

# Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano da OMS

*Adis Abeba, República Federal e Democrática da Etiópia  
28 de Agosto a 1 de Setembro de 2006*

## Relatório Final



**Organização  
Mundial de Saúde**

ESCRITÓRIO REGIONAL **Africano**



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

*Adis Abeba, República Federal e Democrática da Etiópia  
28 de Agosto a 1 de Setembro de 2006*

**Relatório Final**

**Organização Mundial de Saúde  
Escritório Regional Africano  
Brazzaville 2006**

*AFR/RC56/24*

©  
Escritório Regional Africano da OMS  
(2006)

As publicações da Organização Mundial de Saúde beneficiam da protecção prevista pelas disposições do Protocolo nº 2 da Convenção Universal dos Direitos de Autor. Reservados todos os direitos. 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 de 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 de 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 de 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 de Saúde ser considerada responsável por prejuízos que decorram da sua utilização.

Impresso na República do Congo



## ÍNDICE

*Página*

ABREVIATURAS .....	vii
--------------------	-----

### 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 .....	2
Decisão 5: Substituição de Membros do Subcomité do Programa .....	3
Decisão 6: Ordem do dia da Quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional .....	3
Decisão 7: Ordens do dia da 119 <sup>a</sup> e 120 <sup>a</sup> sessões do Conselho Executivo .....	4
Decisão 8: Designação dos Estados-Membros da Região Africana para o Conselho Executivo .....	4
Decisão 9: Sessão Especial da Assembleia Mundial da Saúde .....	5
Decisão 10: Método de trabalho e duração da Sexagésima Assembleia Mundial da Saúde .....	5
Decisão 11: Datas e locais da Quinquagésima-sétima e Quinquagésima-oitava sessões do Comité Regional .....	6

Decisão 12:	Locais de realização da Conferência Mundial sobre Investigação em Saúde e da Sétima Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde .....	6
Decisão 13:	Nomeação dos representantes para o Programa Especial de Desenvolvimento da Investigação e Formação em Investigação sobre Reprodução Humana (HRP) Membro da categoria 2 da Comissão de Coordenação das Políticas (PCC) .....	6

## RESOLUÇÕES

AFR/RC56/R1:	Plano Estratégico Regional para o Programa Alargado de Vacinação 2006-2009 .....	7
AFR/RC56/R2:	Sobrevivência infantil: Uma estratégia para a Região Africana .....	10
AFR/RC56/R3:	Prevenção do VIH na Região Africana: Estratégia de Intensificação e aceleração .....	13
AFR/RC56/R4:	Pobreza, Comércio e Saúde: Um problema emergente para o desenvolvimento sanitário .....	15
AFR/RC56/R5:	Financiamento da saúde: Estratégia para a Região Africana .....	18
AFR/RC56/R6:	Revitalização dos sistemas de saúde no contexto dos cuidados primários de saúde na Região Africana .....	20
AFR/RC56/R7:	Gripe das aves: Preparação e resposta à ameaça de uma pandemia .....	22
AFR/RC56/R8:	Gestão dos conhecimentos na Região Africana: Orientações Estratégicas .....	24
AFR/RC56/R9:	Moção de agradecimento .....	26

## PARTE II: RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL

### *Parágrafos*

CERIMÓNIA DE ABERTURA.....	1 – 27
ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS.....	28 – 35
Constituição da Comissão de Verificação de Poderes .....	28 – 29
Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores .....	30
Aprovação da ordem do dia .....	31
Aprovação do horário de trabalho .....	32
Nomeação da Comissão de Verificação de Poderes .....	33 – 35
ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA EM 2004-2005: RELATÓRIO BIENAL DO DIRECTOR REGIONAL (documento AFR/RC56/2).....	36 – 58
Aprovação do Relatório Bienal .....	58
CORRELAÇÃO ENTRE OS TRABALHOS DO COMITÉ REGIONAL, DO CONSELHO EXECUTIVO E DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE (documentos AFR/RC56/4, AFR/RC56/5 e AFR/RC56/6).....	59 - 71
Estratégias propostas para a implementação das várias resoluções de interesse para a Região Africana, adoptadas pela Quinquagésima-nona Assembleia Mundial da Saúde e pela Centésima-décima-oitava sessão do Conselho Executivo (documento AFR/RC56/4) .....	60 - 62
Implicações para a região das ordens do dia da Centésima-vigésima sessão do Conselho Executivo, da Sexagésima Assembleia Mundial da Saúde e da Quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional (documento AFR/RC56/5) .....	63 - 68
Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC56/6) .....	69 - 71



RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA (documento AFR/RC56/3).....	72 - 170
Plano estratégico regional do Programa Alargado de Vacinação, 2006-2009 (documento AFR/RC56/7) .....	73 – 80
Sobrevivência infantil: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC56/13) .....	81 – 91
Prevenção do VIH na Região Africana: Estratégia de intensificação e aceleração (documento AFR/RC56/8) .....	92 – 101
Pobreza, comércio e saúde: Um problema emergente para o desenvolvimento sanitário (documento AFR/RC56/9) .....	102 - 111
Financiamento da saúde: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC56/10) .....	112 - 121
Autoridades reguladoras farmacêuticas: Situação actual e Perspectivas (documento AFR/RC56/11) .....	122 - 129
Revitalização dos serviços de saúde no contexto dos cuidados primários de saúde na Região Africana (documento AFR/RC56/12) .....	130 - 137
Investigação em saúde: Agenda para a Região Africana (documento AFR/RC56/14) .....	138 - 144
Gestão dos conhecimentos na Região Africana da OMS: Orientações estratégicas (documento AFR/RC56/16) .....	145 - 153
Gripe das aves: Preparação e resposta à ameaça de uma pandemia (documento AFR/RC56/15) .....	154 - 163
Drepanocitose na Região Africana: Situação actual e perspectivas (documento AFR/RC56/17) .....	164 - 170
REVISÃO DO PROJECTO DE PLANO ESTRATÉGICO A MÉDIO PRAZO 2008-2013 E DO PROJECTO DE ORÇAMENTO-PROGRAMA 2008-2009 (documento AFR/RC56/18).....	171 - 180
ERRADICAÇÃO DA VARÍOLA: DESTRUIÇÃO DOS STOCKS DE VÍRUS DA VARÍOLA (documento AFR/RC56/20).....	181 - 186

DOCUMENTOS INFORMATIVOS.....	187 - 198
Erradicação da Poliomielite na Região Africana: Relatório de progresso (documento AFR/RC56/INF.DOC/1) .....	187 - 189
Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (documento AFR/RC56/INF.DOC/2) .....	190 - 191
Relatório sobre os Recursos Humanos da OMS na Região Africana (documento AFR/RC56/INF.DOC/3) .....	192 - 193
Situação Actual do Controlo da Oncocercose na Região Africana (documento AFR/RC56/INF.DOC/4) .....	194 - 195
Termos de Referência da Reunião do Grupo Africano à Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC56/INF.DOC/5) .....	196 - 198
MESA-REDONDA: ACTIVIDADES INTERSECTORIAIS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE (documento AFR/RC56/RT/1).....	199
PAINEL DE DISCUSSÃO: CONTOLO DO PALUDISMO NA REGIÃO AFRICANA: EXPERIÊNCIAS E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC56/PD/1).....	200
DATAS E LOCAIS DA 57ª E 58ª SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC56/21).....	201-202
DATA E LOCAL DA CONFERÊNCIA MINISTERIAL MUNDIAL SOBRE A INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE (documento AFR/RC56/22).....	203-204
DATA E LOCAL DA 7ª CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM 2009 (documento AFR/RC56/23).....	205-206
SESSÃO ESPECIAL (documento AFR/RC56/SS1) .....	207
APROVAÇÃO DO RELATÓRO DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC56/20) .....	208

ENCERRAMENTO DA QUINQUAGÉSIMA-SEXTA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL .....	209 – 212
--	-----------

Moção de agradecimento .....	209
Observações de encerramento do Director Regional .....	210
Observações do Presidente e encerramento da reunião.. ..	211 - 212

### PARTE III: ANEXOS

	<i>Página</i>
1. Lista dos participantes .....	89
2. Ordem do dia da 56ª sessão do Comité Regional .....	109
3. Programa de trabalho da 56ª sessão do Comité Regional .....	112
4. Relatório do Subcomité do Programa .....	118
5. Relatório da Mesa-Redonda .....	168
6. Relatório do Painel de Discussão .....	173
7. Relatório da Sessão Especial .....	178
8. Alocução de Sua Excelência, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Ministro da Saúde da República Federal Democrática da Etiópia.....	188
9. Alocução de abertura de Sua Excelência o Sr. Ato Meles Zenawi, Primeiro-Ministro da República Democrática Federal da Etiópia à 56ª sessão do Comité Regional Africano da OMS.....	190
10. Discurso do Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido, Ministro da Saúde da República de Moçambique e Presidente da 55ª sessão do Comité Regional .....	194
11. Discurso do Dr. Luis Gomes Sambo, Director Regional da OMS para África .....	197

12. Discurso do Dr. Jorge Sampaio Enviado Especial do Secretário-Geral das Nações Unidas para a Luta contra a Tuberculose.....	204
13. Discurso do Dr. Anders Nordstrom, Director-Geral Interno da Organização Mundial de Saúde .....	215
14. Discurso de Sua Excelência Alpha Oumar Konaré, Presidente da comissão Africana, por ocasião da cerimónia de abertura da 56. <sup>a</sup> sessão do Comité Regional Africano .....	225
15. Alocução conjunta de Esther Guluma e Per Engebek, directores regionais da UNICEF, respectivamente para a África Central e Ocidental e para a África Oriental e Austral .....	230
16. Alocução do Dr. Philip O. Emafo Presidente do Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes	237
17. Ordem do dia provisória da 57. <sup>a</sup> sessão do Comité Regional .....	241
18. Lista dos documentos .....	243

## Abreviaturas

ACT	Terapia de Combinação à Base de Artemisinina
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA)
ATM	SIDA, Tuberculose e Paludismo
AU	União Africana (UA)
AUC	Comissão da União Africana (CUA)
CMH	Comissão de Macroeconomia e Saúde
COMESA	Mercado Comum da África Oriental e Austral
CRHCS	Secretariado da Comunidade Regional de Saúde da Commonwealth
DDT	Diclorodifeniltricloroetano
DFID	Departamento para o Desenvolvimento Internacional (Reino Unido)
DPT3	Difetria, Tosse convulsa e Tétano
ECSA	África Oriental, Central e Austral (do CRHCS)
EPI	Programa Alargado de Vacinação (PAV)
FAO	Organização para a Alimentação e Agricultura
GATS	Acordo Geral sobre o Comércio de Serviços
GAVI	Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação
GFATM	Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo
GIVS	Visão e Estratégia Mundial de Vacinação
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH)
HRP	Investigação, Desenvolvimento e Formação em Reprodução Humana
ICT	Tecnologias de informação e comunicação (TIC)
IDSR	Vigilância e Resposta Integrada às Doenças
IGAD	Autoridade Intergovernamental para o Desenvolvimento
IHRs	Regulamento Sanitário Internacional
ILO	Organização Internacional do Trabalho (OIT)
IMCI	Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI)
INCB	Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes
IRS	Pulverização Residual de Interiores
ITN	Mosquiteiros Tratados com Insecticida
KM	Gestão dos Conhecimentos
MDG	Metas de Desenvolvimento do Milénio
MRA	Autoridades Reguladoras Farmacêuticas
MTSP	Plano Estratégico a Médio Prazo
NEPAD	Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano

NGO	Organização Não-Governamental (ONG)
OAU	Organização da Unidade Africana
OCEAC	<i>Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique centrale</i>
OIE	Organização Mundial de Saúde Animal
PCC	Comissão de Política e Coordenação
PHC	Cuidados Primários de Saúde
PMTCT	Prevenção da Transmissão Vertical (VIH)
PSC	Subcomité do Programa
RED	Abordagem “Chegar a Todos os Distritos”
ROCEA	Escritório Regional de Apoio para a África Central e Oriental (do UN OCHA)
SADC	Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral
SPS	Aplicação das Medidas Sanitárias e Fitossanitárias
TB	Tuberculose
TBT	Barreiras Técnicas ao Comércio
TDR	Programa Especial de Investigação das Doenças Tropicais
TRIPS	Aspectos Comerciais dos Direitos de Propriedade Intelectual
UN OCHA	Escritório das Nações Unidas para a Coordenação dos Assuntos Humanitários
UN	Nações Unidas (Organização das) - ONU
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA (ONUSIDA)
UNECA	Comissão Económica Africana (da ONU) (CEA)
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a Família e Populações (FNUAP)
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNICEF/ESARO	Fundo das Nações Unidas para a Infância /Escritório Regional para a África Oriental e Austral
UNICEF/WCARO	Fundo das Nações Unidas para a Infância /Escritório Regional para a África Ocidental e Central
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
WAHO	Organização de Saúde da África Ocidental
WHA	Assembleia Mundial da Saúde
WHO	Organização Mundial de Saúde

**PARTE I**  
**DECISÕES PROCESSUAIS**  
**E**  
**RESOLUÇÕES**

## DECISÕES PROCESSUAIS

### **Decisão nº 1: Constituição da Comissão de Designações**

A Comissão de Designações reuniu-se na segunda-feira, 28 de Agosto de 2006, sendo constituída por representantes dos seguintes Estados-Membros: Angola, Benim, Comores, República do Congo, Côte d'Ivoire, Gabão, Lesoto, Maurícias, Senegal, Seychelles e Togo. O Gana, apesar de convidado, não participou na reunião.

A Comissão elegeu para Presidente a Senhora Paulette Missambo, Ministra da Saúde do Gabão.

*Primeira sessão, 28 de Agosto de 2006*

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

Após ter analisado o relatório da Comissão de Designações em conformidade com o Artigo 10º do Regulamento Interno do Comité Regional Africano e a Resolução AFR/RC23/R1, o Comité Regional aprovou por unanimidade a seguinte Mesa:

<b>Presidente:</b>	Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus Ministro da Saúde da Etiópia
<b>Primeiro Vice-Presidente:</b>	Dr. Motloheloa Phooko Ministro da Saúde do Lesoto
<b>Segundo Vice-Presidente:</b>	Dr. Mono Camara Secretário-Geral, Ministério da Saúde Pública, Guiné
<b>Relatores:</b>	Senhor Abdou Fall Ministro da Saúde do Senegal  Dr. Júlio César Sá Nogueira Conselheiro do Ministro dos Assuntos Institucionais e Políticas de Saúde, Guiné-Bissau



Dr. Tamsir Mbowe  
Secretário de Estado, Gâmbia

O Comité Regional recomendou que para orientar a decisão de designar candidatos pelo Comité de Designações do próximo Comité Regional, o Secretariado deveria fornecer uma lista das pessoas que ocuparam cargos no passado e actualmente, bem como informação sobre as normas, regulamentos e uma nota das práticas do Comité Regional.

*Segunda sessão, 28 de Agosto de 2006*

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

O Comité Regional nomeou uma Comissão de Verificação de Poderes, constituída por representantes dos seguintes 12 Estados-Membros: Botsuana, Burundi, República Centrafricana, República Democrática do Congo, Gâmbia, Guiné, Libéria, Mali, Ruanda, São Tomé e Príncipe, África do Sul e Suazilândia.

A Comissão de Verificação de Poderes reuniu-se na segunda-feira, 28 de Agosto de 2006, tendo contado com a participação dos seguintes Estados-Membros: Botsuana, Burundi, República Centrafricana, República Democrática do Congo, Guiné, Libéria, Mali, São Tomé e Príncipe, África do Sul e Suazilândia. A Gâmbia e o Ruanda não participaram na reunião.

A Comissão de Verificação de Poderes elegeu para Presidente o Dr. Jean Chrysostome Gody, Director de Saúde Pública e População, da República Centrafricana.

A Comissão de Verificação de Poderes elegeu para Presidente o Dr. Jean Chrysostome Gody, Director de Saúde Pública e População, da República Centrafricana.

*Segunda sessão, 28 de Agosto de 2006*

#### **Decisão nº 4: Credenciais**

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

A República da Eritreia e República do Ruanda não puderam participar na sessão.

*Terceira sessão, 28 de Agosto de 2006*

#### **Decisão nº 5: Substituição dos membros do Subcomité do Programa**

O mandato dos seguintes países no Subcomité do Programa cessará com o encerramento da 56ª sessão do Comité Regional: Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe e Senegal.

Os seguintes países irão substituí-los: Argélia, Angola, Benim, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.

#### **Decisão n.º 6: Ordem do dia provisória da Quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional**

O Comité Regional analisou, emendou e aprovou a proposta de ordem do dia provisória da Quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional.

*Quarta sessão, 29 de Agosto de 2006*

**Decisão n.º 7: Ordens do dia da Centésima-Décima-Nona e da Centésima-Vigésima sessões do Conselho Executivo**

O Comité Regional tomou nota das ordens do dia provisórias da Centésima-décima nona e da Centésima-vigésima sessões do Conselho Executivo.

*Quarta sessão, 29 de Agosto de 2006*

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

- 1) De acordo com a Decisão 8 (4) da Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional, o Mali designou um representante para o Conselho Executivo, com início na Centésima-décima-oitava sessão do Conselho, substituindo a Guiné-Bissau.
- 2) O mandato do Quénia e do Lesoto terminará com o encerramento da Sexagésima Assembleia Mundial da Saúde. De acordo com as normas definidas na Decisão 8 da Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional, estes países serão substituídos por São Tomé e Príncipe e Malawi, das Subregiões II e III, respectivamente.
- 3) O Malawi e São Tomé e Príncipe participarão na Centésima-vigésima sessão do Conselho Executivo em Maio de 2007 e deverão confirmar a disponibilidade de participação pelo menos seis semanas antes da Sexagésima Assembleia Mundial da Saúde.
- 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.

*Quarta sessão, 29 de Agosto de 2006*

### **Decisão nº 9: Sessão especial da Assembleia Mundial da Saúde de 2006**

O Comité Regional anotou a proposta, feita pelo Presidente da Quinquagésima-nona Assembleia Mundial da Saúde, de manter a comissão nomeada para a Assembleia, para servir como comissão temporária na sessão especial, a realizar em 9 de Novembro de 2006. Esses membros são: Burundi, Cambodja, Chipre, República Popular Democrática da Coreia, Coreia, Equador, Estónia, Guiné-Bissau, Honduras, Jordânia, Nigéria, Paquistão e Polónia. O Comité Regional também reconheceu que não haveria nenhum Comité Geral, visto que todos os assuntos serão tratados em plenário.

### **Decisão nº 10: Método de trabalho e duração da Sexagésima Assembleia Mundial da Saúde**

#### *Vice-presidente da Assembleia Mundial da Saúde*

- 1) O presidente da Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano será designado como vice-presidente da Sexagésima Assembleia Mundial da Saúde, a realizar em Maio de 2007.

#### *Comissões Principais da Assembleia Mundial da Saúde*

- 2) O Director-Geral, em consulta com o Director Regional, decidirá, antes da Sexagésima 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
  - 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, 12 de Maio de 2007, às 9h30, na sede da OMS em Genebra, para confirmar as decisões tomadas pelo Comité Regional na sua Quinquagésima-

sexta sessão e debater os pontos da ordem de trabalhos da Sexagésima 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.

*Sétima sessão, 31 de Agosto de 2006*

**Decisão nº 11: Datas e locais da Quinquagésima-sétima e Quinquagésima-oitava sessões do Comité Regional**

O Comité Regional, de acordo com o seu Regulamento Interno, decidiu realizar a sua Quinquagésima-sétima sessão em Brazzaville, República do Congo, de 27 a 31 de Agosto de 2007. A data e o local da Quinquagésima-oitava sessão do Comité Regional decidir-se-ão durante a Quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional.

**Decisão nº 12: Locais de realização da Conferência Mundial sobre Investigação em Saúde e da Sétima Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde**

Ficou decidido realizar a Conferência Mundial sobre Investigação em Saúde, no Mali, em 2008. A Sétima Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde realizar-se-á no Quênia, em 2009.

*Sétima sessão, 31 de Agosto de 2006*

**Decisão nº 13: Nomeação dos representantes para o Programa Especial de Desenvolvimento da Investigação e Formação em Investigação sobre Reprodução Humana (HRP) Membro da categoria 2 da Comissão de Coordenação das Políticas (PCC)**

Em 31 de Dezembro de 2005, terminou o mandato da República do Congo na Comissão da Política e Coordenação do HRP. Seguindo a ordem alfabética inglesa, a República do Congo foi substituída pela Eritreia na PCC, por um período de 3 anos, com efeitos a partir de 1 de Janeiro de 2006. A Eritreia juntar-se-á à Côte d'Ivoire, à República Democrática do Congo e à Guiné Equatorial, que já são membros da PCC.

