse em Abril de 2008. Uma das principais funções da Comissão é garantir a paz e a segurança para as populações africanas, acrescentando que uma abordagem para o desenvolvimento em África centrada nas pessoas é um valor partilhado pela Comissão.

13. A Mestre Gawanas reconheceu que o aumento das taxas de pobreza acarreta um declínio no estado de nutrição, tendo como consequência o agravamento das condições de saúde, sobretudo entre os mais pobres. Constatou que as lições aprendidas na década de 90 estão actualmente a ter um impacto positivo na consciência dos líderes, aos níveis nacional, regional e internacional. Consequentemente, o sector da saúde está gradualmente a ocupar um lugar central nas decisões políticas nacionais, e os parceiros e agências internacionais, multilaterais e bilaterais estão a dar prioridade aos desafios de saúde em África. Reconheceu ainda o papel desempenhado pela sociedade civil para colocar o sector da saúde no centro da agenda para o desenvolvimento.

14. A Mestre Gawanas mencionou a comemoração do 6º Aniversário do Dia da Medicina Tradicional Africana, durante o qual a Comissão da União Africana, em colaboração com o Escritório Regional Africano da OMS, apresentou um relatório de progressos sobre a década da medicina tradicional africana. Declarou que urge encontrar a melhor estratégia para revitalizar os objectivos de saúde, alcançar uma coordenação e harmonização eficazes entre a União Africana, a OMS e os demais parceiros, e para se atingirem os objectivos de advocacia junto dos líderes africanos, caso se pretenda que a implementação da Declaração de Alma Ata sobre os Cuidados de Saúde Primários surta efeito. Terminou afirmando que a incidência na abordagem dos CSP tornaria mais céleres as reformas nos cuidados de saúde destinadas ao reforço dos sistemas para a obtenção de uma melhor saúde em África.

15. Dirigindo-se aos participantes, o Sr. Ray Chambers, Enviado Especial do Secretário-Geral da ONU para o Combate ao Paludismo, lembrou aos delegados o fardo e o impacto do paludismo no continente africano. Referiu que, em África, o paludismo representa um prejuízo anual de mais de 30 mil milhões de dólares americanos, em despesas de saúde e perda de produtividade, aprisionando milhões de pessoas em condições de pobreza. Afirmou que o paludismo é um factor preponderante de mortalidade materna e que torna as pessoas mais vulneráveis ao VIH/SIDA. Referiu que, se fosse possível reduzir a zero as taxas de morbilidade e mortalidade, os benefícios para as populações africanas seriam maiores do que qualquer outra acção individual.

16. O Sr. Chambers acrescentou que existem actualmente no mundo verbas e tecnologia suficientes para reduzir a mortalidade a zero durante os próximos anos e lembrou os êxitos alcançados em países como a Eritreia, Etiópia, Gana, Quénia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Tanzânia e Zâmbia na redução das mortes devido ao paludismo, através de aumentos substanciais na cobertura, especialmente com mosquiteiros. Informou os delegados que, a 25 de Abril de 2008, o Secretário-Geral da ONU lançou um apelo à acção para se alcançar a cobertura universal do controlo do paludismo em África, até 31 de Dezembro de 2010. Afirmou que, com um aumento do financiamento por parte do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, Banco Mundial, Reino Unido, Programa de Emergência do Presidente dos EUA para a SIDA e o facto de se dispor dos instrumentos de intervenção, África precisa agora de um compromisso inabalável por parte dos Chefes de Estado e de Governos para conduzir o continente à vitória sobre a doença. Salientou que são necessários um compromisso e uma responsabilidade partilhadas.

17. Reiterou o empenho do Secretário-Geral da ONU, OMS, Parceria Fazer Recuar o Paludismo, UNICEF, Banco Mundial, Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, Fundação Bill e Melinda Gates, Iniciativa do Presidente dos EUA de Combate ao Paludismo, Fundação das Nações Unidas e Gabinete do Enviado Especial do Secretário-Geral da ONU para o Combate ao Paludismo no apoio aos países africanos de todas as formas possíveis, sob a liderança das autoridades nacionais. Prometeu o seu empenho pessoal para a luta contra o paludismo e declarou que o momento para derrotar definitivamente a doença havia chegado.

18. Na sua alocução, a Dr.^a Margaret Chan, Directora-Geral da Organização Mundial da Saúde, assinalou que a despesa anual com a saúde, proveniente de todas as fontes de financiamento, incluindo a ajuda internacional e os empréstimos, totalizavam menos de 30 dólares (USD) por pessoa, em 27 países da Região Africana. Este facto mostra que os recursos de base são demasiado reduzidos para suportar melhorias significativas na saúde das populações. A Dr.^a Chan assinalou que são os recursos que determinam a diferença entre a cobrança de taxas aos utentes e a protecção social, entre a existência de serviços de saúde para um pequeno grupo privilegiado e a disponibilização da cobertura universal, lembrando que a Resolução sobre o financiamento da saúde em África exortava os parceiros do desenvolvimento a fornecer um fluxo financeiro previsível e de longo prazo.

19. A Dr.^a Chan salientou ser necessária liderança no domínio da saúde e que esta liderança será recompensada. Quando se toma a iniciativa, a comunidade internacional dá o seu apoio e os recursos chegarão em seguida. Relatou como a liderança tinha resultado na disponibilização de terapêutica antirretroviral a três milhões de pessoas com SIDA, em países de rendimentos baixos e médios, vivendo a grande maioria destas pessoas na Região Africana. A liderança permitiu também a integração dos serviços de tuberculose e VIH e a expansão da luta contra a malária. A Dr.^a Chan informou os delegados que, no dia 18 de Setembro de 2008, a OMS irá disponibilizar o relatório de análise mais abrangente publicado até à data sobre a situação do paludismo à escala mundial. O relatório irá ajudar os países a aperfeiçoar as suas estratégias e a direccionar os seus recursos com uma precisão ainda maior.

20. A Directora-Geral informou que, graças ao apoio da Aliança Mundial para as Vacinas e a Imunização, a Região Africana tem registado um desempenho excepcionalmente bom na introdução de novas vacinas subutilizadas, como a vacina Hib, a nova vacina antipneumocócica e a vacina da hepatite B. A Dr.^a Chan indicou que a inclusão continuada das vacinas da hepatite B nas actividades de vacinação de rotina resultaria, a longo prazo, no declínio do impacto do vírus de hepatite B sobre o cancro do fígado e representaria um verdadeiro progresso para a saúde pública. Mostrou-se preocupada com um novo surto de poliomielite de tipo 1 nos Estados do norte da Nigéria, que tinha já começado a propagar-se aos países vizinhos, e com a deficiente qualidade das campanhas de vacinação de emergência levadas a cabo até

agora. Apelou aos Ministros para demonstrarem liderança em prol destes esforços, de forma a que não se ponham em risco os investimentos dos últimos anos.

21. A Dr.^a Chan prosseguiu referindo que a Declaração do Milénio e os seus objectivos relacionados com a saúde representavam uma medida de aferição dos progressos e um empenho delimitado no tempo que tinha impelido o mundo à acção. O sector da saúde estava a atrair investimentos adicionais, tendo o valor da ajuda para a saúde, de fontes oficiais e privadas, duplicado entre 2000 e 2006. As principais agências de financiamento combinam actualmente a aquisição de intervenções com fundos destinados a reforçar os sistemas de saúde através dos quais essas intervenções são realizadas. Em Agosto de 2008, a Etiópia tornou-se o primeiro país a assinar um acordo com parceiros do desenvolvimento no âmbito da *International Health Partnership Plus*. Prevê-se que outros países sigam esse exemplo.

22. Informou os delegados que fora agendado um fórum ministerial de alto nível sobre a eficácia da ajuda para ter lugar em Acra, no Gana, de 2 a 4 de Setembro de 2008. O fórum irá dar seguimento aos compromissos assumidos e às metas estabelecidas na Declaração de Paris. Os resultados dos progressos nesta área, monitorizados pela OCDE, serão apresentados no fórum e constituirão o mais sólido conjunto de dados reunidos até à data a respeito dos factores que fizeram com que a ajuda funcionasse nos vários contextos nacionais. Espera-se que o fórum dê o seu apoio a uma agenda para acção que possa incluir alguns compromissos bastante específicos da parte dos doadores e dos países beneficiários, em áreas incluindo a apropriação por parte dos países, o uso de infraestruturas existentes para a prestação da ajuda e a disponibilização de fluxos financeiros previsíveis e sustentáveis.

23. A Directora-Geral afirmou que o relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais atribuía a responsabilidade pela melhoria da equidade na saúde aos decisores políticos e não apenas ao sector da saúde. O relatório salientava os Cuidados de Saúde Primários enquanto modelo para os sistemas de saúde que actuam sobre as causas socioeconómicas e políticas subjacentes ao mau estado de saúde e apelou à inclusão da saúde em todas as políticas sectoriais dos governos. Assinalou ainda o papel dos Primeiros Ministros e Chefes de Governo para que tornem esta medida uma realidade. Felicitou a Região Africana e o Director Regional pelos compromissos definidos na Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de

Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África. Informou os delegados de que o Relatório da Saúde no Mundo, sobre os CSP, a publicar em Outubro de 2008, irá fornecer argumentos económicos e sociais sólidos e estimulantes para fazer dos CSP o cerne dos sistemas de saúde.

24. A reunião foi oficialmente aberta em nome de Sua Excelência o Presidente da República dos Camarões, o Sr. Paul Biya, por Sua Excelência o Primeiro-Ministro e Chefe do Governo da República dos Camarões, o Sr. Ephraim Inoni,. O Sr. Inoni afirmou que a reunião tinha lugar numa altura em que os países de todo o mundo se esforçam pela consecução dos ODM, por forma a melhorar as vidas das suas populações. Manifestou preocupação pelo lento progresso no sentido da consecução dos ODM. Declarou que os ODM não são um critério para o desenvolvimento, mas antes um requisito mínimo para uma base sólida de desenvolvimento sustentável.

25. O Primeiro-Ministro informou que, nos Camarões, a percentagem de mortalidade materna e as taxas de mortalidade infantil são ainda relativamente altas e que, de modo a que se possa inverter a tendência, Sua Excelência o Presidente Paul Biya determinara a preparação de uma Estratégia para o Sector da Saúde. A implementação desta teve início em 2001 e destina-se a melhorar os indicadores da saúde da população camaronesa. Apelou a que seja dada atenção urgente ao reforço das capacidades humanas e institucionais, condições prévias indispensáveis ao desempenho dos sistemas de saúde.

ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS

Constituição da Comissão de Designações

26. O Comité Regional nomeou a Comissão de Designações, que ficou constituída pelos seguintes Estados-Membros: Argélia, Botsuana, Chade, Comores, Etiópia, Moçambique, Nigéria, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Togo e Zâmbia. A Comissão reuniu na segunda-feira, 1 de Setembro, e elegeu para seu Presidente o Dr. Ikililou Dhoinine, Vice-Presidente dos Comores, Responsável pelo sector da Saúde. A Nigéria, Ruanda, Serra Leoa e Togo não puderam comparecer a esta reunião.

Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relatores

27. Tendo analisado o relatório da Comissão de Designações, e em conformidade com o Artigo nº 10 do Regulamento Interno e a Resolução AFR/RC40/R1, o Comité Regional elegeu por unanimidade os seguintes elementos:

Presidente: Sr. Mama Fouda André
Ministro da Saúde da República dos Camarões

Primeiro Vice-Presidente: Dr. David. Parirenyatwa
Ministro da Saúde do Zimbabué

Segundo Vice-Presidente: Dr. Camilo Simões Pereira
Ministro da Saúde Pública da Guiné-Bissau

Relatores: Dr. Khumbo Kachali
Deputado e Ministro da Saúde
do Malawi (língua inglesa)
Dr.^a Dorothee Yevide
Directora-Adjunta de Gabinete
do Benin (língua francesa)

Sr. Franciso Pascual Obama Asue
Ministro da Saúde e Bem-Estar Social da Guiné
Equatorial

Aprovação da ordem do dia

28. O Presidente da 58^a sessão do Comité Regional, S. Ex.^a o Sr. Mama Fouda André, Ministro da Saúde da República dos Camarões, apresentou a ordem do dia provisória (documento AFR/RC58/1) e a proposta de programa de trabalho (*ver anexos 2 e 3*), que foram aprovados com emendas. Foi proposto que se acrescentasse um ponto na ordem do dia, para discussão da Estratégia Mundial para as Inovações em Saúde Pública e os Direitos de Propriedade Intelectual.

Aprovação do horário de trabalho

29. O Comité Regional aprovou o seguinte horário de trabalho: das 09h00 às 12h30 e das 14h00 às 17h30, incluindo 30 minutos de pausa para chá e café.

Nomeação da Comissão de Verificação de Poderes

30. O Comité Regional nomeou a Comissão de Verificação de Poderes, que ficou constituída pelos representantes dos seguintes 12 Estados-Membros: Angola, Burkina Faso, República Centro-Africana, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Gana, Namíbia, São Tomé e Príncipe, Seychelles e Suazilândia.

ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA EM 2006-2007: RELATÓRIO BIENAL DO DIRECTOR REGIONAL (documento AFR/RC58/2)

31. O Dr. Luis Gomes Sambo, Director Regional, apresentou o Relatório Bienal das Actividades da OMS na Região Africana 2006-2007. O documento, descrevendo a implementação do Orçamento-Programa para 2006-2007, abrange as principais realizações, factores favoráveis e limitações para as 36 áreas de actividade; os progressos na implementação das resoluções pertinentes do Comité Regional Africano da OMS; as perspectivas; e quadros sinópticos da implementação do orçamento até ao fim deste biénio.

32. O Dr. Sambo referiu que, no biénio 2006-2007, e de acordo com a agenda mundial da OMS, definida no Décimo-Primeiro Programa Geral de Trabalho e nas *Orientações estratégicas para as actividades da OMS na Região Africana 2005-2009*, o Secretariado apoiara os Estados-Membros no reforço dos seus sistemas de saúde; na luta contra o fardo do VIH/SIDA, tuberculose e paludismo; no combate às doenças transmissíveis e não transmissíveis; na abordagem à sobrevivência infantil e à mortalidade materna; na garantia de ambientes saudáveis; e na resposta a situações de emergência.

33. O Director Regional informou o Comité de que, durante o biénio, fizera visitas de advocacia a 12 países da Região, onde analisou as prioridades nacionais e regionais com Chefes de Estado e de Governo e recebido manifestações de empenho

na consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e na abordagem a outros grandes desafios da saúde. Essas visitas deram-lhe a oportunidade de avaliar com que medida a OMS contribuiu para as agendas da saúde nesses países. Além disso, fora desenvolvida uma vigorosa advocacia em favor da proclamação de 2006 como o Ano da Aceleração da Prevenção do VIH na Região Africana. A colaboração com a União Africana foi estreitada; várias reuniões da OMS contaram com a presença do Presidente da Comissão da UA e foram optimizadas as interacções com as comunidades económicas regionais.

34. O Dr. Sambo assinalou que o Escritório Regional reforçou e ampliou as suas parcerias para a saúde. Em conjunto com o Banco Africano de Desenvolvimento, Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA, FNUAP, UNICEF e Banco Mundial, a OMS lançou a Iniciativa de Harmonização para a Saúde em África, que visa mobilizar e utilizar eficazmente os investimentos na saúde. As actividades preconizadas na Harmonização para a Saúde em África estão em total consonância com a Declaração de Paris sobre a eficácia da ajuda.

35. O Director Regional afirmou que em Junho de 2007, o Escritório Regional lançou o primeiro número do *Relatório sobre a saúde na Região Africana: a saúde das populações*. Esta publicação chamava a atenção para o fardo das doenças evitáveis; as soluções disponíveis para a aceleração de intervenções em saúde pública de eficácia comprovada e os sucessos alcançados.

36. O Director Regional assinalou ainda que durante o biénio, o reforço dos sistemas de saúde mereceu considerável atenção na agenda mundial da saúde. A OMS fez advocacia para a mobilização de recursos e deu aos países um apoio técnico de que resultou a concessão, a 16 países, de verbas substanciais da Aliança GAVI, para reforço dos sistemas de saúde; revisão das políticas nacionais de saúde; formulação de planos estratégicos nacionais para a saúde; e avaliação dos sistemas distritais de saúde. Destes esforços resultou também o reforço das autoridades regulamentadoras dos medicamentos em 12 países, a criação do Observatório Regional dos Recursos Humanos para a Saúde e a criação de observatórios nacionais em seis países. Na sequência da adopção da Resolução AFR/RC56/R5 do Comité Regional, sobre o financiamento da saúde, o Escritório Regional continuou a apoiar o reforço das capacidades dos países para garantir um financiamento sustentável da

saúde. Foram também apoiados a medicina tradicional, a segurança do sangue e os sistemas de informação sanitária. Foi organizado o primeiro seminário regional sobre segurança dos doentes e criada uma rede regional de segurança dos doentes.

37. Referindo-se à luta contra o VIH/SIDA, o Dr. Sambo afirmou que a pandemia continua a ser uma enorme barreira ao desenvolvimento económico e social na África Subsariana, onde se registam mais de 68% das infecções por VIH no mundo e mais de 76% dos óbitos relacionados com a SIDA em todo o mundo. Calcula-se que 1,7 milhões de adultos e crianças foram infectadas por VIH, em 2007. A OMS apoiou 17 países na actualização das suas directrizes nacionais sobre a gestão de casos de infecções sexualmente transmitidas. O apoio à prevenção da transmissão vertical do VIH (PTV) resultou num aumento do número de mulheres com acesso aos serviços de PTV, de 190 000, em 2004-2005, para 300 000, em 2006-2007. Do mesmo modo, em fins de Dezembro de 2007, 1,9 milhões de pessoas vivendo com VIH/SIDA tinham recebido terapêutica antirretroviral, correspondendo a 42% dos necessitados. Os Estados-Membros continuaram a reforçar a implementação de actividades de colaboração entre o VIH e a Tuberculose. A percentagem média de doentes de TB testados para VIH aumentou, de 2%, no fim de 2005, para 14%, em finais de 2007. Em alguns países, essa percentagem alcançou os 75%. Na sequência das intensas campanhas de advocacia e das orientações técnicas, a aceleração da prevenção do VIH firmou-se solidamente nas agendas dos países e dos parceiros para o desenvolvimento, em especial os parceiros do sistema das Nações Unidas.

38. O Escritório Regional deu apoio técnico à Comissão da União Africana na organização da Cimeira de Abuja sobre VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo, em 2006. Em finais de 2007, 41 países tinham adoptado a associação medicamentosa à base de artemisinina para o paludismo. Em 2006-2007, o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo aprovou 27 propostas contendo uma componente sobre o paludismo. Foram distribuídas mais de 33 milhões de redes impregnadas de insecticida e os esforços dos Estados-Membros na luta contra o paludismo resultaram em reduções significativas na morbidade e mortalidade devidas a essa doença.

39. O Dr. Sambo prosseguiu, afirmando que a prevenção e o controlo de outras doenças transmissíveis continuaram a ser prioritários nas actividades da OMS na Região Africana. O Escritório Regional reviu a implementação das intervenções de combate à dracunculose e certificou dez países como estando livres da transmissão local da doença. Entre 2005 e 2007, a incidência anual da doença diminuiu em 28%. Os esforços para a eliminação da lepra nos últimos países com endemia resultaram numa redução de 30% na prevalência da doença. Até ao fim de 2007, 44 países da Região tinham alcançado a meta da eliminação da lepra. A tendência decrescente na incidência anual da tripanossomíase humana africana manteve-se no biénio 2006-2007. Um grupo de 24 países registou uma redução que chegou a atingir os 69%. Os governos aumentaram em 38% os seus contributos para o Programa Africano para o Controlo da Oncocercose; em 2007, as operações do Programa evitaram a perda de cerca de 960 000 anos de vida ajustados por incapacidades.

40. O sucesso da implementação nos países da Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (VRID) contribuiu grandemente para a detecção precoce e o controlo rápido das epidemias. A OMS deu igualmente apoio financeiro e técnico aos países na organização de sessões de formação sobre a gripe das aves devida ao H5N1. Foi constituída uma parceria para implementar o *Regulamento Sanitário Internacional 2005* (IHR). A parceria ajudou a elaborar um quadro regional, a dar formação aos pontos focais nacionais do IHR e aos funcionários da respectiva divisão, e a preparar um plano regional de comunicação para exercer advocacia e sensibilizar os intervenientes. Além disso, todos os 46 Estados-Membros designaram pontos focais de IHR a nível nacional.

41. O Director Regional referiu que o Programa Alargado de Vacinação obtivera resultados significativos na Região. A cobertura por DPT3 atingiu, em 15 países, níveis mínimos de 90%. Um total de 108 milhões de crianças foram vacinadas contra o sarampo em 2006-2007. Com uma redução de 91% na mortalidade devida ao sarampo, a Região Africana ultrapassou a meta da eliminação do sarampo, definida para 2009. Depois de a vacina da febre amarela ser acrescentada aos regimes de vacinação de rotina, 22 países atingiram uma cobertura vacinal igual ou superior a 80% para este antigene. Esforços suplementares para a erradicação da poliomielite resultaram numa redução de 70% nos casos notificados em 2007, por comparação

com 2006. Quarenta e um países alcançaram, em 2007, o nível de certificação da vigilância da paralisia flácida aguda.

42. O Dr. Sambo informou os delegados de que estava a aumentar na Região o fardo das doenças não transmissíveis, traumatismos, problemas de saúde mental e abuso de substâncias, incluindo o tabaco e o excesso de consumo de álcool. Os inquéritos STEP recolhidos no biénio de 2006-2007 permitiram a recolha de mais dados sobre esta realidade. Entre outros aspectos, os dados recolhidos indicaram, para alguns países, uma alta prevalência de hipertensão e de teor elevado de açúcar no sangue, do que resultou a criação, em quatro países, de programas de controlo integrado das doenças não transmissíveis. Em 2007, OMS e UNECA patrocinaram a Conferência Africana de Segurança Rodoviária, em Acra. Os países participantes aprovaram as Recomendações de Acra e a Declaração sobre Segurança Rodoviária. O Escritório Regional apoiou os países na formulação de estratégias para melhorar a segurança rodoviária, desde o aperfeiçoamento dos sistemas de dados sobre o trânsito até à instituição de uma abordagem multissetorial e à formulação de planos estratégicos de segurança rodoviária.

43. Durante o biénio 2006-2007, o Escritório Regional acelerou os esforços de implementação da Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabágica (FCTC). Até Dezembro de 2007, 35 países tinham ratificado essa Convenção. O Escritório Regional deu apoio aos países para formularem e implementarem legislação e planos nacionais de acção para o controlo do tabaco. Com o apoio da OMS, o Inquérito Mundial à Juventude e Tabaco foi completado em 31 países. As conclusões revelaram que 30% a 80% dos jovens com idades entre os 13-15 anos tinham estado expostos à situação de fumadores passivos.

44. O Director Regional lembrou aos participantes que a morbidade e mortalidade materna, dos recém-nascidos e das crianças ainda representam importantes desafios à saúde pública em todos os países africanos. Lembrou que a 56^a sessão do Comité Regional Africano adoptara a estratégia de sobrevivência infantil formulada em conjunto pela UNICEF, Banco Mundial e OMS. Prosseguiram os esforços para acelerar a implementação da Atenção Integrada às Doenças da Infância, tendo 19 países alargado a vacinação a mais de metade dos seus distritos. Até ao fim do biénio, um total cumulativo de 29 países tinham formulado estratégias nacionais para a

alimentação dos bebés e crianças pequenas. O Escritório Regional deu formação sobre a utilização dos novos modelos da OMS para monitorizar o crescimento infantil a 37 participantes de 13 países.

45. O Dr. Sambo informou que, até finais de 2007, mais 21 países tinham elaborado os seus roteiros nacionais para acelerar a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde materna e dos recém-nascidos, aumentando o total para 37 países. FNUAP, UNICEF e OMS uniram esforços na formação de peritos nacionais de oito países, visando a transformação do roteiro nacional em planos operacionais para o nível de distrito. A prevenção e controlo do cancro do colo do útero conheceu uma atenção acrescida durante o período de 2006-2007. Na Região, foi dada formação em inspecção visual com ácido acético e crioterapia. Os países foram igualmente apoiados na formulação de políticas e estratégias, normas, modelos e orientações técnicas sobre a alimentação de bebés e crianças pequenas, nutrição e VIH, assim como malnutrição grave.

46. O Director Regional lembrou que, na sua 56^a sessão, o Comité Regional Africano adoptara a Resolução AFR/RC56/R4, para fazer face aos problemas que a pobreza coloca à saúde. Na sua 57^a sessão, o Comité aprovou o documento intitulado "Principais determinantes sociais da saúde: apelo à acção intersectorial para a melhoria do estado de saúde na Região Africana da OMS". Referiu que, no biénio 2006-2007, o Escritório Regional reforçou a inclusão das questões relacionadas com a pobreza e de uma abordagem estratégica de longo prazo nos esforços regionais e nacionais de desenvolvimento sanitário; facilitou os programas para a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde; reforçou a inclusão da saúde ambiental nas políticas e actividades nacionais de desenvolvimento; e enfrentou a elevada morbidade e mortalidade associadas à contaminação microbiana e química dos alimentos. Dez países finalizaram as suas políticas nacionais de saúde e ambiente, com base nas directrizes elaboradas pelo Escritório Regional. Mais de dois terços dos países da Região receberam apoio para implementarem os seus programas de saúde ambiental. Onze municípios de cinco países elaboraram planos para projectos de cidades saudáveis.

47. O Dr. Sambo referiu que metade dos Estados-Membros da Região Africana tinham enfrentado, pelo menos, uma situação de emergência durante o biénio. As emergências mais frequentes foram as de surtos de doenças transmissíveis, secas e de inundações. Em resposta, o Escritório Regional reforçou as capacidades de actuação dos países e destacou pessoal internacional especializado para os países mais afectados e para as Equipas de Apoio Interpaíses. Durante o biénio, a advocacia e o apoio à angariação de fundos para os países resultaram na mobilização de mais de 78 milhões de dólares americanos para actividades de alívio a situações de emergência. Foram produzidos e distribuídos por todos os parceiros boletins periódicos de informação sobre as situações de emergência.

48. Relativamente à segurança sanitária dos alimentos, foi referido que o Comité Regional Africano, na sua 57^a sessão, adoptara a Resolução AFR/RC57/R2, para a implementação da estratégia regional de segurança dos alimentos. Os países receberam apoio do Escritório Regional para formação em segurança sanitária dos alimentos. Surtos de doenças de origem alimentar, como o envenenamento agudo por aflatoxina no Quénia e a intoxicação por bromo em Angola, foram investigados com sólido apoio técnico, do qual resultou a implementação de medidas adequadas de controlo. Na sequência dos trabalhos do Codex, 12 países formularam ou reviram a suas políticas, planos de acção, legislação ou estratégias de aplicação da lei de segurança sanitária dos alimentos.

49. O Dr. Sambo referiu que, na área da administração e finanças, o Escritório Regional implementara reforços contratuais, dos quais resultou a criação de mais de 1200 postos de trabalho a termo fixo, para substituição de contratos anteriormente temporários. No biénio 2006-2007, as despesas da OMS na Região Africana totalizaram 785,7 milhões de dólares americanos, com base nos registos de 31 de Dezembro, o que corresponde a 82,8% do orçamento aprovado. Notou-se um decisivo progresso no apoio à gestão orçamental e financeira, resultante da consolidação da Unidade de Orçamento e Finanças em Brazzaville e do recrutamento de pessoal para preencher lugares vagos. Os fundos de adiantamentos foram reforçados em tempo oportuno, fruto da implementação das operações bancárias pela internet. Com o apoio de um consultor a curto prazo e de um auditor recentemente recrutado, o Escritório Regional conseguiu cumprir mais de 80% das recomendações pendentes da auditoria interna.

50. O Director Regional referiu ainda que o Escritório Regional monitorizara a implementação de 16 resoluções do Comité Regional, aprovadas entre 2003 e 2007. (Vide, na Parte 2 do documento AFR/RC58/2, uma descrição pormenorizada das acções empreendidas e dos sucessos mais significativos na implementação das resoluções).

51. Terminada a apresentação, os membros do Comité Regional saudaram o Director Regional pela qualidade do relatório e pela sua excelente liderança na área da saúde da Região Africana. Antes de passar à análise dos relatórios, os Estados-Membros endereçaram as suas condolências ao governo e ao povo da Zâmbia por ocasião do falecimento do seu Presidente, Sua Excelência Dr. Levy P. Mwanawasa, e decidiram enviar uma mensagem conjunta de condolências.

52. Tendo reconhecido a pertinência do relatório do Director Regional, os Estados-Membros acrescentaram informações adicionais, partilharam experiências e fizeram comentários e sugestões. Realçaram os progressos conseguidos na Região Africana durante o período em análise em algumas áreas importantes, como a vacinação e os projectos piloto das novas vacinas do rotavírus e do vírus do papiloma humano (HPV); o reforço dos sistemas de saúde; e o observatório dos recursos humanos. A este respeito, reconheceram o apoio técnico e financeiro prestado por todos os níveis da OMS, em especial pelas Equipas de Apoio Interpaíses e as representações nos países. Reconheceram também o apoio recebido de parceiros no contexto da Declaração de Paris, a crescente colaboração entre a OMS e a União Africana e a importância do reforço das parcerias com outras agências das Nações Unidas.

53. Em relação ao VIH/SIDA e à tuberculose, entre os principais temas abordados mencionam-se: i) a necessidade de mais advocacia em favor do reforço dos sistemas de saúde, com vista à intensificação de programas chave, como o VIH, TB e paludismo; ii) o problema que constitui o aumento na prevalência da tuberculose multirresistente (MRM) e ultrarresistente (URM); iii) a necessidade de o Secretariado continuar a dedicar atenção especial ao VIH, TB e paludismo, os quais têm um importante impacto na consecução dos ODM; iv) a baixa cobertura do tratamento do VIH/SIDA nas crianças; v) a frequente escassez de medicamentos ARV em alguns países e a não existência de fórmulas pediátricas; vi) o aumento da prevalência do VIH em certos países, a despeito dos esforços de prevenção e tratamento em curso e a

necessidade de acelerar os esforços de prevenção do VIH; vii) a divulgação do relatório da consulta de peritos sobre a circuncisão masculina, realizada em Brazzaville em Abril de 2008. Os delegados exprimiram a necessidade de reforçar o papel do DDT na pulverização residual intradomiciliária e solicitaram à OMS que tivesse os bio-larvicidas em consideração, no controlo do paludismo, aconselhando a que o controlo desta doença se mantivesse como um objectivo.

54. Os delegados exprimiram a sua satisfação face aos modestos sucessos do projecto das Cidades Saudáveis, tendo proposto o seu alargamento a cidades e aldeias. Os Estados-Membros destacaram a importância dos Cuidados de Saúde Primários no contexto da consecução dos ODM e sublinharam a implementação da Declaração de Ouagadougou como caminho a seguir. Em relação aos ODM, foi proposto continuar o debate e avaliar os progressos conseguidos nos países. Louvaram o Director Regional pela organização da Conferência Inter-Ministerial sobre Saúde e Ambiente e sublinharam a necessidade de abordar os determinantes da saúde, incluindo os factores exógenos à saúde que afectam a segurança rodoviária. Dada a importância dos determinantes da saúde, foi proposto dedicar uma atenção especial a este tema no próximo relatório do Director Regional.

55. Apesar destes progressos, foi referido que ainda subsistem desafios, sobretudo nas áreas da prevenção e controlo das doenças não transmissíveis, tuberculose multirresistente e mortalidade materna e infantil, que necessitam de mais recursos. Os Estados Membros destacaram a subutilização das excelentes instalações laboratoriais e de investigação na Região e recomendaram que a OMS continuasse a dar o seu apoio, a fim de otimizar o uso dos centros existentes. Alguns Estados-Membros solicitaram informações e esclarecimentos a propósito do relatório regional sobre violência e traumatismos, do roteiro para a consecução dos ODM relacionados com a saúde materna e neonatal e da implicação, ao nível dos recursos, da coordenação dos esforços de harmonização da saúde em África.

56. Os Estados-Membros foram convidados a participar na Consulta sobre o cancro do colo uterino em Setembro de 2008, em Ouagadougou, Burkina Faso; na Conferência das Partes da Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco em Novembro de 2008 em Durban, África do Sul; no encontro subregional sobre TB

resistente aos medicamentos, em Dezembro de 2008, no Botsuana, e também na conferência sobre a oncocercose, em Dezembro de 2008, no Uganda.

57. O Director Regional agradeceu aos Membros do Comité Regional a sua opinião sobre o trabalho do Secretariado, bem como os seus contributos e informações adicionais. Informou os delegados de que seria dada atenção especial aos países em situação de pós-crise, quanto à afectação de recursos e à advocacia. Concordando com a sugestão de otimizar o uso de certos laboratórios da Região, referiu que o Escritório Regional iria proximamente classificar algumas instalações como centros de excelência.

58. Apesar das dificuldades relacionadas com a afectação de fundos voluntários cativos, o Director Regional reiterou o seu empenho na intensificação da advocacia e da mobilização de recursos destinados aos desafios que se colocam à saúde na Região, incluindo a elevada mortalidade materna e a incidência das doenças não transmissíveis.

59. Por seu turno, a Directora-Geral agradeceu as intervenções e orientações do Comité Regional. Louvou os países que subscreveram e ratificaram a Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica e saudou igualmente os órgãos directivos, pela sua sábia decisão de convidar a OMS a patrocinar este tratado. Informou estarem em curso conversações com a Fundação Bill e Melinda Gates, com vista a aumentar os recursos para as doenças não transmissíveis. Referindo-se ao Relatório da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, informou que o Secretariado iria analisar as implicações das recomendações, as quais seriam discutidas no Conselho Executivo e na Assembleia Mundial da Saúde. A Directora-Geral louvou a colaboração entre a União Africana e a OMS e referiu-se à reunião entre os Directores Regionais para África e para o Mediterrâneo Oriental – duas regiões com desafios semelhantes. Abordou igualmente a estreita colaboração entre a OMS e outras agências das Nações Unidas, nos seus esforços face à crise alimentar e às alterações climáticas, sob a liderança do Secretário-Geral das Nações Unidas.