*Oitava sessão, 1 de Setembro de 2006*

## RESOLUÇÕES

### **AFR/RC56/R1: PLANO ESTRATÉGICO REGIONAL PARA O PROGRAMA ALARGADO DE VACINAÇÃO 2006-2009**

Relembrando várias resoluções sobre o Programa Alargado de Vacinação (PAV) aprovado há alguns anos, incluindo as resoluções AFR/RC/42/R4, AFR/RC43/R8, AFR/RC44/R7, AFR/RC45/R5 e AFR/RC52/R2, sobre intervenções prioritárias de aceleração dos programas para a consecução dos seus objectivos;

Tendo examinado o relatório de progressos do Director Regional sobre as realizações do Programa Alargado de Vacinação na Região Africana;

Notando a consecução das iniciativas para o controlo acelerado das doenças no combate à poliomielite e ao sarampo, através da vacinação de populações às quais não havia sido possível chegar anteriormente, e notando que estas iniciativas tinham estabelecido vastas redes que podem servir de suporte à vigilância de outras doenças e tendências de saúde;

Reconhecendo que, embora tenha havido progressos substanciais na melhoria do desempenho dos programas nacionais de vacinação na Região Africana durante o período de 2001 a 2005, existe um número crescente de crianças que precisam de ser vacinadas caso se pretendam alcançar as metas regionais e mundiais acordadas;

Preocupado com o facto de uma melhor cobertura regional ocultar as disparidades que existem na cobertura vacinal aos níveis nacionais e sub-nacionais;

Preocupado com o facto de a introdução de vacinas e dispositivos de injeção mais caros ter agravado a situação relativamente à garantia de um financiamento sustentável da vacinação;

Reconhecendo a importância da Visão e Estratégia Mundiais sobre Vacinação (2006-2015), cujo principal objectivo é reduzir as doenças e as mortes devidas às doenças evitáveis por vacinação em, pelo menos, dois terços até 2015, em relação aos níveis de 2000;

Reconhecendo que a integração na vacinação de intervenções suplementares para a sobrevivência das crianças pode ser alcançada se os países forem apoiados na adopção de um quadro regional para a integração;

Consciente de que a maximização do acesso à vacinação poderá ser alcançado através do alargamento da implementação da abordagem Chegar a Todos os Distritos (RED);

Realçando a necessidade de que todos os países se esforcem para a consecução do objectivo de desenvolvimento do milénio internacionalmente acordado e contido na Declaração do Milénio das Nações Unidas de reduzir em dois terços entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade das crianças com menos de cinco anos de idade;

Tendo considerado as estratégias propostas para acelerar a consecução dos objectivos do PAV para 2006-2009;

O Comité Regional,

1. APROVA o Plano Estratégico Regional para o Programa Alargado de Vacinação 2006-2009;
2. EXORTA os Estados-Membros a:
  - a) aumentarem as afectações orçamentais para a aquisição de vacinas e actividades de vacinação;
  - b) atingirem as metas da vacinação expressas no plano estratégico;
  - c) garantirem que a vacinação continuará a ser uma prioridade na agenda nacional de saúde e se apoiará nos processos sistemáticos de planeamento, implementação, monitorização, avaliação, empenhamento e compromisso financeiro a longo prazo;
  - d) elaborarem planos de sustentabilidade financeira para as iniciativas de vacinação existentes;

- e) acelerarem e manterem a consecução da vigilância a nível de certificação em todos os países da Região, bem como estabelecerem sistemas e equipas da resposta a surtos de poliomielite, para permitir responder tais surtos;
  - f) garantirem um maior envolvimento da comunidade na abordagem. Chegar a Todos os Distritos e na integração com outros programas prioritários;
  - g) implementar campanhas de vacinação transfronteiriças, onde for necessário;
  - h) promover a monitorização da segurança e qualidade das vacinas através da vigilância dos eventos adversos resultantes da vacinação, e a formação dos profissionais de saúde e agentes da comunidade;
3. AGRADECE ao Rotary International, aos Centros dos EUA para a Prevenção e Controlo das Doenças à UNICEF, USAID, DFID, GAVI e outros parceiros, pelos respectivos esforços para reforçar os serviços de vacinação, expandir a cobertura vacinal e introduzir vacinas novas e subutilizadas na Região Africana;
4. SOLICITA ao Director Regional que:
- a) continue a defender o apoio ao PAV para alcançar o objectivo de erradicação da pólio na Região Africana durante futuras reuniões com os Chefes de Estado, líderes políticos e líderes de opinião de alto nível, de modo a garantir um apoio continuado aos programas nacionais de vacinação;
  - b) continue a monitorizar a implementação das actividades de controlo acelerado das doenças, com relevo especial para a erradicação da pólio, prestando apoio técnico aos Estados-Membros para estabelecer equipas de resposta à poliomielite, e para a eliminação do tétano neonatal e materno, controlo do sarampo e da febre amarela, e reforço dos sistemas de vacinação de rotina;



- c) incentive a continuidade da colaboração com os organismos internacionais e multilaterais, organizações de doadores e parceiros do PAV, com vista à harmonização das políticas e utilização dos recursos de modo eficiente e sustentável;
- d) reforce a capacidade dos Estados-Membros para realizarem ensaios de vacinas e reunirem provas para a tomada de decisões sobre a introdução de novas vacinas;
- e) trabalhe de perto com os organismos internacionais e multilaterais, organizações de doadores e parceiros do PAV, em sintonia com a Visão e Estratégia Mundial para a Vacinação, com vista a dar apoio aos Estados-Membros na implementação do Plano Estratégico Regional para o Programa Alargado de Vacinação 2006-2009;
- f) apoie a integração da vacinação com outras actividades de sobrevivência infantil;
- g) apresente todos os anos um relatório ao Comité Regional sobre os progressos realizados.

*Terceira sessão, 29 de Agosto de 2006*

## **AFR/RC56/R2: SOBREVIVÊNCIA INFANTIL: UMA ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA**

Preocupado com o facto de morrerem todos os anos cerca de 10,6 milhões de crianças em todo o mundo, dos quais 4,6 milhões na Região Africana, tratando-se, na maioria, de mortes de crianças com menos de cinco anos e que se devem a um reduzido número de doenças comuns, evitáveis e tratáveis;

A Meta de Desenvolvimento do Milénio nº 4 visa a redução em dois terços da mortalidade em menores de cinco anos até 2015, para comparação com os níveis de 1990;

Reconhecendo que os tratados e convenções internacionais, incluindo a Convenção dos Direitos da Criança de 1990, a sessão especial das Nações Unidas

sobre as crianças, em 2002, e a reunião mundial de consulta da OMS/UNICEF sobre saúde e desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, realizada em 2002, salientam o direito inerente à qualidade de vida e a urgente necessidade de reduzir a mortalidade infantil;

Considerando que as crianças representam o futuro de África e que é urgente investir na sua saúde, para garantir uma geração mais saudável e mais produtiva, que contribua para o desenvolvimento socioeconómico e prosperidade da Região;

Ciente de que, particularmente em África, a Carta Africana da OUA de 1990 sobre os Direitos e Protecção da Criança, a estratégia de Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) aprovado pelo Comité Regional da Região Africana da OMS em 1999 e, mais recentemente, a Declaração de Tripoli sobre a Sobrevivência da Criança elaborada pela Assembleia da União Africana, em Julho de 2005, reconhecem a necessidade urgente de acelerar as acções favoráveis à sobrevivência das crianças;

Tendo trabalhado no documento, “Sobrevivência Infantil: Estratégia para a Região Africana”, desenvolvido em conjunto pela OMS e UNICEF, que proponha uma estratégia de sobrevivência infantil para a Região Africana;

O Comité Regional,

1. APROVA a estratégia proposta para a sobrevivência infantil na Região Africana;
2. EXORTA aos Estados-Membros que:
  - a) ponham em prática as políticas necessárias que permitam uma implementação eficaz da estratégia para a sobrevivência das crianças;
  - b) reforcem as capacidades nacionais para planear, implementar e monitorizar as actividades com eficácia, incluindo a implementação de políticas destinadas a resolver o problema da sobrevivência das crianças no contexto dos sistemas de prestação de cuidados de saúde;

- c) garantam a relevância e a consistência das mensagens para as intervenções prioritárias para a sobrevivência das crianças e criem estratégias nacionais de comunicação, em apoio às actividades integradas de promoção da saúde, com especial relevo para a autonomia dos indivíduos, das famílias e das comunidades;
- d) assegurem a obtenção de consensos, a harmonização das intervenções e a mobilização de recursos dentro e fora do país, no quadro das parcerias para a saúde das mães, dos recém-nascidos e das crianças;
- e) realizem investigação operacional em áreas prioritárias, de modo a melhorar a política, o planeamento, a implementação e o reforço de intervenções com uma boa relação custo-eficácia para a sobrevivência das crianças;
- f) avaliem, documentem e partilhem experiências e esforços programáticos para atingir os objectivos definidos, de modo a aplicarem as lições durante a fase de expansão e para fins de advocacia;
- g) concebam um quadro para a monitorização e avaliação, que inclua a recolha de dados iniciais e o acompanhamento dos progressos, documentando os dados e partilhando-os com os países e as regiões.

3. SOLICITA ao Director Regional da OMS e à UNICEF que:

- a) estimulem a parceria e o trabalho com a UNICEF e outros parceiros relevantes no apoio à implementação desta estratégia;
- b) façam a defesa das intervenções prioritárias e da mobilização de recursos;
- c) dispensem apoio técnico aos países, para que estes possam incrementar as intervenções para a sobrevivência das crianças, melhorando as capacidades, os mecanismos de monitorização e avaliação dos países e interpaíses e a informação sobre a gestão sanitária;
- d) ajudem os países a identificar, documentar e divulgar amplamente as melhores práticas de implementação dessas intervenções;
- e) ajudem os países a desenvolverem capacidades para a investigação operacional;

- f) facilitem a coordenação e a colaboração com a União Africana e as comunidades económicas regionais;
- g) apresentem, de dois em dois anos, um relatório sobre os progressos realizados na implementação da estratégia de sobrevivência das crianças na Região Africana.

*Terceira sessão, 29 de Agosto de 2006*

### **AFR/RC56/R3: PREVENÇÃO DO VIH NA REGIÃO AFRICANA: ESTRATÉGIA DE INTENSIFICAÇÃO E ACELERAÇÃO**

Considerando que o VIH/SIDA é uma das principais causas de mortalidade na Região Africana, impondo um fardo desproporcional aos jovens e às mulheres;

Alarmado por constatar que, a despeito de sinais precoces de declínio da incidência do VIH em alguns países, mais de 3 milhões de novas infecções continuam a ocorrer anualmente na Região Africana;

Tendo em mente o cada vez maior compromisso político e empenhamento na luta contra o VIH/SIDA na Região Africana, por parte dos Governos e da comunidade internacional;

Estimulado pelos progressos conseguidos na intensificação do tratamento anti-retroviral e convicto de que o tratamento e os cuidados proporcionam uma boa oportunidade para acelerar a prevenção do VIH;

Tendo presente o Compromisso de Brazzaville sobre o Acesso Universal à Prevenção, Tratamento, Cuidados e Apoio ao VIH e o Apelo à Acção dos Chefes de Estado, na Cimeira Especial sobre o VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo, em Abuja;

Lembrando os progressos alcançados na implementação da Resolução AFR/RC55/R6: *Acelerar os esforços de prevenção do VIH na Região Africana*, aprovada em Maputo, em Agosto de 2005; a proclamação de 2006 como o Ano da Aceleração da Prevenção do VIH na Região Africana, sob a liderança da União Africana; a mobilização da família das Nações Unidas no apoio à aceleração da prevenção do VIH na Região Africana; e as medidas em curso nos países, para acelerar a prevenção do VIH;

O Comité Regional;

1. APROVA o documento intitulado “Prevenção do VIH na Região Africana: Estratégia de Intensificação e Aceleração”.
2. EXORTA os Estados-Membros a:
  - a) formular, adaptar ou rever as estratégias nacionais para acelerar a prevenção do VIH, no contexto do acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio ao VIH;
  - b) conceber planos operacionais para a implementação da estratégia, com metas para intensificar a prevenção do VIH;
  - c) garantir a liderança política e a coordenação, na implementação das estratégias e planos;
  - d) assegurar a investigação operacional sobre alterações comportamentais, a fim de orientar os programas de comunicação sobre alterações de comportamentos;
  - e) comprometer recursos a longo prazo, com apoio internacional, para garantir a intensificação dos esforços nacionais sustentáveis para a prevenção do VIH.
3. SOLICITA ao Director Regional que:
  - a) dê apoio técnico aos Estados-Membros na formulação e implementação de estratégias de prevenção do VIH com base no sistema de saúde;
  - b) faça advocacia em favor de mais recursos e ajude a mobilizar apoio internacional a longo prazo, para intensificar os esforços de prevenção do VIH;
  - c) monitorize os progressos na implementação desta estratégia e apresente um relatório ao Comité Regional de dois em dois anos.

*Quarta sessão, 29 de Agosto de 2006*

**AFR/RC56/R4: POBREZA, COMÉRCIO E SAÚDE: UM PROBLEMA EMERGENTE PARA O DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO**

Recordando a estratégia regional africana sobre pobreza, intitulada "Pobreza e Saúde: uma Estratégia para a Região Africana" (AFR/RC53/9);

Recordando a Resolução AFR/RC52/R4 sobre pobreza e saúde;

Registando com satisfação o relatório dos progressos do Director Regional, sobre a implementação da Resolução AFR/RC52/R4;

Congratulando-se com os progressos realizados pelos países africanos no sentido da redução da pobreza;

Relembrando as Resoluções WHA59.24 sobre saúde pública, inovação, investigação essencial em saúde e direitos de propriedade intelectual: para uma estratégia e um plano de acção mundiais; WHA56.27 sobre os direitos de propriedade intelectual, inovação e saúde pública; e WHA 59.26 sobre o comércio internacional e saúde;

Congratulando-se com o relatório da Comissão sobre os Direitos de Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública;

Notando com interesse o trabalho em curso da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde;

Alarmado com o facto de que, segundo o Relatório de 2005 sobre as Metas de Desenvolvimento do Milénio, mais milhões de pessoas mergulharam na mais profunda pobreza na África Subsariana, onde os pobres continuam a ficar cada vez mais pobres;

Tendo em mente as recomendações do Relatório da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde: *Investir na Saúde Para o Desenvolvimento Económico (2001)* e notando as suas referências à pobreza;

Preocupado com o facto da pobreza ser a maior assassina do mundo e a principal causa de má saúde e do sofrimento;

Reconhecendo que a liberalização do comércio pode ser um instrumento poderoso para fomentar o desenvolvimento, reduzir a pobreza e melhorar a saúde.

Reconhecendo ainda que o crescimento económico é a primeira via pela qual os países da Região podem reduzir a pobreza;

Sublinhando a necessidade de os países da Região se posicionarem estrategicamente, para tirarem partido das oportunidades criadas pela liberalização dos serviços de saúde e enfrentarem de modo adequado os riscos daí advindos;

Tendo analisado o documento do Comité Regional “Pobreza, comércio e saúde: um problema emergente para o desenvolvimento sanitário” (AFR/RC56/9), em especial as medidas propostas para o futuro;

O Comité Regional,

1. APELA aos Estados-Membros para que:

- a) promovam o diálogo entre os múltiplos intervenientes a nível nacional, para considerar as inter-relações entre o comércio internacional e a saúde;
- b) adotem, sempre que necessário, políticas, legislação e regulamentos que abordem os problemas identificados nesse diálogo e aproveitem as vantagens das oportunidades potenciais, e que enfrentem os desafios potenciais que o comércio e os acordos comerciais podem colocar à saúde, aproveitando as flexibilidades que lhes são inerentes;
- c) utilizem ou criem, sempre que necessário, mecanismos de coordenação em que participem os ministérios das finanças, saúde e comércio, bem como outras instituições pertinentes, para abordar as vertentes do comércio internacional relacionadas com a saúde pública;
- d) estabeleçam relações construtivas e interactivas com os sectores público e privado, de modo a dar coerência às suas políticas de comércio e saúde;

- e) continuem a desenvolver, a nível nacional, a capacidade de detectar e analisar as oportunidades e desafios potenciais que o comércio e os acordos comerciais possam colocar ao desempenho do sector da saúde e aos resultados em matéria de saúde;
- f) criem, ou reforcem, conforme apropriado, mecanismos de coordenação em que participem os ministérios da saúde e do comércio, bem como outras instituições correlacionadas, para abordar os aspectos do comércio internacional relacionados com a saúde;

2. CONVIDA os parceiros pertinentes a:

- a) prosseguir com a implementação da Resolução AFR/RC52/R4, em especial os parágrafos 2 (a) a 2 (e);
- b) garantir que a saúde seja tida em consideração na formulação das políticas de comércio;
- c) continuar a transmitir informações e conselhos aos Estados-Membros sobre assuntos relacionados com o comércio e a saúde pública;
- d) apoiar o reforço das capacidades nacionais, para negociar e implementar eficazmente os acordos comerciais e outras convenções relacionadas com a saúde, de forma a promover e proteger a saúde pública;

3. SOLICITA ao Director Regional que:

- a) apoie os Estados-Membros, a seu pedido e em colaboração com as organizações internacionais competentes, nos seus esforços para enquadrar políticas coerentes que abordem a relação entre o comércio e a saúde;
- b) responda às solicitações dos Estados-Membros, apoiando os seus esforços para adquirirem a capacidade de compreender as implicações do comércio internacional e dos acordos comerciais para a saúde, e para abordarem as questões pertinentes através de políticas e legislação que tirem proveito das potenciais oportunidades e dêem resposta aos possíveis desafios que o comércio e os acordos comerciais podem colocar à saúde;



- c) continue a colaborar com as organizações internacionais competentes, para apoiar a coerência política entre os sectores do comércio e da saúde, aos níveis nacional e regional, incluindo a geração e partilha de dados factuais sobre a relação entre o comércio e a saúde;
- d) continue a implementar a resolução AFR/RC52/R4, em especial os parágrafos 3(a) e 3(c);
- e) apresente um relatório à Quinquagésima-oitava sessão do Comité Regional e, a partir daí, de dois em dois anos, sobre os progressos realizados na implementação desta resolução.

*Sétima sessão, 31 de Agosto de 2006*

#### **AFR/RC56/R5: FINANCIAMENTO DA SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA**

Tendo em conta a conclusão da Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMH), de que a má saúde contribui significativamente para a pobreza e o baixo crescimento económico;

Consciente de que os investimentos em saúde dão dividendos substanciais significativos, nas áreas da redução da pobreza e do crescimento económico;

Lembrando as Resoluções AFR/RC52/R4, sobre pobreza e saúde; AFR/RC53/R1, sobre macroeconomia e saúde; e a Resolução WHA58.30 da Assembleia Mundial da Saúde, sobre acelerar a consecução das metas de desenvolvimento relacionadas com a saúde internacionalmente acordadas;

Lembrando o compromisso assumido pelos Chefes de Estado em Abuja, em 2001, no sentido de afectarem pelo menos 15% dos seus orçamentos de Estado ao desenvolvimento da saúde;

Lembrando a Resolução WHA58.33 da Assembleia Mundial da Saúde, que exortava os Estados-Membros a garantir mecanismos de financiamento sustentáveis;

Lembrando a resolução dos Ministros da Saúde da União Africana (Sp/Assembly/ATM/5(I) Rev.3) em relação ao financiamento da saúde em África, que renova o seu compromisso com vista à aceleração dos progressos no sentido da consecução das metas de Abuja e das Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDM);

Apreciando o apoio prestado no âmbito de iniciativas internacionais, como os Países Pobres Altamente Endividados (HIPC), o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo (GFATM), o Fundo Mundial para a Investigação em Saúde (GHRF), a Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação (GAVI); Fazer Recuar o Paludismo; Travar a Tuberculose; e a Fundação Bill e Melinda Gates;

O Comité Regional,

1. APROVA o documento intitulado “Financiamento da Saúde: Estratégia para a Região Africana”;
2. EXORTA os Estados-Membros a:
  - a) reforçar as capacidades de liderança dos ministérios da saúde e fortalecer a sua colaboração com os ministérios das Finanças e do Trabalho e outros ministérios e parceiros competentes;
  - b) reforçar ou formular políticas de financiamento da saúde e planos estratégicos abrangentes, e incorporá-los nos quadros nacionais de desenvolvimento, como os Documentos Estratégicos de Redução da Pobreza e os Quadros de Despesas a Médio Prazo;
  - c) honrar o compromisso assumido pelos chefes de estado africanos para a afectação de pelo menos 15% dos seus orçamentos de Estado à saúde;
  - d) reforçar o sistema nacional de financiamento da saúde pré-pago, incluindo estruturas, parceiros e sistemas de gestão do financiamento;
  - e) reforçar as capacidades de geração, divulgação e de utilização de bases factuais do financiamento da saúde na tomada de decisões.
3. SOLICITA ao Director Regional da OMS que, em colaboração com o Banco Mundial e outras agências de financiamento multilaterais e bilaterais e organismos de financiamento públicos e privados:
  - a) disponibilizem orientações regionais para a elaboração de planos estratégicos e políticas globais de financiamento da saúde, e para a monitorização e avaliação da sua aplicação;

- b) prestem apoio técnico aos Estados-Membros, conforme as necessidades, na formulação de instrumentos e métodos para avaliar as diferentes práticas no financiamento da saúde;
- c) criem redes e mecanismos para facilitar a partilha permanente de experiências e lições aprendidas no campo do financiamento da saúde;
- d) apoiem a investigação sobre financiamento da saúde e a divulgação dos resultados decorrentes da mesma e sua utilização na tomada de decisões;
- e) apresentem um relatório sobre a implementação da estratégia de dois em dois anos.

*Quinta sessão, 30 de Agosto de 2006*

**AFR/RC56/R6: REVITALIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE NO  
CONTEXTO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE  
NA REGIÃO AFRICANA**

Lembrando a declaração sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata em 1978;

Ciente da resolução WHA51.7 (1998): Política de Saúde para Todos no Século XXI;

Preocupado com o progresso lento registado pela maioria dos países da região, com vista à consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio;

Notando que os sistemas de saúde nacionais, que se deterioraram devido a múltiplos factores;

Reconhecendo que o acesso universal a intervenções sanitárias essenciais exige o bom funcionamento de sistemas de saúde distritais;

O Comité Regional,

1. APOIA o documento intitulado “Revitalização dos serviços de saúde no contexto dos Cuidados Primários de Saúde na Região Africana”;

2. EXORTA os Estados-Membros a:

- a) incorporar as intervenções prioritárias para a revitalização dos serviços de saúde nos seus planos de saúde Nacionais e Distritais, com base nos cuidados primários de saúde;
- b) garantir a existência de um mecanismo de coordenação adequado para harmonizar as funções complementares das estruturas e instituições a nível local, intermédio e central;
- c) reorientar os hospitais para que funcionem em apoio dos serviços distritais de saúde;
- d) mobilizar e afectar recursos dando prioridade aos serviços de saúde a nível distrital;
- e) promover a colaboração intersectorial e as parcerias entre os sectores público e privado;
- f) reforçar as capacidades das comunidades e aumentar o seu envolvimento no planeamento, implementação, monitorização e avaliação dos serviços de saúde;

3. SOLICITA ao Director Regional que:

- a) preste apoio e orientação técnica para a implementação de intervenções prioritárias com vista à revitalização dos serviços distritais de saúde;
- b) continue a advogar a favor de mais recursos para o reforço dos serviços distritais de saúde;
- c) reforce a colaboração com os parceiros;
- d) facilite o intercâmbio de experiências e a divulgação das boas práticas;
- e) estabeleça uma grupo de trabalho regional de cuidados primários de saúde na Região;
- f) apresente um relatório de três em três anos ao Comité Regional sobre o desempenho dos serviços distritais de saúde em todos os países da Região.

*Quinta sessão, 30 de Agosto 2006*

**AFR/RC56/R7: GRIPE DAS AVES: PREPARAÇÃO E RESPOSTA À AMEAÇA DE UMA PANDEMIA**

Relembrando a Resolução WHA56.19, que exorta os Estados-Membros a formularem e implementarem planos nacionais de preparação e resposta para a prevenção e controlo da pandemia de gripe das aves;

Preocupado com a propagação da infecção das aves pelo vírus H5N1;

Profundamente preocupado com o impacto de uma eventual epidemia de gripe na Região;

Consciente da necessidade de se adoptar uma abordagem mais abrangente e multisectorial para a elaboração de planos nacionais consolidados de preparação e resposta à gripe das aves;

Reconhecendo o empenho que as autoridades nacionais dos países afectados têm demonstrado, ao mais alto nível, na resolução dos surtos de H5N1 nos respectivos países;

Notando os progressos realizados na elaboração de planos de preparação e resposta;

Preocupado com o nível actual do financiamento dos planos regionais e nacionais de preparação e resposta;

Tendo analisado o relatório do Director Regional sobre a preparação e resposta à ameaça de uma pandemia provocada pelo vírus altamente patogénico da gripe das aves;

O Comité Regional,

1. APROVA o relatório do Director Regional sobre a preparação e resposta para a pandemia da gripe das aves, bem como as acções recomendadas;

2. AGRADECE ao Director-Geral e ao Director Regional por terem mobilizado e prestado apoio técnico para a elaboração dos planos regionais e nacionais de prevenção e controlo da gripe pandémica na Região;
3. APELA aos parceiros para o desenvolvimento e doadores para que forneçam apoio financeiro para a prevenção e controlo da gripe pandémica na Região;
4. EXORTA os Estados-Membros a:
  - a) garantirem a coordenação multisectorial a nível supra-ministerial para a elaboração, implementação, monitorização e avaliação dos planos nacionais de preparação e resposta;
  - b) melhorarem a comunicação e a partilha de informação sobre a vigilância entre os serviços veterinários, de saúde humana e de vida selvagem, bem como a comunicação e sensibilização das populações;
  - c) assegurarem o financiamento, por fontes nacionais e locais para apoiar as acções prioritárias, e a mobilizarem recursos suplementares;
  - d) reforçarem as capacidades dos laboratórios nacionais veterinários e médicos, de modo a garantir a rápida confirmação e notificação sobre os vírus da gripe;
  - e) estabelecerem sistemas de alarme eficazes e atempados e darem formação ao pessoal essencial, para a rápida detecção de casos individuais de gripe pandémica, no quadro da Vigilância Integrada das Doenças e Resposta;
  - f) notificarem casos suspeitos de infecção em seres humanos, incluindo a investigação dos rumores, de acordo com os Regulamentos Sanitários Internacionais (2005) e o código sanitário da Organização Mundial para a Saúde Animal;
5. SOLICITA ao Director Regional que:
  - a) reforce a capacidade do Escritório Regional para a prestação de um apoio técnico oportuno e eficaz aos Estados-Membros na formulação, implementação, monitorização e avaliação dos esforços nacionais de preparação e resposta, nos Estados-Membros;

- b) reforce as parcerias, para apoio técnico e financeiro aos países;
- c) apoie o reforço da capacidade dos laboratórios regionais e subregionais de referência, para possibilitar a confirmação atempada da gripe da aves, por vírus H5N1, bem como de todos os vírus altamente patogénicos e de todos os novos casos de vírus da gripe humana;
- d) apresente um relatório anual ao Comité Regional sobre os progressos verificados na implementação desta Resolução.