60. O Secretariado da OMS aconselhou os países a reforçar a vigilância da TB MRM e URM e a recorrer aos países vizinhos, caso não disponham, a nível interno, de capacidades laboratoriais relativamente a cultura e a sensibilidade. O quadro da

MRM e URM elaborado pela AFRO e partilhado com os países deve ser usado no tratamento da TB MRM e da URM na Região. As directrizes sobre cuidados pediátricos de VIH e SIDA serão finalizadas e partilhadas com os países. A maior disponibilidade de novas tecnologias para o diagnóstico precoce da infecção por VIH nas crianças poderá contribuir para melhorar a cobertura do seu diagnóstico e tratamento. O relatório da reunião de peritos sobre a circuncisão masculina, organizado em Abril de 2008 e enviado aos países em Junho do mesmo ano, através das representações da OMS, será novamente enviado aos países.

61. O Secretariado prestou ainda esclarecimentos sobre as recomendações da OMS quanto ao uso de larvicidas, no âmbito da Estratégia de Gestão Integrada dos Vectores. Os larvicidas foram também recomendados nas fases de pré-eliminação e eliminação, assim como em certos ambientes urbanos onde é fácil identificar os locais de proliferação do mosquito. Foi referido que o relatório sobre violência e traumatismos estava em apreciação, em consulta com a União Africana, prevendo-se a sua publicação para 2009. O Comité Regional foi informado da consulta regional sobre o cancro do colo do útero, que se realizará em Ouagadougou, no Burkina Faso, de 16 a 17 de Setembro de 2008. Foram dados mais esclarecimentos sobre projectos nos países que usam a vacina HPV, a crioterapia e o diagnóstico por ácido acético.

62. O Comité Regional aprovou o relatório, tal como consta no documento AFR/RC58/2, tendo em consideração as informações adicionais e os comentários dos delegados.

ORADOR CONVIDADO

63. O Sr. Per Engebak, Director Regional do Escritório Regional da UNICEF para a África Oriental e Austral, agradeceu o convite do Escritório Regional da OMS para intervir, como orador convidado, na quinquagésima-oitava sessão do Comité Regional Africano. Afirmou que as relações entre a UNICEF e a OMS na Região Africana, a coordenação das respectivas actividades e a criação de sinergias e complementaridades têm vindo a tornar-se cada vez mais sólidas.

64. Lembrou que a prioridade máxima da UNICEF na África era o apoio aos governos e parceiros para avançar na redução da mortalidade infantil, acelerar a sobrevivência e o desenvolvimento das crianças, reduzir a mortalidade materna e melhorar a saúde das mulheres. Referiu que um dos maiores desafios com que os países presentemente se debatem é o intervalo de tempo que decorre entre a avaliação da mortalidade infantil e as medidas administrativas e políticas nos países. Sugeriu que a UNICEF e a OMS agissem em conjunto, sob a liderança dos Ministros da Saúde, na exploração de meios para apoiar os países no reforço dos sistemas de registos vitais.

65. O Sr. Engebak referiu que existem pelo menos quatro acontecimentos importantes a decorrer na África, com influência positiva nas tendências da mortalidade infantil, nomeadamente o melhor acesso a serviços eficazes de cuidados básicos de saúde, os progressos no controlo do paludismo, a redução do número de mortes devidas ao sarampo, bem como o aumento dos esforços na prevenção do VIH, a intensificação da prevenção da transmissão vertical do VIH e a cobertura dos serviços pediátricos de VIH.

66. Concluindo, o Sr. Engebak afirmou que nos últimos quatro anos se tinha assistido ao início de uma nova revolução na melhoria da sobrevivência materna e infantil em África. Em conjunto com outros parceiros estratégicos, a UNICEF redobrará os esforços no apoio à OMS e aos governos dos países, na descoberta de novos modos de avaliar os progressos na consecução dos ODM relacionados com a saúde.

RELATÓRIO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE PODERES

67. A Comissão de Verificação de Poderes reuniu no dia 1 de Setembro de 2008 e elegeram, para a sua presidência, a Sr.^a Angélique Ngoma, Ministra da Saúde e da Higiene Pública, Responsável pela Família e Promoção das Mulheres do Gabão.

68. A Comissão analisou as credenciais apresentadas pelos seguintes Estados-Membros: Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centro-Africana, Chade, Comores, República do Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia,

Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malauí, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, África do Sul, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué. Todas estavam em conformidade com o Artigo 3º do Regulamento Interno do Comité Regional Africano da OMS. O Ruanda e a Suazilândia não estiveram presentes.

APRECIÇÃO DO RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

(documento AFR/RC58/10)

69. O Dr. Victor Mukonka, Presidente do Subcomité do Programa, apresentou o relatório do Subcomité. Referiu que 16 membros tinham participado nas deliberações do Subcomité, que reuniu em Brazzaville de 10 a 13 de Junho de 2008. Informou o Comité Regional de que Secretariado tinha procedido à devida integração dos comentários gerais e sugestões específicas do Subcomité, na versão revista dos documentos apresentados à consideração do Comité Regional. O Subcomité do Programa elogiou o Director Regional e a sua equipa pela qualidade e pertinência dos documentos técnicos.

Medidas para reduzir o uso nocivo do álcool

(documento AFR/RC58/3)

70. O Presidente do Subcomité do Programa referiu que o documento sobre o uso nocivo do álcool pretendia fornecer informações actualizadas aos Estados-Membros quanto aos conhecimentos actuais sobre este problema na Região Africana e propor medidas para o combater. O fardo das doenças decorrentes do uso nocivo do álcool é significativo na Região Africana. Os países notificaram aumentos no consumo e alterações nos hábitos de bebida entre os adolescentes. Além disso, parece estar a diminuir a diferença entre homens e mulheres, no respeitante ao consumo excessivo de álcool; a produção e distribuição informal e ilícita de álcool não tem sido controlada.

71. Os principais desafios identificados foram: o facto de não se reconhecer a verdadeira dimensão dos problemas que o uso nocivo do álcool cria para a saúde pública, a nível físico, social e económico; a inexistência de serviços regulares de

vigilância e informação; as limitadas dotações orçamentais para campanhas de informação e advocacia; e a insuficiência das iniciativas de reforço das capacidades.

72. Entre as medidas propostas pelo documento para reduzir o uso nocivo do álcool mencionam-se: reforçar os compromissos políticos e as parcerias; reforçar a acção da comunidade e a resposta do sector da saúde; criar sistemas de informação e vigilância do álcool; regulamentar a distribuição e comercialização do álcool; aumentar os impostos e os preços; e pôr em prática a legislação sobre condução e consumo de álcool.

73. O Subcomité do Programa recomendou ao Comité Regional a adopção do documento AFR/RC58/3.

74. O Comité Regional elogiou o documento, congratulando o Secretariado pela sua qualidade e pela pertinência e realismo com que o tema foi tratado. Foi observado que o uso nocivo do álcool e o seu impacto estavam a tornar-se um grave problema de saúde pública na Região, condicionado por factores sociais, culturais e económicos profundamente enraizados. O referido aumento do consumo de álcool por parte dos adolescentes e das mulheres é especialmente preocupante, dadas as suas enormes implicações.

75. Vários países partilharam experiências quanto às respectivas abordagens na resposta aos problemas de saúde pública decorrentes do uso nocivo do álcool, nomeadamente a preparação de planos nacionais de acção, a organização de campanhas públicas, como meses dedicados ao problema do abuso do álcool e de outras substâncias, e programas para a juventude. Foi geral a convicção de que, até ao presente, a resposta a este problema não tinha sido adequada, com campanhas limitadas às zonas urbanas e recursos insuficientes afectados aos esforços de controlo, mesmo quando são cobradas taxas e impostos especiais às bebidas alcólicas.

76. Os delegados destacaram a necessidade de maior empenhamento político, de políticas e de legislação para as bebidas produzidas a nível local e na ilegalidade, da participação de todos os sectores pertinentes, do reforço das capacidades, de campanhas públicas, de programas para a juventude e as mulheres, de serviços de reabilitação e de mais recursos financeiros. Foi referido que, sendo embora

necessários mais recursos financeiros, não se deveria estimular a criação de um fundo especial para o controlo do álcool, por várias razões. A OMS foi instada a reforçar os seus esforços de advocacia em favor de mais recursos financeiros e a dar apoio técnico aos países no reforço de capacidades, na detecção precoce e na gestão do problema.

77. O Secretariado agradeceu aos delegados pela partilha das suas experiências e as sugestões para melhorar o documento. Foi referido que as medidas e políticas regulamentadoras continuam a ser o modo mais eficaz para combater a problemática do álcool. Será necessário enquadrar o problema no âmbito de uma abordagem integrada à prevenção e controlo das doenças não transmissíveis. O Secretariado informou que iria recorrer a um processo de consulta, envolvendo os Estados-Membros e os escritórios regionais da OMS, na preparação de estratégias mundiais e regionais para reduzir o uso nocivo do álcool. O Director Regional apelou ao Estados-Membros para que participem activamente no Inquérito Mundial sobre Álcool e Saúde, a fim de planear e implementar programas de base factual e criar, nos países, sistemas de vigilância, monitorização e avaliação do álcool.

78. O Comité Regional adoptou o documento AFR/RC58/3, sobre as medidas para reduzir o uso nocivo do álcool.

Prevenção e controlo do cancro: estratégia para a Região Africana da OMS
(documento AFR/RC58/4)

79. Ao apresentar este documento, o Presidente do Subcomité do Programa referiu a escassez das informações sobre o fardo e os padrões do cancro na Região. Em 2002, a Globocan tinha registado 582.000 casos de cancro na África, prevendo-se uma duplicação desse número nas duas próximas décadas, no caso de as intervenções não serem intensificadas e aceleradas. As principais causas são os agentes infecciosos, tabaco, consumo de álcool, dietas não saudáveis, inactividade física e poluição ambiental. A maioria dos doentes não tem acesso aos serviços relativos ao cancro, os quais tratam sobretudo os casos em fase avançada. Muitos pacientes são transferidos para o estrangeiro, o que se torna muito dispendioso. Embora o fardo do cancro e os seus factores de risco estejam a aumentar na Região, os investimentos na prevenção

do cancro têm sido demasiado reduzidos. Os sistemas de saúde não estão preparados para combater a ameaça que o cancro representa.

80. O documento propõe intervenções prioritárias, como políticas de prevenção e controlo do cancro; legislação; reforço de capacidades e promoção da saúde; programas nacionais abrangentes de prevenção e controlo do cancro; mobilização e afectação de recursos; parcerias e coordenação; informações estratégicas; vigilância; e investigação.

81. O Subcomité do Programa recomendou a adopção do documento AFR/RC58/4 ao Comité Regional.

82. Os membros do Comité Regional apreciaram a estratégia e partilharam as suas experiências sobre prevenção e controlo do cancro. Estas experiências incluem a disponibilidade de planos de prevenção e gestão do cancro, a inclusão de capacidades de rastreio nos estabelecimentos de cuidados de saúde primários e a existência de registos relativos ao cancro. Os delegados manifestaram a sua preocupação com a falta generalizada de estabelecimentos para o tratamento do cancro, a falta de serviços paliativos, o reduzido número de recursos humanos devidamente qualificados, o problema da disponibilidade e preço pouco acessível dos medicamentos para o tratamento de casos de cancro, bem como os elevados custos relacionados com o encaminhamento do doente para o estrangeiro. Sublinharam igualmente a importância dos sistemas de vigilância dos factores de risco, a criação de registos de cancro e a promoção de estilos de vida saudáveis. Para fazer face à falta de recursos humanos qualificados, os delegados expressaram a necessidade de dar formação a agentes de saúde de nível médio na área da prevenção e controlo do cancro.

83. Os delegados apelaram a uma maior disponibilização e utilização de vacinas como a do Vírus do Papiloma Humano (HPV) e da hepatite B e sublinharam a necessidade de se proceder a uma integração do controlo do cancro nos programas existentes que já dispõem de recursos, como os da saúde reprodutiva e do VIH/SIDA.

84. Os delegados solicitaram à OMS que reforce os esforços de advocacia a favor da mobilização de recursos e que preste apoio técnico aos países para a elaboração de

políticas, estratégias e planos com vista à criação de programas nacionais de luta contra o cancro. Foi também salientada a necessidade de reforçar os centros de excelência subregionais e defender a eficaz utilização destes.

85. O Secretariado agradeceu aos membros do Comité Regional pelos comentários e sugestões úteis feitos e indicou que seriam tidos em consideração aquando da revisão do documento. Os delegados foram informados sobre a reunião consultiva sobre prevenção e controlo do cancro do colo do útero, a realizar em breve, e cuja finalidade é debater as questões técnicas e estratégicas relevantes para a introdução da vacina do HPV nos Estados-Membros. O Comité Regional foi informado de que a estratégia está em consonância com o plano de acção mundial das doenças não transmissíveis, que foi recentemente adoptado pela Sexagésima-Primeira Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2008. Este plano de acção contém seis objectivos e fornece orientação sobre a temática do cancro e actividades integradas de prevenção e controlo de outras NCD, encorajando-se abordagens inter e multisectoriais. Os Estados-Membros foram convidados a implementar o plano de acção das NCD.

86. O Comité regional adoptou, com emendas, o documento AFR/RC58/4: Prevenção e controlo do cancro: estratégia para a Região Africana da OMS.

Saúde das mulheres na Região Africana: apelo à acção

(documento AFR/RC58/5)

87. O Presidente do Subcomité do Programa comunicou que o documento evidencia a necessidade de as mulheres gozarem de um estado de completo bem-estar físico, mental e social para poderem realizar as suas inúmeras e importantes responsabilidades. Com efeito, tal foi sublinhado durante a Década das Nações Unidas das Mulheres (1975-1985) e em vários encontros internacionais sobre população e desenvolvimento.

88. Infelizmente, a maioria das mulheres africanas não têm ainda consciência dos seus direitos à saúde, à educação e à vida, continuando a ser vítimas de discriminação sociocultural; práticas tradicionais nefastas como a mutilação genital feminina (MGF); violência baseada no género; tabus alimentares; casamentos forçados; e gravidezes precoces, indesejadas e múltiplas. Estes, em combinação com

as debilidades dos sistemas de saúde, estão na origem da elevada taxa de mortalidade materna na África Subsariana.

89. O documento assinalou que são muito poucos os países que elaboraram políticas e programas específicos de saúde das mulheres: 57% das mulheres não têm acesso a partos assistidos por pessoal qualificado; os progressos em matéria de eliminação da MGF em vários países têm sido lentos; e a esperança de vida das mulheres à nascença é apenas de 51 anos. Prioridades concorrentes, como a pobreza, conflitos recorrentes, e uma deficiente compreensão dos papéis das mulheres têm dificultado a afectação de recursos adequados à área da saúde das mulheres.

90. Entre as acções propostas para melhorar a saúde das mulheres contam-se: a formulação ou revisão das políticas e programas nacionais com base nos perfis nacionais relativos à saúde das mulheres; a intensificação das intervenções relativas à saúde das mulheres; o reforço das capacidades das mulheres, famílias e comunidades; a criação de equipas multidisciplinares constituídas por peritos em saúde, questões de género e direitos humanos; o desenvolvimento de um plano integrado de comunicação; e a mobilização de recursos suficientes para uma implementação eficaz das intervenções essenciais de saúde das mulheres.

91. O Presidente do Subcomité do Programa informou que os membros do Subcomité do Programa aprovaram a proposta do Director Regional para a criação de uma comissão para a saúde das mulheres em África. A comissão procederá, entre outros, à análise da situação da saúde das mulheres em África, à identificação dos determinantes e à recolha de informações baseadas em evidências para actividades de advocacia e mobilização de recursos.

92. O Subcomité do Programa recomendou ao Comité Regional, para adopção, o documento AFR/RC58/5 e o respectivo Projecto de Resolução AFR/RC58/WP/1.

93. Os delegados reconheceram a importância da saúde das mulheres para o desenvolvimento económico e social dos países. Ao partilharem as suas experiências, os países reiteraram a importância do empenho político, da capacitação das mulheres de modo a ganharem poder económico, da coordenação das iniciativas existentes, de serviços amigos dos jovens, serviços para mulheres idosas, de serviços de saúde

reprodutiva grátis para as mulheres e crianças, do envolvimento das famílias e comunidades, em especial dos homens, e de acções para melhorar as capacidades dos recursos humanos, em especial nos níveis periféricos. Observaram que, embora vários países tivessem ministros para os assuntos relativos às mulheres, a colaboração entre estes ministérios e os ministérios da saúde não é eficaz. Os Estados-Membros foram encorajados a melhorar esta relação e a procurar a participação de todos os actores relevantes.

94. O Comité Regional solicitou ao Secretariado que trabalhasse de perto com outras Agências das Nações Unidas, por forma a prestar apoio técnico aos países para integrarem as questões da saúde das mulheres nos programas pertinentes. O Comité Regional solicitou, igualmente, esclarecimentos sobre a escolha de 4 de Setembro como o Dia da Saúde das Mulheres na Região Africana e sobre as implicações da criação da Comissão para a Saúde das Mulheres na Região Africana.

95. Ao prestar esclarecimentos, o Secretariado indicou que a comissão regional para a saúde das mulheres que fora proposta contribuirá para analisar a situação da saúde das mulheres na Região Africana, identificando os determinantes e recolhendo informações baseadas em evidências para actividades de advocacia e mobilização de recursos. O dia 4 de Setembro foi proposto para o Dia da Saúde das Mulheres, dado ter sido nessa data que, em 2003, se adoptou a Resolução AFR/RC53/R4 sobre a Saúde das mulheres: uma estratégia para a Região Africana. O Secretariado informou os delegados que o relatório sobre a implementação da Estratégia do Género da OMS seria apresentado na Assembleia Mundial da Saúde, em 2009.

96. O Comité Regional adoptou, com emendas, o documento AFR/RC58/5 e a respectiva Resolução AFR/RC58/R1.

Reforço dos laboratórios de saúde pública na Região Africana da OMS: uma necessidade crucial para o controlo das doenças (documento AFR/RC58/6)

97. Ao apresentar o documento, o Presidente do Subcomité do Programa afirmou que os laboratórios desempenham um papel fundamental nos programas de prevenção e controlo das doenças, através do fornecimento de informação oportuna e rigorosa a usar no tratamento dos doentes e na vigilância das doenças. Para efeitos da

gestão dos casos, da prevenção e controlo das doenças, os laboratórios foram classificados em dois grandes grupos: laboratórios de saúde pública e laboratórios clínicos.

98. O Presidente comunicou que na Região Africana a situação dos serviços laboratoriais se caracterizava por insuficiência de pessoal, equipamento e material. Apesar dos progressos e esforços feitos para reforçar as capacidades laboratoriais na Região, há preocupações e desafios que persistem. Entre estes incluem-se: a baixa prioridade que os países atribuem aos serviços laboratoriais; a falta de políticas e estratégias nacionais para esses serviços; a insuficiência do financiamento; técnicos de laboratório sem formação adequada; as fracas infraestruturas laboratoriais; equipamento obsoleto ou sem a devida manutenção; falta de reagentes e consumíveis essenciais; limitações na garantia de qualidade e protocolos de controlo; e equipamento e orientações inadequados para a biossegurança.

99. As acções propostas incluem: a elaboração de políticas nacionais de laboratórios que sejam abrangentes e a formulação de planos estratégicos nacionais; a criação e reforço da liderança a nível dos laboratórios nacionais e dos sistemas de abastecimento e distribuição para os laboratórios de saúde pública; monitorização e avaliação; expansão dos sistemas de formação de pessoal e de informação laboratorial; melhoria dos sistemas de garantia de qualidade dos laboratórios de saúde pública; manutenção do equipamento; e mais financiamento para os serviços laboratoriais de saúde pública.

100. O Subcomité do Programa recomendou ao Comité Regional a adopção do documento AFR/RC58/6 e o respectivo Projecto de Resolução AFR/RC58/WP/2.

101. O Comité Regional manifestou o seu agrado pelo documento e felicitou o Secretariado pela sua qualidade e pela importância do assunto. A maioria dos países reconheceu o papel fundamental que os laboratórios desempenham no controlo das doenças. Os membros do Comité Regional realçaram o facto de, em muitos países, não existirem laboratórios e quando estão disponíveis, não terem recursos suficientes, o que provoca dependência de instituições externas para a realização dos diagnósticos, quando ocorrem surtos de doenças.

102. Os Membros do Comité Regional partilharam experiências dos respectivos países e analisaram o estado actual dos laboratórios de saúde pública. A maioria dos países salientou a necessidade de se elaborar políticas nacionais de laboratórios, de reforçar a formação inicial e em serviço do pessoal de laboratório, investir em material, equipamento e manutenção e usar redes de laboratórios subregionais e regionais, para apoiar os países que têm capacidades laboratoriais limitadas. Os países solicitaram o apoio da OMS para a criação de centros regionais de laboratórios de excelência, assim como para laboratórios de controlo dos alimentos e dos medicamentos.

103. O Secretariado agradeceu aos Membros do Comité Regional pelos comentários e a partilha de experiências, tendo prometido enriquecer o documento com as sugestões apresentadas. O Comité Regional adoptou, com emendas, o documento AFR/RC58/6 e a sua Resolução AFR/RC58/R2.

Perturbações causadas pela carência de iodo na Região Africana da OMS: análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC58/7)

104. O Presidente do Subcomité do Programa afirmou que a designação *perturbações causadas pela carência de iodo* (IDD) se refere a uma grande variedade de problemas de saúde associados à carência de iodo numa população. A carência de iodo é provocada por uma baixa ingestão de iodo. Os problemas com ela relacionados, que incluem a gota, os nados-mortos, o atraso no crescimento (cretinismo), as deficiências da tiróide e os problemas mentais, são evitáveis através da ingestão adequada de iodo. As mulheres grávidas e as crianças pequenas que vivem em áreas afectadas pelas IDD estão particularmente em risco. Em zonas de grave carência de iodo, o cretinismo afecta entre 5% a 15% da população.

105. O Presidente informou ainda que o documento cita dados da base de dados mundial da OMS sobre carências de iodo, a qual indica que, em 2004, 14 dos 54 países com populações afectadas por insuficiência de iodo se situam na Região Africana. Embora a África tenha feito alguns progressos nos programas de IDD, a Região ainda enfrenta desafios, tais como garantir a sustentabilidade a longo prazo dos programas de iodização do sal e fornecimento de sal iodado a todas as comunidades-alvo.

106. O documento solicita a aprovação e a aplicação dos regulamentos sobre iodização pelo sal, a actualização de políticas que definam claramente os papéis e a responsabilidade de todos os interessados, a mobilização de apoio político, o reforço da advocacia com os principais líderes a nível nacional e internacional e a mobilização da comunidade internacional e das autoridades de saúde pública, para que a eliminação das perturbações causadas pela carência de iodo beneficiem de uma elevada prioridade nas agendas internacionais e nacionais de saúde pública.

107. O Subcomité do Programa recomendou a aprovação do documento AFR/RC58/7 pelo Comité Regional.

108. O Comité Regional elogiou o Secretariado pela boa articulação do documento sobre uma questão de tão grande relevância para a Região Africana e apreciou o renascer do interesse por esta questão. Os delegados partilharam as suas experiências sobre as questões, desafios e realizações no controlo das perturbações causadas pelas IDD.

109. Embora muitos países tenham dado início a intervenções para alcançar a iodização universal do sal, apenas Nigéria foi certificada como tendo a cobertura adequada. Os principais problemas e desafios com que os países se depararam relacionam-se com a existência de regulamentação inadequada e a sua deficiente execução, fraca capacidade de formação, colaboração transfronteiriça inadequada, fraca capacidade de controlo da produção, distribuição, comercialização e qualidade do sal e uma consciencialização e conhecimentos insuficientes.

110. O Secretariado agradeceu os comentários e as sugestões do Comité Regional, as quais seriam tidas em consideração na finalização do documento. Os Membros do Comité Regional asseguraram também que seriam envidados esforços para melhorar a divulgação da informação sobre as IDD aos países e aos intervenientes, dar apoio aos países para a criação de capacidades e prestação de outros tipos de assistência técnica necessária para intensificar as intervenções de controlo das IDD e manter as conquistas alcançadas. O Comité Regional aprovou o documento AFR/RC58/7.

Segurança dos doentes nos serviços de saúde da Região Africana: problemas e soluções (documento AFR/RC58/8)

111. Na apresentação do documento, o Presidente do Subcomité do Programa definiu a prática da segurança dos doentes como um tipo de processo ou estrutura que reduz a probabilidade de ocorrência de eventos adversos resultantes da exposição aos sistemas de cuidados de saúde em toda uma multiplicidade de doenças e procedimentos.

112. Informou que, na Região Africana, a existência de dados inadequados cria obstáculos para se compreender a dimensão dos problemas associados à segurança dos doentes. No entanto, os estudos de prevalência de infecções associadas aos cuidados de saúde em meio hospitalar, em alguns países africanos, registaram taxas de infecção na ordem dos 18,9%, sendo os doentes cirúrgicos os mais frequentemente afectados. A maioria dos países não dispõem de políticas nacionais sobre práticas seguras de cuidados de saúde, o financiamento é inadequado e não existem sistemas essenciais de apoio. Sistemas de prestação de cuidados de saúde debilitados, incluindo uma infraestrutura subóptima, má capacidade de gestão e unidades de saúde mal equipadas, originaram uma situação em que a probabilidade de ocorrência de eventos adversos é elevada.

113. As acções propostas para melhorar a segurança dos doentes incluíam formular e implementar políticas e normas nacionais; avaliar a magnitude dos problemas; melhorar a base de conhecimento e a formação em segurança dos doentes; alertar e envolver a sociedade civil; minimizar as infecções associadas aos cuidados de saúde; promover as parcerias; dispensar o financiamento adequado; e reforçar as capacidades de vigilância e de investigação.

114. O Subcomité do Programa recomendou o documento AFR/RC58/8 à aprovação do Comité Regional.

115. O Comité Regional congratulou o Secretariado pela preparação de um documento sobre um problema de suma importância para a Região Africana. Os membros do Comité Regional indicaram que, embora o problema seja importante, existe uma falta generalizada de informação a respeito da segurança dos doentes na

Região, pelo que é necessário efectuar investigação para determinar a dimensão do problema nos países. São igualmente necessários sistemas de saúde sólidos, de modo a fazer face às questões da segurança dos doentes e dos profissionais de saúde.

116. Os delegados partilharam experiências dos seus países na área do reforço da segurança dos doentes e manifestaram a sua disponibilidade para partilhar as melhores práticas. Apelaram para um aumento do financiamento e expressaram a necessidade de se abordar os problemas da segurança dos doentes, tais como a gestão dos resíduos hospitalares, melhoramento do abastecimento de água e do saneamento, disponibilidade e armazenamento de medicamentos, satisfação dos pacientes e a manutenção do equipamento e dispositivos médicos. Além disso, os países apelaram à sensibilização e formação dos profissionais na prática de simples medidas de prevenção, como a lavagem das mãos. Declararam ainda que a segurança dos profissionais de saúde deverá ser considerada como parte das questões da segurança dos doentes.

117. O Secretariado agradeceu aos Membros do Comité Regional pelos seus comentários e sugestões, que seriam usados para melhorar o documento. O Secretariado apelou aos Estados-Membros para o reforço da implementação da Resolução WHA55.18.

118. O Comité Regional aprovou o documento AFR/RC58/8.

Implementação da estratégia regional de saúde oral: análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC58/9)

119. O Presidente do Subcomité do Programa informou que, em 1998, o Comité Regional Africano da OMS adoptou uma estratégia a dez anos (1999-2008) para a saúde oral. A estratégia destaca os problemas de saúde oral mais graves na Região e propõe cinco prioridades: a elaboração e implementação das estratégias nacionais; a integração da saúde oral nos programas de saúde; a prestação de serviços; uma abordagem regional à educação e formação; e o desenvolvimento de um sistema de gestão da informação sobre saúde oral.

120. Os Estados-Membros realizaram progressos significativos desde a adopção da estratégia regional. No entanto, ainda persistem diversos problemas e desafios, relacionados, nomeadamente, com os programas de saúde oral; serviços de cuidados de saúde oral; cuidados de prevenção e preservação da dentição; equipamento e instalações inadequadas; a baixa e inadequada atribuição de recursos; e a formação dos profissionais de saúde. Para além disso, a debilidade dos sistemas nacionais de informação sanitária resultou na falta de dados fiáveis e de investigação operacional sobre saúde oral específica.

121. O documento sugere que a implementação da estratégia regional seja intensificada através das seguintes acções: reforço do empenho político e da coordenação nacional dos programas de saúde oral; elaboração e implementação de programas de promoção; aumento da atribuição de recursos; investimento na criação de capacidades adequada; desenvolvimento e reforço dos programas de vigilância; fomento da investigação para a obtenção de provas científicas sobre a relação custo-eficácia das intervenções de saúde oral; e o reforço das parcerias.

122. O Subcomité do Programa recomendou o documento AFR/RC58/9 à aprovação do Comité Regional.

123. Os membros do Comité Regional felicitaram o Secretariado pela pertinência do documento e pelos progressos realizados na implementação da estratégia regional de saúde oral. Reconheceram a importância das doenças orais no domínio da saúde pública, sobretudo entre as crianças, e partilharam experiências sobre a implementação de políticas e programas de saúde oral. Observaram que os programas de saúde oral são, na sua generalidade, subfinanciados e não são integrados noutros programas de saúde pública. O Comité Regional destacou questões relacionadas com os problemas dos recursos humanos, equipamento e infraestrutura inadequada, falta de descentralização dos serviços ao nível distrital e o fraco envolvimento dos profissionais de saúde oral no planeamento e desenvolvimento de programas de saúde.

124. O Comité Regional recomendou que seja dada ênfase especial à prevenção e ao tratamento do noma; que seja sublinhada a importância da integração da saúde oral nos cuidados de saúde primários; que seja reforçada a monitorização e a avaliação

dos programas de saúde oral; e que a correlação entre a saúde oral e as doenças crónicas seja igualmente reforçada.

125. O Secretariado agradeceu aos membros do Comité Regional pelos seus comentários e sugestões, que seriam tidos em conta aquando da finalização do documento. O Secretariado apelou ao Comité Regional para reforçar a implementação das intervenções de saúde oral, incluindo as estratégias traçadas na Resolução WHA60.17, assim como a integração da saúde oral nos programas das doenças não transmissíveis.

126. O Comité Regional aprovou o documento AFR/RC/58/9.

Confirmação da adopção da declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: melhorar a saúde em África no novo Milénio (documento AFR/RC58/11)

127. O Comité Regional confirmou por aclamação a adopção da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: Melhorar a Saúde em África no Novo Milénio e adoptou a Resolução AFR/RC58/R3.

DOCUMENTOS INFORMATIVOS

128. O Comité Regional tomou nota dos vários documentos informativos sobre: Aceleração da prevenção do VIH na Região Africana da OMS: relatório de progresso (documento AFR/RC58/INF.DOC1); Iniciativa centrada nos países e reforço das representações da OMS nos países: actualização (documento AFR/RC58/INF.DOC2); Relatórios das auditorias internas e externas da OMS: implicações para a Região Africana (documento AFR/RC58/INF.DOC3); Relatório sobre o pessoal da OMS na Região Africana (documento AFR/RC58/INF.DOC4); Erradicação da poliomielite: relatório de progresso (documento AFR/RC58/INF.DOC5); e Harmonização para a saúde em África: relatório de progresso (documento AFR/RC58/INF.DOC6). Foram expressas reservas sobre a inclusão do documento Intensificação da prestação de serviços de circuncisão masculina como medida de seguimento, no documento informativo AFR/RC58/INF.DOC/1, por quanto o relatório da reunião consultiva regional tida em Abril de 2008 ainda não foi devidamente debatido pelo Comité

Regional. O Director Regional respondeu afirmando que as recomendações desta consulta tinham sido enviadas aos Estados-Membros, e que o relatório completo seria concluído e submetido ao Comité Regional para deliberação.

GRUPO DE TRABALHO INTERGOVERNAMENTAL SOBRE SAÚDE PÚBLICA, INOVAÇÃO E PROPRIEDADE INTELECTUAL (IGWG-PHI) E SEGUIMENTO DA RESOLUÇÃO WHA61.21 (documento AFR/RC58/22)

129. O Comité Regional tomou também nota do documento informativo suplementar AFR/RC58/22 sobre o Grupo de Trabalho Intergovernamental sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual (IGWG-PHI) e do seguimento da Resolução WHA61.21. Sugeriu-se que o documento não se limite à WHA61.21, mas que reflecta também resoluções anteriores e inclua um relatório sobre os progressos realizados pelos Estados-Membros. Salientou-se a necessidade de assegurar a sinergia com a Declaração de Argel e o Plano de Produção Farmacêutica da União Africana (UA). O Comité Regional propôs que o tópico seja incluído como ponto da ordem do dia no próximo Comité Regional e nos subsequentes.

PAINÉIS DE DISCUSSÃO

130. Realizaram-se quatro painéis de discussão paralelos durante a reunião do Comité Regional, sobre a partilha de melhores práticas de intensificação de intervenções relativas à redução da mortalidade materna e neonatal; prevenção e controlo do paludismo; prevenção, tratamento e cuidados com o VIH/SIDA; e melhoria da cobertura vacinal de rotina. Os relatórios dos painéis de discussão são apresentados no Anexo 5.

CONFIRMAÇÃO DA ADOÇÃO DA DECLARAÇÃO DE ARGEL SOBRE INVESTIGAÇÃO PARA A SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA (documento AFR/RC58/12)

131. O Sr. Mama Fouda André, Ministro da Saúde dos Camarões e Presidente da 58ª sessão do Comité Regional, lembrou a adopção da Declaração de Argel sobre Investigação para a Saúde na Região Africana, de Junho de 2008 e propôs ao Comité Regional que este acto fosse confirmado.

132. Alguns delegados sugeriram alterações para melhorar a Declaração. Em resposta, o Director Regional lembrou aos delegados de que esta já havia sido adoptada pelos distintos ministros da Saúde.

133. O Comité Regional reconheceu a adopção da Declaração de Argel sobre Investigação para a Saúde na Região Africana e acordou registar as sugestões feitas sobre a mesma.

AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO-PROGRAMA 2006-2007 (documento AFR/RC58/13)

134. A Dr.^a Anne Marie Worning, Directora de Planeamento, Coordenação de Recursos e Monitorização do Desempenho, da Sede da OMS, apresentou o relatório da Execução do Orçamento-Programa para 2006-2007. Informou que a avaliação da execução do Orçamento-Programa é um elemento fundamental do quadro de desempenho global da OMS e uma expressão tangível do empenho do Secretariado para a transparência e a responsabilização. A avaliação foi realizada no final do período orçamental de dois anos e serviu para avaliar o desempenho do Secretariado na consecução dos resultados esperados à escala da Organização, segundo o que estava definido no Orçamento-Programa 2006-2007, e que é da total responsabilidade do Secretariado. Para além disso, o documento identificou as principais realizações dos Estados-Membros e o contributo do Secretariado em relação aos objectivos da OMS, traçados no Orçamento-Programa 2006-2007.

135. Os resultados da avaliação serviram também como fonte de informação para os planos operacionais da Organização para 2008-2009, a todos os níveis, e para a elaboração do Orçamento-Programa 2010-2011. A Dr.^a Worning informou o Comité Regional de que o relatório fora revisto na oitava reunião da Comissão de Administração do Orçamento-Programa (PBAC) da Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2008, e que se espera que venha a ser debatido em todas as reuniões do Comité Regional agendadas para Setembro e Outubro de 2008. Será apresentada uma síntese dos comentários dos Comités Regionais e um relatório completo 2006-2007 à reunião do Conselho Executivo, em Janeiro de 2009.

136. A Dr.^a Worning informou que, dos 201 resultados esperados do Orçamento-Programa 2006-2007, à escala da organização, 111 foram totalmente alcançados (56%), 79 foram parcialmente alcançados (38%), um foi abandonado (0,5%) e dois foram diferidos (1%). Não houve dados suficientes para determinar o grau de consecução de 8 (4%) dos resultados esperados. Os principais motivos apontados para os Resultados Esperados à escala da Organização (OWER) “parcialmente alcançados” foram: desafios à melhoria da capacidade em prestar apoio aos países, o fraco alinhamento e oportunidade do fluxo de recursos, e a falta de informação em tempo real sobre o desempenho técnico e financeiro que permitisse a aplicação de medidas correctivas numa fase inicial. Em termos da execução orçamental e financeira geral, o montante do Orçamento-Programa global elevou-se a 3670 milhões de dólares americanos, os recursos financeiros disponíveis à Organização ascenderam a 4257 milhões de dólares americanos, e as despesas totalizaram 3098 milhões de dólares americanos (84%) do Orçamento-Programa. Restaram 1600 milhões de dólares em dotações transitadas, montante esse que se encontra disponível para dar início à execução do Orçamento-Programa 2008-2009.

137. A Dr.^a Worning observou que as realizações detalhadas para a Região Africana estavam contidas no Relatório apresentado anteriormente pelo Director Regional ao Comité Regional. Informou também que os principais ensinamentos tirados da execução do Orçamento-Programa 2006-2007 incluem a necessidade do reforço continuado dos processos gerais de gestão da OMS, sobretudo a monitorização e avaliação, e de integração destas funções ao nível da realização dos programas e gestão da tomada de decisões diárias. Para se aumentar a capacidade de implementação dos programas, é preciso resolver uma série de problemas de ordem operacional e de gestão, nomeadamente nas áreas do alinhamento e disponibilização do financiamento e intensificação das acções ao nível dos países, dinamização da gestão dos recursos humanos e flexibilidade das contribuições voluntárias.

138. O Comité Regional tomou nota do relatório sobre a Avaliação da Execução do Orçamento-Programa 2006-2007 (documento AFR/RC58/13).

PROPOSTA DE ORÇAMENTO-PROGRAMA DA OMS 2010-2011

(documento AFR/RC58/14)

139. A proposta de Orçamento-Programa da OMS para 2010-2011 foi apresentado ao Comité Regional pela Dr.^a Anne-Marie Worning, Directora do Planeamento, Coordenação dos Recursos e Monitorização do Desempenho, da Sede Mundial da OMS, para análise e comentários, antes da sua apresentação à centésima-vigésima-quarta sessão do Conselho Executivo, em Janeiro de 2009 e, posteriormente, à Sexagésima-Segunda Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2009. A Dr.^a Anne-Marie Worning informou que o projecto de Orçamento-Programa da OMS para 2010-2011 apresenta os resultados esperados e as necessidades orçamentais para o biénio 2010-2011, no contexto mais vasto do Plano Estratégico de Médio Prazo da Organização, que abrange um período de seis anos, de 2008 a 2013.

140. A Dr.^a Worning informou o Comité Regional de que o Secretariado tinha analisado o texto de todos os Objectivos Estratégicos, tal como estes aparecem no Plano Estratégico de Médio Prazo aprovado. Alguns resultados esperados à escala da Organização foram acrescentados apenas quando justificados por aditamentos às abordagens estratégicas. O conjunto de indicadores para todos os resultados esperados a nível da Organização que constam no Plano Estratégico de Médio Prazo para 2008-2013 foram também cuidadosa e sistematicamente analisados, com a finalidade de melhorar a sua clareza e facilitar as medições e a elaboração de relatórios.

141. A Dr.^a Worning afirmou que, como o Plano Estratégico de Médio Prazo estabelece a orientação estratégica da OMS para 2008-2013, os resultados esperados à escala da Organização para 2010-2011 continuam a ser, essencialmente, os mesmos do biénio 2008-2009. No entanto, o Orçamento-Programa 2010-2011 inclui algumas alterações de ênfase, que reflectem a evolução da situação da saúde a nível mundial e as respectivas alterações nas actividades da OMS. Por exemplo, um novo resultado esperado à escala da Organização sobre alterações climáticas e seu impacto na saúde a nível mundial foi incluído no Objectivo Estratégico 8 e sobre segurança dos doentes no Objectivo Estratégico 10. Novos resultados esperados a nível da Organização foram também incluídos nos Objectivos Estratégicos 1 e 5, para se definir melhor o

trabalho relacionado com a resposta aos surtos de doenças e às situações de emergência.

142. A Dr.^a Worning comunicou que o projecto de Orçamento-Programa para 2010-2011 foi apresentado em três segmentos: os programas da OMS, as parcerias e acordos de colaboração, e a resposta aos surtos de doenças e crises. Embora o Orçamento-Programa da OMS permaneça inalterado, em termos nominais, entre o biénio 2008-2009 e o biénio 2010-2011, foram necessários alguns ajustamentos nos objectivos estratégicos, para reflectir o maior relevo dado a alguns aspectos conforme se especifica:

- a) Objectivos estratégicos 3 e 6, como consequência da aprovação, pela Sexagésima-Primeira Assembleia Mundial da Saúde, do plano de acção para a estratégia mundial de prevenção e controlo das doenças não transmissíveis;
- b) Objectivo estratégico 7, em resposta às recomendações da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde;
- c) Objectivo estratégico 8, para atribuir maior relevo às alterações climáticas;
- d) Objectivo estratégico 10, em apoio aos esforços da OMS para revitalizar os cuidados de saúde primários, que são o tema principal do *Relatório da Saúde no Mundo 2008*;
- e) Objectivo estratégico 11, para apoiar a pré-qualificação e o controlo de qualidade dos medicamentos;
- f) Objectivo estratégico 12, para contemplar o aumento do número de reuniões dos órgãos directivos e o reforço da presença da OMS nos países.

143. A Dr.^a Worning informou o Comité Regional que, em consonância com a estratégia da Organização de reforçar o apoio de primeira linha aos países com uma assessoria adequada ao nível regional e mundial, a parte principal do Orçamento-Programa será gasta nas regiões e nos países, ao mesmo tempo que se manterão as funções da Sede. Por conseguinte, o princípio “70%-30%” continuará a nortear a distribuição geral dos recursos entre as regiões/países e a Sede, pressupondo-se que poderá haver variações entre os objectivos estratégicos e os programas que lhes servem de base, dependendo da natureza dos programas em questão.

144. A Dr.^a Worning comunicou que a distribuição orçamental para cada Região não foi alterada para os segmentos dos programas da OMS, continuando a reflectir as necessidades regionais, dentro dos limites decorrentes dos mecanismos de validação da afectação estratégica dos recursos que foram analisados pelo Conselho Executivo. O orçamento continuará a ser financiado por meio de contribuições fixas e voluntárias, e a monitorização será melhorada através de um conjunto de indicadores aperfeiçoados para todos os resultados esperados à escala da Organização. Observou que, embora o orçamento da OMS tivesse sido apresentado e estimado em dólares (USD), apenas 41% das receitas tinham sido recebidas nessa moeda, tendo os restantes 59% sido recebidos noutras moedas. A combinação de moedas, quer ao nível das receitas, quer ao nível das despesas, constitui motivo de incerteza e um grande desafio para a gestão financeira. Estima-se que sejam necessários 301 milhões de dólares (USD) para garantir que as despesas em moedas locais, em valores absolutos como os que estão orçamentados para o biénio 2008-2009, poderão ser suportadas ao nível de toda a Organização.

145. O Comité Regional agradeceu a Dr.^a Worning pela apresentação do documento e observou que a distribuição do orçamento a nível mundial não reflecte a preocupação regional com os objectivos estratégicos relacionados com a saúde materna e infantil e com as doenças não transmissíveis. Os delegados manifestaram preocupação com os indicadores relacionados com o objectivo estratégico 6 sobre tabaco (indicadores 3.6.5, 6.3.2 e 6.3.3) e sublinharam a necessidade de assegurar que a Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica constitua o documento principal da luta contra o tabagismo. Em conformidade com outros indicadores, foi solicitada a eliminação da referência da fonte para estes indicadores. Pediram-se esclarecimentos sobre a aparente contradição entre a falta de recursos a nível de país para a implementação dos programas e o transporte de 1,6 milhares de milhões de dólares do último biénio para o actual.

146. O Secretariado agradeceu aos membros do Comité Regional o seu valioso contributo e as propostas que apresentaram, as quais serão tomadas em consideração durante a revisão dos projectos dos documentos. O Secretariado forneceu as explicações solicitadas sobre o processo de preparação do Orçamento-Programa. As preocupações específicas da Região Africana expressas pelos delegados serão contempladas nas orientações regionais para o Orçamento-Programa 2010-2011.

Referindo-se à aparente contradição entre a falta de recursos para os programas dos países e o nível de verbas transportadas de um biénio para o outro, o Secretariado informou que tal se deve ao desequilíbrio na distribuição dos fundos consignados e à sua chegada tardia.

QUADRO DE IMPLEMENTAÇÃO DA DECLARAÇÃO DE OUAGADOUGOU SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E SISTEMAS DE SAÚDE EM ÁFRICA: MELHORAR A SAÚDE EM ÁFRICA NO NOVO MILÉNIO

(documento AFR/RC58/16)

147. O Vice-Presidente do Comité Regional convidou os delegados a apresentar comentários sobre o documento AFR/RC58/16 – Quadro de Implementação da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: Melhorar a Saúde em África no Novo Milénio. O documento propõe acções concretas que os Estados-Membros podem implementar, destinadas a melhorar as seguintes oito áreas prioritárias presentes na Declaração: liderança e governação para a saúde; prestação de cuidados de saúde; recursos humanos para a saúde; financiamento da saúde; sistemas de informação sanitária; apropriação e participação da comunidade; parceria para o desenvolvimento da saúde; e investigação para a saúde. Para cada uma destas áreas prioritárias, o quadro de implementação propõe um objectivo, metas, intervenções, acções possíveis e intervenientes. Espera-se que a implementação do Quadro por parte dos países contribua para acelerar os progressos no sentido da consecução dos ODM e para melhorar a saúde em África no novo milénio.

148. Entre as intervenções propostas para a liderança e a governação, referem-se a institucionalização de uma actuação intersectorial para melhorar os determinantes da saúde; a actualização da política nacional de saúde segundo a abordagem dos cuidados de saúde primários (CSP) e as estratégias regionais; a actualização da política nacional de saúde e o alinhamento da estrutura organizacional do Ministério da Saúde com a abordagem dos cuidados de saúde primários e as estratégias regionais; a actualização dos planos estratégicos nacionais da saúde para garantir uma gestão integrada e a prestação de serviços de saúde essenciais abrangentes; a actualização e a aplicação da legislação sobre saúde pública de acordo com a

abordagem dos cuidados de saúde primários; e a criação ou o reforço de mecanismos que assegurem a transparência e a responsabilização no sector da saúde.

149. Relativamente à prestação dos serviços de saúde, as intervenções propostas incluem um processo de consulta e de obtenção de consenso sobre os elementos dos serviços essenciais de saúde, a sua modalidade de prestação e respectivos custos; e a organização dos serviços e incentivos destinados aos intervenientes para garantir a integração, bem como um reforço da eficiência e equidade. No que respeita à gestão dos recursos humanos para a saúde (HRH), as intervenções propostas consistem num planeamento abrangente do pessoal de saúde, baseado em evidências; o desenvolvimento das capacidades de instituições de formação na área da saúde, para intensificar a formação dos quadros relevantes; o desenvolvimento de capacidade de gestão e liderança de HRH com vista a uma melhor gestão; a formulação e implementação de estratégias de retenção dos profissionais de saúde, incluindo uma melhor gestão da migração; a produção e utilização de dados sobre HRH que possam servir de base à tomada de decisões fundamentadas a todos os níveis; e aumentar o espaço de manobra fiscal para o desenvolvimento de HRH.

150. As intervenções propostas no domínio do financiamento do sistema de saúde consistem no reforço e desenvolvimento de uma política de financiamento da saúde e de um plano estratégico abrangentes; na institucionalização das contas nacionais da saúde (NHA) e monitorização da eficiência nos sistemas de informação para a gestão sanitária (HMIS); no reforço das competências de gestão financeira a nível distrital e local e da descentralização financeira; o cumprimento do compromisso assumido de afectar pelo menos 15% do orçamento nacional ao desenvolvimento da saúde e a afectação de uma percentagem adequada desse orçamento à implementação dos cuidados de saúde primários a nível local; a implementação da Declaração de Paris sobre a eficácia da ajuda.

151. As intervenções propostas para os sistemas nacionais de informação sanitária consistem no desenvolvimento de políticas e planos estratégicos que tenham em conta o Regulamento Sanitário Internacional; a criação de HMIS nacionais que funcionem bem, em consonância com a abordagem dos cuidados de saúde primários e o princípio dos “três uns” As intervenções propostas para uma participação comunitária eficaz são a criação de uma política e de um quadro de implementação

favoráveis; o desenvolvimento de capacidades da comunidade; a reorientação do sistema de prestação de serviços de saúde; e o desenvolvimento e implementação de políticas e estratégias de promoção da saúde.

152. As intervenções propostas para a harmonização e alinhamento são a institucionalização de um quadro para a harmonização e alinhamento do apoio dos parceiros e para a investigação para a saúde; a análise de estruturas e mecanismos para a implementação de sistemas de investigação para a saúde e de sistemas de conhecimentos; a institucionalização de um quadro para agendas da investigação para a saúde e a definição de prioridades; melhorar a cooperação e a colaboração Sul-Sul e Norte-Sul; a constituição de uma massa crítica de investigadores nacionais para a saúde; a afectação de verbas adequadas à investigação para a saúde; e a criação de um quadro com vista à partilha de novos conhecimentos e sua aplicação.

153. Os Membros do Comité Regional apreciaram o documento e observaram que seria necessário harmonizar as acções propostas com as declarações e relatórios precedentes, como a Declaração de Argel, o Relatório da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde e o Relatório Mundial da Saúde, sobre Cuidados de Saúde Primários, que será publicado em breve. Assinalaram também que a descentralização não resulta necessariamente na equidade de utilização dos serviços. O Comité manifestou a sua preocupação com a natureza prescritiva de algumas das acções e a ausência de ênfase sobre outras doenças tropicais negligenciadas. Os delegados reiteraram a necessidade de implicar todos os sectores, incluindo a sociedade civil e as comunidades, dado que fazer face aos determinantes sociais da saúde constitui uma responsabilidade de todos os sectores. O Comité indicou ser necessário aprofundar a discussão sobre o conceito da “transferência de funções”.

154. O delegado do FNUAP defendeu que se dê maior destaque às questões relacionadas com a saúde das mulheres e a saúde reprodutiva, bem como as questões relativas à saúde sexual e reprodutiva dos jovens.

155. O Director Regional agradeceu aos delegados pelos seus contributos e propôs que se desse um período de um ano para os Estados-Membros organizarem reuniões consultivas intersectoriais e multidisciplinares ao nível nacional. Os Estados-Membros, em seguida, deveriam transmitir os seus comentários ao Secretariado para

a revisão do documento. A versão revista deste documento será apresentada à aprovação da 59ª Sessão do Comité Regional para ser adoptada.

156. O Comité Regional aceitou a proposta do Director Regional.

DIRECTOR-GERAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
(documento AFR/RC58/17)

157. O Sr. Gian Luca Burci, Conselheiro Jurídico da OMS, apresentou o documento do Conselho Executivo EB122/17, intitulado "Director-Geral da Organização Mundial da Saúde". O relatório continha considerações de ordem constitucional e processual a serem tidas em conta se for introduzido, para o cargo de Director-Geral, um sistema de rotação entre as regiões da OMS. O relatório será debatido na centésima-vigésima-quarta sessão do Conselho Executivo, em Janeiro de 2009.

158. O relatório examinou diferentes opções que reflectem o debate havido na centésima vigésima primeira sessão do Conselho Executivo, em Maio de 2007. As diferentes opções eram:

- a) Manter a situação actual.
- b) Tomar em especial consideração candidatos de determinadas regiões.
- c) Proveniência regional dos candidatos como critério determinante na elaboração da lista de pré-selecção.
- d) Representação regional na lista de pré-selecção.
- e) Representação regional como critério de elegibilidade das pessoas a propor como candidatos.
- f) Rotação regional e candidatura única.

O Comité Regional foi convidado a examinar e comentar as diferentes opções.

159. Após o debate, os membros do Comité Regional concordaram que a eleição do Director-Geral da OMS deveria ser por rotação regional, mesmo implicando esta opção uma emenda à Constituição. Solicitaram que se adicionasse um ponto sobre esta questão à ordem do dia da próxima Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2009. O Comité Regional solicitou ao Director Regional que transmitisse esta mensagem à Directora-Geral da OMS. Acordou-se também que o actual Presidente do Comité Regional deveria enviar, em nome de todos os ministros da Saúde da Região Africana, um pedido nesse sentido directamente à Directora-Geral da OMS e que os membros africanos do Conselho Executivo advogassem a favor desta proposta.

CORRELAÇÃO ENTRE OS TRABALHOS DO COMITÉ REGIONAL, DO CONSELHO EXECUTIVO E DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE
(documento AFR/R58/18)

160. O Presidente do Comité convidou os delegados a comentar o documento AFR/RC58/18 – Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde. O documento propõe o seguinte:

- a) modalidades de implementação das várias resoluções com interesse para a Região Africana adoptadas pela 61ª Assembleia Mundial da Saúde e pela 122ª sessão do Conselho Executivo;
- b) ordem do dia provisória da 59ª sessão do Comité Regional e temas a serem recomendados à 124ª sessão do Conselho Executivo e à 62ª Assembleia Mundial da Saúde;
- c) projecto de decisões processuais destinado a facilitar o trabalho da 62ª Assembleia Mundial da Saúde, em conformidade com as decisões pertinentes do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde relativas ao método de trabalho e à duração da Assembleia Mundial da Saúde.

161. A primeira parte do documento apresenta as resoluções de interesse regional adoptadas pela 61ª Assembleia Mundial da Saúde e 122ª sessão do Conselho Executivo, entre as quais:

- a) Poliomielite: dispositivo para a gestão de riscos passíveis de comprometer a sua erradicação (WHA61.1)
- b) Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) (WHA61.2)
- c) Estratégias para reduzir o uso nocivo do álcool (WHA61.4)
- d) Multilinguismo: implementação do plano de acção (WHA61.12)
- e) Prevenção e controlo das doenças não transmissíveis: implementação da estratégia mundial (WHA61.14)
- f) Estratégia mundial de vacinação (WHA61.15)
- g) Mutilação genital feminina (WHA61.16)
- h) Monitorização da consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde (WHA61.18)
- i) Alterações climáticas e saúde (WHA61.19)
- j) Nutrição dos bebés e das crianças: relatório de progresso bienal (WHA61.20)
- k) Estratégia e plano de acção mundial de saúde pública, inovação e propriedade intelectual (WHA61.21)

162. O relatório contém somente os parágrafos operativos pertinentes, tal como constam das resoluções. Cada resolução vem acompanhada por uma análise das medidas já tomadas, ou a tomar. A segunda parte do documento contém as ordens do dia provisórias da 124ª sessão do Conselho Executivo, a realizar em Janeiro de 2009, e da 59ª sessão do Comité Regional.

163. O Comité Regional foi convidado a analisar a ordem do dia provisória da sua 59ª sessão e decidir sobre os temas a recomendar à 124ª sessão do Conselho Executivo e à 62ª Assembleia Mundial da Saúde.

164. O Comité Regional tomou nota das decisões processuais relacionadas com o método de trabalho e a duração da 62ª Assembleia Mundial da Saúde, dos países designados para servir no Conselho Executivo e das mudanças de membros da Região Africana na Comissão de Políticas e Coordenação do Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Investigação em Reprodução Humana (HRP).

165. O Comité Regional adoptou o documento sem emendas.

DATAS E LOCAIS DA 59ª E 60ª SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL

(documento AFR/RC58/19)

166. O Sr. Sander Edward Haarman, Director de Administração e Finanças do Escritório Regional Africano da OMS, apresentou o documento.

167. O Comité Regional confirmou que o local onde se realizará a 59ª sessão será Kigali, no Ruanda, e que a sessão decorrerá de 31 de Agosto a 4 de Setembro de 2009.

168. O Ministro da Saúde da Guiné Equatorial propôs que a 60ª sessão do Comité Regional seja realizada no seu país, indicando que o seu governo teria o prazer e estaria pronto para acolher a reunião.

169. Os membros do Comité Regional aceitaram o convite e concordaram que o local da 60ª sessão seria a República da Guiné Equatorial. O Ministro da Saúde e do Bem-Estar Social da Guiné Equatorial agradeceu o Comité Regional por ter aceite o convite.

APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DA 58ª SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL

(documento AFR/RC58/20)

170. O relatório da quinquagésima-oitava sessão do Comité Regional (documento AFR/RC58/20) foi aprovado com emendas mínimas.

ENCERRAMENTO DA QUINQUAGÉSIMA-OITAVA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL

Moção de Agradecimento

171. Dr. David Parirenyatwa, Ministro da Saúde do Zimbabué, leu em nome dos delegados, uma moção de agradecimento dirigida ao Presidente, ao Governo e à população da República dos Camarões pela organização da quinquagésima-oitava sessão do Comité Regional. A moção foi adoptada pelo Comité Regional como a Resolução AFR/RC58/R4.

Observações de encerramento do Director Regional

172. O Dr. Luis Gomes Sambo, Director Regional, nas suas observações de encerramento agradeceu aos ministros da Saúde e chefes de delegação pela sua participação activa na Primeira Conferência Interministerial sobre Saúde e Ambiente em África e na quinquagésima-oitava sessão do Comité Regional. Agradeceu também ao Presidente do Comité Regional pelo modo eficiente como geriu os trabalhos e aos representantes da UNICEF, Banco Africano de Desenvolvimento, Banco Mundial e FNUAP pela sua presença. O Director agradeceu ainda ao Presidente, ao Governo e à população da República dos Camarões por terem envidado todos os esforços e mobilizado todos os recursos para que o Comité Regional fosse um êxito e para tornar a estadia dos delegados aprazível.

173. O Dr. Sambo assinalou que tinham sido tomadas decisões importantes durante a quinquagésima-oitava sessão do Comité Regional, entre as quais a criação da Comissão para a Saúde das Mulheres na Região Africana, a designação do dia 4 de Setembro como o Dia da Saúde da Mulher na Região Africana e a confirmação da adopção da Declaração de Ouagadougou e da Declaração de Argel. Sublinhou que o apoio à Declaração de Ouagadougou constitui um marco assinalável nos esforços de revitalização dos sistemas de saúde, com base na abordagem dos cuidados de saúde primários, acelerando assim a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde. Afirmou que ficaria a aguardar os contributos dos Estados-Membros para o quadro de implementação da Declaração de Ouagadougou.

174. O Director Regional informou os delegados que os painéis de discussão sobre a partilha de experiências de boas práticas continuariam a ser parte integrante das sessões do Comité Regional, na medida em que permitem demonstrar que é, efectivamente, possível fazer progressos na intensificação das intervenções essenciais de saúde pública. Expressou o empenho do Escritório Regional Africano, em colaboração com os parceiros, em apoiar os Estados-Membros nos seus esforços, não só para implementar as recomendações do Comité Regional, como também para melhorar os resultados no domínio da saúde ao nível comunitário. O Dr. Sambo indicou que o Comité Regional vai iniciar o processo de criação do Observatório Africano da Saúde, constituindo este um instrumento que permitirá monitorizar os progressos e partilhar experiências de boas práticas.

Observações do Presidente e encerramento da reunião

175. Nas suas observações de encerramento, o Sr. Mama Fouda André, Presidente da quinquagésima-oitava sessão do Comité Regional, expressou a sua satisfação pelo ambiente fraterno e cordial em que decorreram as deliberações do Comité Regional. Sublinhou que, com esforços concertados e vontade política, será possível avançar-se nas respostas aos problemas de saúde pública da Região. Convidou os parceiros a prestar apoio técnico e financeiro para a realização destes esforços.

176. O Presidente agradeceu aos intérpretes, entidades protocolares dos Camarões e de acolhimento, motoristas e todos quantos contribuíram para o êxito da reunião. Agradeceu ainda, na pessoa do Director Regional, ao Secretariado pela qualidade dos documentos e pelos preparativos realizados para a reunião.

177. O Presidente deu então por encerrada a quinquagésima-oitava sessão do Comité Regional.

PARTE III

ANEXOS

LISTA DOS PARTICIPANTES

BENIM

**1. REPRESENTANTES DOS
ESTADOS-MEMBROS**

ARGÉLIA

Prof. Khereddine Khelfat
Conseiller du Minister de la Santé
Alger

ANGOLA

Dr. Anastácio Ruben Sicato
Ministro da Saúde
Rua 17 Setembro - Luanda

Dr. Augusto Rosa Mateus Neto
Director do Gabinete de Intercâmbio
Internacional
Rua 17 Setembro, C.P.1487 - Luanda

Dra. Adelaide de Carvalho
Directora N. de Saúde Pública

Dra. Elsa Maria da C. Ambriz
Médica Obstetra do
Ministério da Saúde

Dra. Filomena M. Gomes Silva
Médica

Dra. Sandra Maria R. Neto de Miranda
Directora N. do Instituto de S. Pública

Dr Dorothee Yevide
Deputy Director of Cabinet
Ministry of Public Health
Cotonou

Dr Alban Quenum
Directeur de la Santé familiale
Ministère de la Santé - Cotonou

BOTSUANA

Ms Shenaaz El-Halabi
Director of Public Health
P.B. 00269 - Gaborone

Dr Khumo Seipone
Director, Department of HIV/AIDS
Preventive and Care - Gaborone

Ms Veronica Manana Leburu
Sexual and Reproductive Health
Manager
Department of Public Health
PB Private BAG 00269 - Gaborone

BURKINA FASO

Dr Brahima Sombie *dit* Michel Kone
Chef de la Délégation
Conseiller technique
Ouagadougou

Dr Joseph André Tiendrebeogo
Secrétaire permanent du Conseil
national de Lutte contre le SIDA
et les Infections sexuellement
transmissibles
Ouagadougou

Dr Souleymane Sanou
Directeur général de la Santé
Ouagadougou

M. T. Romaric Somé
Directeur des Etudes et de la
Planification
Ouagadougou

M. Sylvestre Tapsoba
Directeur de la Nutrition
Ouagadougou

Dr Fatima Zampaligre
Directrice de la Santé de la Famille
Ouagadougou

BURUNDI

M. Emmanuel Gikoro
Ministre de la Santé et Lutte contre le
SIDA,
BP 1820 - Bujumbura
Dr Georges Gahungu
Médecin Directeur du Programme
national de Santé de la Reproduction
Avenue des Etats Unies
Bujumbura

Dr Jeanne Karenzo
Directeur adjoint du programme de
lutte contre les Maladies transmissibles
et carencielles
Avenue de l'Hôpital
BP 337 - Bujumbura

CAMARÕES

Mr André Mama Fouda
Ministre de la Santé publique
Yaoundé

Mr Alim Hayatou
Secrétaire d'Etat à la Santé Publique
Yaoundé

Prof. Fru F. Angwafo III
Secretary General
Ministry of Public Health
BP 4394
Yaoundé

Pr. Sinata Koula Shiro
Chef de la Division de la Recherche
opérationnelle en Santé
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

Mr Dieudonné Batamack
Chargé de Mission
Services du Premier Ministre
Yaoundé

Prof. Arthur Georges Alfred Essomba
Directeur, Ministère de la Santé
publique – Yaoundé

Prof. Gervais Ondobo Andze
Directeur de la Lutte contre les
Maladies
Ministère de la Santé publique
BP 6034 - Yaoundé

Mme Jeanne Matel
Chef Cellule des Affaires législatives,
réglementaires et contentieuses
Ministère des Relations Extérieures
Yaoundé

Dr René Owona Essomba
Secrétaire technique du Comité de
pilotage de la Stratégie sectorielle
de Santé
Ministère de la Santé Publique
Yaoundé

Dr Yaou Boubakari
Inspecteur général des Services
administratifs
BP 12266 - Yaoundé

Dr Martina Baye Lukong
Inspecteur des Services médicaux et
paramédicaux
BP 33067 – Yaoundé

Dr Jean Rollin Ndo
Directeur de la Pharmacie et du
Médicament
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

Mr Martin Monono Ekeke
Directeur de la Santé familiale
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

Dr Emmanuel Nomo
Secrétaire permanent
Programme élargi de Vaccination
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

Mr Armand Abana Elongo
Chargé de mission
Présidence de la République
Yaoundé

Mr Emmanuel Maina Djoulde
Chef de la Division de la Coopération
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

Mr Daniel Sibetcheu
Directeur de la Promotion de la Santé
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

Pr. Anderson Doh
Secrétaire Permanent du Programme
national de Lutte contre le Cancer
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

Dr Jean-Bosco Elat Mfetam
Secrétaire permanent du Comité
national de Lutte contre le VIH/SIDA
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

Dr Prosper Ndong A Bessong
Secrétaire permanent du Programme
national de lutte contre le Paludisme
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

CABO VERDE

Dr. Basílio Mosso Ramos
Ministro do Estado e da Saúde
Praia

REPÚBLICA CENTRO-AFRICANA

M. Faustin N'Telnoumbi
Ministre de la Santé publique, de la
Population et de la Lutte contre le
SIDA
BP 883 - Bangui

Dr Jean Pierre Banga-Mingo
Chargé de Mission
Responsable de Suivi du PNDS II
Bangui

CHADE

Prof. Avocksouma A. Djona
Ministre de la Santé Publique
BP 440 - N'Djamena

Dr Idriss Soumaïne
Ingénieur sanitaire Technologie
alimentaire et Nutrition
BP 440 CNNTA
N'Djamena

Mme Narial Martine Yoyammel
Administrateurs Services Santé
Coordonatrice du Bureau-coopération
Ministère de la Santé
BP 440 - N'Djamena

M. Koumayadji Syamtel Bengo
Premier Secrétaire
Ambassade du Tchad au Cameroun
Quartier Bastos
BP 506 - Yaoundé

COMORES

Dr Dhoinine Ikililou
Vice Président des Comores chargé de
la Santé - Chef de la Délégation
Ministère de la Santé
BP 1028 - Moroni

Mme Chebane Oumrati Haribou
Secrétaire générale
Ministère de la Santé de Mohéli
BP 32
Fomboni-Moheli

REPÚBLICA DO CONGO

Mme Emilienne Raoul
Ministre de la Santé des Affaires
Sociales et de la Famille
BP 545 – Brazzaville

Dr Damase Bodzongo
Directeur général de la Santé
BP 78 - Brazzaville

Dr Léon Benoît Essovia
Directeur Départemental de la
Santé, Likouala, Impfondo

Dr Deby Gassaye
Chargé de Mission médico-socio-
Sanitaire
Brazzaville

Mme Loukombo Philomène
Attachée, Responsable de l'Unité
de Lutte contre le VIH/SIDA
Brazzaville

CÔTE D'IVOIRE

Dr Felix Bledi Trouin
Directeur de Cabinet Adjoint
Ministère de la Santé et de Hygiène
publique
Abidjan

Dr Kevin Sylvestre Yohou
Chargé d'Etude
Cabinet du Ministre de la Santé
BP V4 - Abidjan