*Sétima sessão, 30 de Agosto de 2006*

### **AFR/RC56/R8: GESTÃO DOS CONHECIMENTOS NA REGIÃO AFRICANA: ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS**

Relembrando a Resolução WHA.58.28 sobre ciber saúde;

Conscientes da grande importância de uma boa gestão dos conhecimentos para um melhor desempenho do sistema nacional de saúde ;

Relembrando o Décimo-Primeiro Programa-Geral da OMS e as orientações estratégicas das actividades da OMS na Região Africana 2005 - 2009;

Tendo em consideração o plano de acção e a declaração da cimeira mundial sobre a sociedade da informação, assim como as orientações da União Africana e do NEPAD para o desenvolvimento das tecnologias da informação e da comunicação;

Consciente das possibilidades oferecidas por uma utilização eficaz das novas tecnologias da informação e da comunicação em todos os domínios do desenvolvimento;

Notando que existem várias iniciativas nacionais ou regionais nos domínios da gestão dos conhecimentos sanitários e da ciber saúde;

Tendo examinado o documento apresentado pelo Director Regional sobre a gestão dos conhecimentos;

O Comité Regional,

1. APROVA as orientações estratégicas propostas pelo Director Regional para a gestão dos conhecimentos no domínio da saúde;
2. EXORTA os Estados-Membros a:
  - a) elaborarem orientações estratégicas nacionais para a gestão dos conhecimentos, incluindo a ciber saúde, de modo a que elas sejam integradas como prioridade nas suas políticas e planos nacionais de saúde;
  - b) estabelecer normas e padrões, inclusive no plano ético, que tenham em conta os progressos tecnológicos e as novas abordagens em matéria de gestão dos conhecimentos;
  - c) reforçar as capacidades nacionais em matéria de gestão dos conhecimentos;
  - d) incluir o sector da saúde nos planos nacionais de desenvolvimento das tecnologias da informação e da comunicação;
  - e) criar parcerias duradouras, afectar e mobilizar os recursos necessários para melhorar a gestão dos conhecimentos a todos os níveis do sector da saúde;
3. SOLICITA ao Director Regional que:
  - a) continue a defender que a gestão dos conhecimentos seja tomada em conta enquanto abordagem essencial para o reforço dos sistemas de saúde;
  - b) elabore orientações, normas e padrões genéricos para a gestão dos conhecimentos;
  - c) dispense apoio técnico aos Estados-Membros para a definição implementação das políticas e planos nacionais;
  - d) reforce as parcerias ao nível regional, particularmente com a União Africana, o NEPAD e as comunidades económicas regionais;
  - e) apresente, de dois em dois anos, um relatório sobre os progressos feitos na implementação da estratégia e da presente resolução.

*Sétima sessão, 31 de Agosto 2006*



## **AFR/RC56/R9: MOÇÃO DE AGRADECIMENTO**

Considerando os enormes esforços desenvolvidos pelo Chefe de Estado, pelo Governo e pelo povo da República Federal Democrática da Etiópia, para garantir o êxito da Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano da OMS, realizado em Adis Abeba, de 28 de Agosto a 1 de Setembro de 2006;

Apreciando o acolhimento particularmente caloroso que o Governo e o povo da Etiópia dispensaram aos delegados;

O Comité Regional,

1. AGRADECE à Sua Excelência, o Primeiro-Ministro da República Federal Democrática da Etiópia, Meles Zenawi, pelas excelentes condições que o país ofereceu aos delegados e pela inspirada e encorajadora alocução que fez na cerimónia de abertura oficial;
2. EXPRESSA a sua sincera gratidão ao Governo e povo da República Federal Democrática da Etiópia pela sua notável hospitalidade;
3. SOLICITA ao Director Regional que transmita esta moção de agradecimento à Sua Excelência, o Primeiro-Ministro da República Federal Democrática da Etiópia, Meles Zenawi.

*Oitava sessão, 1 de Setembro de 2006*

## **PARTE II**

# **RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL**

## CERIMÓNIA DE ABERTURA

1. A Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano da OMS foi aberta oficialmente no Centro de Conferências das Nações Unidas em Adis Abeba, na Etiópia, na segunda-feira, 28 de Agosto de 2006, por Sua Excelência o Primeiro Ministro da Etiópia, Meles Zenawi. Entre os presentes na cerimónia de abertura contavam-se Sua Excelência Alpha Konaré, Presidente da União Africana (UA); ministros do Governo da Etiópia; ministros da saúde e chefes de delegação dos Estados-Membros da Região Africana da OMS; o Dr. Anders Norstrom, Director-Geral Interino da OMS; o Dr. Luis Gomes Sambo, Director Regional da OMS para África; Sua Excelência o Presidente Jorge Sampaio, Enviado Especial das Nações Unidas para a Iniciativa “Travar a Tuberculose”; membros do corpo diplomático; e representantes das agências das Nações Unidas e de organizações não-governamentais (*ver lista de participantes no Anexo 1*).

2. O Dr. Tedros Adhanom Ghebre Yesus, Ministro da Saúde da Etiópia, deu as boas-vindas a Adis Abeba aos ministros da saúde e delegados. Manifestou apreço pela honra concedida à Etiópia para a organização da Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional. Destacou a presença do Primeiro-Ministro da Etiópia e a atenção que este tem continuado a dar ao desenvolvimento em África, em especial colocando a saúde das populações no centro do desenvolvimento. Cumprimentou calorosamente o Dr. Anders Nordstrom na sua qualidade de Director-Geral Interino da OMS. Agradeceu ao Presidente da Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional pela excelente liderança demonstrada durante o seu mandato, e aos parceiros pela continuação do apoio ao reforço dos sistemas de saúde. Agradeceu ainda ao Director Regional da OMS para África pelo contributo dado para a organização da Quinquagésima-sexta sessão em Adis Abeba. Destacou as orientações das políticas de saúde da Etiópia, que estão em consonância com o Plano de Desenvolvimento Nacional, as Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDM) e outras iniciativas mundiais e regionais. Realçou ainda os principais desafios que o sector da saúde enfrenta, assim como as estratégias-chave necessárias para enfrentá-los.

3. Sua Excelência o Primeiro-Ministro da Etiópia, Meles Zenawi, deu as boas-vindas a Adis Abeba aos delegados e fez votos para que tivessem uma boa estadia na Etiópia. Manifestou apreço pela honra concedida ao seu país por acolher, pela primeira vez, o Comité Regional, onde se iriam debater diversos temas relacionados

com a luta contra as doenças e com a melhoria da saúde das populações da Região Africana. Fazendo referência à relação entre o estado de saúde das populações e o seu ambiente sócio-económico, deu ênfase à necessidade de se construírem parcerias mais sólidas e fazer-se uso das iniciativas existentes (p. ex., GAVI e GFATM) para aumentar a cobertura dos serviços de saúde. Sublinhou que o VIH/SIDA, paludismo, tuberculose e a saúde materna e infantil continuam a ser os principais desafios sanitários na Região. Assinalou que a Etiópia está a utilizar a abordagem dos cuidados primários de saúde para incidir na transferência de responsabilidades de desenvolvimento sanitário para os agregados familiares e comunidades. Insistiu na importância da intensificação dos programas prioritários de saúde, reforço dos sistemas de saúde, melhoria da logística e das infra-estruturas, e produção de mais recursos humanos para a saúde, em particular, de profissionais de nível médio e básico, para fazer face às principais prioridades a nível local. Salientou a necessidade de maior incidência na prevenção das doenças (*ver texto integral no Anexo.9*).

4. Liya Kebede, Embaixadora de Boa-Vontade da OMS para a Saúde Materna, Infantil e dos Recém-Nascidos, apelou aos ministros da saúde para continuarem empenhados na consecução das MDM através dos programas vocacionados para a maternidade segura e a saúde infantil e dos recém-nascidos. Destacou as causas da mortalidade materna e infantil, tendo referido que todas são evitáveis. Salientou a importância do acesso a serviços de saúde materna e infantil de qualidade. Mostrou-se satisfeita com a colaboração positiva entre a OMS, UNICEF e outros parceiros para o desenvolvimento sanitário. A Embaixadora solicitou aos Estados-Membros que continuem a implementação da estratégia de sobrevivência infantil e do Roteiro da União Africana para a Saúde Materna e dos Recém-Nascidos, e fez referência a alguns determinantes da saúde, tais como a nutrição, a cobertura de saneamento básico, a educação das mulheres e a capacitação das comunidades.

5. O Prof. Paulo Ivo Garrido, Presidente da Quinquagésima-quinta sessão, informou os delegados que, de acordo com o Regulamento Interno, a sessão de abertura seria presidida por si até à eleição de um novo Presidente. Agradeceu aos Estados-Membros pela honra que lhe fora conferida a si e ao seu país, Moçambique, de presidir à Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da OMS. Agradeceu ao governo e ao povo da Etiópia por acolherem a Quinquagésima-sexta sessão. Afirmou que o ano de 2006 foi marcado pelo infortúnio do falecimento do Dr. Wook-Jong Lee, Director-Geral da OMS, e apresentou as suas sentidas condolências ao governo da Etiópia e às famílias que perderam familiares nas recentes cheias.

6. O Professor Garrido indicou que a pobreza extrema tinha um impacto negativo na saúde, pois é caracterizada pela falta de segurança alimentar e higiene dos alimentos; falta de acesso a água potável e saneamento; habitação inadequada; falta de educação, sobretudo entre as mulheres; e discriminação social e económica contra as mulheres. Sublinhou que as políticas nacionais de saúde devem ser baseadas no contexto sócio-económico de cada país.

7. No que se refere ao controle das doenças transmissíveis, o Prof. Garrido recomendou que os países tirassem partido das iniciativas mundiais existentes de luta contra o VIH/SIDA, paludismo, tuberculose e outras doenças. Neste contexto, relembrou a resolução do Comité Regional (RC55) que declara a tuberculose como uma urgência na Região Africana e a declaração que designa o ano 2006 como o Ano para a Aceleração da Prevenção do VIH na Região Africana.

8. O Prof. Garrido realçou a importância dos recursos humanos para a saúde na prestação de cuidados de saúde de qualidade, em particular ao nível dos cuidados primários. Sublinhou a importância da designação de 2006 como o ano mundial dos recursos humanos para a saúde. Referiu que a promoção, a prevenção, o tratamento, os cuidados e a reabilitação requerem profissionais motivados e disponíveis onde são necessários. Fez alusão à reunião dos ministros africanos da saúde sobre saúde sexual e reprodutiva a realizar em Setembro 2006, em Maputo. Agradeceu o apoio que recebeu por parte do pessoal da OMS (especialmente do Director Regional) durante a sua presidência, tendo igualmente agradecido aos ministros da saúde pela sua colaboração activa durante o seu mandato. Felicitou o próximo presidente e desejou-lhe êxito no desempenho do seu mandato (*ver texto integral no Anexo.10*).

9. O Dr. Luis Gomes Sambo, Director Regional da OMS para África, agradeceu a Sua Excelência o Senhor Meles Zenawi, Primeiro-Ministro da Etiópia, pela sua dedicação pessoal ao desenvolvimento humano e económico da África. Exprimiu igualmente a sua gratidão ao governo e ao povo da Etiópia por acolherem a Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano da OMS. Realçou a presença de Sua Excelência Alpha Oumar Konaré, Presidente da Comissão da União Africana (UA), e de Sua Excelência, o Presidente Jorge Sampaio, Enviado Especial das Nações Unidas para a Iniciativa «Travar a Tuberculose». Recordou o papel desempenhado pelo falecido Dr. Lee Jong-Wook, Director-Geral da OMS, no

desenvolvimento sanitário da África, tendo convidado os participantes a observarem um minuto de silêncio em sua memória. Agradeceu em seguida ao Director-Geral Interino da OMS por continuar o trabalho que o Dr. Lee começara e pelo seu importante apoio às reformas em curso na Região.

10. Informou os delegados de que o processo de eleição do novo Director-Geral está em curso. Sublinhou que o contexto sócio-económico e político na Região Africana tem permitido melhorar a situação sanitária, tendo destacado o papel desempenhado pelos Presidentes Olusegun Obasanjo da Nigéria e Sassou Nguesso da República do Congo, pela advocacia de alto nível em prol da implementação da agenda da saúde na Região. Recordou o compromisso assumido pelos Chefes de Estado de consagrar pelo menos 15% dos respectivos orçamentos de Estado à saúde. Sublinhou a importância do empenho do G8 na saúde, das parcerias com a União Africana e as comunidades económicas regionais, e da cooperação bilateral e multilateral, que têm constituído factores favoráveis importantes para alcançar as metas de desenvolvimento do milénio. Fez alusão à necessidade de intensificar o diálogo sobre a elaboração de políticas e planos nacionais de saúde, apoiados por um financiamento sustentável.

11. O Director Regional informou o Comité Regional das reformas em curso no Escritório Regional. Indicou que tinham sido criadas Equipas Interpaíses em Harare, Libreville e Ouagadougou, para reforçar o apoio da OMS aos países. Explicou que se espera que estas equipas levem o apoio da OMS junto dos países com ênfase nos programas de saúde relacionados com as MDM. Agradeceu ao Director-Geral Interino da OMS pelo seu apoio às reformas e destacou o apoio inestimável dos parceiros, Estados-Membros e, particularmente, dos três países anfitriões por terem disponibilizado os recursos necessários, incluindo os locais para instalar as equipas.

12. Informou os delegados sobre os progressos realizados no controlo da gripe das aves, cólera, ebola, paludismo, poliomielite, dracunculose, lepra e oncocercose, bem como na implementação das intervenções prioritárias para alcançar as metas de desenvolvimento do milénio. Referiu a melhoria na colaboração entre a OMS, a União Africana e as comunidades económicas regionais, tendo recordado as principais reuniões conjuntamente organizadas no âmbito da preparação e resposta à gripe das aves, e da luta contra o VIH/SIDA, tuberculose e paludismo. Assinalou igualmente a elaboração conjunta, pela OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial,

União Africana e outros parceiros, de uma estratégia de sobrevivência das crianças e de um roteiro para a saúde materna e do recém-nascido.

13. O Director Regional sublinhou a necessidade de se melhorar a gestão dos serviços de saúde, com incidência na revitalização dos cuidados primários de saúde, com o envolvimento das comunidades. Também mencionou que o ano de 2006 tinha sido consagrado aos recursos humanos para a saúde. Acrescentou que a estratégia de financiamento da saúde para a Região Africana tinha sido elaborada pela OMS em colaboração com o Banco Mundial, a qual tinha providenciado orientações para o desenvolvimento de um financiamento sustentável. Informou o Comité de que estão em curso discussões sobre o estabelecimento de um mecanismo de financiamento de programas relacionados com a saúde, para atingir as metas de desenvolvimento do milénio (*ver texto íntegro no Anexo.11*).

14. Sua Excelência o Presidente Jorge Sampaio, Enviado Especial das Nações Unidas para a Iniciativa "Travar a Tuberculose", manifestou apreço pela honra que lhe foi conferida de participar na sessão do Comité Regional. Indicou que a sua presença constituía um sinal do seu empenho pessoal no desenvolvimento sanitário em África. Agradeceu o apoio prestado pela OMS desde a sua nomeação como primeiro Enviado Especial das Nações Unidas para a Iniciativa "Travar a Tuberculose". Apresentou uma análise resumida da situação da tuberculose, em particular em África, tendo sublinhado que é necessário resolvê-la para atingir as metas de desenvolvimento do milénio. Declarou que a luta contra a tuberculose só poderá ser vencida através de parcerias para melhorar a angariação de fundos e requererá que os compromissos assumidos aos níveis nacional e internacional sejam honrados.

15. Frisou que para mobilizar a opinião pública e fundos para a prevenção e tratamento da tuberculose, há necessidade de se ter em consideração as principais realizações, obstáculos e metas. Relembrou o empenho do Banco Mundial e do G8, bem como todas as novas iniciativas internacionais para financiar a Iniciativa "Travar a Tuberculose", tendo sublinhado que, para garantir que estas iniciativas sejam eficazes, é necessário fazer mais, mais depressa e melhor.

16. O Presidente Sampaio referiu a necessidade de se superar um certo número de obstáculos, incluindo a pobreza, que está intimamente relacionada com a tuberculose;

a co-infecção VIH e tuberculose; e a insuficiência de infra-estruturas, equipamentos e fundos e a fraca capacidade de gestão. Realçou as perdas económicas (custos directos e indirectos) resultantes da morbilidade e mortalidade por tuberculose.

17. O Presidente Sampaio sublinhou as medidas para alcançar as metas de desenvolvimento do milénio, incluindo:

- a) assegurar uma acção colectiva bem coordenada, aos níveis nacional e internacional;
- b) implementar intervenções nacionais eficazes, incluindo a liderança sustentada dos países e a apropriação das actividades por estes (um plano nacional, uma autoridade e um sistema de avaliação e monitorização), no quadro da prossecução da estratégia da OMS de luta contra a tuberculose (incluindo a expansão e o reforço da estratégia DOTS e a monitorização da resistência aos medicamentos), lutando simultaneamente contra a tuberculose e o VIH/SIDA;
- c) reforçar os sistemas de saúde, em particular os recursos humanos para a saúde, as redes de laboratórios e os sistemas de vigilância;
- d) envolver todos os prestadores de cuidados de saúde;
- e) reforçar o envolvimento e a responsabilização das pessoas com tuberculose;
- f) apoiar e promover a investigação.

18. Declarou que a boa governação é pré-requisito indispensável para se poder atingir as metas de desenvolvimento do milénio, tendo acrescentado que é necessário envidar esforços permanentes para combater a corrupção, bem como promover uma colaboração consequente com as ONG, a sociedade civil, o sector privado, as instituições de investigação e as pessoas. Sublinhou a necessidade de se estabelecerem instituições fortes e reduzir as barreiras burocráticas, bem como de liderança política para permitir a disponibilização adequada de recursos para a luta contra a tuberculose. Concluindo, o Presidente Sampaio apelou ao G8 e aos Chefes de Estado africanos para honrarem os compromissos assumidos no âmbito do financiamento da luta contra a tuberculose (*ver texto íntegro no Anexo 12*).



19. O Dr. Anders Nordstrom, Director-Geral Interino da OMS, agradeceu ao governo da Etiópia por acolher a Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional. Lembrou o relevante papel desempenhado pelo Dr. Lee durante o seu curto mandato, salientando que a sua política consistia em concentrar os recursos e esforços da OMS nos países. Expressou ao governo da Etiópia a sua profunda tristeza e solidariedade, tendo apresentado os seus pêsames às famílias afectadas pelas recentes cheias. Congratulou-se com o facto de, na sessão de abertura, a maioria dos oradores, particularmente o Primeiro-Ministro da Etiópia, terem sublinhado a necessidade de um maior investimento nos recursos humanos para a saúde e na sua retenção (*ver texto integral no Anexo.13*).

20. Sua Excelência Alpha Oumar Konaré, Presidente da Comissão da União Africana (UA), agradeceu ao governo e ao povo da Etiópia por acolherem a Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano da OMS. Agradeceu também o convite do Dr. Anders Nordstrom, Director-Geral Interino da OMS, e do Dr. Luis Gomes Sambo, Director Regional da OMS para África. Expressou o seu agrado pelo trabalho realizado pelo presidente da Quinquagésima-quinta sessão. Agradeceu ainda a Sua Excelência, o Presidente Jorge Sampaio, Enviado Especial das Nações Unidas para a iniciativa "Travar a Tuberculose", apelidando-o de amigo de África. Reconheceu a forte liderança da Etiópia e do seu Primeiro-Ministro ao promoverem Adis Abeba como a capital política da África.

21. Referiu que houve muitas reuniões conjuntas na área da saúde que se realizaram em várias regiões do continente. Expressou o seu desejo de ver todos os países do continente africano fazerem parte da Região Africana da OMS.

22. Referiu a situação da saúde em África como sendo influenciada pela pobreza, falta de recursos, má governação, insuficiência de infra-estruturas básicas e custo elevado dos conflitos e das catástrofes naturais. Salientou que a promoção de uma boa governação era da responsabilidade primária dos líderes africanos. Expressou a sua solidariedade para com o povo etíope e o seu governo pelas perdas de vidas humanas resultantes das recentes cheias. Em relação à erradicação da poliomielite, salientou a necessidade de um investimento sustentado que garanta as conquistas e evite a reemergência desta doença.

23. Reconheceu a boa colaboração entre a OMS e a UA, particularmente desde que o Dr. Luis Gomes Sambo assumiu o cargo de Director Regional da OMS para África. Sublinhou a necessidade de se elaborar um plano de acção continental baseado nos planos nacionais, assim como uma carta sanitária de todo o continente. Relembrou que a África está ainda na década da medicina tradicional. Referiu que há necessidade de formação, de organizar redes de serviços hospitalares e de centros de investigação de excelência. Relativamente à formação, salientou que é necessária uma política comum destinada a combater a emigração selectiva e injusta dos recursos humanos para a saúde. Sublinhou a necessidade de promover o desenvolvimento e o acesso a novas tecnologias da informação para tratamento e investigação. Exprimiu o seu desejo de que, da próxima reunião de Maputo (Setembro de 2006), saia um plano de acção que contemple a maioria das suas preocupações (*ver texto integral no Anexo 14*).

24. O Sr. Per Engebak, Director Regional da UNICEF/ESARO, foi apresentado pelo Director Regional da OMS, que salientou as suas anteriores posições e contribuições para a saúde das crianças em África, tendo informado o Comité Regional de que fora assinado um acordo entre a OMS e a UNICEF para uma mais estreita colaboração, aos níveis regional e nacional, no sentido de melhorar o apoio aos países.

25. O Sr. Engebek felicitou o Ministro da Saúde da Etiópia pela sua eleição como Presidente da Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano da OMS. Afirmou não ter dúvidas de que, sob a sua liderança, o Comité tomaria deliberações frutuosas. Aplaudiu o Director Regional da OMS pelo seu excelente relatório bienal e reconheceu os progressos consideráveis realizados em algumas áreas sob a sua liderança. Relembrou a histórica e excelente estreita colaboração entre as duas agências num certo número de questões de saúde pública. Referiu que os Directores Regionais trabalharam em parceria em diversas iniciativas conjuntas, para acelerar, em especial, a agenda da saúde das mulheres e das crianças em África. Salientou que o VIH/SIDA e o paludismo têm afectado a sobrevivência e o desenvolvimento de tantas crianças africanas.

26. Registou ainda que têm sido feitos progressos significativos em termos de redução da taxa de mortalidade infantil, através do aumento da cobertura vacinal em todos os países, com a implementação da abordagem Chegar a Todos os Distritos e a parceria internacional para a luta contra o paludismo em África. Lamentou o aumento e as alterações da resistência aos medicamentos, por parte dos parasitas do

paludismo no continente. Salientou a colaboração internacional inovadora e sem precedentes na área da investigação, desenvolvimento e acesso a novos medicamentos anti-palúdicos. Afirmou que intervenções com boa relação custo-eficácia poderiam potencialmente reduzir a mortalidade das crianças de menos de cinco anos, se fossem acessíveis e devidamente implementadas. Sublinhou a importância da implementação integral da estratégia de Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), que poderá contribuir para a consecução da 4ª Meta de Desenvolvimento do Milénio (MDM4).

27. O Director Regional da UNICEF/ESARO identificou em seguida alguns dos desafios a enfrentar, que se prendem com o facto de, há duas décadas atrás, os progressos na redução da mortalidade terem começado a ser minados pela emergência da epidemia da SIDA, bem como os lentos progressos registados na aceleração da implementação da AIDI na Região, devido aos baixos níveis de disponibilidade de tratamento. Finalmente apelou aos países para implementarem a estratégia de sobrevivência das crianças, bem como a estratégia de financiamento da saúde, e ainda para revitalizarem os serviços de saúde, usando a abordagem dos cuidados primários de saúde (*ver texto integral no Anexo.15*).

## **ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS**

### **Constituição da Comissão de Verificação de Poderes**

28. O Comité Regional nomeou a Comissão de Designações, composta pelos seguintes Estados-Membros: Argélia, Angola, Benim, Comores, República do Congo, Côte d'Ivoire, Gabão, Gana, Lesoto, Maurícias, Senegal, Seychelles e Togo. A Comissão reuniu na segunda-feira, 28 de Agosto de 2006, e elegeu como sua Presidente a Senhora Paulette Missambo, Ministra de Estado e da Saúde Pública do Gabão. O Gana não participou nesta reunião.

29. A Comissão de Verificação de Poderes pediu que fosse considerado o apelo feito pelo Presidente da União Africana, relativo à integração dos 53 países do continente na Região Africana da OMS. A Comissão pediu ainda ao Secretariado que fornecesse para as sessões subseqüentes do Comité Regional uma lista dos países que ocuparam diferentes cargos no passado, acompanhada de uma nota explicativa sobre os artigos do Regulamento Interno do Comité pertinentes para o trabalho da Comissão.

## **Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores**

30. Após análise do relatório da Comissão de Designações, e de acordo com o Artigo 10º do Regulamento Interno e com a Resolução AFR/RC23/R1, o Comité Regional elegeu por unanimidade a seguintes Mesa:

**Presidente:** Dr. Tedros Adhamon,  
Ministro da Saúde da República Federal Democrática da Etiópia

**Primeiro Vice-Presidente:** Dr. Motloheloa Phooko  
Ministro da Saúde do Lesoto

**Segundo Vice-Presidente:** Dr. Momo Camara  
Secretário-Geral, Ministério da Saúde da Guiné

**Relatores:** Dra. Maiga Zeinab Mint Youba (Francês)  
Ministra da Saúde do Mali

Dr Tamsir Mbowe (Inglês)  
Ministro da Saúde da Gâmbia

Dr. Júlio César Sá Nogueira (Português)  
Ministério da Saúde da Guiné-Bissau

## **Aprovação da ordem do dia**

31. O Presidente da Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional, Dr. Tedro Adhanom, Ministro da Saúde da República Federal Democrática da Etiópia, apresentou a ordem do dia provisória (documento AFR/RC56/1) e o programa de trabalho provisório (*ver anexos 2 e 3*), os quais foram aprovados sem emendas.

## **Aprovação do horário de trabalho**

32. O Comité Regional aprovou o seguinte horário de trabalho: 9h00 às 12h30 e 14h00 às 17h00, incluindo intervalos. Ficou também aprovado que a sessão nocturna, prevista para quarta-feira, 30 de Agosto, começaria às 18h30.

## **Nomeação da Comissão de Verificação de Poderes**

33. O Comité Regional nomeou uma Comissão de Verificação de Poderes constituída pelos representantes dos seguintes doze Estados-Membros: Botsuana, Burundi, República Centrafricana, República Democrática do Congo, Gâmbia, Guiné, Libéria, Mali, Ruanda, São Tomé e Príncipe, África do Sul e Suazilândia.

34. A Comissão de Verificação de Poderes reuniu-se no dia 28 de Agosto de 2006 e elegeu para seu Presidente o Dr. Jean Chrysostome Gody, Director da Saúde Pública e da População, da República Centrafricana.

35. A Comissão e o Presidente do Comité Regional analisaram as credenciais apresentadas pelos representantes dos seguintes Estados-Membros: Argélia, Angola, Benim, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, Comores, República do Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tânzania, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe. Verificou-se que as credenciais estavam em conformidade com a Artigo 3º do Regulamento Interno do Comité Regional Africano da OMS. A República da Eritreia e a República do Ruanda não estiveram presentes.

## **ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA EM 2004-2005: RELATÓRIO BIENAL DO DIRECTOR REGIONAL (documento AFR/RC56/2)**

36. O Dr. Luis Gomes Sambo, Director Regional, apresentou o Relatório Bienal 2004-2005 das actividades da OMS na Região Africana. O documento é constituído por duas partes: a Parte I, intitulada " Execução de Orçamento-Programa 2004-2005" que envidencia as realizações significativas, os factores facilitadores e de constrangimento e as perspectivas, e a Parte II que consiste num relatório sobre os progressos realizados na implementação das resoluções do Comité Regional.

37. Afirmou que durante o biênio 2004-2005 a Região registou progressos significativos na implementação das intervenções essenciais no domínio da saúde, tendo em vista a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde. Acrescentou que o biênio ficou marcado por desafios relacionados com o desempenho dos sistemas de saúde, os determinantes sociais da saúde e as parcerias. Louvou o empenho dos Estados-Membros, dos parceiros e das organizações da sociedade civil na facilitação da implementação dos programas de saúde em toda a Região. Aplaudiu o maior empenho dos Chefes de Estado na resolução dos problemas de saúde pública e a União Africana pelo significativo papel que tem desempenhado ao colocar a saúde nas agendas de desenvolvimento dos países membros.

38. O Comité foi informado de que o Escritório Regional tem estreitado a sua colaboração com a União Africana e as várias comunidades económicas regionais. Além disso, a colaboração da OMS com outras agências do sistema das Nações Unidas também melhorou, particularmente nas áreas da luta contra o VIH/SIDA, saúde infantil, preparação e resposta à gripe das aves e financiamento da saúde. Informou o Comité de que foram criados novos mecanismos de colaboração e coordenação, tanto ao nível regional como a nível dos países, com o Banco Mundial, a UNICEF e a ONUSIDA. Além disso, foi reforçada a cooperação com agências bilaterais e alguns países doadores.

39. Afirmou que o ano 2005 foi marcado pela cristalização de todos os esforços anteriores numa única agenda abrangente de reformas, conforme se apresenta no documento "*Orientações Estratégicas para a Acção da OMS na Região Africana 2005-2009*". Até ao momento, procedeu-se à reestruturação do Escritório Regional e ao reforço da sua gestão. As Estratégias de Cooperação com os Países, que servem como quadros para reforçar a harmonização do trabalho com os países, foram adoptadas com sucesso por 45 dos 46 países da Região.

40. Relativamente às finanças, informou os delegados que a Região recebeu 886,9 milhões de dólares americanos, o que representa um aumento de 19 por cento em relação ao orçamento de 744,7 milhões de dólares americanos aprovados para 2004-2005. A taxa global de execução orçamental foi de 102 por cento. No entanto, quatro áreas de actividade (Vacinação e Desenvolvimento de Vacinas, Vírus de Imunodeficiência Humana, Paludismo e Preparação e Resposta à Situação de Emergência) beneficiaram de 80 por cento dos fundos voluntários (70 por cento de

financiamento global) tornando difícil tratar de outras áreas prioritárias importantes que são subfinanciadas.

41. O Director Regional concluiu, afirmando que a OMS, juntamente com os Estados-Membros, tem registado resultados positivos. Solicitou a todos os parceiros do desenvolvimento que coloquem a saúde no centro de todos os processos e quadros de desenvolvimento e atribuam recursos adequados à saúde.

42. O Dr. Anders Norstrom, Director-Geral Interino da OMS, felicitou o Director Regional pela sua apresentação, tendo afirmado que o relatório bienal é de elevada qualidade e bastante abrangente. Manifestou também satisfação relativamente ao conteúdo da ordem do dia Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional, a qual inclui a discussão dos desafios prioritários da saúde.

43. Informou os delegados de que a agenda global de saúde constava do Décimo-Primeiro Programa Geral de Trabalho (2006-2015) e do Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS (2008-2013). Para a implementação destas actividades, a OMS atribuirá um orçamento de mais de 4 mil milhões de dólares, o que corresponde a um aumento de 25% em relação ao orçamento-programa anterior.

44. Os membros do Comité Regional felicitaram o Director Regional pela clareza e abrangência do relatório, assim como pelo apoio da OMS aos seus respectivos países.

45. No decurso da discussão, foi sugerido que os futuros relatórios indicassem, para cada área de actividade, o número de pedidos de apoio técnico recebidos dos países, a percentagem de pedidos satisfeita e também os motivos da não satisfação de alguns pedidos, se for caso disso.

46. Foi sublinhada a importância do reforço dos sistemas de saúde para a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDM) relacionadas com a saúde, bem como a importância de proceder a avaliações nos países, recolher dados sobre as doenças não-transmissíveis, formular políticas de base factual e focalizar nos sistemas de saúde de distrito.

47. Foram pedidos esclarecimentos sobre a localização e a composição das Equipas Interpaíses, a situação da base de dados sobre investigação em saúde e a percentagem de economistas da saúde formados em centros de excelência com o apoio da OMS, que reintegraram o trabalho nos respectivos Ministérios da Saúde. Foi sugerida a necessidade de um esforço suplementar, por parte da OMS, para desenvolver capacidades e promover uma cultura de avaliação dos programas e actividades nos países. Alguns países referiram a necessidade de reforçar as capacidades das Representações da OMS nos países, dotando-as de peritos em saúde materna e infantil, epidemiologia e economia da saúde.

48. Foram levantadas questões sobre a taxa de implementação do orçamento em relação aos fundos atribuídos no quadro do Orçamento-Programa, em especial a questão da concentração da maioria dos fundos em algumas áreas de actividade. Foi sugerido que o Comité Regional recomendasse o uso do fundo imobiliário para ampliar o escritório e as residências, de modo a alojar o pessoal que vier a ser afectado ao Escritório Regional, em Brazzaville.

49. Alguns delegados exprimiram a necessidade de um relatório regular que apresente um quadro abrangente da situação sanitária em África. Foi referida a necessidade de mais informação sobre o uso do DDT para a pulverização residual de inteniaries (IRS) e o uso de combinações terapêuticas com base na artemisinina no controlo do paludismo. Os delegados exortaram o Secretariado a divulgar amplamente as directrizes entre os Estados-Membros e a promoverem o uso de DDT para a IRS. Foi igualmente sublinhada a importância da partilha, entre os Estados-Membros, de conhecimentos e experiências, incluindo as melhores práticas, em especial pela criação de redes de centros de excelência.

50. Vários países referiram o problema da actual crise de recursos humanos para a saúde, tendo exprimido a necessidade de uma intervenção urgente, em especial no que respeita à criação de mecanismos que aumentem a produção de profissionais da saúde e sua retenção, assim como explorar vias de recurso a profissionais de nível médio ou básico na prestação de serviços essenciais de saúde. Ao mesmo tempo, foi manifestada preocupação quanto ao desequilíbrio entre os géneros nos titulares dos cargos do Comité Regional.



51. O Director Regional agradeceu aos delegados pela natureza positiva e construtiva dos seus comentários e sugestões e respondeu às perguntas formuladas. Esclareceu que o formato e o conteúdo do futuro relatório do Director Regional seriam alterados, de acordo com o novo quadro da gestão da OMS, que incide mais nos objectivos estratégicos do que nas áreas de actividade.

52. Anunciou que o primeiro número do *Relatório da Saúde em África* será lançado muito em breve, fazendo uma avaliação abrangente da situação sanitária na Região Africana. Os números seguintes seriam publicados de quatro em quatro anos.

53. Frisou que o reforço dos sistemas de saúde é a principal preocupação da OMS, incluindo o problema dos recursos humanos para a saúde. Em colaboração com os parceiros, esforços foram empreendidos na mobilização de recursos adicionais para intensificar as actividades nessa área, incluindo a criação de mecanismos de cooperação interpaíses. Informou igualmente que um observatório dos recursos humanos na Região está em vias de criação. O Director Regional concordou com as opiniões dos delegados quanto ao reforço dos sistemas distritais de saúde e dos sistemas nacionais de informação sanitária.

54. Acrescentou que foi criada no Escritório Regional a infra-estrutura para uma base de dados abrangente, sobre sistemas de informação sanitária, de investigação e de gestão de conhecimentos, a qual receberá dados dos Estados-Membros. Foi planeado um inquérito de âmbito regional sobre sistemas de investigação e de conhecimentos para recolher dados pertinentes para a actualização da base de dados e orientar as discussões para a preparação da conferência mundial sobre investigação em saúde, de 2008.

55. O Director Regional informou que as Equipas Interpaíses ficarão sediadas em Harare, Libreville e Ouagadougou, sendo compostas por pessoal técnico das áreas prioritárias, para apoiar a intensificação dos programas relativos às MDM, assim como funcionários das áreas administrativa e financeira. Informou igualmente que os recursos anteriormente afectados à construção de uma nova sala de conferências da OMS em Brazzaville foram reafectados à ampliação do escritório e das residências.

56. Apelou aos Estados-Membros para que usem criteriosamente os laboratórios de controlo da qualidade disponíveis na Região, de modo a garantir a qualidade dos medicamentos. Referiu estarem disponíveis documentos que descrevem a actual política da OMS quanto ao uso de insecticida residual e ao uso de combinações terapêuticas com base na artemisinina.

57. Concordou com a necessidade de reavaliar os critérios de rotação para a designação dos membros das várias comissões do Comité Regional, de modo a garantir uma melhor representação de mulheres.

### **Aprovação do Relatório Bienal**

58. O Comité Regional aprovou o relatório, constante do documento AFR/RC56/2, tendo em conta a informação adicional e os comentários propostos pelos delegados.

### **CORRELAÇÃO ENTRE OS TRABALHOS DO COMITÉ REGIONAL, DO CONSELHO EXECUTIVO E DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE**

(documentos AFR/RC56/4, AFR/RC56/5 e AFR/RC56/6)

59. O Dr. Paul-Samson Lusamba-Dikassa, do Secretariado, apresentou os documentos relativos aos pontos 7.1, 7.2 e 7.3 da ordem do dia. Convidou o Comité a examinar os documentos e a fornecer orientações para:

- a) estratégias propostas para a implementação das várias resoluções de interesse para a Região Africana, adoptadas pela Quinquagésima-nona Assembleia Mundial da Saúde e pela Centésima-décima-oitava sessão do Conselho Executivo;
- b) implicações para a região das ordens do dia da Centésima-vigésima sessão do Conselho Executivo, da Sexagésima Assembleia Mundial da Saúde e da Quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional;
- c) método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde.

**Modalidades de implementação das resoluções de interesse regional adoptadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo**

(documento AFR/RC56/4)

60. O documento põe em evidência as resoluções de interesse regional adoptadas pela Quinquagésima-nona Assembleia Mundial da Saúde e pela Centésima-décima-oitava sessão do Conselho Executivo, entre as quais se contam:

- a) Erradicação da poliomielite (WHA59.1);
- b) Aplicação do Regulamento Sanitário Internacional (WHA59.2);
- c) Nutrição e VIH/SIDA (WHA59.11);
- d) Implementação, pela OMS, das recomendações da Célula Mundial de reflexão para uma melhor coordenação entre as Instituições Multilaterais e Doadores Internacionais envolvidas na resposta à SIDA (WHA59.12);
- e) Prevenção e controlo das infecções sexualmente transmissíveis: projecto de estratégia mundial (WHA59.19);
- f) Drepanocitose (WHA59.20);
- g) Nutrição infantil e das crianças pequenas, 2006 (WHA59.21);
- h) Preparação e resposta a situações de emergência (WHA59.22);
- i) Intensificação da produção de profissionais de saúde (WHA59.23);
- j) Saúde pública, inovação, investigação essencial em saúde e direitos de propriedade intelectual: para uma estratégia mundial e plano de acção (WHA59.24);
- k) Prevenção da cegueira evitável e das deficiências visuais (WHA59.25);
- l) Comércio internacional e saúde (WHA59.26);
- m) Reforço dos cuidados de enfermagem e obstétricos (WHA59.29);
- n) Análise da questão da aceleração do processo a seguir para a eleição do próximo Director-Geral da Organização Mundial de Saúde (EB118.R2);
- o) Reforço dos sistemas de informação sanitária (EB118.R4).

61. O relatório continha apenas os parágrafos operativos pertinentes, tal como aparecem nas resoluções. Cada resolução era acompanhada de uma nota explicativa sobre as acções já implementadas ou planificadas. O Comité foi convidado a examinar e a comentar as estratégias propostas para implementação das resoluções de interesse para a Região Africana e a fornecer orientações para a sua implementação.

62. Os delegados agradeceram o Secretariado pela síntese das resoluções da OMS e registaram a forte liderança demonstrada pelas delegações africanas durante a Quinquagésima-nona Assembleia Mundial da Saúde, particularmente no que diz respeito à Resolução WHA59.24 sobre saúde pública, inovação, investigação essencial em saúde e direitos de propriedade intelectual. Tendo em conta as dificuldades nas negociações devidas a conflitos de interesses, sugeriu-se que se designassem alguns países para coordenar a participação regional no grupo de trabalho aberto, criado para elaborar a Estratégia Mundial e o Plano de Acção relativa à resolução. Os outros países deveriam apoiar os países designados, para garantir que as flexibilidades do Acordo sobre Aspectos Comerciais Relacionados com os Direitos de Propriedade Intelectual (TRIPS) sejam utilizadas para melhorar o acesso aos medicamentos e a outros produtos médicos.

**Ordens do dia da Centésima-Vigésima sessão do Conselho Executivo, Sexagésima Assembleia Mundial da Saúde e Quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional** (documento AFR/RC56/5)

63. O documento continha as propostas de ordens do dia provisórias da Centésima-vigésima sessão do Conselho Executivo, a realizar em Janeiro de 2007, e da Sexagésima Assembleia Mundial da Saúde, programada para 14 a 23 de Maio de 2007, assim como a proposta de ordem do dia provisória da Quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional, a realizar em Agosto de 2007.

64. O Comité foi convidado a tomar nota da correlação entre as actividades do Conselho Executivo, da Assembleia Mundial da Saúde e do Comité Regional.

65. Os pontos seguintes constavam das ordens do dia dos três órgãos directivos da OMS:

- a) Poliomielite: mecanismo para a gestão de potenciais riscos susceptíveis de comprometerem a erradicação;
- b) Plano Estratégico a Médio Prazo, incluindo o projecto de Orçamento-Programa para 2008-2009;
  - Plano Estratégico a Médio Prazo: 2008-2013
  - Orçamento-Programa para 2008-2009

66. O Comité foi convidado a considerar a ordem do dia provisória da sua Quinquagésima-sétima sessão e decidir sobre os temas que deverão ser recomendados à Centésima-vigésima sessão do Conselho Executivo e à Sexagésima Assembleia Mundial da Saúde.

67. O Comité Regional pediu esclarecimentos sobre o âmbito de alguns dos pontos da ordem do dia e recomendou que o controlo da tuberculose e o reforço dos sistemas de saúde sejam incluídos como pontos da ordem do dia, e que o controlo do cancro em África seja o tema de debate da Mesa-Redonda durante a sua Quinquagésima-sétima sessão. Além disso, os delegados sugeriram que a Quinquagésima-sétima sessão aborde também os seguintes quatro pontos da ordem do dia do Conselho Executivo: 4.3 Infecção pelo Vírus Nipah; 4.4 Género, mulher e saúde; 4.6 Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde; 4.8 Saúde Oral. No que respeita à Centésima-vigésima sessão do Conselho Executivo, em Janeiro de 2007, os delegados recomendaram a inclusão de um relatório sobre os progressos realizados em relação ao acesso universal ao tratamento do VIH/SIDA, de modo que a questão se mantenha no primeiro plano das preocupações.

68. O Secretariado agradeceu aos delegados pelas valiosas contribuições e prestou esclarecimentos adequados em relação às questões levantadas. No que respeita à total correlação entre as ordens do dia do Conselho Executivo e do Comité Regional, o Director Regional explicou os desafios decorrentes da adopção, em momentos diferentes, das respectivas ordens do dia. Por forma a dar resposta às preocupações suscitadas pelos delegados, sugeriu que se considerassem outras opções tais como a convocação de uma reunião consultiva, fornecer informação apropriada aos membros do Conselho Executivo provenientes da Região ou que esses temas sejam abordados em sessões subsequentes do Comité Regional. As propostas para a ordem do dia do Conselho Executivo serão transmitidas à Sede da OMS.

## **Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde**

(documento AFR/RC56/6)

69. Este documento visa informar os Estados-Membros sobre o método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde de maneira a facilitar a sua participação na Sexagésima sessão, em conformidade com as decisões pertinentes do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde.

70. O Comité Regional analisou o documento e fez recomendações sobre o projecto de decisões processuais. As recomendações do Comité serão transmitidas ao Director-Geral.

71. Devido às limitações de tempo com que os Estados-Membros são habitualmente confrontados durante a Assembleia Mundial da Saúde, os delegados concordaram com a necessidade de se fazer o melhor uso possível do tempo atribuído às declarações individuais dos diversos países, grupos de países e da Região de acordo com o tema e respectivo contexto. Foi de novo realçada a necessidade de se tomar em consideração o equilíbrio entre géneros em todos os procedimentos da OMS, tanto a nível regional como mundial.

## **RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA** (documento AFR/RC56/3)

72. O Dr. Shehu Sule Presidente do Subcomité do Programa, apresentou o relatório do Subcomité. Informou que 12 membros do Comité e 1 membro do Conselho Executivo de Madagáscar participaram nas deliberações do Comité, que se reuniu em Brazzaville de 6 a 9 de Junho de 2006. Informou igualmente o Comité Regional e o Secretariado tinha devidamente incorporado os comentários e sugestões específicas do Subcomité nos documentos revistos submetidos à aprovação do Comité Regional. O Dr. Sule felicitou o Director Regional e o Secretariado pela qualidade e pertinência dos documentos técnicos.

## **Plano estratégico regional do Programa Alargado de Vacinação, 2006-2009**

(documento AFR/RC56/7)

73. O Dr. Shehu Sule explicou que as doenças evitáveis pela vacinação continuam a ser responsáveis por um elevado fardo de morbilidade e mortalidade infantis na Região Africana. A 58ª Assembleia Mundial da Saúde aprovou a Estratégia

denominada "A Vacinação Global: Visão e Estratégia 2006-2015. O Plano Estratégico Regional do Programa Alargado de Vacinação (PAV) para 2006-2009 visa melhorar o desempenho dos PAV nacionais, reforçar os sistemas nacionais de saúde e contribuir para a consecução da Meta de Desenvolvimento do Milénio nº 4.