Dr N'dri David Assaole
Directeur de la Santé Communautaire
31 BP 109 - Abidjan 31

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CONGO

Dr Jean Honoré Miakala mia Ndolo
Secrétaire Général de la Santé Publique
36 avenue de la Justice
Kinshasa

M. Taylor Mukwa Kinwa
Membre Cabinet du Ministère de la
Santé
Kinshasa

M. Mala Ali Mapatano
Directeur de Cabinet Adjoint
Ministère de la Santé
Kinshasa

M. David Tshibangu Tshishiku
Expert OMS/Cabinet Ministère de la
Santé
Kinshasa

M. Anatole Moku Ndongo
Expert/Cabinet Ministère de la Santé
Kinshasa

GUINÉ EQUATORIAL

S. E. M. Francisco P. Obama Asue
Ministro de Sanidad y bienestar Social
Malabo

Dr Gregorio Gori Momolu
Directeur de la Santé publique et
Planification sanitaire
Ministère de la Santé et Bien-être social
Malabo

M. Patricio Bakale MBa
Directeur général de la médecine
préventive
Ministère de la Santé et Bien-être social
Malabo

Dr Victor Sima Oyana
Directeur général de Santé extérieure
Ministère de la Santé et Bien-être social
Malabo

M. Léonardo Mola Laptata-Mum
First Secretary
Embassy Equatorial Guinea in
Cameroon, Yaoundé
Bastos Boulevard de l'URSS

ERITREIA

Mr Berhane Ghebretinsae
Director General of Health Services
Ministry of Health, State of Eritrea
PO Box 212- Asmara

Dr Goitom Mebrahtu Medhani
Director of Disease Prevention and
Control
Ministry of Health State of Eritrea
PO Box 212 - Asmara

ETIÓPIA

Dr Zerihun Tadesse Gebreselassie
Director, Disease Prevention and
Control
Ministry of Health
Addis Ababa

Mr Abduljelil Hussein
Acting Head, Project Coordination,
Monitoring and Evaluation
Addis Ababa

Dr Neghist Tesfaye Belayneh
Director, Family Health Department
Federal
Ministry of Health
PO Box 1234 - Addis Ababa

GABÃO

Mme Angélique Ngoma
Ministre de la Santé et de l'Hygiène
publique - Chargé de la Famille et de la
Promotion de la Femme
Libreville

M. Constant Roger Ayenen Goye
Directeur Général de la Santé
BP 7608 - Libreville

Dr Olivia Biba
Chef de Service Surveillance
épidémiologique et Suivi
Évaluation au Programme de Lutte
contre le SIDA
BP 20449 - Libreville

Dr Jonasse Solange Antimi
Directeur du Programme national
de Lutte contre le Paludisme
BP 997 - Libreville

Dr Dominique Angèle Badinga
Directrice PEV
Ministère de la Santé
BP 050 – Libreville

Dr Yolande Vierin née Nzame
Directeur national de la Santé
maternelle et infantile
BP 12645 – Libreville

Dr Constant Roger Ayenengoye
Directeur Général de la Santé
BP 7608 - Libreville

M. Camara Ibrahim Bekale
Conseiller technique
Ministère de la Santé
BP 4429 - Libreville

GÂMBIA

Dr Malick Njie
Hon. Secretary of State for Health and
Social Welfare
Dosh & SW, The Quadrangle
Banjul

Mr Janneh Saikou
Deputy permanent Secretary
Department of State for Health
Banjul

GANA

Hon. Abraham Dwuma Odoom
Deputy Minister of Health
PO Box M 44 – Accra

Dr George Amofa
Deputy Director-General of Health
Services - Accra

Mr George Fidelis Dakpallah
Head, Ministry of Health, Policy,
Planning and Budget
PO Box M 44 - Accra

GUINÉ

Dr Mariame Béavogui
Ministre de la Santé et de l'Hygiène
publique
Chef de la Délégation
BP 585 - Conakry

Dr M'Balou Diakhaby
Conseiller chargé de la Coopération
Membre de la délégation
BP 2489 - Conakry

Dr Séré Kaba
Coordinatrice nationale du Programme
Maternité sans Risque
BP 585

Dr Camille Tafsir Soumah
Coordonnateur national PEV/SSP/ME
BP 585 - Conakry

Dr Moussa Keita
Coordonnateur du Programme de lutte
contre le Paludisme
BP 585 - Conakry

GUINÉ-BISSAU

Dr. Camilo Simões Pereira
Ministro da Saúde Pública
BP 50, Avenida da Unidade Africana
Bissau

Dra. Marilène Menezes d'Alva
Directora Geral da Saúde Pública
Ministério da Saúde Pública
BP 50, Avenida da Unidade Africana
Bissau

Dr. Evangelino Quadé
Director do Programa Nacional de
Luta contra o Paludismo
Bissau

QUÉNIA

Hon. Dr. James Ondicho Gesami
Head of Delegation
Assistant Minister of Public Health
and Sanitation
PO Box 30016 - 00100
Nairobi

Dr Francis Kimani
Director of Medical Services
Ministry of Medical Services
PO Box 30016 - 00100
Nairobi

Dr Elizabeth Mary Ominde-Ogaja
Deputy Chief Pharmacist/ Head
Division of Appropriate Medicine Use
Ministry of Medical Services
PO Box 29725-00202
Nairobi

Dr James Mukabi
Head/International Health Relations
PO Box 23476-00100 - Nairobi

Mr John G. Kariuki
Deputy Chief Public Health Officer
Ministry of Public Health and
Sanitation
PO Box 30016-00100
Nairobi

Mr Chris Rakuom
Chief Nursing Officer
Ministry of Health services
PO Box 30016-00100
Nairobi

Prof. Peter Amollo
Awardee – WNTD-2008
P.O. Box 73824.00200
Nairobi

LESOTO

Dr Mphu Ramatlapeng
Honourable Minister
Ministry of Health and Social Welfare
PO Box 514- Maseru

Dr Mpolai Moteetee
Director General of Health Services
Ministry of Health and Social Welfare
PO Box 514 - Maseru

Mr Teleko Ramotsoari
Principal Secretary
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 514 - Maseru

LIBÉRIA

Dr Walker T. Gwenigale
Minister of Health and Social Welfare
PO Box 101-9009
1000 Monrovia 10

Dr Eric D. K. Nyanzeh
County Health officer
Ministry of Health
Monrovia

Mr Joseph Geebro
Deputy Minister of Health
Monrovia

Dr Zakari Wambai
Medical officer EPI
Monrovia

Dr Bernice Dahn
Deputy Minister/CMO-RL
Ministry of Health and Social Welfare
PO Box 9009 – Monrovia

MADAGÁSCAR

Dr Paul Richard Ralainirina
Ministre de la Santé et du Planning
familial
Chef de la Délégation
Antananarivo

Dr Dieudonné Hubert Rasolomahefa
Directeur général de la Santé
Ministère de la Santé
Antananarivo

MALAUÍ

Hon. Khumbo Kachali
Minister of Health
Leader of Delegation
PO Box 30377
Lilongwe

Dr Chisale Mhango
Director for Reproductive Health
Ministry of Health
PO Box 30377 - Lilongwe 3

Dr Kelita Kamoto
Head of HIV and AIDS Department
Ministry of Health
PO Box 30377 - Lilongwe

Dr Stone Kabuluzi
Director of Preventive Health Services
Ministry of Health
PO Box 30377 – Lilongwe

Mrs Agnes Katsulukuta
Deputy Director of Preventive Health
Services, Ministry of Health
PO Box 30377 - Lilongwe

Mr Patrick Zimpita
Director-Planning and Policy
Development
Ministry of Health
Lilongwe

Mr Benard H. Sande
Principal Secretary
Ministry of Health
Lilongwe

MALI

M. Oumar Ibrahima Touré
Ministre de la Santé
Chef de la Délégation
Bamako

Dr Diakité Oumou S. Maiga
Consillier Technique chargé de la
Santé publique
Bamako

Prof. Toumani Sibdibe
Directeur national de la Santé
BP 233 Ntomikouobougou
Bamako

Dr Klenon Traoré
Directeur du Programme national
de lutte contre le Paludisme
Bamako

Dr Aliou Sylla
Coordonnateur du Comité
Sectoriel de lutte contre le SIDA
Bamako

Dr Diakalia Koné
Responsable de la Planification et S.E.
de la CSLS/MS
Ministère de la Santé - Bamako

MAURITÂNIA

Prof. Ba Mohamed Lemin
Chargé de Mission
BP 30 - Nouakchott

MAURÍCIAS

Mrs Rajamanee Veerapen
Senior Chief Executive
Ministry of Health and quality of life
Level S, Emmanuel Anguetil Building,
Port-Louis

Dr Nardawoo Jaypaul, DHS
Director Health Services
Ministry of Health and quality of life
5th Floor, Emmanuel Anguetil Building
Port-Louis

MOÇAMBIQUE

Prof. Paulo Ivo Garrido
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação
Maputo

Dra. Célia Gonçalves
Directora Nacional do Plano
e da Cooperação
Ministério da Saúde
Maputo

Dra. Quinhas Francisco Fernandes
Directora Provincial da Saúde
Maputo

Dr. Caetano Maria Pereira
Especialista em Ginecologia e
Obstreticaria
Maputo

NAMÍBIA

Mr Nghatanga Magdaleena
Director Primary Health care (Head of
Delegation)
P/Bag 13198
Ministry of Health and Social Services
Windhoek

Mr Rene Adams
Programme Manager, Substance abuse
Private Bag 13198 - Windhoek

Mr Thomas Mbeeli
Deputy- Director: Policy and Planning
P/Bag 13198 - Windhoek

Ms Linda Liliputse Nambundunga
Director
Ministry of Health and Social Services
P/Bag 3003 – Windhoek

Mr Hendricus Beukes
Director Finance and Logistics,
Windhoek

NÍGER

M. Issa Lamine
Ministre de la Santé publique
Niamey

Dr Bara Ibrah
Directeur de la Nutrition
BP 623 - Niamey

Dr Asma Gali Yaro
Directrice nationale de la Santé de la
Mère et de l'Enfant
BP 623 - Niamey

Dr Adam Kondo Kashim
Directeur régional de la Santé publique
BP 97, Niamey

NIGÉRIA

Dr Hassan Muhammad Lawal
Hon. Minister of Health
Abuja

Dr Abdul G. Salami
Acting Permanent Secretary
Federal Ministry of Health
Abuja

Dr Abdulsalami Nasidi
Director – Dept. of Public Health
Federal Ministry of Health
Abuja

Dr Abdurrazaq Gbadamosi
Head, International Cooperation
Division
Federal Ministry of Health
Abuja

Dr Tolu Fakeye
Head, Research and Statistics
Department of Health Planning
Research and Statistics
Federal Ministry of Health
Abuja

Dr Marshall Hemen Gundu
Chief, Press Services
Federation Ministry of Health
Abuja

Mrs Hauwa Keri
Director – NAFDAC
Plot 1032, NAFDAC, O.O.way,
Wuse zone 7 - Abuja

Dr Wapala I. Balami
Head 08 Reproductive Health
Federal Ministry of Health
Abuja

Professor O. C. Akpala
Director PRS
NPHCDA
Abuja

Dr E. A. Abanida
Director Immunization
NPHCDA, Abuja

Dr Akudo Ikpeazu
Manager
NACA, Abuja

Mrs Rabi Adeniyi
Nigeria Television Authority
Health Correspondent
Abuja

Mrs Ruby Rabi
Daily Trust Newspapers
Abuja

Miss Onwuka Nzeshi
Thisday Newspapers
Abuja

Mr Godwin Odemije
Federal Radio Corporation of Nigeria
(FRCN)
Abuja

Mr Mohamed Salisu
Cameraman
Office of the Hon. Minister
Federal Minsitry of Health
Abuja

RUANDA*

SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Dr. Arlindo V. de Assunção Carvalho
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação - São Tomé

Dr. José Luis de Ceita da E. da Cruz
Director do Hospital Ayres de
Menezes - São Tomé

SENEGAL

Dr Yaradou Assane
Conseiller Technique N°1 Ministère de
la Santé et Prévention
Rue Aimé/6 Césaire, Fann Résidence
Dakar

Dr Abouba Cry Yoro Sy
Conseiller

Dr Abdoulaye Wade D
DLSI

Dr Moussa Thior
PNLP

SEYCHELLES

Dr Bernard Valentin
Chef de Délégation
Conseiller Spécial du Ministère de la
Santé - Victoria

SERRA LEOA

Dr Prince Albert Taiwo Roberts
Head of Delegation
Acting Chief Medical Officer Freetown

ÁFRICA DO SUL

Dr Mantombazana Edmie
Tshabalala-Msimang
Minister of Health
Private Bag 399 - Pretoria, 0001

Mr Amos Fish Mahlalela
Member of the Executive Council for
Health - Mpumalanga

Dr Phetsile Kholekile Dlamini
NEPAD Co-ordinator
Pretoria

Dr Nomonde Xundu
Health Attaché : Washington

* Não pôde participar

Ms Zanele Mthembu
Consultant: Tobacco Control
National Department of Health
P/bag X 828m Pretoria, 0001

Adv. Patricia Lambert
Consultant

SUAZILÂNDIA*

TOGO

Prof. Kondi Charles Agba
Chef de la Délégation
Ministre d'Etat, Ministre de la Santé
BP 386 - Lomé

Dr Dogbe Koku Sika
Directeur Général de la Santé
BP 336 - Lomé

UGANDA

Dr Stephen O. Mallinga
Minister of Health
P.O. Box 7272 – Kampala

Dr Edson Friday Agaba
Principal Medical Officer
PO Box 7272, Kampala

Dr Sam Zaramba
Director General Health Services
Ministry of Health
PO Box 7272 - Kampala

REPÚBLICA DA TANZÂNIA

Dr Aisha Omar Kigoda
Minister
Ministry of Health and Social Welfare
PO Box 9083, Samora Avenue
Dar-es-Salaam

Hon. Bukhet Hassan Shawana
Deputy Minister of Health and Social
Welfare – Zanzibar

Dr Salia A. Muhsin
Director of Preventive Services
Ministry of Health and Social Welfare
Zanzibar

Dr Peter Mmbuji
Assistance Director, Epidemiology and
Disease Control
Ministry of Health and Social Welfare
PO Box 9083 - Dar-es-Salaam

Dr Temba Hiltruda
Global Fund Coordinator
Ministry of Health and Social Welfare
PO Box 9083 - Dar es Salaam

* Não pôde participar

Ms Lena Mfalila
Principal Nursing Officer
Safe Motherhood - Reproductive and
Child Health Section, Ministry of
Health and Social Welfare,
PO Box 9083 - Dar es Salaam

Dr Renata A. Mandike
Assistant Programme Manager
National Malaria Control Programme
Ministry of Health and Social Welfare
PO Box 9013 - Dar es Salaam

Dr Deo M. Mtasiwa
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Social Welfare
PO Box 9083 - Dar es Salaam

ZÂMBIA

Dr Victor Mukonka
Delegation Leader
Director Public Health and Research
Ministry of Health
Lusaka

Dr Ben Chirwa
Director General
National HIV/AIDS/STI/TB Council
315 Independence Avenue - Lusaka

Mrs Zulu Salome
Nursing Education Manager
Lusaka Schools of Nursing, Midwifery
and Theatre
PO Box 50366 - Lusaka

Dr Godfrey Biemba
Communicable Disease Specialist
Ministry of Health
PO Box 30205 - Lusaka

Dr Dennis Mulenga
Health Management Specialist
Ministry of Health
PO Box 30205 - Lusaka

ZIMBABUÉ

Dr P. D. Parirenyatwa
Minister of Health and Child Welfare
Head of Delegation
Harare

Dr D. G. Dhlakama
Principal Director Policy, Planning,
Monitoring and Evaluation
Harare

Dr Joséphine Zvemusi Chiware
Deputy Director Nursing Services
Ministry of Health and the Child
Welfare, PO Box CY 1122
Causeway - Harare

Pr. Kusum Jackson Nathoo
College of Health Sciences
University of Zimbabwe
Department of Pediatrics
PO Box A178 - Harare

Dr Apollo Tsitsi
National Antiretroviral Programme
Coordinator, 882 Debenham Close,
New Strathaven, Avondale
Harare

**2. REPRESENTANTES DAS
NAÇÕES UNIDAS E SUAS
INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS**

**Fundo das Nações Unidas para a
População (FNUAP)**

Dr Dairo Akinyele Eric
Team Leader, Regional Technical
Support Team
220 Est 42nd Street 212 297 5162
New York - NY 10017 USA

M. Faustin Yao
UNFPA Representative
Yaoundé - Cameroun

**Fundo das Nações Unidas para a
Infância (UNICEF)**

Mr Per Engebak
Regional Director
UNICEF Regional Office for Eastern
and Southern Africa
PO Box 44145
Nairobi - Kenya

Mrs Barbara Bentein
Deputy Regional Director
S/c UNICEF WCARO
BP 29720
Dakar – Yoff
Sénégal

Dr Tesfaye Shiferaw
Regional Advisor, Health
UNICEF Regional Office for Eastern
and Southern Africa
PO Box 44145
Nairobi, Kenya

Dr Heidi Richter – Airijoki
Principal Adviser for Child Survival
And Development
UNICEF Regional Office for West
And Central Africa
BP 29720
Dakar – Yoff

Dr Kopano Mukelabai
UNICEF Senior Liaison Officer
WHO Regional for Africa
PO Box 6
Brazzaville

3. REPRESENTANTES DE ORGANIZAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS

Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC)

Mr Stephen Sianga
Director, Social and Human
Development Directorate

Dr Antonica Hembe
Head of HIV and AIDS Unit

Joseph Mthetwa
Senior Programme Manager, Health
and Pharmaceuticals

Organização de Coordenação para a Luta contra as Endemias na África Central (OCEAC)

Dr Jean-Jacques Moka
Secrétaire général de l'OCEAC
BP 288 – Yaoundé

Dr Dologuele Nicolas Félicien
Chef de Département Programmes et
Recherche
BP 288 - Yaoundé

Mr Charles Casimir Michel Gnongo
Chef de Service de la Communication
BP 288 – Yaoundé

União Económica e Monetária Oeste-Africana (UEMOA)

Mr Jérôme Bro Grebe
Commissaire chargé du Département
du Développement Social et Culturel

Dr Corneille Traoré
Directeur de la Santé, de la Protection
Sociale et de la Mutualité

Organização Oeste-Africana para a Saúde (WAHO/OOAS)

Dr Johanna L. Austin-Benjamin
Directrice Département Soins de Santé
primaires et Contrôle des Maladies
BP 153 Bobo-Dioulasso - Burkina Faso

União Africana (UA)

Adv. Bience P. Gawanas
Commissioner for Social Affairs
African Union Commission
Addis Ababa, Ethiopia

Mr Laban Masimba
Consultant, HIV/AIDS, TB and Malaria
P.O. Box 3243 - Addis Ababa, Ethiopia

Banco Africano de Desenvolvimento (BAD)

Dr Ilunga Tshinko B.
Health division Manager
c/o BAD ATR
BP 323 - 1002 Tunis Belvedere
Tunisia

Conselho Internacional para o Controlo das Perturbações Causadas pela Deficiência de Iodo (ICCIDD)

Prof. Daniel Lantum
ICCIDD Regional Coordinator for Africa, P.O. Box 4285 Nlongkak
Yaoundé

Federação Internacional das Associações de Fabricantes de Produtos Farmacêuticos (IFPMA)

Dr Paul Antony
Chief Medical Officer
950 F ST NW - Washington, DC 20004

Mr. Alain Aumonier
Directeur des Relations avec les institutions Internationales Sanofi-Aventis
Chemin Louis-Dunant, 17
Suisse 1203 Genève

Dr Lorinda ME Kroukame
The Campus, Fursing Maedows
Building, Private Baq X113
Bryanson, 2021
Gauteng, South Africa

Organização Internacional para as Migrações (OIM)

Dr Qasim Sufi
Health Coordinator for West Africa (IOM) International Organization for Migration
No. 1 Tetteh-Fio Street
Shiashie, East Legon, Accra
PO Box 5222, Accra-North

UNITAID

Dr Bermudez Vorge
Executive Secretary
UNITAID/WHO
20, avenue Appia
1211 Geneva 27
Suisse

Secretariado Regional da Commonwealth para a Saúde da África Oriental, Central e Austral (CRHCS-ECSA)

Dr Henry Kaluba
Ag. Director Social Transformation Programmes (STPD)

Dr Joseph Amuzu
Adviser Health Section
Marlborough House
Pall Mall
London SW 1 Y 5 HX UK

**Comunidade para a Saúde da África
Oriental, Central e Austral
(ECSA-HC)**

Dr Steven V Shongwe
Director General

**Programa das Nações Unidas para o
Desenvolvimento (PNUD)**

Dr Mayer Magdalene
Counselor HIV/AIDS
Avian Influenza
UNDP, Yaoundé

4. REPRESENTANTES DAS ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS

Rotary International

Mr Jean Richard Bieleu
Représentant du Rotary International
BP 129
Douala, Cameroun

WHITAKER GROUP

Mr Wetherill Charles
Senior associate
The Whitaker Group
1133 21st, ST. NW, STE 405
Washington DC, 20036
USA

Ms Emmen Melanie Botho
Research Coordinator
1133 21st, ST, NW Suite 405
Washington, DC 2003

ANEXO 2

ORDEM DO DIA DA QUINQUAGÉSIMA-OITAVA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL

1. Abertura da sessão
2. Constituição da Comissão de Designações
3. Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
4. Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC58/1)
5. Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes
6. Actividades da OMS na Região Africana 2006-2007: Relatório Bienal do Director Regional (documento AFR/RC58/2)
7. Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC58/10)
 - 7.1 Medidas para reduzir o uso nocivo do álcool (documento AFR/RC58/3)
 - 7.2 Prevenção e controlo do cancro: estratégia para a Região Africana da OMS (documento AFR/RC58/4)
 - 7.3 Saúde das mulheres na Região Africana da OMS: apelo à acção (documento AFR/RC58/5)
 - 7.4 Reforço dos laboratórios de saúde pública na Região Africana da OMS: uma necessidade crucial para o controlo das doenças (documento AFR/RC58/6)
 - 7.5 Perturbações causadas pela carência de iodo na Região Africana da OMS: análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC58/7)
 - 7.6 Segurança dos doentes nos serviços de saúde da Região Africana: problemas e soluções (documento AFR/RC58/8)
 - 7.7 Implementação da estratégia regional de saúde oral: análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC58/9)
 - 7.8 Adopção da Declaração de Ouagadougou sobre cuidados de saúde primários e sistemas de saúde em África: melhorar a saúde em África no novo milénio (documento AFR/RC58/11)

8. Documentos Informativos
 - 8.1 Aceleração da prevenção do VIH na Região Africana da OMS: relatório de progresso (documento AFR/RC58/INF.DOC/1)
 - 8.2 Iniciativa centrada nos países e reforço das representações da OMS: actualização (documento AFR/RC58/INF.DOC/2)
 - 8.3 Relatórios das auditorias internas e externas da OMS: implicações para a Região Africana (documento AFR/RC58/INF.DOC/3)
 - 8.4 Relatório sobre o pessoal da OMS na Região Africana (documento AFR/RC58/INF.DOC/4)
 - 8.5 Erradicação da poliomielite: relatório de progresso (documento AFR/RC58/INF.DOC/5)
 - 8.6 Harmonização para a saúde em África: relatório de progresso (documento AFR/RC58/INF.DOC/6)
9. Painéis de discussão: Partilhar as melhores práticas de intensificação das intervenções relacionadas com a redução da mortalidade materna e neonatal (documento AFR/RC58/PD/1); prevenção e controlo do paludismo (documento AFR/RC58/PD/2); prevenção, tratamento e cuidados com o VIH/SIDA (documento AFR/RC58/PD/3); e melhoria da cobertura da vacinação de rotina (documento AFR/RC58/PD/4)
10. Adopção da Declaração de Argel sobre Investigação para a Saúde na Região Africana (documento AFR/RC58/12)
11. Avaliação da Execução do Orçamento-Programa 2006-2007 (documento AFR/RC58/13)
12. Proposta do Orçamento-Programa 2010-2011 (documento AFR/RC58/14)
13. Quadro de Implementação da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: melhorar a saúde em África no novo milénio (documento AFR/RC58/16)

14. Director-Geral da Organização Mundial da Saúde (documento AFR/RC58/17)
15. Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC58/18)
16. Datas e locais da quinquagésima-nona e sexagésima sessões do Comité Regional (documento AFR/RC58/19)
17. Grupo de Trabalho Intergovernamental sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual (IGWG-PHI) e seguimento da Resolução WHA61.21 (documento AFR/RC58/22)
18. Aprovação do Relatório do Comité Regional (documento AFR/RC58/20)
19. Encerramento da quinquagésima-oitava sessão do Comité Regional

PROGRAMA DE TRABALHO

1º DIA: SEGUNDA-FEIRA, 1 de Setembro de 2008

9h00 – 11h50	Ponto 1	Abertura da sessão
11h50 – 12h30	Ponto 2	Constituição da Comissão de Designações
12h30 – 14h00		<i>Intervalo para almoço</i>
14h00 – 14h05	Breve declaração	Presidente da Mesa do RC57
14h05 – 14h30	Ponto 3	Eleição do Presidente, dos Vice- Presidentes e dos Relatores
	Ponto 4	Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC58/1)
	Ponto 5	Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes sobre as Credenciais
14h30 – 15h15	Ponto 6	Actividades da OMS na Região Africana 2006-2007: Relatório Bienal do Director Regional (documento AFR/RC58/2)
15h15 – 15h45		<i>Intervalo: Chá e Frutas</i>
15h45 – 16h30	Ponto 6	(continuação)
16h30 – 16h45		Orador convidado

16h45 **Fim da sessão**

19h00 *Recepção oferecida pelo Governo da República dos Camarões*

2º DIA: TERÇA-FEIRA, 2 de Setembro de 2008

9h00 – 9h15	Ponto 5 (continuação)	Relatório da Comissão de Verificação de Poderes sobre as Credenciais
9h15 – 9h30	Ponto 7	Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC58/10)
9h30 – 10h30		Discussão do Relatório do Subcomité do Programa
	Ponto 7.1	Medidas para reduzir o uso nocivo do álcool (documento AFR/RC58/3)
	Ponto 7.2	Prevenção e controlo do cancro: estratégia para a Região Africana da OMS (documento AFR/RC58/4)
	Ponto 7.3	Saúde das mulheres na Região Africana da OMS: apelo à acção (documento AFR/RC58/5)
10h30 – 11h00	<i>Intervalo: Chá e Frutas</i>	
11h00 – 12h30	Ponto 7.4	Reforço dos laboratórios de saúde pública na Região Africana da OMS: uma necessidade crucial para o controlo das doenças (documento AFR/RC58/6)

	Ponto 7.5	Perturbações causadas pela carência de iodo na Região Africana da OMS: análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC58/7)
	Ponto 7.6	Segurança dos doentes nos serviços de saúde da Região Africana: problemas e soluções (documento AFR/RC58/8)
	Ponto 7.7	Implementação da estratégia regional de saúde oral: análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC58/9)
12h30 – 14h30	<i>Intervalo para almoço</i>	
14h30 – 15h10	Ponto 7.8	Confirmação da adopção da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: melhor saúde para África no novo milénio (documento AFR/RC58/11)
15h10 – 16h40	Ponto 8	Documentos informativos
	Ponto 8.1	Aceleração da prevenção do VIH na Região Africana da OMS: relatório de progresso (documento AFR/RC58/INF.DOC/1)

	Ponto 8.2	Iniciativa centrada nos países e reforço das representações da OMS: actualização (documento AFR/RC58/INF.DOC/2)
	Ponto 8.3	Relatórios das auditorias internas e externas da OMS: implicações para a Região Africana (documento AFR/RC58/INF.DOC/3)
16h40 – 17h00	<i>Intervalo: chá e frutas</i>	
17h00 – 18h30	Ponto 8.4	Relatório sobre o pessoal da OMS na Região Africana (documento AFR/RC58/INF.DOC/4)
	Ponto 8.5	Erradicação da poliomielite: relatório de progresso (documento AFR/RC58/INF.DOC/5)
	Ponto 8.6	Harmonização para a saúde em África: relatório de progresso (documento AFR/RC58/INF.DOC/6)
18h30	Fim da sessão	
19h30	<i>Recepção oferecida pelo Director Regional da OMS para África</i>	

3º DIA: QUARTA-FEIRA, 3 de Setembro de 2008

9h00 – 10h30	Ponto 9	<p>i) Painel de discussão: Partilhar as melhores práticas de intensificação das intervenções relacionadas com a redução da mortalidade materna e neonatal (documento AFR/RC58/PD/1)</p> <p>ii) Painel de discussão: Partilhar as melhores práticas de intensificação das intervenções relacionadas com a prevenção e controlo do paludismo (documento AFR/RC58/PD/2)</p>
10h30 – 11h00	<i>Intervalo: Chá e frutas</i>	
11h00 – 12h30	Ponto 9 i) e ii) (continuação)	
12h30 – 14h00	<i>Intervalo para almoço</i>	
14h00 – 15h30	Ponto 9 (continuação)	<p>iii) Painel de discussão: Partilhar as melhores práticas de intensificação das intervenções relacionadas com a prevenção, tratamento e cuidados com o VIH/SIDA (documento AFR/RC58/PD/3)</p> <p>iv) Painel de discussão: Partilhar as melhores práticas de intensificação das intervenções relacionadas com a melhoria da cobertura da vacinação de rotina (documento AFR/RC58/PD/4)</p>

15h30 – 16h00 *Intervalo: Chá e Frutas*

16h00 – 17h30 **Ponto 9 iii) e iv) (continuação)**

17h30 **Fim da sessão**

4º DIA: QUINTA-FEIRA, 4 de Setembro de 2008

9h00 - 10h10	Ponto 10	Confirmação da adopção da Declaração de Argel sobre Investigação em Saúde na Região Africana (documento AFR/RC58/12)
	Ponto 11	Avaliação da Execução do Orçamento-Programa 2006-2007 (documento AFR/RC58/13)
	Ponto 12	Proposta do Orçamento-Programa 2010-2011 (documento AFR/RC58/14)
10h10 – 10h40	<i>Intervalo: Chá e Frutas</i>	
10h40 – 11h20	Ponto 12 (continuação)	
11h20 – 11h40	Ponto 13	Quadro de implementação da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: melhorar a saúde em África no novo milénio (documento AFR/RC58/16)
11h40 – 12h00	Ponto 14	Director-Geral da Organização Mundial da Saúde (documento AFR/RC58/17)

12h00 – 14h00	<i>Intervalo para almoço</i>	
14h00 – 16h00	Ponto 15	Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC58/18)
	Ponto 16	Datas e locais da 59ª e 60ª sessões do Comité Regional (documento AFR/RC58/19)
	Ponto 17	Grupo de Trabalho Intergovernamental de Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual (IGWG-PHI) e seguimento da Resolução WHA61.21 (ponto adicional) (documento AFR/RC58/22)
16h00	Fim da sessão	

5 ° DIA: SEXTA-FEIRA, 5 de Setembro de 2008

9h00 – 10h00	Preparação do Relatório do Comité Regional	
10h00 – 11h30	Ponto 18	Aprovação do Relatório do Comité Regional (documento AFR/RC58/20)
	Ponto 19	Encerramento da quinquagésima-oitava sessão do Comité Regional.

ANEXO 4

RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

ABERTURA DA REUNIÃO

1. O Subcomité do Programa reuniu-se em Brazzaville, República do Congo, de 10 a 13 de Junho de 2008.
2. O Director Regional, Dr. Luis Gomes Sambo, desejou as boas-vindas aos membros do Subcomité do Programa (SCP) e a um membro do Conselho Executivo da OMS da Região Africana.
3. Relembrou a aprovação dos novos termos de referência do Subcomité do Programa e o aumento da sua composição, de 12 para 16 membros, por altura da última sessão do Comité Regional. Esta decisão está a ser implementada pela primeira vez, o que se reflecte na actual composição do Subcomité do Programa.
4. Recordou aos membros do Subcomité do Programa que, segundo o Regulamento do Comité Regional, o Subcomité do Programa é um órgão subsidiário do Comité Regional, criado para estudar e analisar as questões a debater pelo Comité, no âmbito das suas atribuições. As principais funções do Subcomité do Programa incluem a revisão do Orçamento-Programa, as Estratégias Regionais, os relatórios técnicos e resoluções propostas pelo Director Regional e garantir que estas correspondem às expectativas dos Estados-Membros e dos objectivos internacionais de saúde, e ainda aconselhar o Director Regional sobre assuntos de importância que necessitem ser submetidos à consideração do Comité Regional.
5. O Director Regional reiterou a importância para a saúde da Região das questões a serem deliberadas e apelou aos Membros do Subcomité do Programa para apresentarem propostas concretas e recomendações, por forma a enriquecerem os documentos técnicos e as resoluções que serão deliberadas pelos Ilustres Ministros da Saúde durante a 58ª sessão do Comité Regional.

6. Relembrou o Subcomité do Programa de que a adopção da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África, em Abril de 2008, exortava os Estados-Membros a adoptarem a abordagem dos Cuidados de Saúde Primários como principal estratégia para a formulação e implementação dos sistemas de saúde, e sublinhou a importância da participação e apropriação desta abordagem por parte das comunidades.

7. O Director Regional informou os Membros do Subcomité do Programa de que três documentos—Projecto de Orçamento-Programa da OMS 2010-2011, Actualização Mundial sobre a Implementação da Declaração de Alma-Ata e o Quadro para a Implementação da Declaração de Ouagadougou—os quais deveriam ser debatidos pelo Subcomité do Programa, se encontravam ainda em fase de preparação. No entanto, seriam submetidos aos Estados-Membros, para análise, antes da 58ª sessão do Comité Regional.

8. Os membros do Subcomité do Programa foram informados sobre questões administrativas e de segurança.

9. Após a apresentação dos membros do Subcomité do Programa e do Secretariado, a Mesa ficou constituída do seguinte modo:

Presidente: Dr. Victor Mukonka, Director, Saúde Pública e Pesquisa, Zâmbia

Vice Presidente: Dr. Souleimane Sanou, Director-Geral, Ministério da Saúde, Burkina Faso

Relatores: Prof. Emmanuel Kaijuka, Director de Serviço de saúde do Uganda, para inglês

Dr. Moussa Mohamed, Director, Ministério de Saúde dos Comores, para francês

Dr. Ildo Carvalho, Conselheiro técnico, Ministério da Saúde, Cabo Verde, para português

10. A lista dos participantes é apresentada no Apêndice 1.
11. O Presidente agradeceu aos membros do Subcomité do Programa a confiança nele depositada, e reiterou que a consecução dos objectivos da reunião dependeria da sua valiosa orientação e experiência. Agradeceu ao Director Regional e ao Secretariado pelo esforço desenvolvido na preparação da reunião.
12. A ordem do dia (Apêndice 2) e o programa de trabalho (Apêndice 3) foram adoptados sem alterações. Em seguida, chegou-se a um acordo sobre o horário de trabalho:
- 9h00–12h30, incluindo um intervalo de 30 minutos para chá/café
12h00–14h00: Almoço
14h00–17h30

MEDIDAS PARA REDUZIR O USO NOCIVO DO ÁLCOOL

(documento AFR/RC58/PSC/3)

13. A Dra. Matshidiso Moeti, do Secretariado, apresentou o documento intitulado “Medidas para reduzir o uso nocivo do álcool”. O objectivo principal do documento era fornecer informação aos Estados-Membros sobre os actuais conhecimentos relativos ao uso nocivo do álcool na Região Africana e propor acções para fazer face à situação.
14. O documento referia que a constituição de um consenso geral sobre estas medidas permitiria aos países fazer face ao problema, ao nível nacional, e forneceria, igualmente, contribuições sólidas para a formulação das estratégias regionais e mundiais a submeter à apreciação da quinquagésima-nona sessão do Comité Regional Africano, em 2009, e à sexagésima-terceira Assembleia Mundial da Saúde, em 2010, conforme solicitação dos Estados-Membros.
15. O fardo das doenças atribuível ao uso nocivo do álcool na Região Africana é significativo e os países têm notificado aumentos no consumo e mudanças nos hábitos de consumo de bebidas alcoólicas entre os adolescentes. Acresce que a diferença entre homens e mulheres relativamente ao consumo excessivo de álcool

parece estar a diminuir, não havendo controlo sobre a produção e distribuição informal e ilícita das bebidas alcoólicas.

16. Os principais desafios apresentados foram o insuficiente reconhecimento da dimensão dos problemas de saúde pública causados pelo uso nocivo do álcool, aos níveis físico, social e económico; a falta de sistemas de vigilância e informação regulares; a baixa dotação orçamental para campanhas de informação e advocacia; e um número insuficiente de iniciativas de reforço de capacidades.

17. As medidas propostas incluíam políticas abrangentes baseadas em dados factuais e intervenções exequíveis com boa relação custo-eficácia, tais como o reforço do empenhamento político e constituição de parcerias; o reforço de acções comunitárias e resposta do sector da saúde, a criação de sistemas de informação e vigilância relativos ao álcool; a regulação da disponibilidade e introdução no mercado de bebidas alcoólicas; o aumento dos impostos e dos preços, e a aplicação das leis relativas à condução sob o efeito do álcool.

18. Os Membros do Subcomité do Programa elogiaram o Secretariado, pela boa estrutura do documento, que realçava o uso nocivo do álcool, não apenas como uma questão social e cultural, mas também como um problema crescente de saúde pública. Os membros do Subcomité reiteraram a necessidade de sistemas nacionais de vigilância da saúde que forneçam informação sobre a dimensão e as tendências do problema na Região. Realçaram igualmente os desafios relacionados com a implementação das intervenções destinadas a reduzir o consumo de álcool, bem como os seus efeitos, incluindo os aspectos sociais e culturais do álcool. Apelaram para uma colaboração sustentada e intersectorial, bem como para a constituição de alianças entre todas as partes interessadas.

19. Os membros do Subcomité notaram que a formulação de políticas nacionais para o álcool facilitará a consciencialização e a participação de todos os intervenientes, a nível nacional. O Subcomité notou existirem muitas semelhanças nos problemas associados ao tabaco e ao álcool, nas respostas dos países.

20. Os membros do Subcomité do Programa fizeram sugestões específicas quanto ao conteúdo e à forma do documento, as quais o Secretariado acordou em integrar na versão final.

21. O Director Regional reiterou a necessidade de os Estados-Membros participarem plenamente no inquérito mundial sobre o álcool, criarem mecanismos para a produção de dados e de bases factuais adequados, e de fornecerem contribuições adicionais para a preparação da Estratégia Mundial sobre o uso nocivo do álcool.

22. O Subcomité do Programa recomendou o documento com as alterações a submeter à apreciação do Comité Regional na sua Quinquagésima-oitava sessão.

PREVENÇÃO E CONTROLO DO CANCRO: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA DA OMS (documento AFR/RC58/PSC/4)

23. A Dra. Matshidiso Moeti, do Secretariado, apresentou o documento “Prevenção e controlo do cancro: estratégia para a Região Africana”. O documento contemplava uma definição de cancro e fornecia informações actualizadas sobre a situação do cancro na Região Africana. O documento salientava a necessidade de se constituir um consenso sobre o conjunto das intervenções de saúde pública propostas e a respectiva implementação, de modo a contribuir activamente para a redução do cancro, ao nível nacional, regional e mundial.

24. Foi referido que as informações sobre o fardo e as tendências do cancro na Região são escassas. Em 2002, a Globocan registou 582.000 casos de cancro em África, um número que se esperava vir a duplicar nas duas décadas seguintes, se não se procedesse a uma intensificação e aceleração das intervenções. Esta situação deve-se principalmente a agentes infecciosos, tabaco, uso do álcool, uma dieta pouco saudável, inactividade física e poluição do ambiente. A maioria dos doentes não tem acesso aos serviços oncológicos, que se limitam a tratar os cancros numa fase já muito adiantada. Muitos doentes são encaminhados para o estrangeiro, o que se torna muito dispendioso.

25. Embora o fardo e factores de risco do cancro na Região estejam a aumentar, muito pouco se tem investido na prevenção desta doença. Os sistemas de saúde não estavam devidamente preparados para combater a ameaça do cancro. Apesar de existirem várias orientações e documentos estratégicos para responder ao problema do cancro, esta estratégia foi preparada como documento de orientação único para os Estados-Membros.

26. As intervenções prioritárias propostas incluíam políticas de prevenção e controlo; legislação, reforço de capacidades e promoção da saúde; programas nacionais abrangentes de prevenção e controlo do cancro; mobilização e afectação de recursos; parcerias e coordenação; informação, vigilância e investigação estratégica.

27. Os membros do Subcomité do Programa apreciaram o documento e elogiaram o Secretariado pela pertinência e qualidade deste. Reconheceram a importância da Resolução WHA58.22 e sublinharam a necessidade de garantir a disponibilidade, o custo abordável e o fácil acesso aos medicamentos destinados ao tratamento do cancro e de se criarem centros de referência subregionais, para servir países com limitações de estabelecimentos e capacidades em termos de diagnóstico e tratamento, por forma a reduzir os elevados custos relacionados com o encaminhamento do doente para o estrangeiro. É necessário reforçar os sistemas de saúde, para melhorar as capacidades de rastreio, detecção precoce, diagnóstico e tratamento, incluindo a manutenção do equipamento em todos os níveis.

28. Foi recomendado que se intensificassem esforços de advocacia em favor de recursos adicionais e que se reforçasse a cooperação e colaboração intersectorial, incluindo parcerias com a Agência Internacional para a Energia Atómica, para garantir a aplicação de metodologias actualizadas de diagnóstico, cuidados e tratamentos, e para apoiar os países na criação de organismos reguladores.

29. Os membros do Subcomité do Programa recomendaram ainda que se sensibilizassem as comunidades, no sentido de facilitar a detecção precoce, para a redução da morbilidade e mortalidade associadas ao cancro, e melhorar a qualidade dos cuidados paliativos aos casos avançados do cancro. São necessários esforços para disponibilizar vacinas adequadas para a prevenção de doenças infecciosas relacionadas como cancro do colo do útero.

30. Os membros do Subcomité do Programa fizeram sugestões específicas quanto ao conteúdo e à forma do documento, as quais o Secretariado concordou em submeter, em versão melhorada, à quinquagésima oitava sessão do Comité Regional.

SAÚDE DAS MULHERES NA REGIÃO AFRICANA DA OMS: APELO À ACÇÃO
(documento AFR/RC58/PSC/5)

31. A Dr.^a Tigest Ketsela, do Secretariado, apresentou o documento intitulado “Saúde das mulheres na Região Africana da OMS: apelo à acção”. As mulheres deverão encontrar-se num estado de completo bem-estar físico, mental e social para poderem aceitar as suas numerosas responsabilidades. Este aspecto foi destacado na Década das Nações Unidas para as Mulheres (1975–1985) e em várias assembleias internacionais sobre população e desenvolvimento.

32. Infelizmente, a grande maioria das mulheres africanas ainda não estão conscientes dos seus direitos à saúde, à educação e à vida, continuando a ser vítimas de discriminação sociocultural; de práticas tradicionais nefastas, como a mutilação genital feminina (MGF); de violência com base no género; de tabus alimentares; de casamentos forçados; e de gravidezes precoces, não desejadas e excessivas. Nestes factores, a par da debilidade dos sistemas de saúde, encontra-se a raiz da elevada mortalidade materna na África Subsariana.

33. Numerosos esforços foram empreendidos para combater a elevada mortalidade e morbidade materna na Região Africana, incluindo a adopção de uma estratégia para a saúde dos adolescentes, em 2001; um Roteiro para acelerar a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a mortalidade materno-infantil, em 2004; uma estratégia para a saúde das mulheres, em 2005; uma estratégia para a sobrevivência infantil, em 2006; e a decisão da Directora-Geral da OMS, em Novembro de 2006, no sentido de privilegiar a saúde das mulheres, entre outros aspectos.

34. Apesar desses esforços, muito poucos países criaram políticas e programas específicos sobre a saúde das mulheres: 57% das mulheres não têm acesso a partos profissionalmente assistidos, os progressos para a eliminação da mutilação genital feminina são muito lentos em vários países e a esperança média de vida à nascença

para as mulheres é de apenas 51 anos. Prioridades concorrentes, pobreza, conflitos recorrentes e a não compreensão do papel das mulheres dificultam a atribuição de recursos adequados aos programas sobre a saúde das mulheres.

35. As acções propostas para melhorar a saúde das mulheres incluem: a formulação ou revisão das políticas e programas nacionais com base nos perfis nacionais relativos à saúde das mulheres, criação e implementação de programas amigos das adolescentes, intensificação das intervenções essenciais relativas à saúde das mulheres; reforço das capacidades das mulheres, famílias e comunidades; criação de equipas multidisciplinares constituídas por peritos em saúde, género e direitos humanos; elaboração de um plano integrado de comunicação; e mobilização dos recursos suficientes para uma implementação eficaz das intervenções essenciais na área da saúde das mulheres.

36. Os membros do Subcomité do Programa sublinharam a urgente necessidade de se acelerarem os progressos no sentido de melhorar a saúde das mulheres, em especial para reduzir a taxa de mortalidade materna. Observaram que já se sabe o que é necessário fazer e que apenas é preciso ser-se mais inovador, para se identificar aquilo que realmente funciona e para mobilizar recursos de apoio à implementação, incluindo aproveitar as oportunidades oferecidas pelas iniciativas da saúde a nível mundial. Alguns países realizaram alguns progressos na melhoria da saúde das mulheres; tais exemplos de sucesso deveriam ser bem documentados e divulgados.

37. Observou-se igualmente que a saúde das mulheres exige um forte compromisso político e sinergia e coordenação das acções e que a integração, a colaboração intersectorial e as parcerias deverão ser reforçadas, visto que há vários programas verticais envolvidos nesta área.

38. Os membros do Subcomité do Programa recomendaram que cada país desenvolva e implemente um roteiro para acelerar a consecução dos ODM relacionados com a saúde materna e neonatal. Propuseram que as acções previstas no roteiro devem estar ligadas à Declaração de Ouagadougou sobre cuidados de saúde primários e sistemas de saúde em África.

39. Foi também recomendado que os sistemas de saúde fossem reforçados, nomeadamente investindo mais nas capacidades institucionais e humanas, no reforço da formação das parteiras tradicionais, na melhoria das atitudes do pessoal, na disponibilidades de medicamentos essenciais e no reforço dos sistemas de referência. As comunidades deveriam ser mobilizadas, garantindo ao mesmo tempo a participação activa dos homens e promovendo esquemas de seguros de saúde, para reduzir os obstáculos financeiros no acesso aos serviços por parte das mulheres.

40. Os membros do Subcomité do Programa fizeram recomendações específicas quanto ao conteúdo e à forma do documento, as quais o Secretariado concordou em integrar na versão revista do documento.

41. Os membros do Subcomité do Programa aceitaram a proposta do Director Regional para a criação de uma Comissão para a Saúde das Mulheres em África. Entre outros aspectos, a comissão deveria analisar a situação da saúde das mulheres em África, identificar determinantes e recolher informação de base factual com vista à advocacia e à mobilização de recursos.

42. O Subcomité do Programa acordou em submeter o documento com emendas e preparou um projecto de resolução (AFR/RC58/WP/1) sobre este tema, para adopção pela quinquagésima oitava sessão do Comité Regional.

REFORÇO DOS LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA NA REGIÃO AFRICANA DA OMS: UMA NECESSIDADE CRUCIAL PARA O CONTROLO DAS DOENÇAS (documento AFR/RC58/PSC/6)

43. A Dra. Alimata Diarra-Nama, do Secretariado, apresentou o documento intitulado “Reforço dos laboratórios de saúde pública na Região Africana da OMS: uma necessidade crucial para o controlo das doenças”, constituído por capítulos sobre antecedentes, problemas e desafios, e acções propostas. Os laboratórios desempenham um papel fundamental nos programas de prevenção e controlo das doenças, fornecendo informação rigorosa, e em tempo oportuno, para uso no tratamento dos doentes e na vigilância das doenças. No tocante ao tratamento de casos e ao controlo e prevenção de doenças, os laboratórios podem ser divididos em dois grandes grupos: os laboratórios de saúde pública e os laboratórios clínicos.

44. Na Região Africana, a situação dos serviços laboratoriais caracteriza-se por insuficiência de pessoal, de equipamento de laboratório e de suprimentos essenciais. Desde que foi aprovada a resolução sobre a estratégia regional para a Vigilância e Resposta Integrada das Doenças, em 1998, foram implementadas diversas actividades de reforço das capacidades dos laboratórios. Referem-se, entre elas, a criação de laboratórios regionais e subregionais de referência e de várias redes regionais de laboratórios, a implementação de modalidades de avaliação externa da qualidade e a formação técnica dos funcionários.

45. Apesar dos progressos e dos esforços em curso para reforçar as capacidades laboratoriais na Região, persistem muitas preocupações e desafios. Entre estes, contam-se a baixa prioridade atribuída pelos países aos serviços laboratoriais, a falta de políticas e estratégias nacionais para esses serviços, o financiamento insuficiente, pessoal de laboratório sem formação adequada, as más infraestruturas laboratoriais, equipamento antiquado ou sem manutenção adequada, a falta de reagentes e consumíveis essenciais, limitações na garantia de qualidade e nos protocolos de controlo, assim como equipamento e orientações inadequadas sobre biossegurança.

46. Entre as medidas propostas, constam a criação de uma política nacional abrangente de laboratórios e a formulação de planos estratégicos nacionais; a definição e reforço da liderança nacional no domínio dos laboratórios, e do sistema de aprovisionamento e distribuição para os laboratórios de saúde pública; a monitorização e avaliação; a formação do pessoal e o sistema de informação dos laboratórios; o aperfeiçoamento dos sistemas de garantia de qualidade dos laboratórios de saúde pública; a garantia da manutenção dos equipamentos; e o aumento do financiamento dos serviços dos laboratórios de saúde pública.

47. Os membros do Subcomité do Programa acolheram com agrado o documento, tendo em conta a relevância do seu conteúdo e o facto de ser a primeira vez que este tipo de documento é apresentado aos Estados-Membros. Reconheceram o papel que os laboratórios continuam a desempenhar na Vigilância e Resposta Integrada às Doenças e também a necessidade da existência de laboratórios de referência nacionais e regionais. Os membros do Subcomité do Programa manifestaram a necessidade de se abordar os problemas relacionados com os laboratórios separadamente dos que envolvem os serviços farmacêuticos, dos quais os laboratórios fazem parte na maioria

dos países. Observaram que a disponibilidade de recursos humanos e financeiros para os serviços laboratoriais constitui um desafio crucial na maioria dos Estados-Membros. Os membros do Subcomité do Programa reiteraram a necessidade dos Laboratórios Nacionais de Saúde Pública serem vistos como parte integrante dos Sistemas Nacionais de Saúde e não como entidades autónomas separadas.

48. Os membros do Subcomité do Programa propuseram recomendações específicas ao conteúdo e forma do documento, tendo o Secretariado concordado em integrá-las na versão final.

49. O Director Regional informou o SCP sobre os esforços desenvolvidos pelo Secretariado na promoção da criação dos Centros Regionais de Excelência, de modo a impulsionar a capacidade regional para a vigilância das doenças, resposta às epidemias e para o desempenho de funções nas autoridades reguladoras dos alimentos e medicamentos. Reconheceu que a organização e a designação dos laboratórios dependem das especificidades de cada Estado Membro, e sublinhou a importância das funções dos laboratórios de saúde pública e dos laboratórios clínicos.

50. O Subcomité do Programa concordou em apresentar o documento com as alterações sugeridas, e preparou uma proposta de Resolução (AFR/RC57/WP/2) sobre o assunto para aprovação na 58ª sessão do Comité Regional.

PERTURBAÇÕES CAUSADAS POR CARÊNCIA DE IODO NA REGIÃO AFRICANA DA OMS: ANÁLISE DA SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS

(documento AFR/RC58/PSC/7)

51. A Dra. Matshidiso Moeti, do Secretariado, apresentou o documento intitulado “Perturbações causadas por carência de iodo na Região Africana: análise da situação e perspectivas”. As perturbações causadas por carência de iodo (IDD) englobam uma vasta gama de problemas de saúde associados à carência de iodo numa população. A deficiência de iodo é devida a uma baixa presença de iodo nos regimes alimentares. Os problemas com ela relacionados, que abrangem o bócio, partos de nados-mortos, atraso no crescimento (cretinismo), deficiência da tiróide e problemas mentais, são evitáveis desde que se garanta uma ingestão adequada de iodo. As grávidas e as crianças pequenas que vivem em regiões afectadas pela carência de iodo encontram-

se especialmente em risco. Nas zonas com carências graves de iodo, o cretinismo pode afectar entre 5% a 15% da população.

52. As informações da base de dados mundial da OMS sobre a carência de iodo (2004) indicavam que 54 países do mundo tinham populações com ingestão insuficiente de iodo, encontrando-se 14 desses países na Região Africana. Entre 1997 e 2007, a percentagem de famílias da Região que usavam sal iodado aumentou 20%. Contudo, entre 2001 e 2007 o aumento registado foi de apenas 5%, devido a um abrandamento nos esforços de controlo da IDD.

53. Embora África tenha registado alguns progressos nos programas de IDD, vários problemas continuam a dificultar a eliminação da IDD na Região. A sustentabilidade, a longo prazo, dos programas de iodização do sal e o fornecimento de sal iodado a todas as comunidades alvo constituem importantes desafios.

54. Foi sublinhada a necessidade de aplicar e reforçar a legislação sobre a iodização do sal nos países onde a IDD é um problema significativo de saúde pública. Além disso, políticas actualizadas deveriam definir claramente os papéis e responsabilidades de todos os intervenientes. A legislação e as políticas, novas ou actualizadas, devem reflectir o nível actual de iodização, conforme recomendado pela OMS, UNICEF e o Conselho Internacional para o Controlo das Perturbações por Carência de Iodo.

55. O apoio político deverá ser mobilizado, através do empenho de legisladores, governantes e comunidades. O empenho político deverá ser mantido graças à advocacia permanente e a parcerias eficazes. A advocacia deverá ser intensificada junto dos principais dirigentes, a nível nacional e internacional. Há que mobilizar a comunidade internacional e as autoridades de saúde pública, para que mantenham a eliminação das perturbações devidas à carência de iodo num plano destacado da agenda nacional e internacional de saúde pública.

56. Os membros do Subcomité do Programa manifestaram a necessidade de dar relevo à prevenção a nível do consumo e da preparação dos alimentos e de intensificar a sensibilização para estas questões, sublinhando que para tal é importante adoptar uma abordagem multisectorial. O papel dos factores culturais deve ser tido em conta nas intervenções de comunicação e educação. Observaram que este debate constitui uma oportunidade para dar seguimento às resoluções WHA58.24 e WHA60.21 sobre a eliminação sustentada das IDD, e para melhor articular as acções específicas da Região.

57. Recomendaram que as questões relativas à resistência dos consumidores, comércio informal do sal, promoção da saúde e regulamentos e mecanismos para a monitorização da qualidade do sal, por parte de fontes informais, e do sal iodado deverão receber mais atenção no documento e que as melhores práticas de eliminação das perturbações causadas por carência de iodo deverão ser documentadas e partilhadas com os países da Região.

58. Os membros do Subcomité do Programa propuseram recomendações específicas ao conteúdo e forma do documento, tendo o Secretariado concordado em integrá-las na versão final.

59. O Secretariado agradeceu aos membros do Subcomité do Programa e lembrou que, em 2005 e 2007, foram adoptadas, na Assembleia Mundial da Saúde, resoluções que apelavam a uma acção sustentada para a eliminação das perturbações causadas por carências de iodo.

60. O Subcomité do Programa concordou em apresentar o documento revisto à aprovação da 58ª sessão do Comité Regional.

SEGURANÇA DOS DOENTES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA REGIÃO AFRICANA: PROBLEMAS E SOLUÇÕES (documento AFR/RC58/PSC/8)

61. A Dr.^a Alimata Diarra-Nama, do Secretariado, apresentou o documento intitulado “Segurança dos doentes nos serviços de saúde da Região Africana: problemas e soluções”. A prática relativa à segurança dos doentes refere-se a um tipo de processo ou estrutura para reduzir a probabilidade de ocorrência de efeitos

adversos resultantes da exposição a uma multiplicidade de doenças e procedimentos nos sistemas de cuidados de saúde. Destinam-se a tornar mais seguros os cuidados de saúde para os doentes e para os profissionais. Os erros médicos podem resultar em inúmeros traumatismos e mortes evitáveis.

62. Na Região Africana, a falta de dados adequados impede que se compreenda a extensão dos problemas associados à segurança dos doentes. No entanto, estudos de prevalência sobre infecções associadas aos cuidados hospitalares em alguns países africanos revelaram taxas elevadas de infecção na ordem dos 18.9%, sendo os doentes cirúrgicos os que são afectados com maior frequência.

63. A maioria dos países não dispõe de políticas nacionais sobre práticas seguras de tratamento dos doentes. Financiamento inadequado, inexistência de sistemas críticos de apoio, incluindo estratégias, orientações e instrumentos, e de normas para a segurança dos doentes continuam a ser as principais preocupações na Região. Os fracos sistemas de prestação de cuidados de saúde, incluindo infra-estruturas impróprias, fraca capacidade de gestão e instalações de saúde mal equipadas, geraram uma situação em que a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos é bastante elevada.

64. Os principais motivos de preocupação são: a implementação de procedimentos para a segurança do sangue; a sobreutilização, subutilização ou utilização incorrecta dos medicamentos; tratamento inadequado do lixo hospitalar; falta de segurança nos cuidados cirúrgicos; falta de recursos humanos; baixo nível de preparação do pessoal e a falta de formação médica contínua; risco grave de infecção causada por agentes patogénicos transmitidos pelo sangue; a falta de parcerias para a segurança envolvendo doentes e a sociedade civil; e a falta de informação adequada sobre os problemas dos doentes.

65. As acções propostas para melhorar a segurança dos doentes incluem: elaborar e implementar políticas nacionais e normas para a segurança dos doentes; determinar a dimensão dos problemas; melhorar a base de conhecimentos e a formação sobre segurança dos doentes; aumentar a sensibilização e o envolvimento da sociedade civil; abordar o contexto no qual os serviços e os sistemas de saúde estão a ser

desenvolvidos; minimizar as infecções associadas aos cuidados de saúde; promover as parcerias; disponibilizar um financiamento adequado; e reforçar a vigilância e a capacidade de investigação.

66. Os membros do Subcomité do Programa observaram que uma das razões para a subutilização dos serviços de saúde é a má qualidade dos cuidados prestados. Uma melhor remuneração e condições de trabalho adequadas são factores que podem melhorar a atitude dos profissionais da saúde. Expressaram a necessidade de envolver os doentes e a sociedade civil nos debates destinados a criar procedimentos relativos à segurança dos doentes.

67. Recomendaram que se crie um organismo no seio dos ministérios da saúde que possa promover e monitorizar a segurança dos doentes, assim como coordenar a actualização de normas, padrões e códigos de ética sobre a segurança dos doentes. Deve ser promovida a sensibilização dos profissionais de saúde para a segurança dos doentes, devendo esta ser incluída nos planos de estudo das instituições de formação relacionadas com a saúde. Deve dar-se mais atenção às transfusões de sangue e ao manuseamento do sangue nos hospitais e ao tratamento dos lixos hospitalares.

68. Os membros do Subcomité do Programa reiteraram a necessidade de melhorar o acesso a medicamentos de qualidade, com vista a reduzir a auto-medicação, a qual pode ter efeitos prejudiciais e de reforçar a legislação destinada a controlar a qualidade dos medicamentos. Também sublinhou a importância da Resolução WHA55.18 sobre a segurança dos doentes e qualidade dos cuidados.

69. Os membros do Subcomité do Programa propuseram recomendações específicas ao conteúdo e forma do documento, tendo o Secretariado concordado em integrá-las na versão final.

70. O Secretariado informou os membros do Subcomité do Programa que, no decorrer da quinquagésima oitava sessão do Comité Regional, em Yaoundé, será organizada uma sessão especial em colaboração com a Aliança Internacional para a Segurança dos Doentes.

71. O Subcomité do Programa concordou em apresentar o documento revisto à aprovação da 58ª sessão do Comité Regional.

IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA REGIONAL DE SAÚDE ORAL: ANÁLISE DA SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC58/PSC/9)

72. A Dr.^a Matshidiso Moeti, do Secretariado, apresentou o documento intitulado “Implementação da estratégia regional de saúde oral: análise da situação e perspectivas”. Em 1998, o Comité Regional Africano da OMS adoptou uma estratégia regional decenal de saúde oral (1999–2008). A estratégia realça os problemas de saúde oral mais graves na Região e incide sobre cinco prioridades: formulação e implementação de estratégias nacionais; integração da saúde oral nos programas de saúde; prestação de serviços; uma abordagem regional à educação e à formação; e o desenvolvimento de um sistema de informação sobre gestão da saúde oral.

73. O documento indica que os Estados-Membros realizaram progressos significativos desde a adopção da estratégia regional. No entanto, subsistem muitos problemas e desafios, nomeadamente em relação aos programas de saúde oral; serviços de saúde oral; cuidados preventivos e de conservação dentária; instalações e equipamento inadequado; afectação reduzida e inadequada de recursos; e a formação dos profissionais de saúde. Além disso, a fragilidade dos sistemas nacionais de informação sanitária resulta numa falta de informação fiável e na inexistência de investigação operacional específica sobre saúde oral.

74. A implementação da estratégia regional deve ser intensificada através das seguintes acções: reforço do empenho político e da coordenação dos programas nacionais de saúde oral; criação e implementação de programas de promoção; aumento da afectação de recursos às actividades de prevenção e controlo das doenças orais; investimento na criação adequada de capacidades; criação e reforço de sistemas de vigilância; fomentar a investigação para comprovar a relação custo-eficácia das intervenções de saúde oral; e o reforço das parcerias.

75. Os membros do Subcomité do Programa elogiaram o Secretariado pela relevância do tema e pela qualidade do documento. Sublinharam a importância da integração da saúde oral nos programas de cuidados de saúde primários, ao mesmo

tempo que realçaram os aspectos da prevenção primária e secundária. Indicaram também a necessidade de chamar a atenção dos Estados-Membros para os problemas associados ao uso excessivo de flúor a necessidade de realizar investigação sobre esta questão. Os membros do Subcomité do Programa recomendaram que o documento possa ser encarado como um meio para a implementação da Resolução WHA60.17 da Assembleia Mundial de Saúde sobre saúde oral, incidindo concretamente nas acções que têm em conta o contexto particular de cada Estado-Membro. Recomendaram ainda que fosse dado maior relevo ao noma, em virtude do seu efeito mutilador e do seu impacto social e económico.

76. Os membros do Subcomité do Programa propuseram recomendações específicas ao conteúdo e forma do documento, tendo o Secretariado concordado em integrá-las, para apresentação à 58ª sessão do Comité Regional.

DEBATES DOS PROJECTOS DE RESOLUÇÃO

77. Discutiram-se os seguintes projectos de resolução:

- a) AFR/RC58/PSC/WP/1 Saúde das mulheres na Região Africana da OMS: apelo à acção.
- b) AFR/RC58/PSC/WP/2 Reforço dos laboratórios de saúde pública na Região Africana da OMS: uma necessidade crucial para o controlo das doenças.
- c) AFR/RC58/PSC/WP/3 A Declaração de Ouagadoudou sobre cuidados de saúde primários e sistemas de saúde em África: melhorar a saúde em África no novo milénio.

78. Os membros do Subcomité do Programa fizeram alterações específicas que foram integradas nos projectos de resolução apresentados no Anexo 4, para serem submetidos à apreciação da 58ª sessão do Comité Regional.

79. O Subcomité do Programa acordou em apresentar os projectos de resolução com as alterações sugeridas para aprovação da 58ª sessão do Comité Regional.

80. O Subcomité do Programa examinou e recomendou, igualmente, a ordem do dia provisória da quinquagésima nona sessão do Comité Regional, a submeter à consideração da quinquagésima-oitava sessão do Comité Regional.

APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

(documento AFR/RC58/PSC/10)

81. Após revisão, debate e a introdução de algumas alterações, o Subcomité do Programa adoptou o relatório, com as alterações, para ser submetido à quinquagésima oitava sessão do Comité Regional, em Setembro.

ATRIBUIÇÃO DE RESPONSABILIDADES PARA A APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA AO COMITÉ REGIONAL

82. O Subcomité do Programa decidiu que o Presidente e Vice-Presidente apresentariam o relatório ao Comité Regional.

ENCERRAMENTO DA REUNIÃO

83. O Presidente agradeceu aos membros do Subcomité do Programa pela sua muito activa e construtiva participação nas deliberações. Agradeceu, também, ao Secretariado pelos documentos bem formulados e fundamentados, assim como pelo trabalho de facilitação. Agradeceu, ainda, ao Director Regional pela orientação estratégica que prestou no decurso das deliberações do Subcomité do Programa.

84. O Presidente informou os participantes que os mandatos para o Subcomité do Programa, da Argélia, Angola, Benim, Uganda, Zâmbia e Zimbabué tinham terminado e agradeceu-lhes pelos seus inestimáveis contributos para o trabalho do Subcomité, informando-os que serão substituídos por membros da Gâmbia, Gana, Guiné, Lesoto, Madagáscar e Malauí. Em nome de todos os membros cessantes do Subcomité do Programa, o Presidente agradeceu ao Secretariado por ter facilitado o seu trabalho e pela assistência técnica prestada aos países.

85. Na sua alocução de encerramento, o Director Regional agradeceu ao Presidente pelo tacto e diplomacia demonstrados na condução das deliberações do Subcomité do Programa, tendo tido um resultado muito positivo. Agradeceu ainda aos membros pelos seus contributos e sugestões, que contribuíram para a melhoria dos documentos técnicos e resoluções a serem submetidos ao Comité Regional. Observou que a peritagem técnica de alta qualidade e as tecnologias para resolver os problemas de saúde são abundantes na Região, sendo, no entanto, necessário uma visão clara, mobilização de recursos adicionais e uma gestão mais eficiente, por forma a melhorar a prestação dos serviços de saúde, em especial aos níveis locais. Agradeceu, igualmente, aos membros do Subcomité do Programa pela revisão da ordem do dia provisória da quinquagésima nona sessão do Comité Regional.

86. O Director Regional agradeceu ao Secretariado e aos intérpretes pelo seu excelente contributo para o trabalho do Subcomité do Programa.