74. Informou o Comité de que o objectivo geral do plano regional estratégico do PAV proposto consiste em prevenir a mortalidade, morbilidade e incapacidade por doenças evitáveis pela vacinação. Os objectivos específicos são os de reforçar os programas de vacinação baseados no distrito, para melhorar o acesso e a utilização dos serviços; acelerar os esforços no sentido de erradicar a poliomielite, controlar o sarampo e eliminar o tétano materno e neonatal e controlar a febre amarela; promover actividades inovadoras, incluindo a investigação sobre vacinas e a introdução de vacinas novas e subutilizadas; melhorar a segurança das vacinas, da vacinação e das injeções; sistematizar o acesso a serviços integrados e maximizar os benefícios para as mães e as crianças que participam nas sessões de vacinação.

75. Explicou que o Plano Estratégico propõe a implementação das seguintes intervenções prioritárias, por forma a alcançar os objectivos supramencionados e manter as conquistas alcançadas: maximizar o acesso à vacinação através da abordagem «Atingir Todos os Distritos» (RED); criar capacidades pertinentes e reforçar a participação comunitária; implementar actividades suplementares de vacinação; utilizar políticas de base factual para orientar a introdução de vacinas no PAV; garantir a segurança das vacinas, vacinação e injeções; integrar no PAV outras intervenções vocacionadas para a sobrevivência das crianças.

76. Recomendou ao Comité Regional a aprovação do documento AFR/RC56/7 e respectivo projecto de Resolução AFR/RC56/WP/1.

77. O Comité congratulou-se com a estratégia e respectiva resolução, tendo indicado que há correlações entre, por um lado, saúde e educação, vacinação e sobrevivência das crianças e, por outro, o grau de desempenho dos serviços de cuidados primários de saúde. Foi referido que a OMS deveria continuar a apoiar os esforços colectivos e a harmonização da vacinação transfronteiriça, bem como o processo de certificação a nível dos países. Foi sublinhada a necessidade de apoio financeiro para manter as conquistas alcançadas nos países com um elevado grau de

desempenho. O Comité sublinhou igualmente a necessidade de reforçar as parcerias, incluindo a participação das comunidades e o envolvimento da sociedade civil e do sector privado. A decisão de introduzir novas vacinas cabe a cada país com base no respectivo contexto específico, especialmente no que respeita à viabilidade financeira e à sustentabilidade a longo prazo. O Comité fez notar que alguns dos objectivos são muito ambiciosos para serem alcançados no período do plano. No entanto, concordou-se que tais objectivos são necessários se os países desejam alcançar a erradicação da poliomielite e controlar outras doenças evitáveis pela vacinação. Sublinhou-se que é necessário prestar atenção acrescida à segurança das injeções e das vacinas. O Comité também apelou a uma maior solidariedade e colaboração entre países, tendo fortemente recomendado a integração de outras intervenções vocacionadas para a sobrevivência das crianças no PAV.

78. O Comité fez as seguintes sugestões específicas para melhorar o documento de estratégia e a respectiva resolução:

- a) Na Resolução: i) fazer a fusão do parágrafo operativo 3 com o preâmbulo do parágrafo 7; ii) no parágrafo 2, acrescentar «exorta os Estados-Membros a aceitarem campanhas de vacinação transfronteiriças»; iii) no parágrafo 2(d), incluir «estabelecerem sistemas e equipas de resposta a surtos de poliomielite, para permitir uma resposta rápida a tais surtos»; iv) no parágrafo 4(b), incluir «prestar apoio técnico aos Estados-Membros, com vista a estabelecer e formar equipas de resposta aos surtos de poliomielite»; v) acrescentar um parágrafo sobre a qualidade e segurança das vacinas, incluindo a monitorização das consequências adversas resultantes da vacinação e a formação dos profissionais de saúde e agentes da comunidade; vi) depois do parágrafo 2(c), acrescentar um novo parágrafo 2(d) com o seguinte texto: «elaborar planos financeiramente sustentáveis das iniciativas de vacinação existentes»;
- b) No fim do parágrafo 10, acrescentar «falta de investigação sobre a utilização dos serviços de vacinação»;
- c) No parágrafo 19, acrescentar distritos «sanitários»;



- d) Reformular o parágrafo 26(a), que deverá ler-se «elaborar e implementar planos plurianuais de vacinação»; e o parágrafo 26(b), que deverá ler-se «desenvolver e reforçar a colaboração e as parcerias».

79. O Secretariado agradeceu ao Comité pelos valiosos contributos, tendo indicado que as sugestões feitas seriam tidas em conta no processo de revisão do documento estratégico e respectiva resolução. Foram prestados esclarecimentos sobre a viabilidade de se atingirem os objectivos propostos no período do plano. Referiu-se que as actuais tendências na cobertura vacinal na Região Africana são altamente encorajadoras e as estratégias são bem conhecidas e estão a ser implementadas na maioria dos países. Além disso, esses objectivos estão em consonância com a visão e estratégia mundiais de vacinação, aprovadas pela Quinquagésima-oitava Assembleia Mundial da Saúde. O Secretariado indicou que a decisão de introduzir novas vacinas é da exclusiva competência de cada país. Foi também realçado que há novas oportunidades de financiamento (por exemplo GAVI, Mecanismo Financeiro Internacional para a Vacinação e *Advanced Market Commitment*) dos quais os países deveriam tirar partido.

80. O Comité Regional aprovou o documento AFR/RC56/7 e a respectiva Resolução AFR/RC56/R1.

### **Sobrevivência infantil: Estratégia para a Região Africana**

(documento AFR/RC56/13)

81. O Dr. Shehu Sule explicou que o documento define a Estratégia de Sobrevivência Infantil e apresenta um panorama do fardo da mortalidade e óbitos de crianças com menos de cinco anos de idade; Tratados Internacionais e Convenções sobre o direito inerente à vida; as Metas de Desenvolvimento do Milénio (especialmente as metas n.º 1, 4 e 5); a existência de intervenções de boa relação custo-eficácia; e Cartas, Estratégias e Declarações regionais. O documento indica ainda que a Região Africana registou um decréscimo de 6% na taxa de mortalidade infantil durante a década de 1990 a 2000. As doenças infecciosas foram a principal causa de mortalidade. A pobreza, condições sócio-económicas, factores culturais e malnutrição também contribuíram significativamente para as taxas de morbilidade e mortalidade infantil. As intervenções de boa relação custo-eficácia com vista à redução do fardo

das doenças encontram-se disponíveis; a Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) foi uma das Estratégias de maior êxito para a execução destas intervenções, mas é preciso que seja implementada através de uma abordagem ao longo de toda vida.

82. O Dr. Sule informou o Comité Regional de que o objectivo da estratégia consiste na redução da mortalidade infantil e neonatal, em consonância com a Meta de Desenvolvimento do Milénio nº 4, ao atingir-se uma cobertura elevada com um conjunto definido de intervenções eficazes. O documento propõe uma série de abordagens estratégicas: advocacia em prol da harmonização das agendas e objectivos de sobrevivência infantil; reforço dos sistemas de saúde; capacitação das famílias e comunidades; organização de parcerias operacionais para a plena implementação de intervenções promissoras, sob a liderança dos governos; e mobilização de recursos.

83. Referiu que as intervenções prioritárias propostas no documento AFR/RC56/13 incluem os cuidados para os recém-nascidos; alimentação dos lactentes e crianças pequenas, incluindo a suplementação de micronutrientes e a desparasitação; prevenção e tratamento imediato do paludismo; vacinação; prevenção da transmissão vertical do VIH; tratamento das doenças comuns da infância; e cuidados às crianças expostas ou infectadas com VIH. Assinalou que o documento contém ainda um quadro de implementação. Por forma a implementar as intervenções prioritárias propostas, os países deveriam formular políticas e estratégias e desenvolver capacidades pertinentes, nomeadamente na área da mobilização social. A OMS e os parceiros deveriam complementar os esforços envidados pelos países através da advocacia, apoio técnico e coordenação.

84. O Dr. Sule recomendou a aprovação do documento AFR/RC56/13 e da sua resolução AFR/RC56/WP/5 pelo Comité Regional.

85. Os delegados congratularam-se com a Estratégia que reflecte a visão e as prioridades nacionais, apoiaram a Resolução e manifestaram o seu apreço pela qualidade do documento.

86. Os delegados partilharam as suas experiências quanto à implementação dos programas de sobrevivência infantil nos seus respectivos países, particularmente no contexto da AIDI. Relativamente à Estratégia proposta, foram levantadas as seguintes questões específicas:

- a) a necessidade de tomar em consideração as reformas em curso nos países, particularmente no contexto dos cuidados primários de saúde e do envolvimento dos recursos sanitários da comunidade;
- b) o alargamento da classificação etária e de grupos de crianças cobertas pela estratégia, tais como as crianças a partir dos seis anos e as crianças de rua;
- c) a importância de reconhecer a ligação entre a saúde materna e a saúde infantil;
- d) a necessidade de promover a redução da malnutrição nas crianças e de harmonizar as diferentes orientações e mensagens sobre a alimentação dos lactentes e das crianças pequenas, particularmente no que se refere ao VIH/SIDA, incluindo a Prevenção da Transmissão Vertical;
- e) a necessidade de assegurar a harmonização e coordenação do apoio dos parceiros às intervenções de sobrevivência infantil para garantir a optimização dos recursos;
- f) a necessidade de apropriação da estratégia por parte dos Estados-Membros, de modo a garantir a sua sustentabilidade.

87. De forma a facilitar uma eficaz implementação da Estratégia de Sobrevivência Infantil a nível nacional, os pedidos específicos dos delegados incluíram: apoio técnico nas áreas de investigação operacional; desenvolvimento de capacidade institucional a nível de país, incluindo a colocação de peritos em saúde infantil; advocacia e mobilização de recursos para intensificar as intervenções de sobrevivência infantil; documentação e partilha das melhores práticas entre países, incluindo colaboração transfronteiriça.

88. Foram propostas as seguintes emendas para melhorar a qualidade do documento:

- a) No parágrafo 10: rever a versão francesa;
- b) No parágrafo operativo 2c): incluir "cuidados primários de saúde";
- c) No parágrafo operativo 3g): acrescentar a frase "a partir de 2008".

89. Respondendo aos comentários e sugestões dos delegados, o Secretariado agradeceu os repectivos valiosos contributos e garantiu que os mesmos seriam incorporados no documento. Reconhecendo que a Estratégia está a ser formulada na sequência do lançamento do Roteiro Africano para acelerar a redução da mortalidade materna e neonatal, o Secretariado destacou a promoção da união do par mãe-filho e a abordagem da continuidade dos cuidados para a consecução das MDM números 4 e 5. Lembrando as orientações existentes para a alimentação dos lactentes e das crianças pequenas, o Secretariado apelou aos Estados-Membros para que sigam as orientações das Nações Unidas quanto ao uso de substitutos de leite materno, apenas quando isso for aceitável, possível, economicamente acessível, seguro e sustentável (AFASS).

90. Tendo em conta os novos resultados da investigação e a disponibilidade da HAART (Terapia Anti-retroviral Fortemente Activa) e a sua implementação programática, os delegados foram informados da futura reunião consultiva técnica sobre VIH e alimentação dos lactentes. Em conclusão, foi sublinhado que os novos métodos de colaboração entre os parceiros, aplicados na elaboração desta Estratégia pela OMS, a UNICEF e o Banco Mundial, são um reflexo da harmonização de abordagens e processos entre as agências e também de um compromisso comum de financiamento.

91. O Comité Regional aprovou o documento AFR/RC56/13 e a sua Resolução AFR/RC56/R2.

**Prevenção do VIH na Região Africana: Estratégia de intensificação e aceleração**  
(documento AFR/RC56/8)

92. O Dr. Babacar Drame, Relator do Subcomité do Programa, recordou que, em 1996, o Comité Regional Africano da OMS adoptou uma estratégia regional sobre o VIH/SIDA, que reafirmou o importante papel do sector da saúde na prevenção do VIH. Apesar dos recursos e esforços investidos na prevenção, tratamento e cuidados

aos doentes com VIH, registou-se uma tendência crescente na incidência do VIH; consequentemente, é pouco provável que a Meta de Desenvolvimento do Milénio nº 6 seja alcançada. A necessidade de reforçar as medidas para melhor controlar a propagação do VIH levou à adopção da Resolução AFR/RC55/R6 sobre a aceleração da prevenção do VIH. As actuais iniciativas e compromissos mundiais propiciam um ambiente favorável à intensificação dos esforços de prevenção do VIH na Região. O documento de estratégia propõe acções e intervenções-chave para acelerar a prevenção do VIH.

93. Ele explicou que o objectivo geral da nova estratégia de prevenção do VIH é acelerar a prevenção e reduzir o impacto do VIH/SIDA, no contexto do acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio. Os objectivos específicos consistem em melhorar o acesso às intervenções de prevenção do VIH; melhorar o acesso a serviços abrangentes de luta contra o VIH/SIDA; advogar em prol de aumento de recursos; melhorar os ambientes que apoiem a prevenção do VIH. Os esforços a envidar para atingir estes objectivos devem ser norteados pelos seguintes princípios: abordagem que respeite os direitos humanos, adaptação de intervenções com provas dadas, ligações entre a prevenção e o tratamento, a participação comunitária, o princípio dos "Três Uns" e a sustentabilidade e responsabilização.

94. O Dr. Drame explicou que o documento propõe um certo número de abordagens estratégicas, nomeadamente: criação de um ambiente político favorável; expansão e intensificação de intervenções eficazes de prevenção do VIH; ligação da prevenção, tratamento, cuidados e apoio aos doentes com VIH num pacote essencial; melhoria do acesso pela intensificação da implementação e adopção de uma abordagem nacional simplificada de saúde pública; reforço dos sistemas de saúde para satisfazer a procura acrescida e aumento e sustentabilidade dos recursos financeiros.

95. O Dr. Drame recomendou a aprovação do documento AFR/RC/56/8 e do respectivo projecto de resolução AFR/RC56/WP/2.

96. O Comité congratulou-se com a estratégia e respectiva resolução, tendo sido feitos vários comentários. Foi notado que os países com baixa prevalência tiveram dificuldades em aceder aos fundos mundiais e a outro tipo de apoio internacional

para a prevenção e luta contra o VIH, tendo-se sublinhado a necessidade de uma maior advocacia para enfrentar este desafio. Além disso, há necessidade de prestar maior atenção às questões de prevenção e tratamento do VIH/SIDA pediátrico.

97. Os delegados reconheceram que a fragmentação dos contributos dos vários parceiros face aos vários programas de prevenção impedem o reforço dos sistemas de saúde, em particular o desenvolvimento das infra-estruturas necessárias e de recursos humanos para a saúde. Sublinharam a necessidade de reforçar as intervenções multissetoriais e assegurar uma melhor coordenação entre os vários parceiros.

98. Os delegados observaram que a nutrição, a segurança alimentar e outros determinantes sociais deveriam ser abordados. Sublinharam que a avaliação das taxas de utilização e da consecução das metas definidas era problemática. Os países deverão partilhar as melhores práticas, em especial as relacionadas com as mudanças comportamentais. O documento estratégico deverá também realçar a importância da protecção dos direitos da mulher e da sua capacitação. Salientou-se também a necessidade de se abordar a questão da produção de produtos para a prevenção e tratamento de VIH/SIDA na Região Africana; realçou-se também a necessidade de melhor integrar os programas de luta contra o VIH e tuberculose. O Comité solicitou que o ponto 2b da resolução fosse reformulado, de modo a incluir o alargamento do plano até ao nível distrital.

99. O Secretariado agradeceu os esforços do Comité desde a aprovação da Resolução AFR/RC55/R6 do Comité Regional e da declaração do ano 2006, como Ano da Aceleração da Prevenção do VIH na Região Africana. Os comentários e as observações feitos serão tomados em consideração durante o processo de revisão dos documentos.

100. Foram dados vários esclarecimentos:

- a) O principal objectivo é o de manter uma baixa sero-prevalência do VIH nos países, através da intensificação de actividades de prevenção, do reforço da vigilância para identificar as principais vias de transmissão do VIH, de modo a focalizar as intervenções preventivas no âmbito de um pacote abrangente, em particular no seio das populações mais vulneráveis. Estas intervenções exigem a mobilização de fundos adicionais;

- b) A OMS reconheceu a necessidade de se acelerar a prevenção da SIDA pediátrica, tendo sido já elaborados documentos de orientação sobre o tratamento pediátrico com anti-retrovirais já distribuídos pelos Estados-Membros;
- c) Estudos sociais e comportamentais provaram ser úteis para a estimativa das taxas de uso de preservativos;
- d) O aconselhamento e os testes deverão ser disponibilizados em todos os distritos, de acordo com as metas propostas na estratégia;
- e) A Assembleia Mundial da Saúde (2005) adoptou um plano de prevenção para 5 anos, tendo sido acordadas cinco principais orientações estratégicas; o presente documento estratégico e respectiva resolução estão em conformidade com os documentos aprovados pela AMS;
- f) A colaboração multisectorial terá que ser reforçada, de modo a assegurar a aceleração dos esforços de prevenção;
- g) O Escritório Regional continuará a apoiar os países na monitorização e avaliação das intervenções preventivas face ao VIH.

101. O Comité Regional adoptou o documento AFR/RC56/8 e a sua resolução AFR/RC56/R3.

**Pobreza, comércio e saúde: Um problema emergente para o desenvolvimento sanitário** (documento AFR/RC56/9)

102. O Dr. Babacar Drame explicou que o documento sublinha que a saúde, o comércio e desenvolvimento estão interligados pelo capital humano e a produtividade laboral. Afirmou que a liberalização do comércio é um desafio-chave para o desenvolvimento geral e que os esforços de redução da pobreza constituem um desafio importante para os sectores nacionais da saúde. O Acordo Geral sobre o Comércio de Serviços (GATS) apelou aos países Membros da Organização Mundial do Comércio (OMT) para efectuarem uma liberalização progressiva do comércio de serviços, incluindo os serviços relacionados com a saúde. Referiu que havia necessidade de um maior entendimento sobre as implicações do aumento do comércio no serviços de saúde, sobretudo no que diz respeito aos objectivos sociais e de desenvolvimento.

103. Informou o Comité Regional de que o GATS define quatro modalidades de comércio de serviços de saúde: a prestação transfronteiriça de serviços de saúde; o consumo de serviços no estrangeiro; a presença comercial; e a movimentação do pessoal de saúde. Existem três outros acordos multilaterais da OMT com implicações para a saúde: os Aspectos dos Direitos da Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio (TRIPS); a Aplicação das Medidas Sanitárias e Fitossanitárias (SPS); e Barreiras Técnicas ao Comércio (TBT).

104. O Dr. Drame afirmou que para se minimizar os riscos e tirar partido do aumento do comércio dos serviços de saúde, os países necessitam de: estabelecer ou reforçar mecanismos de harmonização das questões comerciais; garantir a formação ou orientações pertinentes aos administradores de topo e de nível médio dos sectores da saúde, comércio e legislativo; e identificar e promover o trabalho dos centros regionais e nacionais de excelência sobre globalização, comércio e saúde. O documento apela à OMS e aos parceiros para garantirem que a saúde seja tida em conta aquando do enquadramento das políticas internacionais de saúde; continuar a fornecer informação e recomendações pertinentes aos Estados-Membros no que se refere à saúde e ao comércio; e apoiarem o reforço das capacidades nacionais relevantes.

105. O Dr. Drame recomendou a aprovação do documento AFR/RC56/9.

106. Os delegados congratularam-se e lovaram o documento. Notando os riscos e as oportunidades associadas às questões do comércio, realçaram a estreita relação que existe entre a pobreza, o comércio e a saúde. Os principais riscos assinalados são a imigração de profissionais de saúde qualificados, a propagação das doenças e aumento da circulação de fármacos de qualidade inferior; em relação às oportunidades, concordaram que estas prendem-se com os serviços de ciber saúde e telemedicina, bem como o aumento do acesso a serviços de qualidade através da concorrência. Salientaram ainda a necessidade de se estabelecer uma sólida relação de trabalho entre os ministérios da saúde e do comércio, o que poderia incluir a criação de um gabinete de saúde no Ministério do Comércio para dar pareceres sobre as implicações para a saúde de quaisquer negociações ou acordos comerciais.

107. Além disso, os delegados exortaram o secretariado a colocar as questões da pobreza, comércio e saúde no contexto de outras iniciativas da OMS, tais como a resolução do Comité Regional sobre pobreza e saúde (AFR/RC52/R4); a resolução da



Assembleia Mundial da Saúde sobre comércio internacional e saúde (WHA59.26), bem como a resolução sobre a saúde pública, investigação em saúde e direitos de propriedade intelectual (WHA59.24); e a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Solicitou-se ao Comité Regional que coordene os contributos regionais para o grupo de trabalho de participação aberta para lidar com a Resolução WHA59.24 e manter a questão da pobreza e saúde no topo da agenda internacional.

108. Para melhorar o documento, os delegados sugeriram:

- a) ter em consideração as questões estratégicas, como segurança, oportunidades acrescidas e capacitação, para que os pobres possam tirar proveito do comércio e reduzir as desigualdades, graças a uma distribuição equitativa dos recursos financeiros;
- b) reflectir a necessidade de investigação sobre as relações entre pobreza, comércio e saúde, a todos os níveis.

109. Os delegados solicitaram ao Secretariado que redigisse um projecto de resolução que reforce a Resolução AFR/RC52/R4, ajustando o período de notificação sobre a implementação e acrescentando-lhe aspectos relativos ao comércio conforme referidos no relatório do Director Regional (documento AFR/RC56/9), para apreciação e adopção durante a Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional.

110. Respondendo aos delegados, o Secretariado louvou os comentários e sugestões feitas e garantiu que seriam devidamente tidos em consideração. O Comité Regional foi informado da divulgação do próximo relatório da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde, que será esclarecedor quanto a esta questão. O Secretariado referiu a importância da investigação para a obtenção de dados factuais que influenciem a política. Este aspecto será abordado na conferência mundial sobre investigação em saúde, em 2008, que terá lugar na Região. Foi também sublinhada a necessidade de criar uma relação estreita entre os ministérios da saúde e do comércio e de ter em consideração as ligações entre saúde, pobreza, comércio e segurança humana, aspectos que serão tratados no *Relatório sobre a Saúde no Mundo, 2007*.

111. O Comité Regional adoptou o documento AFR/RC56/9 e a sua Resolução AFR/RC56/R4.

## **Financiamento da saúde: Estratégia para a Região Africana**

(documento AFR/RC56/10)

112. O Dr. Babacar Drame explicou que os países da Região se vêm confrontados com um certo número de desafios, nomeadamente: baixo investimento em saúde; ausência de políticas e planos estratégicos abrangentes para o financiamento da saúde; pagamentos elevados pelos utentes; cobertura limitada dos seguros de saúde; ausência de redes de segurança social que protejam os pobres; uso ineficaz dos recursos; e mecanismos débeis para a coordenação do apoio dos parceiros no sector da saúde.

113. Afirmou que o objectivo da estratégia de financiamento da saúde consistia em estimular o desenvolvimento de um financiamento equitativo, eficaz e sustentado da saúde nos países, para alcançar as Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDM) e outras metas nacionais na área da saúde. Especificamente, o documento dava orientações aos países sobre como garantir o nível de financiamento necessário para atingir as metas e objectivos desejados de modo sustentado; como assegurar um acesso financeiramente equitativo a serviços de saúde com qualidade; e como garantir a eficácia na afectação e uso dos recursos do sector da saúde.