87. O Presidente declarou, então, encerrada a reunião.

LISTA DOS PARTICIPANTES

ARGÉLIA

Prof. Kheirreddine Khelfat
Conseiller Chargé d'Etudes et de Synthèse
Ministère de la Santé de la Santé Publique

BURUNDI

Dr Jean Kamana
Conseiller à la Direction Générale

ANGOLA

Dra. Elsa Maria da Conceição Ambriz
Ponto Focal para o Dossier da OMS
no Gabinete do Ministro
Ministério da Saúde, Luanda

CAMARÕES

Dr Boubakari Yaou
Inspecteur Général des services
Administratifs au Ministère de la
Santé

BENIM

Dr. Benoit Faihun
Secrétaire général du Ministère
Ministre de la Santé, Bénin

CABO VERDE

Dr. Ildo Carvalho
Técnico Superior do Gabinete de
Estudos, Planeamento e Cooperação

BOTSUANA

Dr Shenaaz El-Halabi
Director Public Health

CHADE

Dr Ali Mahamat Moussa
Coordonnateur Adjoint du
Programme National de Lutte
contre le SIDA

BURKINA FASO

Dr Souleymane Sanou
Directeur général de la santé
Ministère de la Santé

REPÚBLICA CENTRO-AFRICANA

Dr Jean Pierre Banga-Mingo
Chargé de Mission, Responsable de
Suivi du Deuxième Plan de
Développement Sanitaire II

COMORES

Dr Mohamed Moussa
Directeur National de la Santé

ZÂMBIA

Dr Victor M. Mukonka
Director Public Health & Research,
Ministry of Health, Lusaka

REPÚBLICA DO CONGO

Dr Damase Bodzongo
Directeur General de la Santé

ZIMBABUÉ

Dr Stanley M. Midzi
Deputy, Director Disease
Prevention and Control, Harare

CÔTE D'IVOIRE

Dr Trouin Félix Bledo
Directeur de Cabinet Adjoint du
Ministère de la Santé et de l'Hygiene
Publique

MEMBRO DO CONSELHO EXECUTIVO

Dr Djibo Ali
Directeur général de la Santé, Níger

UGANDA

Prof. Emmanuel M.Kaijuka
Commissioner for Health Services
Ministry of Health, Kampala

ORDEM DO DIA

8. Abertura da sessão
9. Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
10. Adopção da ordem do dia (documento AFR/RC58/PSC/1)
11. Medidas para reduzir o uso nocivo do álcool (documento AFR/RC58/PSC/3)
12. Prevenção e controlo do cancro : estratégia para a Região Africana da OMS (documento AFR/RC58/PSC/4)
13. Saúde das mulheres na Região Africana da OMS: apelo à acção (documento AFR/RC58/PSC/5)
14. Reforço dos laboratórios de saúde pública na Região Africana: uma necessidade crucial para o controlo das doenças (documento AFR/RC58/PSC/6)
15. Perturbações causadas pela carência de iodo na Região Africana da OMS: análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC58/PSC/7)
16. Segurança dos doentes nos serviços de saúde da Região Africana: problemas e soluções (documento AFR/RC58/PSC/8)
17. Implementação da estratégia regional de saúde oral: ponto da situação e perspectivas (documento AFR/RC58/PSC/9)
18. Debate dos projectos de resoluções
19. Aprovação do Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC58/PSC/10)
13. Atribuição de responsabilidades para a apresentação do Relatório do Subcomité do Programa ao Comité Regional
14. Encerramento da reunião

APÊNDICE 3

PROGRAMA DE TRABALHO

1º DIA: TERÇA-FEIRA, 10 DE JUNHO DE 2008

09h00 – 10h00	<i>Registo dos participantes</i>
10h00 – 10h30	Ponto 1 Cerimónia de Abertura
10h30 – 11h10	Ponto 2 Eleição do Presidente, do Vice-Presidente e dos Relatores
11h10 – 11h30	<i>(Foto de grupo + Intervalo: chá e frutas)</i>
11h30 – 11h35	Ponto 3 Adopção da ordem do dia (documento AFR/RC58/PSC/1)
11h35 – 12h55	Ponto 4 Medidas para reduzir o uso nocivo do álcool (documento AFR/RC58/PSC/3)
12h55 – 14h00	<i>Almoço</i>
14h00 – 15h30	Ponto 5 Prevenção e controlo do cancro: estratégia para a Região Africana da OMS (documento AFR/RC58/PSC/4)
15h30 – 16h00	<i>Intervalo: Chá e frutas</i>
16h00 – 17h30	Ponto 6 Saúde das mulheres na Região Africana da OMS: apelo à acção (documento AFR/RC58/PSC/5)
17h30	Fim da sessão
	<i>Recepção</i>

2º DIA: QUARTA-FEIRA, 11 DE JUNHO DE 2008

09h00 – 10h30	Ponto 7	Reforço dos laboratórios de saúde pública na Região Africana: estratégia para a Região Africana da OMS (documento AFR/RC58/PSC/6)
10h30 – 11h00	<i>Intervalo: Chá e frutas</i>	
11h00 – 12h30	Ponto 8	Pertubações causadas pela carência de iodo na Região Africana da OMS: análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC58/PSC/7)
12h30 – 14h00	<i>Almoço</i>	
14h00 – 15h30	Ponto 9	Segurança dos doentes nos serviços de saúde da Região Africana: problemas e soluções (documento AFR/RC58/PSC/8)
15h30 – 16h00	<i>Intervalo: Chá e frutas</i>	
16h00 – 17h30	Ponto 10	Implementação da estratégia regional de saúde oral: análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC58/PSC/9)
17h30	Fim da sessão	

3º DIA: QUINTA-FEIRA, 12 DE JUNHO DE 2008

09h00 – 10h30	Ponto 6 (continuação)	Saúde das mulheres na Região Africana da OMS: apelo à acção (documento AFR/RC58/PSC/5)
---------------	----------------------------------	--

10h30 – 11h00	<i>Intervalo: Chá e frutas</i>
11h00 – 12h30	Ponto 12 Debate dos projectos de resoluções
12h30 – 14h00	<i>Almoço</i>
14h00	<i>Preparação do Relatório do Subcomité do Programa</i>

4º DIA: SEXTA-FEIRA, 13 DE JUNHO DE 2008

10h00 – 11h00	Ponto 13	Aprovação do Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC58/PSC/11)
11h00 – 11h30	Ponto 14	Atribuição de responsabilidades para a apresentação do Relatório do Subcomité do Programa ao Comité Regional
	Ponto 15	Encerramento da reunião

RELATÓRIO DOS PAINÉIS DE DISCUSSÃO

PARTILHAR AS MELHORES PRÁTICAS DE INTENSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES RELACIONADAS COM A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

OBJECTIVOS

1. Partilhar experiências de intensificação de intervenções de saúde materna e neonatal (MNH);
2. Identificar factores críticos do sistema de saúde que exigem uma acção prioritária;
3. Definir papéis e responsabilidades dos governos e parceiros relativamente à intensificação das intervenções;
4. Apresentar recomendações para as perspectivas futuras relativamente à intensificação de intervenções essenciais de saúde materna e neonatal.

DESENROLAR DOS TRABALHOS

O Dr. David Parirenyatwa, Ministro da Saúde e da Protecção Social das Crianças do Zimbabué, e o Dr. Yarou Asma Gali, Director da Saúde Materna e Infantil, do Ministério da Saúde do Níger, co-presidiram à sessão. Três peritos efectuaram apresentações sobre os temas seguintes: 1) Delegação de competências em cirurgias obstétricas complexas: a experiência dos prestadores de nível intermédio em Moçambique, pelo Dr. Caetano Pereira, do Ministério da Saúde de Moçambique; 2) Melhores práticas de saúde materna no Ruanda, pela Dr.^a Maria Mugabo, da OMS/Ruanda; e 3) Melhores práticas de saúde materna e neonatal: a experiência da Eritreia, pelo Dr. Berhana Haile, do Ministério da Saúde da Eritreia.

A apresentação de Moçambique salientou a experiência de formação aplicada aos quadros de nível intermédio (técnicos de cirurgia) para responder à falta de pessoal qualificado ao nível periférico. Os resultados de várias avaliações e estudos

mostram que esta abordagem contribuiu para melhorar o acesso aos serviços obstétricos de urgência. Estes estudos mostram igualmente que os técnicos de cirurgia actuam de forma segura e eficaz; que a abordagem tem uma boa relação custo-eficácia; que os padrões dos cuidados dispensados têm plena aceitação; e que os técnicos podem ser absorvidos ao nível dos hospitais distritais. Quando não há médicos disponíveis, os técnicos representam uma solução pragmática e segura no sentido de evitar óbitos maternos desnecessários e complicações de parto, como as fístulas vesico-vaginais, e a morte fetal. Mesmo quando há médicos disponíveis, os prestadores de saúde de nível intermédio, como os técnicos de cirurgia constituem um bom complemento da equipa de saúde, permitindo alargar o acesso aos cuidados de urgência e que podem salvar vidas.

A apresentação do Ruanda destacou os desafios que o país enfrentou depois do genocídio de 1994 e que tiveram por resultado uma grande carência de recursos humanos, a destruição de infraestruturas e a deterioração dos indicadores da saúde. Para responder a esta situação, o Governo adoptou várias políticas e estratégias que contribuíram para a melhoria do estado de saúde em geral e, em particular, da saúde materna e neonatal. Entre estas contam-se a estabilidade política e a segurança nacional; boa governação e um quadro institucional favorável para a saúde materna, melhor coordenação das intervenções referentes à saúde reprodutiva, implementação da política de descentralização dos serviços administrativos e de saúde, introdução de um sistema de contratação entre o Chefe de Estado e as autoridades locais (Imihigo), implementação de um sistema de financiamento do sector da saúde com base no desempenho, reforço dos serviços de planeamento familiar, o que se tornou uma prioridade do Governo; implementação de um sistema de seguro de saúde (seguro mutualista); reforço do papel dos agentes de saúde comunitários (CHW) no contexto da saúde materna; e intensificação dos cuidados obstétricos de urgência. Entre os principais resultados, referem-se: a redução da taxa de mortalidade materna (MMR) de 1071, em 2000, para 750 óbitos maternos por 100.000 nados-vivos, em 2005; a subida da taxa de prevalência de contraceptivos (CPR) de 4%, em 2000, para 27%, em 2007; e a percentagem de partos assistidos por pessoal qualificado, que subiu de 31%, em 2000, para 52%, em 2007.

A apresentação da Eritreia descreveu várias intervenções que tinham sido implementadas, contribuindo para uma melhor cobertura das intervenções de saúde materna e resultando numa redução da taxa de mortalidade materna. Estas intervenções incluíram o reforço das capacidades dos profissionais qualificados para dar assistência durante o parto; o aumento da percentagem de estabelecimentos de saúde capazes de dispensar uma vasta gama de cuidados obstétricos de urgência, de 40%, em 2004, para 82,3%, em 2008; a formação de médicos sobre a realização de cesarianas; a prestação de cuidados após a interrupção da gravidez e realização de outras pequenas cirurgias; a contratação de obstetras de outras fontes para colmatar as necessidades hospitalares na área dos cuidados obstétricos de urgência. O país adoptou e implementou também estratégias baseadas em evidências, como o uso de sulfato de magnésio em todos os estabelecimentos de saúde; direccionou os cuidados pré-natais para os serviços de periferia; a distribuição gratuita de redes mosquiteiras tratadas com insecticida a todas as mulheres grávidas e lactantes; a sensibilização das comunidades e o envolvimento dos homens; e a utilização de “casas de espera de parto” onde as grávidas podem aguardar o dia em que deve começar o trabalho de parto. Para além destas intervenções, o governo aumentou o orçamento da saúde reprodutiva, de 1,5 milhões para 3,3 milhões. Todas estas intervenções tiveram como resultado uma elevada cobertura dos cuidados pré-natais para pelo menos uma visita (80%); a redução da taxa de mortalidade materna de 630 por 100.000 nados-vivos, em 2002, para 450 por 100.000 nados-vivos, em 2005. A diminuição da prevalência do paludismo em mais de 85% e a eliminação do tétano materno e neonatal, em 2004 (com certificação da OMS) contribuíram para a redução da taxa de mortalidade materna e da taxa de mortalidade perinatal.

QUESTÕES ESSENCIAIS

No decurso do debate foram levantadas as seguintes questões:

- O papel crucial do Governo na redução da mortalidade maternal e neonatal
- A necessidade de investir no reforço do sistema de saúde (privilegiando os cuidados de saúde primários), incluindo formação, equipamento e materiais, produtos de saúde reprodutiva e sistema de transferência de doentes

- O desafio que representa a crise de recursos humanos na Região e o desenvolvimento de quadros de nível intermédio como uma das respostas a esta crise e, em especial, a necessidade de:
 - Mudar a política, ao nível nacional, com vista a desenvolver quadros de nível intermédio;
 - Ter a participação de instituições de formação e entidades profissionais ao longo do processo;
 - Elaborar uma política/estratégia de retenção dos recursos humanos e de carreiras profissionais;
 - Adoptar uma estratégia/abordagem regional para a formação de quadros de nível intermédio.
- O papel das parteiras tradicionais (TBA), num contexto em que a maioria dos partos tem lugar em casa.
- A importância de eliminar as barreiras financeiras de acesso aos serviços de saúde, como as taxas cobradas aos utentes, e de criar esquemas de seguros nacionais de saúde, em particular para as grávidas e as crianças com menos de cinco anos de idade.
- O papel crucial das comunidades, incluindo no que diz respeito à participação dos homens, na redução da mortalidade maternal e neonatal, bem como a preparação para o parto e a melhoria da comunicação e transporte.
- A necessidade de intensificar intervenções de planeamento familiar, como um dos pilares de uma maternidade segura.
- O papel da educação no reforço do poder das mulheres e das comunidades.
- A importância de sistemas que permitam examinar as causas dos óbitos maternos e perinatais/sistemas de auditoria para a melhoria da qualidade dos serviços.

RECOMENDAÇÕES

- Os governos devem empenhar-se na redução da mortalidade materna e assumir o seu papel de liderança para garantir que as mulheres grávidas têm acesso a cuidados neonatais de qualidade
- Os governos devem investir no reforço dos sistemas de saúde (desenvolvimento de recursos humanos, equipamentos e materiais, produtos para saúde reprodutiva e sistema de reencaminhamento, incluindo intervenções de nível comunitário, etc.) fazendo uso de recursos nacionais e externos
- Os governos deverão considerar adaptar políticas e estratégias que promovam a formação e a utilização de quadros de nível intermédio para melhorar os resultados na área da saúde materna e neonatal
- Os governos deverão implementar a estratégia regional de financiamento da saúde adoptada pela 56ª sessão do Comité Regional, em 2006 (AFR/RC56/R5), a fim de eliminar as barreiras financeiras ao acesso aos serviços de saúde
- Os governos deverão rever e reorientar o papel das TBA, em conformidade com a declaração conjunta da OMS, ICM e FIGO 2004 sobre o papel fundamental das profissionais qualificadas para prestar assistência durante o parto
- Os governos e os parceiros deverão advogar a favor da criação de um mecanismo específico de financiamento para a área da saúde materna, neonatal e infantil (MNCH)
- A OMS e os parceiros deverão apoiar os governos no desenvolvimento de programas curriculares e formação de quadros de nível intermédio.

PARTILHAR AS MELHORES PRÁTICAS DE INTENSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES RELACIONADAS COM A PREVENÇÃO E CONTROLO DO PALUDISMO

ANTECEDENTES

A Região Africana é a mais afectada pelo paludismo, representando 60% dos cerca de 300 a 500 milhões de casos de paludismo estimados, a nível mundial, e mais de 80% dos óbitos devidos ao paludismo, anualmente. Em 2001, estimava-se que o custo económico anual do paludismo fosse de 12 mil milhões de dólares americanos. Existe um acordo geral sobre as intervenções custo-eficazes para a prevenção e controlo do paludismo, nomeadamente, o uso de mosquiteiros tratados com insecticida (ITN) a pulverização residual domiciliária (IRS), o tratamento preventivo intermitente para as mulheres grávidas (IPTP) e a gestão dos casos de uma forma imediata e eficaz.

A expressão de interesse mundial em avançar para a eliminação do paludismo salienta a necessidade de acelerar a intensificação das intervenções. A maioria dos países encontra-se a implementar intervenções únicas ou intervenções múltiplas de forma fragmentada, não tendo ainda intensificado as suas intervenções. No entanto e em alguns países como a Eritreia, Quénia, Madagáscar, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Tanzânia (especialmente Zanzibar) têm-se verificado reduções substanciais na morbidade e na mortalidade. Reduções semelhantes têm-se observado na África do Sul e na Suazilândia, que basicamente fazem uso da IRS.

OBJECTIVOS

O objectivo geral do painel de discussão foi partilhar as melhores práticas, para desta forma ajudar outros países na obtenção de resultados semelhantes.

Os objectivos específicos eram:

1. Partilhar as melhores práticas e ensinamentos sobre a intensificação do controlo do paludismo;

2. Identificar as formas e os meios de acelerar a intensificação das intervenções;
3. Fazer recomendações sobre o caminho futuro para acelerar a intensificação da prevenção e controlo do paludismo na Região.

DESENVOLVER OS TRABALHOS

O painel de discussão foi presidido por Sua Excelência o Ministro da Saúde de Madagáscar. Foram efectuadas duas apresentações sobre experiências de intensificação da prevenção e controlo do paludismo na Eritreia e no Ruanda. A sessão contou com 121 participantes dos Estados-Membros e diferentes organizações parceiras. Os participantes dos Estados-Membros contribuíram de forma enriquecedora com as suas discussões e contributos, relativos aos importantes progressos e os desafios com que se deparam, no que respeita ao controlo do paludismo.

Abordagem Integrada para a Redução da Morbilidade e Mortalidade Associadas ao Paludismo, no Ruanda

O paludismo é a principal causa de morbilidade e mortalidade no Ruanda, sendo responsável por mais de 50% da assistência médica. Para abordar o problema do paludismo, o Ruanda desenvolveu um plano estratégico e criou um programa integrado para o controlo do paludismo (PNILP). As principais intervenções são as ITN, a comunicação como forma de alterar comportamentos e o tratamento eficaz. Esta apresentação destacou algumas das boas práticas que permitiram ao Ruanda intensificar as intervenções para o controlo do paludismo.

Em Setembro de 2006, o Ruanda efectuou uma campanha integrada de vacinação contra o sarampo e de distribuição de ITN. Foram distribuídos cerca de 1.364.897 mosquiteiros tratados com insecticida de longa duração (LLINs), registando um crescimento de 101%, enquanto a cobertura vacinal contra o sarampo e outras doenças foi de 107%. Uma avaliação efectuada quatro semanas após a campanha, demonstrou que 95% das crianças com menos de cinco anos dormiam sob uma rede mosquiteira tratada com insecticida. Desde 2006, através das clínicas de vacinação e

pré-natais, o Ruanda tem procedido à distribuição das ITN. Em 2007, 98% das mulheres grávidas assistidas nas clínicas pré-natais tinham recebido ITN e 100% das crianças que, aos 9 meses eram vacinadas contra o sarampo, recebiam uma LLIN.

Em 2004, foi iniciado o programa de gestão domiciliária do paludismo (HMM), em quatro distritos altamente endémicos, tendo-se estendido a 18 distritos, em 2007. Os funcionários da gestão domiciliária do paludismo utilizam Artemether Lumefantrine. Em 2007, uma avaliação externa de HMM demonstrou que 80% das crianças tratadas para a febre, através do programa HMM, recebiam o tratamento 24 horas após a manifestação dos sintomas. Verificou-se também uma redução de 64% nos óbitos devidos ao paludismo nas instituições de saúde dos distritos com HMM.

Em meados de 2007, 60% das crianças com menos de cinco anos e 74% das mulheres grávidas dormiam protegidas por um mosquiteiro impregnado, tendo 65% destas recebido pelo menos duas doses de IPT. Verificou-se uma redução dramática no número de casos e de óbitos devidos ao paludismo, nas instituições de saúde.

Os ensinamentos são os seguintes: os intervenientes chave devem estar envolvidos em todas as fases das campanhas; a integração da distribuição da ITN nos cuidados de vacinação e pré-natais é exequível, devendo seguir-se-lhes campanhas BCC eficazes que promovam o seu uso sustentado; o sucesso das intervenções de controlo do paludismo dependem de boas decisões técnicas, vontade e apoio políticos consistentes, bem como uma verdadeira parceria entre as comunidades, as autoridades políticas, os intervenientes chave e os parceiros.

Intensificação da Prevenção e Controlo do Paludismo na Eritreia

Na Eritreia o paludismo é endémico, altamente sazonal, focalizado e instável. Desde 1999, a Eritreia tem vindo a implementar um pacote de intervenções onde se incluem a gestão dos casos, gestão integrada dos vectores, prevenção das epidemias, melhoria das capacidades, investigação operacional, promoção da saúde, supervisão, monitorização e avaliação e promoção de parcerias.

A Estratégia de Gestão Integrada dos Vectores inclui a distribuição das ITN, o tratamento das redes convencionais, pulverização no interior dos domicílios (IRS),

redução das fontes transmissoras ou eliminação dos locais de reprodução e de desenvolvimento das larvas. Desde 2005, tem-se procedido à distribuição de LLINS. Em 2007, mais de 90% das ITNs eram tratadas, sem custos para os beneficiários. Os Agentes de Saúde Comunitários (CHA) fazem a gestão de 80% de todos os possíveis casos de paludismo sem complicações a nível comunitário, encaminhando os casos com complicações para a unidade de saúde mais próxima.

O reforço das capacidades é efectuada a todos os níveis e os CHA aproximam os serviços das pessoas. A implementação do Programa tornou possível a consecução dos objectivos de cobertura definidos em Abuja e as metas da RBM 2010 respeitantes à morbilidade e mortalidade. Em 2007, os casos e os óbitos devidos ao paludismo, registados nas instituições de saúde tinham sido reduzidos em mais de 90%. A Eritreia fez mais que conseguir o sucesso na consecução dos resultados esperados. O elevado compromisso político, a promoção da responsabilidade da comunidade, a sua capacitação e um bom sistema de vigilância e monitorização, contribuíram para as realizações no controlo do paludismo na Eritreia. Este país demonstrou que o paludismo pode ser controlado, mesmo num contexto de recursos limitados, através da implementação activa de um pacote alargado e integrado de intervenções, de uma forte liderança a todos os níveis, do envolvimento de CHA no controlo do paludismo e de uma gestão ajustada dos recursos disponíveis.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

- 1.A implementação alargada de intervenções para a prevenção e controlo levaram, em muitos países, à redução da morbilidade e mortalidade devidas ao paludismo. Todos os países são encorajados a acelerar a implementação de um pacote alargado de intervenções para a prevenção e controlo do paludismo, por forma a permitir um acesso universal e um impacto sustentável;
- 2.O diagnóstico parasitológico do paludismo deve ser reforçado, a fim de melhor racionalizar o uso de ACT e notificar correctamente os casos e óbitos devidos ao paludismo;

3. Em muitos países, a capacidade de monitorização e avaliação é ainda fraca. Os parceiros devem ajudar os países a melhorar as capacidades para a monitorização e a avaliação, a nível nacional e distrital, permitindo o relatório de desempenho. O sistema de monitorização e avaliação deve usar o sistema de informação sanitária como a principal fonte de dados, complementado pelos inquéritos efectuados a nível domiciliário;
4. Os países devem reforçar a farmacovigilância e a monitorização dos insecticidas e dos fármacos, como parte do sistema de vigilância;
5. O financiamento para o controlo do paludismo está a aumentar, pelo que os países devem aproveitar esta oportunidade para melhorarem a gestão dos programas de controlo do paludismo, incluindo o recrutamento, formação, e retenção dos recursos humanos apropriados;
6. As dificuldades do sistema de saúde, como a gestão da logística e a capacidade laboratorial, que podem impedir a implementação das intervenções chave, devem ser abordadas fazendo uso dos recursos disponíveis provenientes de todos os mecanismos de financiamento;
7. Para conseguir a cobertura universal da prevenção e tratamento do paludismo, devem reforçar-se as abordagens de base comunitária. Os países devem descentralizar os seus programas, para garantir o fluxo adequado de recursos e trabalhar com todos os programas relevantes ao nível operacional;
8. A colaboração com os outros programas como a EPI, a Saúde Materna e Infantil, bem como com restantes sectores como o ambiente, educação, governos locais, municípios, sociedade civil e sector privado, constituem a chave para o sucesso do controlo do paludismo. Assim, a coordenação e as parcerias para a prevenção e controlo do paludismo devem incluir todos os programas, sectores e parceiros relevantes, a fim de otimizar o uso dos recursos disponíveis para melhor combater os determinantes do paludismo;
9. A importância da colaboração transfronteiriça tem obtido resultados importantes no controlo do paludismo na África Austral. Estas abordagens devem ser promovidas pelas comunidades económicas regionais e pelos

parceiros, para maximizar o impacto das intervenções de combate ao paludismo nos países;

10. Os países e os parceiros devem continuar a advogar a favor da investigação operacional, para desta forma, alargar o conhecimento e desenvolver novos fármacos e vacinas, por forma a aumentar o nosso arsenal contra o paludismo;
11. A produção local de medicamentos antipalúdicos, ITNs e outros produtos contra o paludismo devem ser facilitados pelos parceiros, para assegurar que os países têm a capacidade de fabricarem os produtos de que necessitam para o controlo do paludismo, incluindo os medicamentos tradicionais de eficácia comprovada;
12. À medida que os países reportam o impacto, devem manter-se e reforçar-se os compromissos de ordem política e financeira, para a manutenção da sustentabilidade destes progressos recentes. A eliminação do paludismo permanece o objectivo último, segundo as recomendações dos líderes da União Africana presentes na Cimeira de Abuja, em Maio de 2006.

PARTILHAR AS MELHORES PRÁTICAS DE INTENSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES RELACIONADAS COM A PREVENÇÃO, TRATAMENTO E CUIDADOS COM O VIH/SIDA

I. INTRODUÇÃO

A África Subsariana continua a ser a região mais afectada pelo VIH/SIDA. Estima-se que, em 2007, cerca de 1,7 milhões de pessoas tenham sido infectadas com o VIH, aumentando para 22,5 milhões o número de pessoas infectadas, de acordo com o relatório de 2007 da ONUSIDA/OMS.

Neste contexto, ao longo dos últimos três a quatro anos, os países da Região Africana têm registado progressos encorajadores na implementação de vários elementos no que respeita às intervenções para a prevenção, tratamento e cuidados com o VIH/SIDA. Alguns países demonstraram casos de melhores práticas que vale a pena partilhar. Na área da prevenção, a campanha “Saiba qual é o Seu Estado Relativamente ao VIH” (KYS), a ser levada a cabo no Lesoto, permitiu que desde Janeiro de 2006, mais de 250.000 pessoas (de uma população total de 1.800.000) conhecessem a sua situação relativamente ao VIH. Na área da prevenção da transmissão sexual do VIH, o Senegal documentou intervenções eficazes direccionadas para as populações de maior risco, como as profissionais do sexo e homens que tem relações com homens (MSM). Na área da prevenção vertical da transmissão do VIH, o Botsuana encontra-se próximo de conseguir fornecer acesso universal. Relativamente ao tratamento e aos cuidados, a Zâmbia conseguiu uma cobertura da Terapêutica Antirretroviral (ARV) superior a 50%.

Durante a quinquagésima-oitava sessão do Comité Regional, no dia 3 de Setembro de 2008, entre as 14h30 e as 17h30, decorreu um Painel de Discussão, no qual os países puderam partilhar experiências e ensinamentos sobre a intensificação das intervenções para a prevenção, tratamento e cuidados com o VIH/SIDA.

Os objectivos específicos do painel de discussão eram:

- a) Partilhar informação sobre os factores que contribuíram para o sucesso da intensificação da prevenção, tratamento e cuidados com o VIH;
- b) Partilhar informação sobre os factores passíveis de dificultarem os esforços de intensificação da prevenção, tratamento e cuidados com o VIH/SIDA;
- c) Recomendar estratégias para resolver os principais estrangulamentos, por forma a permitir a replicação das melhores práticas em outras partes da Região.

II. DESENVOLVER OS TRABALHOS

O painel de discussão sobre as “Melhores Práticas de Intensificação das Intervenções Relacionadas com a Prevenção, Tratamento e Cuidados com o VIH/SIDA” foi presidido por Sua Excelência o Ministro da Saúde e dos Assuntos Sociais do Lesoto, Dr. Mpfu Ramatlapeng e contou com a presença de 106 participantes.

A experiência do **Botsuana** no que respeita à intensificação da PTV, “Intensificar a prevenção da transmissão vertical do VIH e a detecção precoce em bebés”, foi apresentada pelo Dr. Khumo Seipone, MD, MPH, Director do Departamento de Prevenção e Cuidados com o VIH/SIDA do Ministério da Saúde. Este relatório incidiu sobre os sucessos verificados no Botsuana na intensificação do programa nacional para a prevenção vertical do VIH e a detecção precoce em bebés. O PTV do Botsuana é o primeiro programa, em África, a conseguir diminuir à escala nacional, de 40% para 4% a transmissão vertical do VIH, ao longo de um período de cerca de três anos. Do mesmo modo em 2006, quando a técnica do teste de gota de sangue seco (DBS), que permite a colheita de espécimens para a detecção precoce do VIH nos bebés, foi disponibilizada, foi utilizado em todas as instituições de saúde do Botsuana. Os factores considerados essenciais para o sucesso do programa da prevenção vertical incluíam o acesso universal aos cuidados pré-natais e de parto; o compromisso continuado a nível político e financeiro; colaboração eficaz; o apoio e

coordenação dos parceiros; soluções inovadoras para a falta de recursos humanos qualificados; abordagens inovadoras para testagem e aconselhamento sobre o VIH, entre outros.

A experiência do **Lesoto**, subordinada ao título “Saiba qual é o Seu Estado Relativamente ao VIH” (KYS), constituiu um ponto de entrada para intensificar a prevenção, tratamento, cuidados e serviços de apoio no país e foi apresentada pelo Dr. Mpolai Maseila Moteetee, Director-Geral dos Serviços de Saúde. O Governo do Lesoto deu um passo gigantesco e ambicioso na luta contra a epidemia do VIH/SIDA, consubstanciado na campanha cujo objectivo era o de assegurar que em 2007, todos os Mosotos com mais de 12 anos de idade conhecessem o seu estado relativamente ao VIH, através do aconselhamento e testes (HTC). Desde o lançamento distrital da campanha KYS, o Lesoto tem assistido a um extraordinário aumento no número de pessoas que solicitam a realização dos testes de VIH. Em Outubro de 2007, mais de 248.462 pessoas tinham efectuado o aconselhamento pré-teste, das quais 229.092 (92%) realizaram, posteriormente, o teste de VIH. Um forte compromisso político e o apoio dos parceiros do desenvolvimento, bem como o envolvimento da comunidade constituíram os factores-chave para o sucesso da campanha KYS.

A experiência da **Zâmbia**, “Usar os recursos e as intervenções de base comunitária para o impacto sustentável na intensificação dos tratamentos com antiretrovirais”, foi apresentada pelo Dr. Ben Chirwa, Director-Geral da Comissão Nacional para o VIH/SIDA/IST. Esta apresentação destacou as formas inovadoras adoptadas para assegurar o sucesso da intensificação da terapêutica antirretroviral na Zâmbia. Estas iniciativas incluíram a institucionalização de programas de tutoria clínica, a criação de serviços descentralizados para ministrar as ARV e a mudança de funções, o trabalho em rede para compensar a falta de profissionais qualificados e o desenvolvimento de suportes visuais simples, para ajudar na adesão aos ARV. A experiência da Zâmbia demonstra que o tratamento com ARV é possível, mesmo em áreas onde as infraestruturas e os recursos humanos são limitados.

A experiência do **Senegal**, “*La mise en oeuvre de programmes de lutte contre le sida, en direction des groupes vulnérables au Sénégal: Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, travailleuses du sexe*” (Implementação dos Programas de Controlo do SIDA para Grupos de Risco no Senegal: homens que têm relações sexuais com homens e

profissionais do sexo), foi apresentada pelo Dr. Abdoulaye S. Wade, Chefe de Divisão do VIH/SIDA/IST do Ministério da Saúde. Destaca-se a experiência do Senegal na implementação de intervenções para a prevenção do VIH, tendo como alvos os grupos de mais alto risco (profissionais do sexo e homens que têm sexo com homens), as realizações em termos de maior consciencialização, conhecimento, aumento do número de testes realizados e aconselhamento, no que se refere à transmissão sexual, tendo como alvos, os grupos de maior risco e a redução da prevalência do VIH ao longo do tempo.

Todas as apresentações destacaram a situação do VIH/SIDA nos quatro países: informações gerais relativas às melhores práticas, objectivos, intervenções e medidas correctivas implementadas para abordar alguns dos desafios com que se depararam ao longo desse processo, os grandes resultados alcançados, ensinamentos e perspectivas futuras.

III. ENSINAMENTOS

Os participantes louvaram o Escritório Regional por ter dado início e apoiado o processo de documentação relativo às melhores práticas. Das apresentações e do debate, emanaram os seguintes elementos:

- o forte compromisso político, com os governos como força motriz, parcerias eficazes (em especial com a sociedade civil e o sector privado) e o envolvimento da comunidade são essenciais para o sucesso das intervenções;
- a disponibilização sistemática de testes e aconselhamento é essencial para aumentar o recurso aos serviços de prevenção e tratamento do VIH/SIDA;
- a mudança de funções e uso de agentes comunitários são estratégias fundamentais para fazer frente à grande crise de recursos humanos da saúde na Região Africana; a tutoria clínica constitui também uma estratégia chave para um reforço constante e eficaz das capacidades de prestação dos serviços de cuidados de saúde;

- a descentralização e integração eficazes dos serviços desde o início são fundamentais para uma intensificação rápida dos serviços;
- a necessidade de fazer o mapeamento dos grupos de mais alto risco, como os homens que têm sexo com homens e profissionais do sexo, para, desta forma, conseguir-se algum impacto, no contexto das epidemias concentradas, mas também nos países onde as epidemias são generalizadas; as estratégias abrangentes de prevenção, tratamento e cuidados com o VIH são essenciais para responder às necessidades dos grupos de mais alto risco;
- a necessidade de intensificar os esforços de prevenção do VIH e associá-los ao tratamento e cuidados, para uma maior eficácia (abordagem abrangente);
- a criatividade e o uso de abordagens inovadoras que incluam o trabalho em rede e o uso de iniciativas com base nas comunidades locais, na prestação de serviços, podem ajudar a ultrapassar as dificuldades inerentes à falta de pessoal;
- a mobilização de recursos a nível local é essencial para a obtenção de recursos adicionais de fontes externas.