114. O Dr. Drame informou o Comité Regional que o documento propunha intervenções prioritárias para reforço das funções do financiamento da saúde quanto à recolha de receitas, à sua agregação e à aquisição de serviços. Entre as intervenções para reforçar a recolha de receitas mencionam-se: reforçar os mecanismos de recolha de receitas; honrar os compromissos regionais anteriores; monitorizar o apoio orçamental dos multi-doadores; procurar a cessação ou redução dos pagamentos pelos utentes; e melhorar a eficácia na recolha de receitas. A agregação pode ser melhorada por meio da criação de sistemas de pré-pagamento (por ex., seguros, com base em taxas, ou misto); criação de novas agências de financiamento da saúde que coordenem as várias funções do financiamento; e reforço das redes de segurança (mecanismos de isenção) para protecção dos pobres.

115. Recomendou a adopção do documento AFR/RC56/10.

116. Os delegados fizeram alguns comentários genéricos. Referiram que há muitos mecanismos para o financiamento da saúde e que cada país deve explorar aqueles que forem melhores para responder às necessidades e aos contextos nacionais. O

elevado fardo dos pagamentos directos pelos utentes é potencialmente catastrófico, expõe as pessoas ao risco de empobrecimento e reduz o acesso aos serviços de saúde. Há necessidade de reforçar as capacidades em recursos humanos para o financiamento da saúde e a gestão financeira. As melhores práticas devem ser partilhadas, incluindo a eliminação dos pagamentos directos pelos utentes, os mecanismos alternativos de financiamento, o pagamento antecipado sob a forma de seguro social de saúde e financiamento por impostos. Quaisquer que sejam os mecanismos de financiamento escolhidos, é preciso que se criem redes de segurança para proteger os pobres. É preciso uma advocacia contínua entre os Estados-Membros para implementar o compromisso assumido pelos Chefes de Estado de afectar à saúde, pelo menos 15 por cento dos seus orçamentos de Estado.

117. Os delegados reconheceram a importância das contas nacionais para a saúde para orientar a elaboração de uma política e estratégia abrangentes de financiamento da saúde, assim como a concepção de reformas de financiamento da saúde; contudo, é preciso apoiar melhor os países na criação de mecanismos inovadores de financiamento da saúde. Os delegados reconheceram igualmente que o custo de criar e administrar o seguro social de saúde era extremamente elevado. É preciso modernizar os sistemas orçamentais, relacionando-os com o desempenho e com os indicadores baseados em resultados, havendo também necessidade de um envolvimento comunitário no processo de planeamento da saúde.

118. O Comité recomendou que se acrescentasse um novo parágrafo operativo com a numeração 3 (f), com o seguinte texto: "os países devem, com apoio da OMS e de outros parceiros, apresentar relatórios trienais sobre a implementação da estratégia".

119. O Secretariado agradeceu aos delegados pelos seus valiosos comentários e contribuições, garantindo-lhes que os mesmos seriam devidamente incorporados. Realçaram a importância da parceria estratégica entre a OMS e o Banco Mundial e, neste contexto lembraram a sessão especial sobre financiamento da saúde realizada durante a Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional, em Maputo. É necessário um período de transição para se mudar do pagamento directo pelos utentes para um mecanismo de financiamento alternativo. Os países deverão garantir que as dotações do orçamento de Estado para a saúde se mantenham, apesar do financiamento externo, de modo a garantir a sustentabilidade do financiamento do

sector da saúde. O Secretariado reconheceu a importância de reforçar as capacidades dos países para o financiamento da saúde e a gestão financeira. É preciso criar parcerias com as várias instituições competentes (por exemplo, o Banco Mundial e a Organização Internacional de Trabalho e Comunidades Económicas Regionais) para dar uma resposta adequada às necessidades de apoio técnico que os países sentem. O Secretariado manifestou o seu apreço pelo aumento da vontade política que existe nos países e entre os parceiros para atribuir mais recursos financeiros à saúde.

120. O Representante do Banco Mundial reconheceu que os parceiros do desenvolvimento terão de rever os seus processos e mecanismos de empréstimo, para reduzir a volatilidade dos fundos destinados à saúde e melhorar a sua previsibilidade. Aplaudiu a tendência crescente que se verifica em alguns países africanos para afectar mais fundos à saúde, em conformidade com a Declaração de Abuja. Acrescentou que os ministros da saúde terão de trabalhar em conjunto com os ministérios das finanças para criarem as receitas fiscais relevantes, de modo a permitir a atribuição de mais recursos financeiros à saúde. Sublinhou a necessidade de os parceiros trabalharem em conjunto para ajudar os países a criarem mecanismos de protecção contra os riscos financeiros e reduzir a excessiva dependência dos pagamentos directos pelos utentes.

121. O Comité Regional adoptou o documento AFR/RC56/10 e a sua Resolução AFR/RC56/R5.

### **Autoridades reguladoras farmacêuticas: Situação actual e perspectivas**

(documento AFR/RC56/11)

122. O Dr. Prince Albert T. Roberts, Relator do Subcomité do Programa, afirmou que o documento sublinha que a missão das Autoridades Reguladoras Farmacêuticas (ARF) é de coordenar e supervisionar o sector farmacêutico, de modo a proteger a saúde pública. As ARF são constituídas por elementos da área administrativa (incluindo missões, políticas, legislação, regulamentos, estruturas organizacionais, recursos humanos e financiamento), da área técnica (incluindo padrões, especificações, orientações, normas e procedimentos) e da área de controlo. As suas principais funções são o licenciamento de entidades individuais e de empresas; a emissão de autorizações de comercialização (registro); a autorização dos ensaios clínicos; a inspecção da produção, da distribuição e dos locais de realização de

ensaios clínicos; a monitorização da qualidade e segurança dos produtos; e a informação e controlo da promoção e da publicidade.

123. Informou o Comité Regional de que o objectivo do documento é rever a actual situação das ARF e a regulamentação dos medicamentos, incluindo as vacinas e os estupefacientes, e propôr medidas para melhorar o desempenho das ARF na Região Africana.

124. O Dr. Roberts afirmou que o documento contém recomendações sobre acções prioritárias que os países têm de implementar para poderem reforçar as autoridades reguladoras farmacêuticas. A primeira acção refere-se à elaboração de quadros legais e organizacionais. Estes permitirão estabelecer uma missão claramente definida e uma autoridade legal adequada para as ARF; criar e aplicar uma legislação abrangente, em conformidade com os contextos nacionais e regional; e implementar uma estrutura organizacional, instalações e os recursos adequados. A segunda acção será o reforço das capacidades das ARF, o que deverá ser precedido da elaboração de um plano sustentável de desenvolvimento dos recursos humanos. A terceira acção será o desempenho das funções reguladoras. Estas incluem a elaboração e a actualização de orientações e procedimentos; a cooperação com estabelecimentos de ensino, de cuidados de saúde e de investigação, bem como associações profissionais; a criação e o reforço de uma rede de ARF e iniciativas sub-regionais para harmonização da regulação dos medicamentos; e a obtenção de um equilíbrio entre os requisitos da regulamentação para controlar os estupefacientes e a sua disponibilidade e acessibilidade.

125. O Dr. Roberts recomendou o documento AFR/RC56/11 para ser aprovado pelo Comité Regional.

126. O Comité congratulou-se com a qualidade e pertinência do documento. Foram feitos os seguintes comentários e sugestões: considerar a concessão de maior autonomia às ARF tradicionais, sem comprometer o papel de administração dos governos; considerar a vigilância transfronteiriça de medicamentos ilegais e de contrafacções; assegurar que a avaliação dos medicamentos tradicionais não é realizada através de ensaios clínicos, pois estes adequam-se melhor a medicamentos

modernos; e a necessidade de formar mais inspectores farmacêuticos e criar um código ético de conduta.

127. O Secretariado agradeceu ao Comité, tendo indicado que os comentários e sugestões feitos serão tomados em consideração durante o processo de revisão do documento. Foram prestados os seguintes esclarecimentos: as ARF deverão fazer parte integrante dos serviços de saúde e ficar sob a responsabilidade dos Estados-Membros e das autoridades nacionais; a OMS está a apoiar blocos económicos sub-regionais, em especial na área da harmonização dos medicamentos, incluindo a criação de estruturas e a formação. Foi sublinhado que a OMS não é um organismo supranacional regulador de medicamentos, mas ajuda os países na elaboração de orientações, normas e padrões, dando ainda apoio técnico e, eventualmente, financeiro.

128. O Órgão Internacional de Controlo de Estupefacientes (INCB) apelou aos Estados-Membros par se manterem vigilantes quanto ao abuso de medicamentos sujeitos ao controlo internacional, nomeadamente no que respeita ao uso de analgésicos opiáceos para tratar as dores. O INCB apelou a uma maior colaboração com a OMS na Região Africana.

129. O Comité Regional aprovou o documento AFR/RC56/11.

### **Revitalização dos serviços de saúde no contexto dos cuidados primários de saúde na Região Africana (documento AFR/RC56/12)**

130. O Dr. Prince Albert T. Roberts explicou que o documento descreve o actual compromisso mundial referente às metas internacionalmente acordadas, relacionadas com a saúde. Contudo, a lentidão dos progressos na via da consecução dessas metas na Região Africana exige uma aceleração do acesso aos serviços essenciais de saúde. A Assembleia Mundial da Saúde reafirmou, em 1998, o seu compromisso de melhorar a disponibilidade dos elementos essenciais dos cuidados primários de saúde, com base na política de saúde para todos no Século XXI. O documento apresenta argumentos em como os cuidados primários de saúde, adaptados aos ambientes actuais e futuros, propiciam um bom quadro para o acesso universal aos serviços essenciais de saúde. O documento propõe uma abordagem para revitalizar os serviços de saúde, a fim de melhorar a equidade e o acesso a cuidados de saúde de

qualidade, no contexto dos cuidados primários de saúde, a fim de se obter melhores resultados em matéria de saúde.

131. Informou o Comité Regional sobre algumas das intervenções prioritárias que os países precisam implementar, designadamente: aumentar a participação comunitária; melhorar a disponibilidade de recursos humanos para a saúde assim como de recursos financeiros e materiais; reforçar a capacidade de gestão; reforçar a geração e o uso de dados factuais; melhorar a qualidade e a cobertura dos serviços de saúde; e reforçar a colaboração e as parcerias.

132. O Dr. Roberts referiu que, para uma revitalização bem sucedida dos serviços de saúde, os países devem elaborar ou reforçar os seus planos de saúde; coordenar os vários níveis de prestação de serviços; mobilizar e afectar adequadamente os recursos; e melhorar a coordenação, a parceria e a colaboração intersectorial. A OMS e os parceiros devem complementar os esforços dos países por meio de uma advocacia a favor da obtenção de fundos adicionais, em vários fóruns; prestação de apoio técnico; harmonização do apoio à prestação de serviços; e participação em avaliações conjuntas de desempenho.

133. O Dr. Roberts recomendou a adopção do documento AFR/RC56/12 e do seu projecto de resolução AFR/RC56/WP/4.

134. Os delegados fizeram diversos comentários gerais: (1) há necessidade de uma abordagem integrada e holística, com uma visão esclarecida; (2) é preciso apoiar os países no reforço das suas capacidades para documentar e partilhar as melhores práticas; (3) foi destacada a colaboração multisectorial e a responsabilização; (4) há necessidade de um envolvimento máximo das comunidades e de garantir a sustentabilidade desse envolvimento através da formalização das estruturas comunitárias e da sua ligação com as estruturas de prestação de serviços de saúde; (5) há necessidade de rever a afectação de recursos, para garantir o financiamento adequado das prioridades locais; (6) é preciso integrar os Cuidados Primários de Saúde (CPS) no sistema de saúde em geral; (7) foi sublinhada a necessidade de reforçar o sistema de referência; (8) a necessidade de monitorizar e avaliar os CPS em todos os níveis foi também sublinhada. Foram identificados vários pontos fracos, nomeadamente: escassez de recursos humanos para a saúde; medicamentos e

suprimentos essenciais inadequados; infra-estrutura débil; falta de financiamento para os CPS; e verticalização dos programas e recursos da saúde.

135. Foi sugerido que a resolução sobre a revitalização dos serviços de saúde no contexto dos cuidados primários de saúde, seja apresentada à União Africana, para que os governos africanos assegurem um maior grau de compromisso face ao princípio da colaboração intersectorial (departamentos governamentais, organizações da sociedade civil e sector privado). Foi acordado que a definição de CPS, incluindo os princípios e valores, permanece a mesma. É, no entanto, necessário ter em conta as alterações de contexto, sobretudo face às doenças e patologias emergentes. Os delegados apoiaram a criação de uma *task force* para os CPS na Região. O Comité recomendou que a OMS providencie orientações e instrumentos sobre como colaborar com as comunidades e outros sectores. Os delegados sublinharam a necessidade de formalizar as estruturas comunitárias de apoio e de deixar gradualmente de depender excessivamente dos voluntários.

136. O Secretariado agradeceu aos delegados pelos comentários e sugestões pertinentes e garantiu que os mesmos seriam tidos em conta, na finalização do documento. Foi garantido ao Comité que será criada uma *task force* para os CPS. O Secretariado reconheceu a pertinência das questões levantadas pelos delegados nos seguintes aspectos: integração dos serviços; afectação de recursos adequados aos sistemas distritais de saúde; necessidade de aprender com a experiência de outros países; necessidade de resolver o problema dos recursos humanos para a saúde; e necessidade de reforçar o financiamento, a organização e gestão dos serviços de saúde. O Secretariado informou aos delegados da produção de um relatório sobre a situação dos CPS que será distribuído brevemente. Os resultados desse inquérito foram usados para orientar a elaboração da abordagem proposta, que teve em conta a situação actual e os novos desafios. O Secretariado destacou as oportunidades relacionadas com o aumento dos recursos nacionais e internacionais, e a necessidade de os canalizar para o nível do distrito, a fim de responder às prioridades locais e contribuir para a consecução das MDM.

137. O Comité Regional adoptou o documento AFR/RC56/12 e a sua Resolução AFR/RC56/R6.



## **Investigação em saúde: Agenda para a Região Africana**

(documento AFR/RC56/14)

138. O Dr. José Manuel Jesus Alves de Sousa Carvalho, relator do subcomité do programa, apresentou o documento AFR/RC56/14. O documento contém cinco capítulos: introdução; análise da situação; agenda para a Região Africana; papéis e responsabilidades; e conclusão. O documento realça o facto de que a investigação é importante para alcançar as metas de desenvolvimento sanitário, incluindo as Metas de Desenvolvimento do Milénio. A Quadragesima-oitava sessão do Comité Regional aprovou um plano estratégico regional de investigação em saúde. A Quinquagésima-oitava Assembleia Mundial da Saúde aprovou uma Resolução (WHA58.34), que confirmou as recomendações da Cimeira Ministerial sobre Investigação em Saúde, no México, em 2004. Está previsto que a Segunda Conferência Mundial sobre Investigação em Saúde se realize em África, em 2008.

139. O documento realça também as lacunas actualmente existentes na informação sobre o desempenho dos sistemas de saúde na Região Africana, as quais limitam as capacidades dos países para alcançarem as metas e objectivos nacionais e internacionais em matéria de desenvolvimento sanitário. A investigação em saúde é sub-financiada, existindo um fosso entre o saber e o fazer, o que significa que a investigação não é traduzida em políticas e acções. Os sistemas nacionais de investigação em saúde ainda não estão plenamente funcionais, o que faz com que a capacidade de investigação em saúde seja fraca. Esta situação é agravada por um certo número de obstáculos, designadamente: instabilidade política e social; elevados níveis de ileteracia baixo nível de desenvolvimento económico nacional; e acesso limitado à computadores e à internet. O documento realça que, apesar dos numerosos desafios existentes, os países devem aproveitar as oportunidades, por exemplo, o aumento da consciencialização mundial e regional sobre a importância da investigação, o aumento do financiamento externo e as iniciativas e mecanismos existentes.

140. O documento menciona ainda que, para reforçar os sistemas nacionais de investigação em saúde, os países devem: expandir a agenda da investigação em saúde, a fim de incluir os grandes determinantes multidimensionais da saúde; assegurar as ligações com outros sectores que não o da saúde; promover análises

sistemáticas, incluindo o uso de literatura cinzenta; ligar a investigação às políticas e à acção, o que poderá implicar a criação de redes e o desenvolvimento de capacidades para traduzir os resultados da investigação em acções; mobilizar mais recursos internos e externamente; desenvolver capacidades pertinentes, incluindo recursos humanos, organização e infra-estrutura; reforçar várias parcerias, por exemplo, Norte-Sul, Sul-Sul, intersectoriais, público-privado, e entre investigadores e decisores; afectar pelo menos 2% dos orçamentos da saúde à investigação; assegurar a existência de fortes sistemas nacionais de investigação em saúde e reforçar o apoio à investigação em sistemas de saúde; promover a tradução dos resultados da investigação em políticas e acções; e continuar a apoiar a investigação fundamental básica em medicamentos, vacinas, meios de diagnóstico e outros instrumentos. O documento apela à OMS e outros parceiros para que apoiem os países a promover a importância de investigação; advogar em prol do aumento do financiamento; estabelecer normas e padrões (incluindo a supervisão ética); prestar apoio técnico; promover a recolha, sintetização, divulgação e utilização dos resultados da investigação; e melhorar o acesso à informação sanitária.

141. O Dr. Carvalho recomendou a adopção do documento AFR/RC56/14 pelo Comité Regional.

142. O Comité congratulou-se com o documento pela sua abrangência e oportunidade, pois surge na sequência da Cimeira Mundial do México sobre investigação em saúde. Foram feitos os seguintes comentários e sugestões: há necessidade de formular as prioridades nacionais na área da investigação; é preciso utilizar melhor os resultados da investigação para nortear as políticas e programas nacionais; a OMS deve apoiar os países a formular políticas e a melhor coordenar as actividades de investigação; a Região Africana não está bem representada nas instâncias de decisão de investigação em saúde, em particular no que respeita aos órgãos de direcção de programas especiais de investigação em doenças tropicais (TDR) e programa especial de desenvolvimento da saúde reprodutiva (HRP) é preciso reforçar os mecanismos de supervisão ética a nível dos países, em particular os ensaios clínicos com a vacina anti-SIDA; há que intensificar a divulgação dos resultados da investigação; é preciso reforçar a cooperação Sul-Sul e melhorar as parcerias entre as instituições académicas e de investigação.

143. O Secretariado agradeceu ao Comité pelos seus comentários e sugestões úteis, tendo indicado que os mesmos seriam tidos em consideração no processo de revisão

do documento. Concordou-se com a necessidade de reforçar os sistemas nacionais de saúde e as informações de base factual, para melhorar as intervenções. Está planeada, para o princípio de 2007, uma avaliação regional dos sistemas nacionais de investigação em saúde. A mobilização de recursos adicionais a nível dos países através dos orçamentos de Estado e de fundos externos de projectos é importante para superar a falta de financiamento. O Escritório Regional está a apoiar os países a criar ou reforçar mecanismos de análise ética. Foi igualmente aceite que a Região Africana deveria estar melhor representada nas instâncias mundiais da investigação.

144. O Comité Regional adoptou o documento AFR/RC56/14.

**Gestão dos conhecimentos na Região Africana da OMS: Orientações estratégicas**  
(documento AFR/RC56/16)

145. O Dr. José Manuel Jesus Alves de Sousa Carvalho declarou que o documento contém os seguintes capítulos: introdução; análise da situação; agenda regional; papéis e responsabilidades; monitorização e avaliação; e conclusão.

146. O documento define a gestão dos conhecimentos como um conjunto de princípios, instrumentos e práticas que permitem aos indivíduos criar conhecimentos e partilhá-los, traduzi-los e aplicá-los para criar valor e melhorar a eficácia. Destina-se a melhorar o desempenho (isto é, tempo, serviços de qualidade, inovação e redução de custos) das entidades decisoras (países e organizações). Os desafios com que a Região Africana se defronta estão relacionados com: falta de políticas, normas, padrões e estratégias; conectividade das comunicações; e capacidades de gestão pertinentes, que permitam aos países impulsionar a tecnologia da informação e da comunicação para a gestão dos conhecimentos.

147. O objectivo da estratégia é melhorar o desempenho e os resultados do sistema de saúde, através de uma gestão eficaz dos conhecimentos em matéria de saúde. Os seus objectivos específicos consistem em: reforçar o acesso às informações e aos conhecimentos sobre saúde; maximizar o impacto dos conhecimentos explícitos e tácitos, através da partilha e aplicação dos conhecimentos; e promover a ciber saúde e a telemedicina.

148. O documento apresenta intervenções prioritárias que se centram na advocacia, melhoria da recolha de informação e dados factuais; elaboração de políticas e planos; definição de padrões e normas; desenvolvimento de capacidades pertinentes (pessoas, processos, tecnologias); promoção de parcerias; e mobilização de recursos. Para reforçar as capacidades de gestão dos conhecimentos, os Estados-Membros precisam de formular políticas, estratégias, planos e mecanismos de coordenação pertinentes; e mobilizar recursos para implementar os planos. Exortou-se a OMS e os parceiros a fornecerem apoio técnico e directrizes adequadas aos Estados-Membros para a implementação das orientações estratégicas contidas no documento.

149. O Dr. Carvalho recomendou ao Comité a aprovação do documento AFR/RC56/16 e do projecto de resolução AFR/RC56/WP7.

150. O Comité congratulou-se com a qualidade e importância do documento. Foram feitos os seguintes comentários e sugestões: a qualidade e quantidade da informação sanitária e a produção de conhecimentos na Região necessitam de registar melhorias consideráveis; a divulgação e aplicação dos conhecimentos deverão também ser melhoradas para possibilitar a eficaz formulação de políticas e a tomada de decisões; é ainda importante otimizar a ciber saúde, a telemedicina e outras formas de tecnologia móvel; e reforçar as capacidades de armazenamento e compilação de dados, aos níveis nacional e regional.

151. Por forma a melhorar o documento, propôs-se que fosse acrescentado o seguinte objectivo específico: aumentar a produção de informação sanitária, tanto em quantidade como em qualidade.

152. O Secretariado agradeceu ao Comité pelos valiosos comentários e sugestões, que serão tomados em consideração durante o processo de revisão do documento. Mais concretamente, ficou registada a questão do aumento da produção de conhecimentos e informação, assim como a optimização do uso das tecnologias, incluindo a ciber saúde e a telemedicina.

153. O Comité Regional aprovou o documento AFR/RC56/16 e a sua Resolução AFR/RC56/R8.

## **Gripe das aves: Preparação e resposta à ameaça de uma pandemia**

(documento AFR/RC56/15)

154. Na sua apresentação do documento AFR/RC56/15, o Dr. Prince Albert T. Roberts declarou que a gripe das aves é uma doença infecciosa das aves causada por estirpes tipo A do vírus da gripe. A gripe humana é transmitida pela inalação de gotículas infecciosas. Registaram-se três pandemias de gripe em 1918, 1957 e 1968, tendo a primeira resultado em 40-50 milhões de óbitos no mundo. Afirmou que a Região Africana é altamente vulnerável a esta doença. A Quinquagésima-sexta Assembleia Mundial da Saúde solicitou aos Estados-Membros a elaboração e implementação de planos nacionais de preparação, tendo pedido ao Director-Geral que continue a assumir a liderança na preparação da resposta à pandemia.

155. O Dr. Roberts informou o Comité Regional de que o documento contempla os obstáculos com que os países se deparam, designadamente: falta de recursos financeiros adequados; debilidade dos sistemas de saúde; escassez de recursos humanos para enfrentar a crescente sobrecarga de trabalho; reduzido número de laboratórios bem equipados, com capacidade para confirmar a gripe das aves; deficiente infra-estrutura de transportes e comunicações; sistemas débeis de administração e de logística; elevada taxa de iliteracia; e pobreza generalizada. O documento contém ainda um resumo dos desafios e oportunidades.