IV. RECOMENDAÇÕES

Foram efectuadas as seguintes recomendações:

- acelerar os esforços de prevenção de infecção pelo VIH, conjuntamente com a intensificação dos ARV na Região Africana, prestando maior atenção às seguintes áreas: aumentar o acesso aos testes e aconselhamento; reforçar os sistemas de vigilância para conhecer melhor as epidemias a nível local; reduzir o estigma e a discriminação; adequar as intervenções com o objectivo da prevenção e, especialmente concebidas para cada contexto específico; melhorar as capacidades de monitorização e avaliação; reforçar os sistemas de saúde; implicar a comunidade;
- implementar meios facilitadores que incluam quadros legais para apoio da intensificação das intervenções do VIH/SIDA;

- desenvolver planos de sustentabilidade de longo prazo e aumentar o financiamento a nível nacional; reforçar as parcerias existentes e criar novas parcerias;
- continuar a documentar as melhores práticas e determinar um sistema constante de divulgação da informação;
- o Escritório Regional deverá continuar a prestar assistência técnica, especialmente no que respeita às áreas de monitorização e avaliação dos programas e à monitorização da resistência do VIH aos medicamentos.
- empreender a revisão dos programas alargados e reforçar a ordem do dia, no que concerne à investigação;
- promover iniciativas subregionais para assegurar as sinergias entre os países e abordar as questões transfronteiriças.

PARTILHAR AS MELHORES PRÁTICAS DE MELHORIA DA COBERTURA DA VACINAÇÃO DE ROTINA

I. INTRODUÇÃO

Está comprovado que a vacinação contribui de modo significativo para a consecução do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio nº 4: uma redução igual ou superior a dois terços da redução, à escala mundial, dos óbitos e doenças infantis devido a doenças evitáveis através de vacinas, até 2015, em comparação com 2000.

Nos anos 80, a maioria dos Estados-Membros da Região adoptou a estratégia de Vacinação Universal das Crianças (UCI), que teve como resultado melhorias significativas na cobertura vacinal (de acordo com a cobertura de DPT3 em bebés de um ano de idade). Infelizmente, a maioria destes países não pôde manter este nível de cobertura, por várias razões, o que resultou na diminuição da cobertura vacinal para uma média apenas ligeiramente superior a 50% na Região.

Reconhecendo a necessidade de reforçar a cobertura vacinal, a OMS e os parceiros, em 2002, desenvolveram a abordagem Chegar a Todos os Distritos (RED), de modo a aumentar e manter elevados níveis de vacinação de rotina. A abordagem RED tem cinco componentes principais:

- a) Planeamento e gestão de recursos (humanos, materiais e financeiros);
- b) Chegar às populações-alvo;
- c) Ligar os serviços às comunidades;
- d) Supervisão de apoio;
- e) Monitorização dinâmica (automonitorização, retroinformação e instrumentos).

Os Estados-Membros da Região Africana introduziram a abordagem RED implementando algumas ou todas as suas componentes, com graus de êxito variáveis. Em Dezembro de 2007, a cobertura vacinal de rotina na Região Africana tinha aumentado para 70%, em comparação com 57%, em 2002, em grande medida devido à adopção da abordagem RED. Foi organizado um painel de discussão a fim de partilhar as melhores práticas relativas à melhoria da cobertura vacinal de rotina na Região Africana, durante a 58ª sessão do Comité Regional, na quarta-feira, 4 de Setembro de 2008, das 14h30 às 17h30.

O painel de discussão teve por objectivos específicos:

- a) apresentar e identificar as melhores práticas de resposta aos desafios técnicos e de gestão na implementação da abordagem RED
- b) identificar estratégias e abordagens operacionais que contribuam para otimizar o impacto da abordagem RED
- c) identificar abordagens complementares para aumentar a cobertura vacinal

II. DESENVOLVER OS TRABALHOS

O painel de discussão “Partilhar as melhores práticas de melhoria da cobertura de vacinação de rotina” foi presidido por S. Ex.^a o Ministro da Saúde Pública do Quênia e contou com a presença dos Estados-Membros da Região e de vários parceiros de vacinação.

Quatro países (Benim, Burkina Faso, Ruanda e Uganda) foram convidados a apresentar as suas experiências de melhores práticas de implementação das componentes de RED, como se descreve em seguida:

- a) **Benim:** “Melhores práticas e desafios relativamente ao planeamento e gestão de recursos para a implementação de RED”;
- b) **Burkina Faso:** “Melhores práticas e desafios relativamente ao reforço dos serviços de periferia para a implementação de RED”;

- c) **Ruanda:** “Melhores práticas e desafios relativamente ao reforço da monitorização e às ligações com a comunidade para a implementação de RED”;
- d) **Uganda:** “Melhores práticas e desafios relativamente ao reforço da supervisão de apoio para a implementação de RED e realização das semanas da saúde infantil”.

Todos os países representados no painel de discussão reconheceram o papel crucial da abordagem RED na melhoria do desempenho do programa, da cobertura vacinal e da equidade dos serviços, assim como o seu contributo para a redução da mortalidade dos bebés e das crianças. A abordagem RED foi inicialmente concebida na Região Africana, beneficiando de um empenho político de alto nível entre os Estados-Membros. Apesar dos êxitos alcançados até agora, os Estados-Membros continuam a empreender esforços com vista à consecução de mais elevados níveis de cobertura vacinal, à implementação de RED e ao reforço dos sistemas de saúde. Para além dos quatro participantes do painel, outros países contribuíram para o debate ao partilharem as suas experiências de implementação de RED. Foram estes países os seguintes: República dos Camarões, Gabão, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Malawi, Maurícias, Nigéria, África do Sul e Zâmbia.

III. ENSINAMENTOS

Os participantes felicitaram o Escritório Regional Africano por iniciarem e apoiarem a documentação das melhores práticas de vacinação. As seguintes questões emergiram das apresentações e dos debates:

- Supervisão sistemática e de apoio regular com o envolvimento dos intervenientes de alto nível;
- Utilização dos agentes de saúde comunitários para suprir a escassez dos recursos humanos. Os agentes de saúde comunitários têm participado no registo de nascimentos e na detecção e seguimento daqueles que não o fazem, entre outras actividades;
- Participação das estruturas comunitárias durante o planeamento e implementação das actividades de vacinação;

- Utilização de dados de monitorização e supervisão para identificar falhas e pôr em prática medidas correctivas ao nível operacional;
- Implementação de auditorias à qualidade dos dados e de métodos de autoavaliação de qualidade para monitorizar e validar a qualidade dos dados de monitorização da vacinação;
- Utilização da cobertura de imunização como um dos indicadores do desempenho e responsabilidade dos distritos;
- Colmatar lacunas de financiamento através de verbas orçamentais para a compra de vacinas tradicionais, incentivar parcerias locais e recorrer ao apoio financeiro do GAVI para reforçar os serviços de vacinação e de saúde;
- Reconhecer bom nível de desempenho a todos os níveis;
- Pôr em prática um pacote de intervenções de elevado impacto, integradas no serviço de rotina através de actividades periódicas, como as campanhas de massa e os dias/semanas de saúde materna e infantil (MCH);
- Desenvolver e financiar um plano de substituição de equipamento da cadeia de frio e outros elementos de logística EPI, incluindo os veículos;
- Minimizar as oportunidades de vacinação falhadas no âmbito dos serviços curativos.

IV. RECOMENDAÇÕES

Foram apresentadas as seguintes recomendações:

1. Desenvolver todos os esforços para manter um elevado nível de empenho político para a implementação de RED, assim como aumentar o financiamento e assegurar responsabilização relativamente à gestão dos fundos fornecidos pelos parceiros e governos.
2. Os Estados-Membros que ainda não o fizeram são encorajados a fornecer uma linha orçamental para a vacinação, nomeadamente para a compra de vacinas.

3. Os Estados-Membros devem prosseguir a plena implementação das cinco componentes da abordagem RED, nomeadamente:
 - Planeamento e gestão dos recursos;
 - Chegar a populações-alvo, inclusivamente através da criação de serviços de periferia;
 - Ligar os serviços e as comunidades;
 - Supervisão de apoio;
 - Monitorizar a utilização dinâmica das informações.
4. Encorajam-se os Estados-Membros a levar a cabo investigação operacional direccionada para as barreiras à vacinação, de modo a resolver estrangulamentos específicos que impedem que se alcancem as metas.
5. A OMS deve continuar a compilar e divulgar as melhores práticas de implementação da abordagem RED e outras abordagens para aumentar a cobertura vacinal.
6. Os Estados-Membros devem explorar modos de empregar a abordagem RED para integrar a realização de outras intervenções, como na área da MCH.
7. Como solicitado aos Estados-Membros da Assembleia Mundial da Saúde, a OMS deve continuar a advogar, junto do GAVI e de outros parceiros, para incluir países de rendimentos médios no financiamento, na área do reforço de capacidades.
8. Os Estados-Membros devem continuar a apoiar a monitorização de elevada qualidade da vigilância e vacinação, como estratégias de controlo de doenças e determinação do impacto das actividades de vacinação.

ANEXO 6

ALOCUÇÃO DE BOAS-VINDAS DO SR. GILBERT TSIMI EVOUNA, DELEGADO DO GOVERNO NO CONSELHO MUNICIPAL DE YAOUNDÉ

Excelentíssimo Senhor Primeiro-Ministro, Chefe do Governo e Representante pessoal do Chefe de Estado,
Senhora Directora-Geral da Organização Mundial da Saúde,
Senhor Enviado Especial do Secretário-Geral das Nações Unidas,
Senhor Representante do Presidente da Comissão da União Africana,
Senhor Director Regional da Organização Mundial da Saúde,
Distintos Membros do Governo,
Excelentíssimos Senhores Chefes das missões diplomáticas e consulares,
Senhoras e Senhores Representantes das Organizações Internacionais,
Distintos Delegados e Convidados,
Senhoras e Senhores,

É-me sumamente agradável dirigir-me a Vossa Excelências, na qualidade de Delegado do Governo no Conselho Municipal de Yaoundé, Primeiro Magistrado da cidade, a quem cabe o privilégio e o prazer de Vos acolher, por ocasião da 58ª sessão do Comité Regional Africano da Organização Mundial de Saúde.

A todos, vindos das altas instâncias internacionais e dos quatro cantos do continente, gostaria de dizer quanto a cidade de Yaoundé está feliz por vos contar entre os seus ilustres hóspedes. Em nome da população e no meu próprio, desejo a todas e todos cordiais boas-vindas e uma agradável estada entre nós.

Ilustres Delegados do Comité Regional Africano da OMS,

Foi em Brazzaville, em Agosto de 2007, aquando da 57ª sessão do Comité Regional, que acolhestes favoravelmente o pedido dos Camarões para, com o acordo de Sua Excelência o Senhor Paul Biya, Presidente da República, acolher esta assembleia.

A vossa anuência – devo sublinhá-lo – foi a expressão da alta confiança que depositastes na nossa Capital, que com isso se sente muito honrada.

Seja-me permitido, nesta feliz circunstância, dirigir-vos um solene obrigado por terdes escolhido vir a Yaoundé, de onde não ireis decepcionados.

Yaoundé é, tradicionalmente, uma terra de hospitalidade, de acolhimento, habituada a encontros internacionais deste género.

Desejo, desde já, garantir a nossa disponibilidade e a vontade de vos oferecer o que temos de melhor, para que a sessão de Yaoundé decorra em excelentes condições.

Excelências, Senhoras e Senhores, termino augurando pleno sucesso à 58ª sessão do Comité Regional Africano da OMS e, uma vez mais, desejando uma estada agradável a todos os participantes.

Agradeço a Vossa amável atenção.

**ALOCUÇÃO DO DR. LUIS GOMES SAMBO,
DIRECTOR REGIONAL DA OMS PARA ÁFRICA**

Excelentíssimo Senhor Primeiro-Ministro, Chefe do Governo, Representante pessoal do Chefe de Estado,
Excelentíssima Senhora Presidente da 57ª sessão do Comité Regional,
Distintos Membros do Governo dos Camarões,
Excelentíssimos Ministros da Saúde dos Estados-Membros da Região Africana,
Senhora Comissária dos Assuntos Sociais da União Africana,
Senhora Directora-Geral da OMS,
Senhor Enviado Especial do Secretário-Geral das Nações Unidas para a Luta contra o Paludismo,
Senhoras e Senhores Embaixadores e Membros do corpo diplomático,
Senhoras e Senhores Representantes das Organizações das Nações Unidas,
Prezado Professor Monekosso, Director Regional Emérito da OMS para África,
Distintos convidados,
Minhas Senhoras e Meus Senhores,

É para mim uma honra e um agradável dever usar da palavra por ocasião da 58ª sessão do Comité Regional Africano, que Yaoundé acolhe pela segunda vez, cidade das sete colinas, «cheia de vales, florida e salpicada de palmeiras», uma das cidades mais pitorescas de África.

Gostaria de expressar a minha profunda gratidão a Sua Excelência o Senhor Paul Biya, Presidente da República, ao Senhor Primeiro Ministro, ao seu governo e às diferentes autoridades pela sua hospitalidade e toda a atenção com que nos brindaram desde a nossa chegada aos Camarões.

Os quatro últimos anos foram ricos em realizações, realizações estas que constituem um testemunho do nosso empenho e da nossa determinação, dos Estados-Membros e dos parceiros, no reforço dos sistemas de saúde, com vista a assegurar o melhor estado de saúde possível às populações africanas.

A contribuição da OMS assenta nas cinco orientações estratégicas que têm norteado a sua acção na Região Africana nos últimos quatro anos. São estas o reforço do apoio aos países, o reforço e a extensão das parcerias para a saúde, o reforço das políticas e sistemas de saúde, a promoção da intensificação das intervenções essenciais de saúde e o reforço da actuação relativamente aos principais determinantes da saúde.

No âmbito do reforço da presença da OMS nos países, foi levado a cabo uma importante análise do perfil do pessoal das equipas dos países, com vista a alinhar os conhecimentos dos nossos funcionários com as necessidades específicas de cada país em matéria de saúde.

Foi conferida uma especial atenção às especificidades dos países insulares, dos países de alta densidade populacional, assim como dos países em conflito e em fase pós-conflito.

Em toda a Região, prosseguiu a elaboração e a implementação das Estratégias de Cooperação com os Países (ECP) mais adaptadas aos seus contextos. Tendo em linha de conta os Objectivos do Desenvolvimento do Milénio (ODM) e as reformas em curso nas Nações Unidas, pareceu-nos necessário proceder a uma actualização das ECP, actualmente em curso.

No plano institucional, é oportuno felicitar as excelentes relações de trabalho entre a Sede e o Escritório Regional. Sob a liderança da Dra. Margaret Chan, Directora-Geral, os Directores Regionais dispõem agora de um fórum de debate e de tomada de decisões conjuntas. Acresce que a iniciativa da Directora-Geral, de organizar uma reunião especial com os Directores das Regiões Africana e do Mediterrâneo Oriental, para debater exclusivamente os problemas específicos do continente africano, veio trazer uma nova dinâmica à colaboração entre o pessoal do Escritório Regional Africano e da Sede.

O Escritório Regional foi reorganizado a fim de fazer incidir a sua acção em funções normativas, de elaboração de políticas e de estratégias, assim como na mobilização de recursos. As equipas multidisciplinares interpaíses foram constituídas e instaladas desde o início do ano de 2007, em Ouagadougou, Harare e Libreville,

com vista a uma cooperação técnica de qualidade com os países. Por seu turno, as representações da OMS nos países beneficiaram da atribuição de recursos suplementares.

Competências significativas foram delegadas nos gestores, a diferentes níveis, para reforçar o desempenho do Escritório Regional, das Equipas Interpaíses e das representações.

Em matéria de gestão, foi instalado um sistema de comunicação eficiente que permite ligar e fazer trabalhar em tempo real todos os níveis da Organização; nas próximas semanas, será instalado um novo sistema de gestão, o GSM, que otimizará a execução das transacções, contendo um nível reforçado de controlo.

Excelências,
Minhas Senhoras e Meus Senhores,

No plano das parcerias, importa salientar que a nossa cooperação com a União Africana e as comunidades económicas regionais alcança actualmente níveis inéditos. Reforçámos igualmente a nossa colaboração com as Agências das Nações Unidas, nomeadamente a UNICEF, o FNUAP, a ONUSIDA, o PNUD e o PNUE, e com instituições financeiras internacionais como o Banco Mundial e o Banco Africano de Desenvolvimento. Obtivemos ainda uma melhor coordenação das nossas actividades respectivas de apoio aos países. Reforçámos também as nossas relações de cooperação com os parceiros bilaterais, entre os quais os Estados Unidos da América, o Reino Unido da Grã-Bretanha e a França. Estas medidas integram-se no âmbito da reforma das Nações Unidas e da Declaração de Paris sobre a eficácia da ajuda ao desenvolvimento.

Em colaboração com os mesmos parceiros, foi lançada a Iniciativa de Harmonização para a Saúde em África, com vista a assistir os países a coordenar a mobilização dos recursos previsíveis e sustentáveis, para acelerar a realização dos ODM relacionados com a saúde.

Excelências,
Minhas Senhoras e Meus Senhores,

Prosseguimos com a nossa contribuição para o reforço dos sistemas nacionais de saúde, baseado nos cuidados de saúde primários e centrado nos sistemas de saúde locais, equivalente aos distritos sanitários. Tal foi reafirmado na Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África, em Abril de 2008.

A crise dos recursos humanos para a saúde continua a constituir uma situação preocupante, a formação e a retenção de pessoal qualificado requer atenção urgente; foi criado um Observatório Regional dos Recursos Humanos para a Saúde, no Escritório Regional, para melhor identificar os progressos realizados nos países e produzir dados factuais para servirem de base à tomada de decisões.

Relativamente à investigação, o fosso entre os conhecimentos e a prática é ainda significativo. A Declaração de Argel sobre Investigação para a Saúde, adoptada em Junho de 2008, constitui certamente um marco histórico nesta matéria.

A aceleração das intervenções prioritárias em matéria de luta contra as doenças evitáveis pela vacinação, o paludismo, o VIH/SIDA e a atenção integrada aos problemas de saúde materna e infantil tem registado avanços significativos, embora a níveis variáveis.

A mortalidade materna permanece a um nível inaceitavelmente alto e exige toda a nossa atenção. Não se verificam progressos e temos necessidade de investimentos muito mais avultados neste domínio de alta prioridade que continua subfinanciado.

Na área da vacinação, o facto mais saliente na Região Africana prende-se com a redução da mortalidade por sarampo, que registou uma diminuição de 91%, em 2006, relativamente ao nível do ano 2000. Os Estados-Membros devem empenhar-se mais para manter esta conquista, nomeadamente por meio de uma elevada cobertura de vacinação de rotina.

Apesar das dificuldades operacionais, a erradicação da poliomielite registou progressos substanciais e continua a ser exequível do ponto de vista técnico. Todavia, a existência de focos endémicos e a persistência da circulação do poliovírus selvagem em vários países da Região continuam a constituir motivo de preocupação.

Quanto ao paludismo, o acesso às associações terapêuticas à base de artemisinina, às redes mosquiteiras impregnadas de insecticida de efeito remanescente, à pulverização intra-domiciliária e às intervenções dirigidas ao grupo vulnerável mãe-filho conhecem uma certa melhoria. Surgem novas oportunidades de financiamento para um controlo mais eficaz do paludismo. Saudamos a nova iniciativa do Secretário-Geral das Nações Unidas, cujo Enviado Especial para a Luta contra o Paludismo, Sr. Ray Chambers, se encontra entre nós na qualidade de convidado de honra.

No quadro da prevenção da infecção por VIH, 2006 foi declarado o Ano da Aceleração da Prevenção do VIH, sob a égide da União Africana. Tendo em conta a actual tendência da epidemia, a prevenção continua a ser a estratégia-chave. No que concerne ao acesso aos medicamentos antirretrovirais, ele vai-se acelerando e reforçando na maioria dos países.

Metade dos países da Região reportaram, em 2007, casos de tuberculose de bacilos multirresistentes; e a co-infecção tuberculose-VIH, que atinge picos de 75% em certos países, é uma grande preocupação.

A OMS apoiou regularmente os países no quadro do reforço das suas capacidades de vigilância e resposta às epidemias, em conformidade com as suas directivas. Tiveram resposta adequada as epidemias de febre de Marburg e de Ébola, de meningite cerebrospinal e de cólera que assolaram a Região.

Face às ameaças de gripe das aves transmitida pelo vírus H5N1, o Escritório Regional elaborou um plano estratégico e reforçou as capacidades de intervenção dos países, em estreita colaboração com os seus parceiros. Esta preparação permitiu dar resposta às epidemias de gripe das aves, registadas em certos países.

Mas devo sublinhar que, de modo geral, a Região Africana não está preparada para fazer face a uma pandemia humana; por esse motivo, apelo aos Estados-Membros para que reforcem o seu nível de preparação.

Excelências,
Senhoras e Senhores,

As doenças crónicas, como a diabetes, o cancro, a hipertensão e outras doenças cardiovasculares têm vindo a tornar-se cada vez mais importantes, enquanto problemas de saúde pública. Muitas delas estão associadas a factores de risco como o tabagismo, o uso nocivo do álcool e um estilo de vida sedentário, entre outros.

Foi adoptada uma estratégia regional contra as doenças não transmissíveis e outras serão adoptadas no decurso desta sessão. Em metade dos países da Região foram realizados inquéritos sobre os factores de risco. Chegou o momento de passar à acção!

Quanto aos riscos associados ao ambiente, aprez-me saudar o sucesso da primeira conferência interministerial dos ministros da Saúde e do Ambiente de África, que teve lugar em Libreville na semana finda. Os compromissos e as orientações contidos na Declaração de Libreville referem-se à advocacia e ao reforço do empenhamento político em favor de um desenvolvimento sustentável, à necessidade de investimentos para melhorar o abastecimento de água potável e saneamento, à criação de mecanismos de estreita colaboração entre o sector da saúde e o do ambiente e à elaboração de políticas integradas para ecossistemas mais favoráveis à saúde humana. Foi destacada a necessidade de envolver mais as comunidades e as colectividades locais.

Excelentíssimo Senhor Primeiro-Ministro, Chefe do Governo,
Excelências,
Senhoras e Senhores,

Gostaria de lembrar que a história da saúde pública nos ensina que melhorias substanciais no abastecimento de água potável, no saneamento e higiene pública, no acesso a habitações salubres, na elevação do nível educativo, em alimentação e

nutrição saudáveis e equilibradas, entre outras, conduziram a uma importante redução das doenças transmissíveis e a uma melhor qualidade de vida.

Estamos a meio caminho do horizonte 2015 e, apesar dos progressos alcançados para a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, deveremos reforçar a coordenação e as parcerias, bem como a mobilização de recursos adicionais para intensificar intervenções de eficácia comprovada. Neste esforço, a participação das comunidades e colectividades deve merecer uma atenção especial.

A melhoria do desempenho das economias africanas e a redução do número e dimensão dos conflitos são verdadeiros motivos de esperança. As condições para um desenvolvimento sanitário parecem mais favoráveis que nunca, como pude constatar pessoalmente nas minhas visitas à maioria dos países da Região.

Para dizer tudo: é legítimo termos esperança.

Obrigado pela vossa amável atenção.

ANEXO 8

DISCURSO DA COMISSÁRIA PARA OS ASSUNTOS SOCIAIS, COMISSÃO DA UNIÃO AFRICANA, MESTRE BIENCE GAWANAS

Senhora Directora-Geral da OMS, Dr.^a Margaret Chan,
Excelentíssimos Ministros da Saúde,
Senhor Director Regional da OMS para África, Dr. Luis G. Sambo,
Distintos Convidados,
Minhas Senhoras e Meus Senhores,

A Comissão União Africana sente-se honrada pelo convite para participar na 58^a sessão do Comité Regional da OMS e é para mim um privilégio tecer alguns comentários nesta sessão de abertura. Permitam-me que felicite o Director Regional e a sua equipa pela agenda bem estruturada, inovadora e equilibrada, cujo objectivo é abordar os desafios à saúde com que África se vê confrontada.

À medida que as taxas de pobreza aumentaram, o estado de nutrição declinou, conduzindo a um agravamento das condições de saúde, sobretudo entre os mais pobres das zonas rurais e urbanas. Foi neste contexto que novas doenças, como o VIH, encontraram terreno fértil e se tornaram endémicas. A acrescentar a isto, doenças como o Ébola e o vírus de Marburgo podem surgir de repente, no contexto da falta de sistemas de preparação e resposta de emergência dos governos nacionais e dos parceiros internacionais. Os sistemas nacionais de política da saúde responderam extemporaneamente com recursos e instrumentos mínimos, e com uma capacidade de recursos humanos limitada. Para piorar a situação, as más condições socioeconómicas precipitaram a migração do pessoal médico para países mais ricos.

Distintos Ministros,
Senhor Director Regional,
Distintos Convidados,
Minhas Senhoras e Meus Senhores,

Apraz-me constatar que as lições aprendidas nos anos 90 estão agora (no século XXI) a ter um impacto positivo na consciência dos líderes aos níveis nacional, regional e internacional. Como consequência, o sector da saúde está gradualmente a ser integrado no centro das decisões políticas nacionais, e os parceiros as agências internacionais, multilaterais e bilaterais estão a dar prioridade aos desafios para a saúde em África. Com efeito, foi neste contexto que o Fundo Mundial de Luta contra o VIH/SIDA, TB e Paludismo, e doadores e fundações se tornaram nas principais fontes de apoio financeiro para as actividades do sector da saúde no continente.

Além disso, os Chefes de Estado e de Governo africanos comprometeram-se a reforçar a sua vontade política na mobilização da sociedade em geral para a luta contra as principais doenças no continente.

Os ensinamentos dos anos 90 reforçaram a colaboração entre a UA e a OMS e galvanizaram outros parceiros a juntar-se a nós na coordenação e harmonização dos programas, de modo a concentrar as nossas acções nos desafios de saúde que o continente enfrenta. Desta forma, expresso a minha gratidão pelo apoio que o Escritório Regional Africano da OMS presta à Comissão da União Africana no desempenho das suas actividades para uma melhor saúde em África. Ao contrário da última década, em que ambas as organizações trabalharam de uma forma um tanto ou quanto independente sobre os mesmos problemas de saúde, esta década tem provado ser estimulante e frutuosa, com ambas as organizações a trabalharem juntas e a elaborarem um relatório a ser apresentado à Cimeira da UA.

A OMS e a UA trabalharam em estreita colaboração na elaboração do Relatório de Progresso sobre a Implementação dos Compromissos da Cimeira Especial de Abuja sobre VIH e SIDA, TB e Paludismo (ATM), de Maio de 2006. O documento vem acompanhado por relatórios sobre doenças específicas, nomeadamente: Relatório de Situação sobre o VIH e SIDA, e Relatórios de Situação sobre a Tuberculose e Paludismo em África. Além disso, ambas as organizações

trabalharam no Relatório de Progresso da Medicina Tradicional Africana. Os relatórios foram apresentados à Sessão Especial da Conferência dos Ministros Africanos da Saúde (CAMH), que se reuniram a 17 de Maio de 2008, em Genebra. A este respeito, gostaria de agradecer aos distintos Ministros da Saúde que participaram na Sessão Especial e que aqui se encontram para deliberar sobre os problemas de saúde que África enfrenta. A presença de V. Ex.^{as} nestas reuniões demonstram o vosso compromisso para a melhoria da situação da saúde no continente.

Os relatórios de progresso foram aprovados pela Sessão Especial da CAMH e apresentados à 11^a Sessão Ordinária da Cimeira da UA, que teve lugar em Sharm El-Sheikh, no Egipto, de 30 de Junho a 1 de Julho de 2008. A Cimeria adoptou e emitiu Decisões sobre os relatórios.

A Cimeria contou ainda com a presença e com a intervenção do Enviado Especial da ONU para o Combate ao Paludismo, o Dr. Chambers.

Distintos Ministros,
Senhor Director Regional,
Distintos Convidados,
Minhas Senhoras e Meus Senhores,

A lenta implementação dos compromissos implica que temos de trabalhar com mais afinco nos esforços de advocacia e de sensibilização dos líderes africanos para o facto de que, sem melhores condições de saúde, não será possível um desenvolvimento socioeconómico acelerado em África e não se conseguirá atingir nenhuma das metas dos ODM. Temos de dar ênfase, de forma sustentável, à mensagem de que as doenças, a constante e elevada taxa de morbilidade na população, e as crescentes taxas de mortalidade privam a sociedade dos seus recursos humanos, reduzindo assim a produção laboral em todas as actividades de desenvolvimento.

A má saúde, com as suas manifestações de trauma sociopsicológico e de enfraquecimento psicológico, reduz a capacidade de um indivíduo para absorver e interiorizar conhecimentos para o melhoramento pessoal, familiar e comunitário. Esta

redução de capacidades cria incerteza, o que por sua vez aumenta os factores de risco para a sobrevivência, diminuindo a capacidade de zelo para lidar com esses riscos.

Distintos Ministros,
Senhor Director Regional,
Distintos Convidados,
Minhas Senhoras e Meus Senhores,

Os desafios que enfrentamos enquanto organizadores é de que forma podemos apresentar e disponibilizar instrumentos de advocacia para os líderes africanos, de modo a que a mensagem incida fortemente na aceleração da inclusão do sector da saúde no centro das decisões políticas e de implementação. É preciso revitalizar os objectivos dos sistemas de saúde em relação às expectativas e à resposta da população, para que a qualidade e a eficiência sejam garantidas de forma sustentável e sempre no contexto da inclusividade, justiça e equidade.

Neste sentido, a coordenação intersectorial aos níveis comunitário e nacional deve tornar-se na base sobre a qual os sistemas de saúde se encontram alicerçados. Para tal, é necessário que a UA, OMS e outros parceiros harmonizem e coordenem as suas pretensões e os programas destinados ao apoio dos Estados-Membros nos seus esforços de implementação dos compromissos assumidos pelos líderes africanos.

Distintos Ministros,
Senhor Director Regional,
Distintos Convidados,
Minhas Senhoras e Meus Senhores,

A melhor estratégia para que possamos revitalizar os objectivos da saúde, alcançar uma coordenação e harmonização eficazes entre a UA, a OMS e demais parceiros, e atingir os nossos objectivos de advocacia junto dos líderes africanos consiste em visitar e implementar com urgência a Declaração de Alma-Ata. A incidência na abordagem dos Cuidados de Saúde Primários tornará mais céleres as reformas que visam o reforço dos sistemas de saúde para Melhorar a Saúde em África.

Muito obrigado pela vossa atenção.

ANEXO 9

ALOCUÇÃO DO CONVIDADO DE HONRA, RAY CHAMBERS, ENVIADO ESPECIAL DO SECRETÁRIO-GERAL DA ONU PARA O PALUDISMO

Excelências,
Senhoras e Senhores,

Seja-me permitido, em primeiro lugar, agradecer ao nosso ilustre anfitrião, Sua Excelência o Primeiro-Ministro, bem como ao povo dos Camarões, pelo seu caloroso acolhimento e fidalga hospitalidade. Desejo também transmitir os meus agradecimentos à Dr.^a Margaret Chan e ao Dr. Luis Sambo, da OMS. Sinto-me honrado com o vosso convite. Mestre Gawanas, fico-lhe imensamente grato pelo apoio que me tem sido dado.

Como é sabido, o paludismo reclama da África muito mais de 30 mil milhões de dólares por ano, em despesas de saúde e perda de produtividade. Com os juros acumulados a somar-se às oportunidades perdidas, é minha convicção pessoal, enquanto homem de negócios, que os custos reais do paludismo ultrapassam os 60 mil milhões de dólares anuais. Basta pensarmos no seguinte: com 600 milhões de pessoas em risco, o custo do paludismo ascende a 100 dólares por pessoa por ano! É mais que o rendimento médio da maioria desses 600 milhões em risco! O paludismo aprisiona milhões de cidadãos num ciclo de pobreza.

É bem sabido que o paludismo reclama anualmente, em África, as vidas de um a três milhões de pessoas. Ele põe em risco o futuro de África de modo alarmante, já que se perfila entre as principais causas de morte entre as crianças africanas. O paludismo é um factor determinante na mortalidade materna e deixa as pessoas mais vulneráveis ao VIH e à SIDA. Ele é a principal causa de hospitalização, o principal motivo do absentismo ao trabalho e emprego.

Se pudéssemos reduzir a zero a morbilidade e mortalidade devidas ao paludismo, os benefícios para os povos africanos seriam maiores do que os de

qualquer outra coisa que pudéssemos fazer ou de qualquer outra medida que pudéssemos tomar!

Como Primeiro Enviado Especial para o Paludismo, encontro-me hoje perante vós para afirmar sem reboços que, actualmente, dispomos do dinheiro e da tecnologia para reduzir a zero as mortes, nos próximos anos! Imaginemos como seriam as vossas economias sem o paludismo. Imaginemos a felicidade das vossas populações sem o paludismo, em especial dos pais de crianças pequenas. Imaginemos as camas desocupadas nos vossos hospitais e clínicas, sem o paludismo.

Assistimos aos sucessos recentes da Eritreia, Etiópia, Gana, Quénia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Tanzânia e Zâmbia. Aumentos rápidos e substanciais na cobertura, em especial por redes mosquiteiras, vieram provar que se podem obter resultados extraordinários em pouco tempo. Temos, portanto, provas visíveis de que é possível dominar esta doença. Como é evidente, depois de dominada ela deve ficar sob controlo, para evitar o seu ressurgimento até que o mundo descubra uma cura e, em última análise, erradique o paludismo e o remeta para a poeira da história.

Em 25 de Abril deste ano, o Dia Mundial do Paludismo, o Secretário-Geral das Nações Unidas lançou um apelo dramático à acção – alcançar na África a cobertura universal do controlo do paludismo até 31 de Dezembro de 2010.

Presentemente, estou confiante em que disporemos do financiamento necessário para corresponder ao apelo do Secretário-Geral.

O Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo acordou em duas fases de financiamento em 2008, em vez de uma só. Nas candidaturas à Fase 8, apresentadas em 1 de Julho, solicitastes ambiciosamente dois mil milhões e meio de dólares para financiar o paludismo. A Fase 9 deve processar-se em fins de Outubro e pretendemos encorajar-vos a que sejais novamente agressivos nas vossas propostas de candidatura.

Esperamos 1,2 mil milhões de dólares do programa de intensificação da Fase II do Banco Mundial.

O Reino Unido ofereceu recentemente 20 milhões de redes mosquiteiras, a que se junta o compromisso da União Europeia de mais 75 milhões, perfazendo a promessa de 100 milhões de redes por parte dos G8.

No mês findo, o Presidente Bush assinou a nova legislação do PEPFAR, destinando ao paludismo cinco mil milhões de dólares ao longo de cinco anos. Daqui advém a minha confiança em que disporemos do financiamento necessário.

Temos, portanto, o dinheiro e os instrumentos de intervenção. Falta-nos agora o vosso compromisso inabalável, bem como o dos vossos Presidentes, para chegarmos à vitória. Precisamos de planos absolutamente rigorosos e abrangentes para a distribuição e implementação das redes, das pulverizações e dos medicamentos. Precisamos também de esforços de comunicação mais eficazes que nunca, para garantir que cada mosquiteiro seja usado em cada cama todas as noites, não o deixando abandonado num canto do quarto nem o usando para apanhar peixe. A par da magnitude do financiamento concedido pelos líderes mundiais, precisamos também de compromissos de financiamento por parte dos vossos governos, bem como de um esforço para abolir todos os impostos e taxas sobre a importação de redes e de medicamentos. Todos temos, realmente, de avançar!

Em colaboração com a Organização Mundial da Saúde e a Parceria Fazer Recuar o Paludismo, estamos em vias de criar um portal na Internet que vos é destinado, para manter um registo actualizado dos planos de cada país, dos financiamentos solicitados, concedidos e recebidos, de quando e como as redes serão distribuídas e utilizadas, que obstáculos e impedimentos vão surgindo em cada país e como são vencidos, a par da monitorização e avaliação dos resultados e da situação em que nos encontramos, em relação à meta do Secretário-Geral. Todos tereis acesso a essa página, que será actualizada diariamente, para que todos os parceiros envolvidos possam ver, instantaneamente, os progressos e os problemas que pontuam os vossos esforços.

Termino com a nota porventura mais importante: temos de trabalhar em conjunto. É essencial que este seja um compromisso partilhado e uma responsabilidade partilhada. O Secretário-Geral, a Organização Mundial da Saúde, a Parceria Fazer Recuar o Paludismo, a UNICEF, o Banco Mundial, a Fundação Gates, a

Iniciativa do Presidente para o Paludismo, a Fundação das Nações Unidas e o meu Gabinete apoiar-vos-ão de todos os modos possíveis. No entanto, sem a vossa plena liderança não teremos esperança de sucesso.

Passo a uma observação pessoal: antes de o Secretário-Geral Ban Ki-moon me ter designado seu Enviado Especial para o Paludismo, no início deste ano, nunca tinha assumido uma posição no sector público. Sou um homem de negócios que se interessou pelo paludismo porque vi crianças a morrer sem necessidade. Agora, recorrendo à minha competência e experiência nos negócios, o esforço de vos ajudar a atingir as zero mortes surge como uma das fases mais importantes da minha vida e o desafio mais significativo que já me foi dado enfrentar. Estou ansioso por me encontrar pessoalmente com cada um dos vossos Presidentes. Sei que, trabalhando juntos, ganharemos esta guerra.

A HORA DO PALUDISMO CHEGOU DE VERDADE!

Muito obrigado.

**ALOCUÇÃO DA DRA. MARGARET CHAN,
DIRECTORA-GERAL DA OMS**

Excelentíssimo Senhor Primeiro-Ministro
Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde da República dos Camarões,
Distintos Membros da Assembleia,
Excelências,
Excelentíssimos Ministros,
Distintos Delegados,
Minhas Senhoras e Meus Senhores,

Antes de mais, permitam-me que lhes agradeça pela honra de estar presente no vosso país, no momento em que acolheis uma tão distinta reunião. Como outros o fizeram já, gostaria também de lhes expressar a minha gratidão pela hospitalidade.

Começo com um dado estatístico de profundas implicações.

Em 27 países desta Região, as despesas anuais com a saúde provenientes de todas as fontes de financiamento, incluindo ajuda internacional e empréstimos, totalizam menos de 30 dólares por pessoa. Trata-se de um valor que se situa bastante abaixo do que é necessário para adquirir um “*kit* de sobrevivência” mínimo de intervenções essenciais de saúde.

A primeira ilação é óbvia: a base dos recursos é demasiado modesta para suportar melhorias significativas na saúde das populações africanas. O valor parece ainda mais reduzido quando visto da perspectiva das numerosas necessidades por satisfazer nos vossos países.

Como se assinala na Estratégia Africana da Saúde, os sistemas de saúde são demasiado frágeis e os serviços carecem de demasiados recursos para permitirem alcançar a meta almejada da redução do fardo das doenças.

A pobreza absoluta tem vindo a descer gradualmente, o que constitui uma tendência animadora. No entanto, segundo as estatísticas do Banco Mundial para 2007, 41% dos habitantes desta Região ainda vivem com de menos de um dólar por dia.

Todos conhecemos as ligações entre a pobreza e a saúde. Um dólar por dia não é uma quantia suficiente para uma vida saudável que evite recorrer ao médico.

Há dois anos, numa cimeira especial da União Africana, os Ministros da Saúde adoptaram uma resolução sobre financiamento da saúde em África.

Nessa resolução expressava-se preocupação com uma situação em que predominavam pagamentos directos de serviços de saúde pelas famílias, que eram iniquitativos e empobrecedores.

Na resolução expressava-se também preocupação com as enormes lacunas nos recursos que se estimavam ser necessários para alcançar as metas internacionais para a saúde.

Assinalava-se que os valores de tais défices ficavam bastante aquém do que era possível angariar de fontes de financiamento nacionais na maioria dos países africanos. Uma vez mais, a base dos recursos é demasiado modesta.

As consequências desta realidade são múltiplas e afectam a governação da saúde e a eficácia da ajuda, o equilíbrio das prioridades e a tomada de decisões estratégicas no momento de fixar os orçamentos.

Esta realidade tem um impacto decisivo nas probabilidades de consecução das metas internacionais relacionadas com a saúde, incluindo os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

Como assinalaram os próprios Ministros da Saúde, a disponibilidade de recursos determina a diferença entre a imposição de taxas ao utente e a protecção social, ou entre a utilização dos serviços de saúde por um pequeno grupo privilegiado e a disponibilização da cobertura universal.

A resolução sobre o financiamento da saúde em África exortava os parceiros do desenvolvimento a fornecerem fluxos financeiros previsíveis e de longo prazo.

Solicitaram-lhes que o fizessem de um modo coordenado e eficiente que possibilitasse a apropriação, desenvolvesse capacidades ao nível local e integrasse as iniciativas respeitantes a uma única doença no sistema de saúde geral.

Isto está já a ter lugar, fazendo parte de várias tendências e acontecimentos de grande potencial para a saúde em África.

Acima de tudo, estas tendências e acontecimentos põem em evidência, mais do que anteriormente, a importância da liderança na saúde.

Minhas Senhoras e Meus Senhores,

É necessária liderança no sector da saúde e esta liderança será recompensada. Quando assumis a liderança, a comunidade internacional dá o seu apoio e os recursos chegam em seguida.

Alcançámos um marco importante. No final do ano passado, quase três milhões de pessoas de países de rendimentos baixos e médios beneficiavam de antirretrovirais para o tratamento da SIDA, sendo a vasta maioria da Região Africana.

Alcançou-se o que antes se considerava impossível. O preço dos medicamentos **pode** baixar. É **possível** realizar intervenções complexas em contextos de poucos recursos.

Os doentes **podem** seguir os regimes de tratamento. Os resultados do tratamento aqui em África podem ser tão bons como em qualquer outra parte do mundo.

Demonstrastes já que, com o devido empenho e apoio, se consegue qualquer coisa.

Encontrais já formas de melhorar a eficiência dos serviços de saúde. A prestação separada de serviços para doentes com VIH e tuberculose (TB) não faz sentido, nem do ponto de vista da eficiência operacional, nem para os doentes.

Em África, a TB é a principal causa de morte nas pessoas que vivem com VIH. Se permanecer por tratar, a TB pode provocar a morte numa questão de semanas, também em doentes sob tratamento com terapêutica antirretroviral.

Onde estão os benefícios, se as pessoas sob tratamento com estes medicamentos para a SIDA, capazes de prolongar a vida, morrem num curto espaço de tempo, de TB?

Permitam-me que felicite países como o Quénia, o Malawi e o Ruanda pelos progressos assinaláveis que realizaram na integração dos serviços relativos ao VIH e à TB, apontando o caminho a seguir e dizendo-nos que podemos almejar alto.

Com liderança, também dos vossos Chefes de Estado, estamos finalmente a realizar progressos na luta contra o paludismo, como acabaram de ouvir o Sr. Ray Chambers dizer.

No dia 18 de Setembro de 2008, a OMS disponibilizará a análise mais abrangente publicada até à data sobre a situação mundial do paludismo.

Examina, para cada país endémico, não só as mudanças de morbilidade e mortalidade, mas também o impacto de intervenções específicas. Esta publicação irá ajudar os países a aperfeiçoar as suas estratégias e a direccionar os seus recursos com uma precisão ainda maior.

Graças ao apoio da Aliança GAVI, esta Região tem registado um desempenho excepcionalmente bom na área da introdução de vacinas subutilizadas.

Até ao final deste ano, todos os países, à excepção de cinco, terão introduzido a vacina Hib. A Gâmbia, o Quénia e o Ruanda têm planos para introduzir, no próximo ano, uma nova vacina antipneumocócica.

Neste momento, todos os países da Região se encontram em fase de introdução da vacina da hepatite B, que protege também contra o cancro do fígado, nas actividades de vacinação de rotina.

Como nos diz a ordem do dia desta reunião, o cancro do fígado é um dos cancros de maior importância na Região Africana. Trata-se de um cancro especialmente devastador. É quase sempre fatal e tende a provocar a morte em adultos no auge da vida.

Se puderdes manter o actual nível de empenho, o cancro do fígado desaparecerá da lista dos principais problemas de saúde, ainda durante o nosso período de vida. Isto constituirá um verdadeiro avanço para a saúde pública.

A erradicação de uma doença é a forma primordial de progresso sustentável. Infelizmente, os países africanos correm de novo graves riscos relativamente à poliomielite.

Um novo surto de polio tipo 1, a estirpe mais perigosa desta doença, está a afectar os Estados do Norte da Nigéria e começou já a propagar-se aos países vizinhos e gostaria de louvar os esforços dos governos que juntamente com a OMS têm vindo a implementar actividades de vacinação de emergência. No entanto, a qualidade destas campanhas, simplesmente, não é suficiente.

Livrar o mundo da poliomielite já não constitui um desafio de ordem técnica, mas sim de ordem estratégica e operacional, o que pode ser ultrapassado.

O mundo inteiro necessita da vossa liderança para evitar que ocorra um grande recuo. Não podemos pôr em risco todos os nossos esforços colectivos e os investimentos que fizemos ao longo de tantos anos. Conto com o vosso apoio.

Minhas Senhores e Meus Senhores,

O que é necessário para transformar boas intenções, como os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde, em resultados reais e duradouros?

Começamos a ter respostas sólidas. A determinação para melhorar a saúde é inabalável, o que nos impele a actuar. Quando os obstáculos são postos a descoberto, encontram-se soluções inovadoras, muda-se de rumo e a motivação para alcançar resultados ganha velocidade.

Fiz já referência a alguns acontecimentos e tendências que se posicionam agora de uma forma capaz de alargar a agenda da saúde e vislumbram-se perspectivas animadoras.

Temos a Declaração do Milénio e os seus objectivos relacionados com a saúde que representam um marco e um empenho temporal, que nos poderá impulsionar para actuar de forma mais enérgica.

O sector da saúde está a atrair mais dinheiro, em parte de novas fontes, como a GAVI, Fundo Mundial, UNITAID e outros. O Enviado Especial do Secretário-Geral das Nações Unidas, Sr. Chambers, tem vindo a trabalhar afincadamente para mobilizar mais recursos. Desde o início deste século, a ajuda destinada à saúde de fontes oficiais e privadas aumentou em mais do dobro, de 6,5 milhares de milhões de dólares (USD), em 2000, para 16,7 milhares de milhões, em 2006, e ainda mais virá se pudermos apresentar resultados.

Esta tendência encorajadora não é a única. Outras tendências demonstram explicitamente que apenas mais recursos não «compram» automaticamente melhores resultados em matéria de saúde.

As principais agências de financiamento combinam actualmente a aquisição de intervenções com fundos destinados a reforçar os sistemas para a respectiva implementação.

As parcerias internacionais e as iniciativas no campo da saúde reconhecem que os avanços dependem do reforço de infraestruturas e da prestação dos serviços.

Isso ficou muito claro na Conferência da SIDA que se realizou no México.

No mês passado, a Etiópia tornou-se no primeiro país a assinar um acordo nacional com os parceiros do desenvolvimento, como parte da *International Health Partnership Plus*. Outros países africanos da “primeira vaga” seguir-se-ão em breve.

Esta parceria é uma resposta directa ao vosso apelo para um apoio técnico e financeiro mais eficiente e melhor coordenado.

A parceria representa um esforço deliberado para reduzir a fragmentação, alinhar os projectos com as prioridades e capacidades nacionais, reduzir os custos de transacção e mobilizar novos recursos.

Por outras palavras, a parceria destina-se a permitir aos líderes africanos alcançarem os resultados que **eles** pretendem para os **seus** povos, no domínio da saúde.

Minhas senhoras e meus senhores,

Amanhã, terá início em Acra um fórum ministerial de alto nível sobre a eficácia da ajuda.

Esse evento vem no seguimento de compromissos assumidos e de metas estabelecidas há três anos na Declaração de Paris.

Desde então, a OCDE tem estado a monitorizar rigorosamente os progressos alcançados em 54 países. Os resultados, que serão divulgados esta semana, constituem o conjunto mais forte de provas recolhidas até à data sobre aquilo que o trabalho desenvolvido no âmbito da ajuda consegue fazer em circunstâncias diferentes, conforme os países.

Com base nesses dados, a reunião aprovará um plano de acção, que incluirá alguns compromissos muito precisos por parte dos doadores e dos países beneficiários.

Esses compromissos revelam até que ponto o conceito de ajuda ao desenvolvimento evoluiu.

Na última década do século passado assistimos a uma atitude de grande cepticismo em relação ao impacto da ajuda, atribuindo-se as culpas às fracas capacidades, ausência de compromissos e má governação por parte dos países beneficiários.

Hoje, porém, os esforços para disponibilizar todo o potencial da ajuda estão mais atentos às políticas e práticas dos doadores.

O plano de acção resultante desta reunião promete um verdadeiro progresso para África, através dos compromissos de apropriação assumidos pelos países, o uso das infraestruturas já existentes para a prestação da ajuda e a disponibilização de fluxos financeiros previsíveis e sustentáveis.

O sector da saúde caracteriza-se por uma percentagem invulgarmente elevada de custos recorrentes. Isso significa que uma ajuda sustentada e previsível é absolutamente essencial para uma boa governação na área da saúde.

A governação na saúde melhora quando há verbas disponíveis para formar o pessoal, pagar os salários, conservar as instalações e o equipamento e recolher e analisar os dados.

O progresso a nível mundial exige que se resolva o problema das desigualdades de rendimentos e oportunidades no seio dos países e entre eles.

Minhas senhoras e meus senhores,

Voltamos a observar agora como as tendências convergem.

Este princípio da agenda de Acra ficou firmemente expresso a semana passada, quando a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde publicou o seu relatório final. Das suas muitas conclusões e recomendações, permitam-me que destaque apenas algumas.

A riqueza, só por si, não é suficiente para garantir uma boa saúde. As condições sociais em que as pessoas nascem, vivem e trabalham são o mais importante factor determinante de uma boa saúde ou de uma saúde precária, de uma vida longa e produtiva ou de uma vida curta e miserável.

A pobreza e a privação social não são questões de destino. São marcadores do insucesso das políticas.

O relatório coloca a responsabilidade de melhorar a igualdade na saúde directamente sobre os ombros dos decisores políticos e não apenas no sector da saúde.

Apela a que se dê muito mais atenção à saúde, quando se procede à negociação dos acordos internacionais comerciais e económicos.

O relatório reconhece que a equidade é fortemente influenciada pela forma como os sistemas de saúde são organizados e financiados.

Em particular, os cuidados de saúde primários são apresentados como um modelo de sistema de saúde que actua sobre as causas sociais, económicas e políticas subjacentes a um estado de saúde precário.

O relatório apela a uma abordagem governamental global, que integre a saúde e a igualdade na saúde em todas as políticas governamentais, em todos os sectores. Por outras palavras: saúde em **todas** as políticas.

Quem quer que duvide da relevância destas conclusões deverá consultar a documentação desta quinquagésima-oitava sessão do Comité Regional.

Álcool. Veja-se o impacto das estratégias de comercialização sem restrições, em especial as que têm a juventude como alvo. Como o documento refere, os governos estão muito preocupados com as receitas fiscais e, por isso, os mecanismos para regular o comércio do álcool quase nunca têm em consideração o seu impacto sobre a saúde.

Mortalidade materna, que é apropriadamente descrita como um dos mais trágicos problemas de saúde em África.

Poderá o sector da saúde, só por si, atacar os problemas profundos como a discriminação, a violência, em especial a violência contra as mulheres, os tabus alimentares e a falta de oportunidades de educação e emprego?

A resolução sobre este ponto constitui um claro apelo a uma acção multissectorial de alto nível. Senhores Ministros da Saúde, vós tendes necessidade da ajuda dos vossos Primeiros-Ministros.

Cancro. Com uma capacidade diminuta para a detecção precoce e o tratamento desta doença, com custos de radioterapia e quimioterapia que ultrapassam os vossos orçamentos para a saúde, é preciso dar uma atenção prioritária à prevenção.

No entanto, os factores de risco de cancro e outras doenças crónicas estão para além do controlo directo do sector da saúde. Felizmente, temos a Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica e o pacote MPOWER de seis intervenções de eficácia comprovada para reduzir o consumo do tabaco.

Tenho a firme esperança de que as conclusões apresentadas pela Comissão constituirão um apoio de peso para que o sector da saúde tenha maior poder de persuasão junto de outros sectores governamentais e que estes passem a prestar maior atenção ao impacto que as suas políticas poderão ter sobre a saúde.

A experiência que tivemos em Maio, na Assembleia Mundial da Saúde, com o Grupo de Trabalho Intergovernamental para a Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual demonstra que os acordos internacionais que afectam o sistema mundial de trocas comerciais podem ser formulados de forma a favorecer a saúde.

Minhas senhoras e meus senhores,

A ênfase da Comissão na justiça social, equidade, acção intersectorial e combate às causas profundas da pobreza e falta de saúde reflecte os princípios e valores

estabelecidos na Declaração do Milénio e seus Objectivos, alargando e aprofundando igualmente a esfera de acção.

Ambos procuram garantir que os benefícios da globalização sejam justamente partilhados em favor da redução da pobreza e de uma melhor saúde, especialmente entre os grupos marginalizados.

Esses princípios e valores conduzem-nos até à Declaração de Alma-Ata, assinada há 30 anos, chamando a nossa atenção para a grande promessa dos cuidados de saúde primários.

Permitam-me que felicite esta Região e o seu Director pelos compromissos estabelecidos na Declaração de Ouagadougou.

Em Outubro, a OMS publicará o Relatório da Saúde no Mundo sobre os Cuidados de Saúde Primários. Entre as suas realizações, o relatório mostrará quantas das tendências encorajadoras observadas hoje na saúde pública podem ser contempladas na forma como os sistemas de saúde estão organizados.

O relatório fornece alguns argumentos económicos e sociais convincentes para fazer dos cuidados primários a placa giratória do sistema de saúde.

Permitam-me que vos felicite igualmente pela síntese do relatório da Saúde no Mundo que foi preparado para esta reunião. De um longo e por vezes complexo relatório, ela extrai brilhantemente as mensagens com maior relevância para os sistemas de saúde na Região Africana.

Tenho a certeza de que os dados e os argumentos apresentados no relatório apoiarão a vossa implementação da Declaração de Ouagadougou.

Minhas senhoras e meus senhores,

Quando assumi o cargo no início do ano passado, exprimi o meu profundo empenho na saúde do povo africano, mas não existem poções milagrosas.

Não há grandes novidades no horizonte relativamente à redução dos problemas de saúde desta Região.

Mas as estrelas estão alinhadas como nunca antes estiveram. A agenda da saúde alargou-se e o céu está mais iluminado.

O compromisso internacional com o desenvolvimento sanitário não sofre vacilações. As verbas destinadas à saúde mais do que duplicaram. O cenário da ajuda ao desenvolvimento mudou a vosso favor.

A Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde põe à vossa disposição argumentos sem precedentes para elevar o perfil da saúde e revitalizar os cuidados de saúde primários. O Relatório Mundial da Saúde levará isto mais adiante.

A África está a fazer progressos em várias frentes, muito mais do que aquelas que eu referi. Por exemplo, a cobertura vacinal em 2006 chegou aos 72% - a mais alta de sempre.

A África está a cumprir a sua parte. O apoio financeiro aumentou, mas nesta Região mais de 70% de todos os recursos para a saúde continua a proceder das **vossas** fontes domésticas, pelo que expresse o meu agradecimento.

Acima de tudo, abriu-se espaço para que possais exercer a vossa liderança, para as vossas necessidades na área da saúde e para os vossos povos.

Obrigada.

DISCURSO DE SUA EXCELÊNCIA O CHEFE INONI EPHRAIM, PRIMEIRO-MINISTRO, CHEFE DO GOVERNO, POR OCASIÃO DA CERIMÓNIA SOLENE DE ABERTURA DA 58ª SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL AFRICANO DA OMS

Senhora Directora-Geral da Organização Mundial de Saúde,
Senhor Representante do Presidente da Comissão da União Africana,
Senhor Enviado Especial do Secretário-Geral das Nações Unidas para o Paludismo,
Senhor Director Regional da OMS para África,
Senhoras e Senhores Membros do Governo,
Senhoras e Senhores Chefes das Delegações da Região Africana da OMS,
Senhoras e Senhores Chefes de Missões Diplomáticas e Representantes de Organizações Internacionais,
Senhor Delegado do Governo ao Conselho Municipal de Yaoundé,
Distintos Delegados e Convidados,
Senhoras e Senhores,

Em nome do Presidente da República, Sua Excelência o Senhor Paul Biya, que me concedeu a insigne honra de o representar nesta cerimónia, dou-vos as boas vindas e desejo-vos uma agradável estada nos Camarões.

Gostaria de saudar, de modo especial, a presença da Senhora Directora-Geral da OMS e do Representante do Presidente da Comissão da União Africana que, nas suas qualidades respectivas, se encontram pela primeira vez nos Camarões.

Honra-nos o facto de o Secretário-Geral das Nações Unidas ter consentido em associar o seu Enviado Especial a esta sessão.

Ao Director Regional da OMS para África e a todos os Chefes das Delegações dirijo os agradecimentos do povo camaronês e, em especial, do Chefe de Estado, Sua Excelência o Senhor Paul Biya, por terem concedido aos Camarões o privilégio de acolher esta 58ª sessão do Comité Regional Africano da OMS.

Excelências,
Minhas Senhoras e Meus Senhores,

Esta sessão decorre num momento em que Estados de todo o mundo se esforçam por alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, com vista a melhorar as vidas das suas populações. Enquanto muitas regiões desenvolvem esforços muito louváveis nesse sentido, o nosso continente parece alcançar, no conjunto, resultados muito pouco positivos. Estudos revelaram, mesmo, que os indicadores-chave da saúde pública estão em declínio, em certas partes do continente.

De qualquer modo, é provável que, caso nada seja feito, a África não alcance até 2015 os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio que, como sabeis, não são critérios para o desenvolvimento, mas antes exigências mínimas de uma base sólida para um desenvolvimento sustentável.

Neste contexto a saúde é, mais que nunca, o primeiro desafio que os nossos países devem enfrentar. Dada a sua complexidade, esta luta não pode ser travada de modo eficaz, e muito menos pode ser ganha, sem uma real sinergia de acções que ultrapassem fronteiras e, eventualmente, encontrem expressão a nível subregional ou regional.

Nesta perspectiva, o Comité Regional Africano da OMS, reunindo 46 Estados, é um bom fórum para definir directrizes políticas e trabalhar em estratégias adequadas, com vista ao máximo benefício para as populações. Apraz-me que a principal incidência desta sessão recaia na **“partilha das melhores práticas, para intensificar intervenções visando reduzir a mortalidade materna e neonatal, prevenir e controlar o paludismo, prevenir, tratar e cuidar dos doentes com VIH/SIDA e melhorar a cobertura vacinal de rotina”**.

Também chamaram a nossa atenção outros problemas igualmente importantes de saúde pública, como o cancro, o abuso do álcool, a deficiência em iodo, a segurança dos pacientes nos serviços de saúde e a saúde oral.

Minhas Senhoras e Meus Senhores,

Através dos temas que ireis tratar durante os vossos trabalhos, abordareis as verdadeiras preocupações da maioria dos nossos Estados, cujo desempenho em matéria de saúde materna e infantil e de redução da morbilidade global não é especialmente satisfatório. Devemos ter presente que o principal problema de África é a saúde das crianças, das mulheres e das mães.

Nos Camarões, as taxas de mortalidade materna e infantil ainda continuam relativamente elevadas. Para inverter esta tendência, o Presidente da República, Sua Excelência o Senhor Paul Biya, mandou proceder à elaboração de uma estratégia sectorial da saúde, em cujo quadro o Governo desenvolve intensas actividades desde 2001, para melhorar os seus indicadores de saúde.

Minhas Senhoras e Meus Senhores,

Gostaria de concluir exortando-vos a dedicar atenção especial, nos vossos trabalhos, ao reforço das capacidades institucionais e humanas, indispensáveis à emergência de um sistema de saúde com bom desempenho.

Desejo pleno sucesso nos vossos trabalhos e, em nome do Presidente da República dos Camarões, declaro aberta a 58ª sessão do Comité Regional Africano da OMS.

Viva a cooperação internacional!

Viva a Organização Mundial de Saúde!

Viva a República dos Camarões!

ORDEM DIA PROVISÓRIA DA QUINQUAGÉSIMA-NONA

SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL

1. Sessão de abertura
2. Constituição da Comissão de Designações
3. Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relatores
4. Aprovação da ordem do dia
5. Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes
6. Eleição do Director Regional
7. Actividades da OMS na Região Africana: Relatório Anual do Director Regional 2008
8. Relatório do Subcomité do Programa
 - 8.1 Para a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio: relatório de progressos e perspectivas futuras
 - 8.2 Quadro para a implementação da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: melhorar a saúde em África no novo milénio
 - 8.3 Projecto de Orçamento-Programa para 2010-2011: orientações para a implementação na Região Africana
 - 8.4 Implementação do Regulamento Sanitário Internacional na Região Africana
 - 8.5 Resistência aos medicamentos associada à SIDA, tuberculose e paludismo: questões, desafios e perspectivas futuras
 - 8.6 Acelerar o controlo do paludismo na Região Africana: Plano de Acção

- 8.7 Fazer face às doenças tropicais negligenciadas na Região Africana
- 8.8 Criação de centros de excelência para a vigilância das doenças, laboratórios de saúde pública e regulamentação dos alimentos e dos medicamentos
- 8.9 Redução do uso nocivo do álcool: uma estratégia para a Região Africana da OMS
9. Documentos Informativos
 - 9.1 Relatórios das auditorias internas e externas da OMS: relatório de progressos da Região Africana
 - 9.2 Relatório sobre pessoal da OMS na Região Africana
 - 9.3 Prevenção do VIH na Região Africana: relatório de progressos
 - 9.4 Sobrevivência infantil: uma estratégia para a Região Africana
10. Mesa-Redonda
 - Partilha das melhores práticas de reforço dos sistemas de saúde locais ou distritais
11. Relatório da Mesa-Redonda
12. Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde
13. Datas e locais da sexagésima e da sexagésima-primeira sessões do Comité Regional
14. Aprovação do relatório do Comité Regional
15. Encerramento da quinquagésima-nona sessão do Comité Regional

ANEXO 13

LISTA DOS DOCUMENTOS

Referência	Título
AFR/RC58/1	- Aprovação da ordem do dia
AFR/RC58/1 Add/1	- Programa de trabalho do Comité Regional
AFR/RC58/2	- Actividades da OMS na Região Africana 2006-2007: Relatório Bienal do Director Regional
AFR/RC58/3	- Medidas para reduzir o uso nocivo do álcool
AFR/RC58/4	- Prevenção e controlo do cancro: estratégia para a Região Africana da OMS
AFR/RC58/5	Saúde das mulheres na Região Africana da OMS: apelo à acção
AFR/RC58/6	- Reforço dos laboratórios de saúde pública na Região Africana: uma necessidade crucial para o controlo das doenças
AFR/RC58/7	- Perturbações causadas pela carência de iodo na Região Africana da OMS: análise da situação e perspectivas
AFR/RC58/8	- Segurança dos doentes nos serviços de saúde da Região Africana: problemas e soluções

AFR/RC58/9	-	Implementação da estratégia regional de saúde oral: análise da situação e perspectivas
AFR/RC58/10	-	Apreciação do relatório do Subcomité do Programa
AFR/RC58/11		Confirmação da Adopção da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: melhorar a saúde em África no novo milénio
AFR/RC58/INF.DOC/1	-	Aceleração da prevenção do VIH na Região Africana da OMS: relatório de progresso
AFR/RC58/INF.DOC/2	-	Iniciativa centrada nos países e reforço das representações da OMS: actualização
AFR/RC58/INF.DOC/3	-	Relatórios das auditorias internas e externas da OMS: implicações para a Região Africana
AFR/RC58/INF.DOC/4		Relatório sobre o pessoal da OMS na Região Africana
AFR/RC58/INF.DOC/5	-	Erradicação da poliomielite: relatório de progresso
AFR/RC58/INF.DOC/6	-	Harmonização para a saúde em África
AFR/RC58/PD/1	-	Partilhar as melhores práticas de intensificação das intervenções relacionadas com a redução da mortalidade materna e neonatal

- AFR/RC58/PD/2 - Partilhar as melhores práticas de intensificação das intervenções relacionadas com a prevenção e controlo do paludismo
- AFR/RC58/PD/3 - Partilhar as melhores práticas de intensificação das intervenções relacionadas com a prevenção, tratamento e cuidados com o VIH/SIDA
- AFR/RC58/PD/4 - Partilhar as melhores práticas de melhoria da cobertura da vacinação de rotina
- AFR/RC58/12 - Confirmação da Adopção da Declaração de Argel sobre Investigação para a Saúde na Região Africana
- AFR/RC58/13 - Avaliação da Execução do Orçamento-Programa 2006-2007
- AFR/RC58/14 - Proposta do Orçamento-Programa da OMS 2010-2011
- AFR/RC58/16 - Quadro de implementação da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: melhorar a saúde em África no novo milénio
- AFR/RC58/17 - Director-Geral da Organização Mundial da Saúde
- AFR/RC58/18 - Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde

- AFR/RC58/19 - Datas e locais da 59ª e 60ª sessões do Comité Regional
- AFR/RC58/20 - Aprovação do relatório do Comité Regional
- AFR/RC58/21 - Lista dos participantes
- AFR/RC58/22 - Grupo de Trabalho Intergovernamental sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual (IGWG-PHI) e seguimento da Resolução WHA61.21
- AFR/RC58/R1 - Saúde das mulheres na Região Africana da OMS: apelo à acção
- AFR/RC58/R2 - Reforço dos laboratórios de saúde pública na Região Africana da OMS: uma necessidade crucial para o controlo das doenças
- AFR/RC58/R3 - Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: melhorar a saúde em África no novo milénio
- AFR/RC58/R4 - Moção de agradecimento
- AFR/RC58/Conf.Doc/1 - Alocução de boas-vindas do Sr. Gilbert Tsimi Evouna, Delegado do Governo ao Conselho Municipal de Yaoundé
- AFR/RC58/Conf.Doc/2 - Alocução do Dr. Luis Gomes Sambo, Director Regional da OMS para África

- AFR/RC58/Conf.Doc/3 - Discurso da Comissária para os Assuntos Sociais Comissão da União Africana Mestre Bience Gawanas
- AFR/RC58/Conf.Doc/4 - Alocução do convidado de honra, Ray Chambers, Enviado Especial do Secretário-Geral da ONU para o Paludismo
- AFR/RC58/Conf.Doc/5 - Alocução da Dra. Margaret Chan, Directora-Geral da OMS
- AFR/RC58/Conf.Doc/6 - Discurso de Sua Excelência o Chefe Inoni Ephraim, Primeiro-Ministro, Chefe do Governo, por ocasião da cerimónia solene de abertura da 58ª Sessão do Comité Regional Africano da OMS
- AFR/RC58/INF/01 - Boletim de informação sobre a República dos Camarões