156. O Dr. Roberts acrescentou que os países estão a ser solicitados no sentido de implementarem as seguintes intervenções prioritárias: reforçar a coordenação nacional e regional de preparação e resposta; reforçar os sistemas de alerta precoce; reduzir as oportunidades de infecção humana pelo H5N1; retardar ou conter a disseminação da gripe na origem; reforçar a capacidade dos sistemas nacionais de saúde; implementar componentes de promoção da saúde; conceber e aplicar legislação e políticas; e contribuir para a investigação sobre a gripe. Os Estados-Membros devem formular e implementar planos nacionais de preparação e resposta; monitorizar e avaliar a implementação desses planos; e partilhar a informação, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional. A OMS e os parceiros (por exemplo, a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura e a Organização Mundial de Saúde Animal) devem proporcionar aos países orientações para a elaboração dos planos nacionais de preparação e resposta; facilitar a

mobilização de recursos para apoio à implementação dos planos; e reactivar a Rede Mundial e Regional da OMS de Alerta e Resposta a Surtos, para apoio aos Estados-Membros.

157. Ele recomendou a adopção do documento AFR/RC56/15 e do seu projecto de resolução AFR/RC56/WP/6.

158. Os delegados felicitaram a OMS pela qualidade e pertinência do documento. Partilharam experiências dos seus países sobre o tratamento de doenças epizoóticas. Muitos países já elaboraram planos nacionais de preparação e resposta e criaram também equipas multisectoriais. Entre as principais preocupações referidas mencionam-se: dificuldade na mobilização de recursos; dificuldade de constituição de uma reserva de medicamentos antivirais; incerteza quanto à eficácia do Tamiflu; deficiente mobilização das comunidades e falta de informação adequada sobre a doença; fraca capacidade dos profissionais de medicina e veterinária para enfrentar a situação; e impacto negativo da gripe das aves nas economias e na segurança dos alimentos.

159. Os delegados recomendaram e sugeriram: realizar investigação de natureza comportamental e social; preparar condições regionais para os cientistas e reforçar as capacidades dos laboratórios nas áreas do desenvolvimento de medicamentos e de uma vacina, para aumentar a prontidão; criar mecanismos de coordenação multisectorial, não só a nível nacional, mas também sub-regional; intensificar a comunicação e a sensibilização do público, recorrendo aos instrumentos adequados e a uma abordagem multisectorial.

160. Para melhorar a qualidade do documento e da resolução, os delegados fizeram vários comentários e sugestões tais como: o título deverá mudar para “Gripe das Aves e Humana Altamente Patogénica: Preparação e Resposta à Ameaça de uma Pandemia”. No parágrafo 9, incluir a partilha de espaços interiores e, no parágrafo 22, incluir a notificação imediata de qualquer vírus novo da gripe. Na resolução: o parágrafo 5 (c) não deve limitar-se à confirmação do vírus H5N1, devendo também mencionar todos os vírus das aves altamente patogénicos e qualquer vírus novo da gripe humana, e acrescentar “sub-nacional” após “nacional”.

161. O Secretariado agradeceu os comentários e sugestões dos delegados para melhorar o documento e a sua resolução, garantindo que os mesmos seriam

devidamente incorporados. Foi lembrado que se organizaram na Região sete sessões de formação para epidemiologistas, clínicos e técnicos de laboratório de 42 países. Foi criada na Região uma rede de laboratórios, cujos especialistas receberam formação em diagnóstico da gripe das aves. Os delegados foram também informados da existência de potenciais vacinas, que estão a ser desenvolvidas, e de uma reserva central na OMS de Tamiflu, bem como de equipamento de protecção.

162. Foi solicitado aos delegados que designassem um ponto focal nacional para o Regulamento Sanitário Internacional (2005); formulassem e implementassem planos nacionais de preparação e resposta; e mantivessem um sólido sistema de alerta, dado o alto rácio de casos fatais devidos a esta infecção. Foi também sublinhada a importância das actividades conjuntas das agências das Nações Unidas. Foi referido que a OMS está em vias de preparar e disseminar directrizes e instrumentos para apoiar os países na formulação dos planos nacionais de preparação e resposta.

163. O Comité Regional aprovou o documento AFR/RC56/15 e a sua Resolução AFR/RC56/R7.

#### **Drepanocitose na Região Africana: Situação actual e perspectivas** (documento AFR/RC56/17)

164. O Dr. José Manuel Jesus Alves de Sousa Carvalho informou que o documento contém os seguintes capítulos: introdução; análise da situação; perspectivas; papéis e responsabilidades; e conclusão. Referiu que a drepanocitose é uma desordem genética do sangue que afecta a hemoglobina no interior dos glóbulos vermelhos. A dor decorrente e as complicações provocadas pela doença interferem com muitos aspectos da vida do paciente, incluindo a educação, o emprego e o desenvolvimento psicossocial. O rastreio neonatal de traços da drepanocitose, quando associado a um teste diagnóstico em tempo oportuno, ao esclarecimento dos pais e a cuidados globais, reduz de modo assinalável a morbilidade e mortalidade por esta doença, entre os lactentes e na primeira infância.

165. O documento sublinha que, na maioria dos países onde a drepanocitose constitui um grande problema de saúde pública, não existem programas nacionais para a combater; faltam frequentemente unidades básicas para tratar os pacientes; o

rastreio sistemático da drepanocitose não é prática comum; e o diagnóstico da doença só é geralmente feito quando ocorre uma complicação grave. Em resultado, mais de 50% das crianças que sofrem da forma mais grave da doença morrem antes dos cinco anos de idade, geralmente de infecção ou anemia grave. Os países são estimulados a reforçar ou formular programas nacionais, que incidam na advocacia; prevenção e aconselhamento; detecção precoce e tratamento; vigilância e investigação; e educação comunitária e celebração de parcerias.

166. O Dr. Carvalho recomendou ao Comité Regional a aprovação do documento AFR/RC56/17.

167. O Comité congratulou-se com este importante documento e felicitou o Secretariado pela respectiva qualidade e oportunidade. Foram pedidos esclarecimentos sobre o uso dos termos *prevenção* e *tratamento* da drepanocitose. Os delegados concordaram que é necessário: promover e apoiar a investigação sobre esta doença; dar especial atenção à migração transfronteiriça e suas implicações nos países de destino; usar a estratégia AIDI como ponto de entrada para um programa abrangente de combate à drepanocitose; abordar as questões jurídicas e dos direitos humanos relacionadas com a estigmatização dos indivíduos afectados pela doença; incluir, no capítulo relativo às perspectivas, a criação de um mecanismo de coordenação entre os Estados-Membros e a OMS. Foi sublinhada a importância da criação de um grupo de peritos.

168. Foram dadas informações sobre os progressos significativos alcançados na Nigéria no âmbito do tratamento da drepanocitose com medicamentos tradicionais. O Comité foi ainda informado sobre a organização do próximo congresso internacional sobre a drepanocitose, a realizar em Dakar, no Senegal, de 22 a 24 de Novembro de 2006. Finalmente, sublinhou-se a importância de colocar a drepanocitose no topo da agenda regional da saúde.

169. O Secretariado agradeceu ao Comité pelos seus úteis comentários e sugestões, tendo garantido que os mesmos seriam tomados em consideração para enriquecer o documento. Foram prestados esclarecimentos acerca das questões levantadas pelos delegados sobre a adequação do termo *tratamento*, na versão portuguesa do documento, o qual deverá ser traduzido por *abordagem terapêutica*. O Secretariado admitiu que a informação sobre a eficácia de alguns medicamentos tradicionais no combate à drepanocitose é do seu conhecimento e que há necessidade de prosseguir a



investigação sobre algumas questões-chave, tais como a relação entre a drepanocitose e o paludismo e a história natural da drepanocitose. O Secretariado sublinhou a importância de intervenções-chave para a eficácia dos programas nacionais, entre as quais a detecção precoce, a educação dos doentes, famílias e comunidades, o tratamento eficaz dos casos e o funcionamento dos sistemas de saúde.

170. O Comité Regional aprovou o documento AFR/RC56/17.

### **REVISÃO DO PROJECTO DE PLANO ESTRATÉGICO A MÉDIO PRAZO 2008-2013 E DO PROJECTO DE ORÇAMENTO-PROGRAMA 2008-2009**

(documento AFR/RC56/18)

171. O Dr. Paul Samson Lusamba-Dikassa, Director de Gestão do Programa, apresentou o documento AFR/RC56/18. Explicou o enquadramento do Plano Estratégico a Médio Prazo 2008-2013 (MTSP) e do Orçamento-Programa bienal 2008-2009, no quadro da gestão com base nos resultados utilizados pela OMS.

172. Afirmou que o MTSP contempla os sete pontos da agenda mundial constantes do Décimo-Primeiro Plano Geral de Trabalho (GPW), nomeadamente: investimento na saúde para redução da pobreza; reforço da segurança da saúde aos níveis mundial e individual; promoção da cobertura universal, igualdade entre géneros e direitos humanos relacionados com a saúde; abordagem dos determinantes da saúde; reforço dos sistemas de saúde e acesso equitativo; valorização dos conhecimentos, ciência e tecnologia; e reforço da governação, liderança e responsabilização.

173. Relembrou as funções-chave da OMS definidas no GWP, que incluem: assegurar a liderança em assuntos vitais para a saúde e constituir parcerias onde é necessária uma acção conjunta; definir a agenda de investigação e estimular a geração, tradução e divulgação de conhecimentos pertinentes; estabelecer normas e padrões, assim como promover e monitorizar a sua implementação; articular as opções éticas e políticas de base factual; prestar apoio técnico, catalisar as mudanças e criar capacidades institucionais sustentáveis; monitorizar a situação sanitária e avaliar as tendências.

174. O Dr. Paul Samson Lusamba-Dikassa explicou que o MTSP incidiria em cinco áreas principais: prestação de apoio aos países para que alcancem a cobertura universal com intervenções eficazes de saúde pública; reforçar a segurança da saúde a nível mundial; criação e sustentação de actividades transectoriais com vista à modificação dos determinantes comportamentais, sociais, económicos e ambientais da saúde; aumentar as capacidades institucionais para implementar as funções do sistema de saúde sob a governação reforçada dos ministérios da saúde; e reforçar a liderança da OMS aos níveis mundial e regional e apoiar o trabalho dos governos a nível nacional.

175. Informou o Comité Regional de que o MTSP consiste em 16 objectivos estratégicos transversais que: providenciam uma estrutura programática mais estratégica e flexível, que reflecte as necessidades dos países e regiões; abrangem múltiplas disciplinas das actividades da OMS; e promovem a colaboração entre programas específicos de luta contra as doenças, tomando em consideração as diversas relações entre os determinantes da saúde e os resultados, políticas, sistemas e tecnologias de saúde. Explicou que está em curso uma reforma administrativa global para: melhorar a gestão da Organização no apoio a uma implementação mais eficiente e eficaz, incluindo a melhoria da gestão e administração; trabalhar de forma eficiente entre áreas programáticas distintas mas relacionadas, e entre países, regiões e sede; trabalhar como uma organização descentralizada; reconhecer o papel fundamental dos gestores; trabalhar em conjunto com os parceiros; e trabalhar no seio do sistema das Nações Unidas.

176. O financiamento eficaz do MSTP exigirá um orçamento global de 4.263 milhões de dólares americanos para o período de 2008-2009. Afirmou que o incremento orçamental visava sobretudo acelerar os esforços com vista à consecução das MDM para a saúde materna e infantil; aumentar o foco em relação às doenças não-transmissíveis; implementar o Regulamento Sanitário Internacional (2005); e tornar sustentável o desenvolvimento sanitário, prestando maior atenção aos determinantes da saúde e ao reforço dos sistemas de saúde.

177. A OMS planeia financiar o projecto de plano estratégico a médio prazo através de um orçamento integrado com três fontes de financiamento: i) contribuições estimadas e receitas várias (1.000 milhões de dólares americanos); ii) contribuições voluntárias negociadas (600 milhões de dólares americanos); e iii) contribuições voluntárias para projectos específicos (2.633 milhões de dólares americanos). A

repartição do projecto de orçamento bienal pelas cinco principais áreas foi a seguinte: 2.130 milhões de dólares americanos para intervenções de saúde pública; 220 milhões de dólares para a segurança da saúde a nível mundial; 488 milhões de dólares americanos para os determinantes da saúde; 644 milhões de dólares americanos para os sistemas de saúde; e 781 milhões de dólares para a liderança e a governação. A Região Africana espera receber 986,7 milhões de dólares americanos (26% do orçamento total) para o biénio 2008-2009.

178. Os delegados felicitaram a OMS pela abrangência do documento e clareza da apresentação. Pediram esclarecimentos sobre a relação entre o plano estratégico a médio prazo, o Décimo-Primeiro Programa Geral de Trabalho e o Orçamento-Programa, especialmente no que concerne ao calendário, assim como sobre os critérios usados na afectação dos fundos às principais áreas estratégicas.

179. Os delegados fizeram também os seguintes comentários e sugestões: o documento poderia beneficiar com algumas correcções editoriais e revisão tipográfica; algumas metas e indicadores não estão claramente explicitados no documento; e devem ser atribuídas mais verbas aos recursos humanos para a saúde e às doenças não-transmissíveis.

180. O Secretariado agradeceu as observações e sugestões dos delegados, garantindo que o documento era um "trabalho em curso" e que os contributos recebidos seriam contemplados na revisão. Outras sugestões e comentários poderão ainda ser enviados ao Secretariado depois da Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional. Sublinhou-se o facto de ser a primeira vez que a OMS apresenta um plano a médio prazo, o que representa uma nova maneira de trabalhar e deverá reduzir a sobrecarga de trabalho durante o processo de planificação. Foi igualmente referido que o plano a médio prazo é o resultado de amplas consultas a todos os níveis da OMS. Foi também esclarecida a relação entre o plano estratégico a médio prazo e o Décimo-Primeiro Programa-Geral de Trabalho. Relativamente à afectação de recursos às diferentes áreas estratégicas, explicou-se que não se excluem mutuamente, por exemplo, as intervenções de saúde pública contribuirão para o reforço dos sistemas de saúde. Juntamente com os parceiros, o Secretariado continuará a advogar para mais recursos e maior flexibilidade na respectiva utilização.

## **ERRADICAÇÃO DA VARÍOLA: DESTRUIÇÃO DOS STOCKS DO VÍRUS DA VARÍOLA** (documento AFR/RC56/20)

181. O Dr. James Mwanzia, Director da Divisão do Combate às Doenças Transmissíveis, apresentou o documento AFR/RC56/20, intitulado "Erradicação da varíola: destruição dos stocks do vírus varíola". Lembrou que a 52ª Assembleia Mundial da Saúde (1999), através da sua Resolução WHA52.10, autorizou a retenção temporária das reservas existentes do vírus vivo da varíola em dois locais, o mais tardar até 2002. Esses locais são o Centro de Investigação em Virologia e Biotecnologia, na Federação Russa, e o Centro de Prevenção e Combate às Doenças, em Atlanta, Geórgia, Estados Unidos da América.

182. Esta retenção temporária foi objecto de uma inspecção anual da Comissão Consultiva da OMS para a Investigação do Vírus da Varíola, que foi criada na sequência da mesma resolução e de um relatório anual apresentado pelo Secretariado à Assembleia Mundial da Saúde. Durante a sua reunião de 10-11 de Novembro de 2005, a Comissão Consultiva da OMS para a Investigação do Vírus da Varíola concluiu que não eram precisas mais investigações com o vírus vivo da varíola, para efeitos de desenvolvimento de vacinas mais seguras, de testes de diagnóstico ou de sequenciação dos genomas completos.

183. Alguns delegados sublinharam a necessidade de: uma análise mais profunda das investigações já completas, das investigações actualmente em curso e das investigações que estão a ser planeadas; uma avaliação anual da necessidade de continuar a retenção das reservas existentes do vírus vivo da varíola; inspecções mais rigorosas dos dois repositórios autorizados, para garantir que os laboratórios cumpram os mais altos requisitos de bio-segurança; uma apresentação de um relatório anual pormenorizado à Assembleia Mundial da Saúde; a garantia de que quaisquer investigações realizadas não envolvam manipulação genética do vírus da varíola; um esclarecimento sobre a situação legal das estirpes do vírus nos dois repositórios, no que respeita ao direito de propriedade; definir medidas que garantam que todos os Estados-Membros tenham igual acesso aos resultados da investigação e direitos de propriedade resultantes de tais resultados.

184. Os delegados fizeram ainda propostas no sentido de: aumentar o número de membros da Comissão Consultiva da OMS para a Investigação do Vírus da Varíola, de forma a garantir um maior equilíbrio na sua composição; criar uma equipa

internacional de monitorização; e garantir transparência no armazenamento das reservas do vírus da varíola.

185. Os delegados propuseram que o Comité Regional considerasse as questões relacionadas com o projecto de resolução a ser apresentado ao Conselho Executivo e que desse pleno mandato aos representantes da Região Africana.

186. O Secretariado garantiu aos delegados que as suas preocupações e sugestões tinham sido registadas e que seriam apresentadas à Sede da OMS, aquando da reunião do Conselho Executivo, em Janeiro de 2007. Foi assinalado que será necessário um consenso mundial no que respeita à destruição do vírus da varíola.

## **DOCUMENTOS INFORMATIVOS**

### **Erradicação da Poliomielite na Região Africana: Relatório de progresso**

(documento AFR/RC56/INF.DOC/1)

187. O documento contém cinco secções: introdução, progresso, problemas e desafios, intervenções planeadas e conclusão. Ele lembrou que, em 2004, o Comité Regional Africano da OMS tinha adoptado uma Resolução que apelava à intensificação das actividades de erradicação da poliomielite, para interromper a transmissão do poliovírus selvático na Região.

188. No final de 2005, o número de países com poliomielite endémica na Região Africana tinha diminuído de dois (Níger e Nigéria) para um (Nigéria), enquanto 12 países, que tinham sofrido importações do poliovírus selvático em 2003-2005, tinham recuperado o seu estatuto de países livres da poliomielite. Alguns países anteriormente livres da poliomielite (República Democrática do Congo, Etiópia, Namíbia e Níger) continuam a registar casos de poliomielite como resultado da importação do vírus selvático. O ressurgimento tem sido atribuído a uma cobertura vacinal de rotina persistentemente baixa, a falhas na vigilância e à má qualidade das campanhas de resposta aos surtos.

189. Vários países partilharam experiências sobre a erradicação da poliomielite. Os dados relativos a Cabo Verde, indicados no Quadro 1, têm de ser corrigidos, visto

que o ano da última notificação foi 2001 e não 2002. Alguns delegados expressaram a necessidade de fundos adicionais para acelerar a erradicação da poliomielite e implementar planos de resposta à importação do poliovírus.

### **Implementação do Regulamento Sanitário Internacional**

(documento AFR/RC56/INF.DOC/2)

190. O documento contém seis secções: introdução; contexto e antecedentes do processo de revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI); aplicação imediata, em regime voluntário, das disposições pertinentes do Regulamento Sanitário Internacional (2005) em relação ao risco de uma grave pandemia de gripe; implicações da aplicação imediata e voluntária do RSI (2005) para os Estados-Membros da Região Africana; capacidade de implementação do RSI (2005) na Região Africana; e conclusão.

191. Em 23 de Maio de 2005, a Quinquagésima-oitava Assembleia Mundial da Saúde, através da sua Resolução WHA58.3, adoptou o Regulamento Sanitário Internacional (2005). Este Regulamento, de acordo com o Artigo 59º, deverá entrar em vigor em 15 de Junho de 2007. Os Estados-Membros da Região Africana participaram plenamente nas várias reuniões destinadas a negociar o Regulamento, permitindo assim obter um consenso alargado sobre os eventos de saúde pública internacionalmente preocupantes. A aplicação do RSI (2005) na Região Africana prosseguirá no contexto da Estratégia de Vigilância e Resposta Integradas às Doenças (IDSR) que o Comité Regional Africano adoptou em 1998, através da sua Resolução AFR/RC48/R2.

### **Relatório sobre os Recursos Humanos da OMS na Região Africana**

(documento AFR/RC56/INF.DOC/3)

192. O documento contém quatro secções: introdução; tipo de contratos; categoria, escalão e distribuição por sexo; e representação geográfica. Comporta um panorama dos perfis do pessoal da OMS na Região Africana existente a 1 de Junho de 2006. Engloba a situação do pessoal por categoria e escalão, sexo, representação geográfica, nacionalidade e posto de serviço.

193. A 1 de Junho de 2006, a Região Africana da OMS contava com 2701 funcionários com vínculo quer a longo prazo, quer temporário. Destes, 527 (19,6%) pertenciam à categoria profissional, 385 (14,2%), eram técnicos profissionais nacionais e 1789

(66,2%) funcionários da categoria dos serviços gerais. Exortou-se os Estados-Membros sub-representados a incentivarem os seus profissionais a concorrerem às vagas existentes.

### **Situação Actual do Controlo da Oncocercose na Região Africana**

(documento AFR/RC56/INF.DOC/4)

194. O documento contém cinco secções: antecedentes; situação actual; problemas e desafios; perspectivas e conclusões. A principal estratégia do Programa Africano de Combate à Oncocercose consiste no tratamento com ivermectina direccionado para as comunidades, permitindo que estas se encarreguem da distribuição dos fármacos e do seu próprio estado de saúde. A gestão pela comunidade resultou num rápido aumento da cobertura do número de pessoas cobertas pelo tratamento, tendo passado de 1,4 milhões de pessoas em 1997 para mais de 40 milhões, em mais de 95.000 comunidades.

195. Devido à movimentação das populações humanas, convulsões sócio-políticas na Região e à migração da mosca negra *Simulium* (vector do parasita que causa a doença), há um risco elevado de recorrência da transmissão e recrudescência da doença através da reintrodução da cegueira dos rios em países vizinhos devido a programas de combate menos eficazes. Os países e os parceiros para o desenvolvimento, precisam de encontrar mecanismos eficazes de colaboração entre si e com o Centro de Vigilância Multi-Doenças de forma a assegurar uma vigilância e avaliação eficazes, para evitar qualquer recrudescência da doença. Um total de 29 países precisam de reforçar as suas contribuições financeiras face aos programas de distribuição de ivermectina e garantir a integração eficaz do controlo e vigilância da oncocercose nos seus sistemas de saúde, para conseguirem manter os resultados sem precedentes alcançados pelos programas de luta contra a oncocercose.

### **Termos de Referência da Reunião do Grupo Africano à Assembleia Mundial da Saúde** (documento AFR/RC56/INF.DOC/5)

196. O documento propõe termos de referência aos quais os delegados dos Estados-Membros da Região Africana podem referir no que concerne às suas reuniões diárias durante a Assembleia Mundial da Saúde. Reconheceu-se que tais reuniões têm um

peso político considerável e podem ser cruciais para uma representação mais efectiva dos interesses da Região Africana no âmbito da Assembleia Mundial da Saúde e do Conselho Executivo.

197. Os delegados indicaram que esperavam ter orientações a respeito da relação entre o Grupo Africano baseado em Genebra e a Assembleia Mundial da Saúde. Saliaram que o parágrafo 3 do documento fizesse referência a uma reunião informal já que, dada a sua importância, esta deveria ser considerada uma reunião formal.

198. O Comité recomendou que a reunião das delegações africanas durante a Assembleia Mundial da Saúde fosse uma reunião formal, sendo no entanto diferente das reuniões formais do Comité Regional. As mesmas deverão ter início às 8h00 ao invés das 8h15, terminando antes das 9h00, para permitir que os delegados possam estar presentes a horas nas sessões. O Grupo Africano baseado em Genebra deverá ser mantido de modo a dar os contributos necessários para que se adoptem posições comuns das delegações da Região Africana durante as sessões da Assembleia Mundial da Saúde e do Conselho Executivo.

**MESA-REDONDA: Acção intersectorial para a promoção da saúde e prevenção das doenças** (documento AFR/RC56/RT/1)

199. O debate da Mesa-Redonda realizou-se em paralelo com a reunião do Comité Regional e centrou-se no seguinte tópico: Acção intersectorial para a promoção da saúde e prevenção das doenças. O presidente da Mesa-Redonda, Dr. S. Faugoo, Ministro da Saúde e Qualidade de Vida, das Maurícias, apresentou o relatório (ver Anexo 5).

**PAINEL DE DISCUSSÃO: Controlo do paludismo na Região Africana: Experiências e perspectivas** (documento AFR/RC56/PD/1)

200. O Painel de Discussão ocorreu paralelamente à sessão do Comité Regional e abordou o seguinte tópico: Controlo do Paludismo na Região Africana: Experiências e Perspectivas. O Presidente foi o Dr. David Parirenyatwa, Ministro da Saúde do Zimbabwe. O Vice-Presidente foi o Senhor Basílio Masso Ramos, Ministro da Saúde de Cabo Verde. (ver o relatório no Anexo 6).



**DATAS E LOCAIS DA QUINQUAGÉSIMA SÉTIMA E QUINQUAGÉSIMA-OITAVA SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC56/21)**

201. O Sr. Gary Bromson, Director da Divisão de Administração e Finanças, apresentou este documento.

202. O Comité Regional concordou com a realização da sua Quinquagésima-sétima sessão em Brazzaville, República do Congo, e que esta sessão se realizaria de 27 a 31 de Agosto de 2007. O local da Quinquagésima-oitava sessão, em 2008, será definido na Quinquagésima-sétima sessão.

**DATA E LOCAL DA CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE EM 2008 (documento AFR/RC56/22)**

203. O Dr. Paul-Samson Lusamba-Dikassa, Director da Gestão do Programa, apresentou este documento.

204. No espírito da colaboração e do consenso, o Burkina Faso e a África do Sul retiraram as suas candidaturas à organização da Conferência. O Comité Regional concordou que o local da realização Conferência Global sobre Investigação em Saúde 2008 fosse Bamako, no Mali. Foi confirmado que a Argélia seria o país anfitrião da reunião preparatória para a conferência de 2008 a ter lugar, de preferência, a meados desse ano. O Comité Regional designou também os seguintes Estados-Membros para comporem a comissão orientadora para supervisionar a preparação da reunião na Argélia: Argélia, Burkina Faso, Gana, Quênia, Nigéria, Ruanda e Senegal. A OMS apoiará a coordenação do processo e elaborará um relatório regional para ser apresentado durante a reunião na Argélia.

**DATA E LOCAL DA SÉTIMA CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, EM 2009 (documento AFR/RC56/23).**

205. O Dr. Paul-Samson Lusamba-Dikassa, Director da Gestão do Programa, apresentou este documento.

206. O Comité Regional concordou que o local da Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde seria Nairobi, no Quênia, e que a Conferência se realizaria em 2009.

#### **SESSÃO ESPECIAL** (documento AFR/RC56/SS1)

207. A sessão especial realizou-se na manhã do último dia do Comité Regional, subordinada ao seguinte tópico: Enfrentar as barreiras à intensificação das actividades no campo da saúde: uma resposta coordenada. O Director Regional Africano da OMS, Dr. Luis Gomes Sambo, foi o anfitrião da sessão, que foi presidida pelo Dr. Tim Evans, da Sede Mundial da OMS e por Jacques Baudouy, do Banco Mundial (ver Anexo 7 para o relatório).

#### **APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL**

(documento AFR/RC56/24)

208. O relatório da Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional (AFR/RC56/24) foi aprovado com emendas mínimas.

#### **ENCERRAMENTO DA QUINQUAGÉSIMA-SEXTA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL**

##### **Moção de agradecimento**

209. A moção de agradecimento ao Primeiro-Ministro, ao Governo e à População da Etiópia pela organização da Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional foi apresentada, em nome dos delegados, pelo Ministro da Saúde do Lesoto, Dr. Mothoheloa Phooko. A moção foi adoptada pelo Comité Regional.

##### **Observações de encerramento do Director Regional**

210. Nas suas observações de encerramento, o Director Regional, Dr. Luis Gomes Sambo, expressou a sua gratidão aos delegados pela orientação e apoio extraordinários que permitiram melhorar a qualidade do trabalho do secretariado. Destacou os vários temas debatidos e as resoluções aprovadas sobre o PAV, aceleração da prevenção do VIH, financiamento da saúde, revitalização dos sistemas de saúde, investigação e gestão dos conhecimentos, entre outros. Sublinhou a

necessidade do reforço dos sistemas nacionais de saúde, sobretudo a nível local, como o ponto de partida para a intensificação dos programas prioritários. Agradeceu aos distintos convidados, parceiros e especialistas que partilharam o seu conhecimento e experiências durante a reunião. Agradeceu, igualmente, ao Presidente do Comité Regional pela forma notável como geriu e conduziu a reunião, e ao Governo e População da Etiópia pelo êxito na organização desta sessão do Comité Regional. Por último, o Director Regional agradeceu a todos quantos contibuíram para o sucesso da reunião.

### **Observações do Presidente e encerramento da reunião**

211. O Presidente, Dr. Tedros Adhanom Ghebre Yesus, mostrou-se grato à OMS e ao Director Regional pela oportunidade proporcionada à Etiópia de organizar a Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional. Sublinhou que a reunião abordou temas actuais e aprovou resoluções que terão impacto na saúde das populações da Região. Afirmou que esta foi uma sessão singular porque conseguiu reunir consenso a respeito da indicação de um candidato africano para o cargo de Director-Geral da OMS. Realçou a importância do apoio contínuo dado ao candidato durante todas as fases do processo de selecção. Agradeceu ainda aos Ministros da Saúde e chefes de delegação por terem facilitado a sua presidência.

212. O Presidente deu então por encerrada a Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional.

## **PARTE III**

## **ANEXOS**

LISTA DOS PARTICIPANTES

**1. REPRESENTANTES DOS  
ESTADOS-MEMBROS**

Assessora do Ministro  
Rua 17 Setembro, Luanda

**ARGÉLIA**

Mme Rachida Benkhelil  
Secrétaire général du Ministre  
de la Santé  
Chef de Délégation  
Alger

Dr Augusto Rosa M. Neto  
Director de Gabinete de Intercâmbio  
Internacional  
CP 1487, Luanda

Dr Filomeno de Jesus Coelho Fortes  
Director do Programa das Grandes  
Endemias

Dr Hellal Hassina  
Ministère de la Santé, de la population  
et de la Réforme hospitalière  
Alger

Dr Joaquim Avelino Artur  
Director do Gabinete Jurídico

**BENIM**

M Djaoud Malek  
Diplomate près l'Ambassade  
Addis Ababa

Dr (Mme) Flore Gangbo  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation  
Cotonou

Mme Hafida Djaoud Hafida  
Chef de Projet  
Alger

Dr Benoît H. Faihun  
Secrétaire général du Ministre  
Cotonou

**ANGOLA**

Dr Sebastião Sapuile Veloso  
Ministro da Saúde  
Chefe da Delegação  
Rua 17 Setembro, Luanda  
Dra. Delaide Veloso

Dr Hortense Kossou  
Coordonnatrice du Programme  
national de Lutte contre le Paludisme  
Cotonou

## **BOTSUANA**

Hon (Prof) Shiela Dinotshe Tlou  
Minister of Health  
Head of Delegation  
P/Bag 0038, Gaborone

Miss Seloi Mogatle  
Pharmacist, Ministry of Health  
P/Bag 0038, Gaborone

Dr Masae Balosang  
Director, Public Health  
Ministry of Health  
PO Box 992, Gaborone

## **BURKINA FASO**

Mr Bédouma Alain Yoda  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation  
03 BP 7009, Ouagadougou

Dr André Joseph Tiendrebeogo  
Secrétaire Permanent du Conseil  
national de Lutte contre le Sida  
03 BP 7009, Ouagadougou

Dr Brahim K Michel Sombié  
Conseiller technique en Santé  
03 BP 7009, Ouagadougou

Dr Souleymane Sanou  
Directeur général de la Santé  
03 BP 7009, Ouagadougou

Dr Fatimata Zampaligre  
Directrice de la Santé de la Famille  
03 BP 7009, Ouagadougou

Dr Sié Roger Hien  
Directeur des Etudes et de la  
Planification  
03 BP 7009, Ouagadougou

## **BURUNDI**

Dr Barnabé Mbonimpa  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation  
BP 1820, Bujumbura

Dr Charles Batungwanayo  
Directeur général de la Santé  
BP 1820, Bujumbura

## **CAMARÕES**

Mr Alim Hayatou  
Secrétaire d'Etat à la Santé publique  
Chef de Délégation  
Yaounde

Dr Martina Baye Lukong  
Chef de Division de la Coopération  
Yaounde

Prof Lucienne Bella Assumpta  
Directeur de la Lutte contre la Maladie  
Yaounde

Dr Pierre Ongolo Zogo  
Chef de Division de la Recherche  
Opérationnelle  
Yaounde

Mr Daniel Sibetcheu  
Directeur de la Promotion de la Santé  
Yaounde

### **CABO VERDE**

Dr Basilio Mosso Ramos  
Ministro da Saúde  
Chefe da Delegação

Dr Ildo de Carvalho  
Conselheiro do Ministro da Saúde

### **REPÚBLICA CENTRAFRICANA**

Dr Bernard Lala  
Ministre de la Santé publique et de la  
Population  
Chef de Délégation  
Bangui

Dr Jean Chrysostome Gody  
Directeur du Complexe Pédiatrique BP  
3223, Bangui

### **CHADE**

Mme N'garinbatina Odjimbeye  
Soukate  
Ministre de la Santé publique  
Chef de Délégation  
BP 440, N'Djamena

Dr Ahmat Ali Hissein  
Secrétaire général adjoint  
Ministère de la Santé publique  
BP 440, N'Djamena

Mr Ouadjon Ouarmaye  
Directeur Général Adjoint de l'Action  
Sanitaire Régionale  
BP 440, N'Djamena

Mr Nadjilar Lekemla  
Coordonnateur du Programme  
National  
de Lutte contre l'Onchocercose  
BP 4057, N'Djamena

### **COMORES**

Dr Dhoinine Ikililou  
Vice-Président en charge du Ministère  
de la Santé, de la solidarité et de la  
promotion du Genre  
Chef de la Délégation  
BP 1028, Moroni

Dr Ahamada MSA Mliva  
Directeur national de la Santé publique  
BP 484, Moroni

### **REPÚBLICA DO CONGO**

Dr Damase Bodzongo  
Directeur général de la Santé  
Chef de Délégation  
Brazzaville

Mr Henri Félix Kotaou  
Attaché au Matériel et chargé de  
Mission du Cabinet  
Brazzaville

Dr Michel Kaba-Mboko  
Conseiller à la Santé du Ministre de la  
Santé  
Brazzaville

Dr François Libama  
Chef du Programme national de Lutte  
contre le Paludisme  
Brazzaville

Mr. G. Banthoud  
Conseiller à l'Ambassade du Congo  
à Addis Abéba

#### **CÔTE D'IVOIRE**

Dr Rémi Allah Kouadio  
Ministère de la Santé et de l'hygiène  
publique  
Chef de Délégation  
BP 2494, Abidjan

Mr Ange Félix Kacou  
Chargé de mission  
BP 04, Abidjan

Dr Joseph Niangue  
Directeur de la Santé communautaire  
06 BP 861, Abidjan

Dr Kone Mamadou  
Conseiller technique  
Abidjan

#### **REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CONGO**

Dr C Miaka Mia Bilenge  
Secrétaire général à la Santé  
Chef de la Délégation  
BP 20333, Kinshasa 21, Lemba

Dr Benoît Kebela Ilunga  
Directeur de lutte contre la Maladie  
BP 20333, Kinshasa

Dr Lisangola Itofele  
Directeur du Programme national de  
l'Hygiène aux Frontières  
BP 20333, Kinshasa

Dr Lily Mokako Tshinde  
Directeur adjoint du Programme  
national de l'Hygiène aux frontières  
BP 20333, Kinshasa

#### **ETIÓPIA**

HE (Dr) Tedros Adhanom Ghebre  
Yesus  
Minister, Federal Ministry of Health  
Head of Delegation  
Addis Ababa



HE (Dr) Kebede Worku  
State Minister, Federal Ministry of  
Health,  
Addis Ababa

Dr Alemeyehu Gebremichael Wondu  
Country Director  
PO Box 23508, Addis Ababa

Dr Nejmudin Kedir Billal  
Head, Planning and Programming  
Department Federal Ministry of Health  
PO Box 23508, Addis Ababa

Dr Tsehayaesr Messele  
Director General  
Ethiopian Health and Nutrition  
Institute  
PO Box 23508, Addis Ababa

Dr Tesfanesh Belay  
Head, Family Health Department,  
Federal Ministry of Health  
Addis Ababa

Dr Zerihun Taddese  
Head, Diseases Prevention and Control  
Department  
Federal Ministry of Health  
Addis Ababa

Ato Yohannes Taddese  
Head, Human Resource Development  
Provisional Department  
Addis Ababa

Ato Haileselassie Bihon  
Director General  
Drug Administration and Control  
Authority  
Addis Ababa

Ato Wondwosen Temis  
Manager Health Extension and  
Education Center  
Addis Ababa

Ato Nigatu Mereke Gossaw  
Director General  
HIV/AIDS Prevention and Control  
Office  
Addis Ababa

Dr Alemnesh Wolde Endeshaw  
Head, Regional Health Bureau  
Addis Ababa

Dr Hassan Mohamed  
Head, Regional Health Bureau,  
Oromia  
Addis Ababa

Dr Ato Endale Engida  
D/Head, Regional Health Bureau,  
Amhara  
Addis Ababa

Dr Gebreab Barnabas  
Head, Regional Health Bureau, Tigray  
Addis Ababa

Dr Shiferaw Membacho Tekelemarian  
Head, Regional Health Bureau,  
SNNPR, Awassa  
PO Box 149, Addis Ababa

Dr Yewondwossen Taddese  
President, Ethiopian Medical  
Association  
Addis Ababa

Dr Ermias Mulugeta  
President, Physicians in Private  
Practice  
Addis Ababa

Dr Abren Dejenie  
NPO ART Scale Up  
Addis Ababa

Eng Shiferaw M Bizuneh  
Chair, NPPC, Ethiopian Rotary  
Addis Ababa

Sister Yegomawork Gossaye  
President, Ethiopian Nursing  
Association  
Addis Ababa

### **GABÃO**

Mme Paulette Missambo  
Ministre d'Etat, Ministre de la Santé  
publique  
Chef de Délégation  
BP 50, Libreville

Dr Jean Baptiste Ndong  
Inspecteur général des Services de  
Santé  
BP 13805, Libreville

Dr Constant Roger Ayenengoye  
Directeur général de la Santé  
BP 7608, Libreville

### **GÂMBIA**

Dr Tamsir Mbowe  
Secretary of State  
Head of Delegation  
Banjul

Mr Yaya Sireh Jallow  
Permanent Secretary  
Banjul

Dr Mariatou Jallow  
Ag. Director of Health Services  
Banjul

### **GHANA**

Hon Major Courage E K Quashigah  
(rtd)  
Minister of Health  
Head of Delegation  
PMB M44, Accra

Mr Isaac Adams  
Director, Research and Statistics  
Ministry of Health  
PO Box M44, Accra

Dr Fred Binka  
Executive Director, Health Network  
PO Box 213, Accra

Mr Many Arday-Kotei  
Deputy Director, Public Health and  
Health Promotion  
Ghana Health Service  
PO Box GP 753, Accra

Miss Beatrice Soliku  
Senior Midwife  
Ghana Health Services  
PO Box GP 753, Accra

### GUINÉ

Dr Momo Camara  
Secrétaire général  
Chef de la délégation  
BP 585, Conakry

Mme Sekou Camara  
Ambassadeur de la République de  
Guinée en Ethiopie  
Addis Ababa

Mr Moussa Sidibe  
Premier Secrétaire  
Ambassade de Guinée en Ethiopie  
Addis Ababa

Mme Kagne Barry, Diallo  
Conseiller à l'Ambassade de Guinée en  
Ethiopie  
Addis Ababa

Dr Léonie Koulibaly  
Coordonnatrice du Programme  
national de Lutte contre le Paludisme  
Addis Ababa

### GUINÉ-BISSAU

Sra. Antónia Teixeira Mendes  
Minstra da Saúde  
Chefe da Delegação  
Bissau

Dr. Júlio César Sá Nogueira  
Conselheiro no Ministério dos  
Assuntos Institucionais  
e de Políticas de Saúde  
Bissau

Sr. Roberto Armando Ferreira Cacheu  
Secretário-Geral  
Bissau

Dr. Plácido Monteiro Cardoso  
Director-Geral da Saúde  
Bissau

### GUINÉ-EQUATORIAL

Dr Gregorio Gori Momohi  
Directeur général de Santé publique et  
Planification sanitaire  
Chef de Délégation

Dr Marie Gloria Nseng  
Directrice national du Programme de  
Paludisme

## **QUÊNIA**

Hon Dr Wilfred G. Machase  
Deputy Minister  
Ministry of Health  
Head of Delegation  
PO Box 30016, Nairobi

Dr James Wambura Nyikal  
Director of Medical Services  
PO Box 30016, Nairobi

Dr Ahmed EO Ogwel  
Head, Office for International Health  
Relations  
PO Box 30016, Nairobi

Dr T Gakuruh  
Head, Health Sector Reforms  
PO Box 30016, Nairobi

## **LESOTO**

Hon Dr Motloheloa Phooko  
Minister  
Ministry of Health and Social Welfare  
PO Box 514, Maseru

Mr Teleko Ramotsoari  
Principal Secretary  
Ministry of Health and Social Welfare  
PO Box 514, Maseru

Dr Mahlapane Lekometsa  
HIV/AIDS Epidemiologist  
Lesotho Embassy  
PO Box 9859, Maseru

Refiloe Leduka  
First Secretary - Social  
Lesotho Embassy  
PO Box 7483, Maseru

Dr Lugemba Budiaki  
Director Primary Health Care  
PO Box 514, Maseru

## **LIBÉRIA**

Hon (Dr) Walter T Gwenigale  
Minister of Health and Social Welfare  
Head of Delegation  
PO Box 10-9009, Monrovia

Mrs Jessie E Duncan  
Assistant Minister  
Preventive Services  
PO Box 10-9009, Monrovia

Mrs Bernice Dahn  
Deputy Minister for Health Services  
Chief Medical Officer designate  
PO Box 10-9009, Monrovia

## **MADAGÁSCAR**

Dr Jean Louis Robinson Richard  
Ministre de la Santé et du Planning  
Familial  
Chef de Délégation  
Antananarivo

Mr Ratsimanetrimanana Fenosoa  
Secrétaire exécutif du Comité national  
de Lutte contre les IST/SIDA  
Antananarivo

Dr Rajaoarisoa Sylvie  
Chef de Service du Partenariat  
Antananarivo

#### **MALAWI**

Hon Majorie Eleanor Ngaunje  
Minister of Health  
Head of Delegation  
PO Box 30377, Lilongwe

Mrs Lillian Debora Ng'oma  
Director, Health Technical Support  
Services  
PO Box 30377, Lilongwe-3

Mr Wilard Kazembe  
Chief Research Officer  
Ministry of Health  
PO Box 30377, Lilongwe

Dr Storn Binton Kabuluzi  
Deputy Director  
Preventive Health Services  
Ministry of Health  
PO Box 30377, Lilongwe-3

Dr Daniel DT Lu  
Technical Advisor  
PO Box 30377, Lilongwe-3

#### **MALI**

Dr Maiga Zeïnab Mint Youba  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation  
BP 232, Bamako

Dr Sidy Diallo  
Conseiller technique du Ministre de la  
Santé  
BP 232, Bamako

Dr Mamadou Souncalo Traoré  
Directeur National de la Santé  
BP 233, Bamako

#### **MAURITÂNIA**

Mr Saadna Ould Baheida  
Ministre de la Santé et des Affaires  
sociales  
Chef de Délégation  
BP 177, Nouakchott

Prof Mohamed Lemine Ba  
Chargé de Mission auprès du Ministre  
de la Santé  
BP 177, Nouakchott

Dr Abderahmane Ould Jiddou  
Directeur de la Lutte contre la Maladie  
BP 177, Nouakchott

#### **MAURÍCIAS**

Hon. Dr Satya Veyash Faugoo  
Minister for Health and Quality of Life  
Port Luis

#### **MOÇAMBIQUE**

Dr Paulo Ivo Garrido  
Ministro da Saúde  
Chefe da Delegação  
Maputo

Dra Gertrudes José Machatine  
Directora de Planificação e Cooperação  
Maputo

Dra Thania Pereira de Lima  
Directora de Saúde da Cidade de Pemba  
Cabo Delgado, Pemba

### **NAMÍBIA**

Hon (Dr) Richard Nchabi Kamwi  
Minister of Health  
Head of Delegation  
P/Bag 13198, Windhoek

Ms Elizabeth Muremi  
Directorate  
P/Bag 2094, Rundu

Ms Sarah Fuller  
Director of special programmes  
Senior Health Programme  
Administrator  
PO Box 96239, Windhoek

Dr Kalumbi Shangula  
Permanent Secretary

Ms Magdaleena Nghatanga  
Director, Primary Health Care

### **NÍGER**

Mr Mahamane Kabaou  
Ministre de la Santé publique et de la  
lutte contre les endémies  
Chef de Délégation  
BP 623, Niamey

Dr Fatimata Moussa  
Secrétaire général de la Santé publique  
et de la lutte contre les endémies  
Ministère de la Santé  
BP 623, Niamey

Mr Sadi Moussa  
Directeur de l'Hygiène publique et de  
l'Education pour la Santé  
Ministère de la Santé publique et de la  
lutte contre les endémies  
BP 619, Niamey

Dr Kachim Adam Kondo  
Directeur régional de la Santé publique  
de Diffa Niger  
BP 623, Niamey

Dr Ousmane Ibrahim  
Coordonnateur du programme  
National de lutte contre le Paludisme  
BP 623, Niamey

### **NIGÉRIA**

Prof Eyitayo Lambo  
Hon Minister of Health  
Head of Delegation

Dr Nyinongo Kenneth Korve  
General Manager  
Policy, Planning and Monitoring  
Federal Ministry of Health

HE Mr Olusegun Akinsanya  
Ambassador of Nigeria to Ethiopia  
PO Box 1019, Addis Ababa

Mr Abubakar Jidda  
Second Secretary, Embassy of Nigeria  
to Ethiopia  
PO Box 1019, Addis Ababa

Dr Shehu Sule  
Director, Community Development  
and Population Activities  
Federal Ministry of Health

Dr A Nasidi  
Director, Special Duties  
Federal Ministry of Health

Mr Laja Abereoran  
Personal Assistant to the Hon Minister

Mrs Moji Makanjuola  
Health Correspondent  
Nigerian Television Authority

Mr Goddy Odemijie  
Health Correspondent  
Federal Radio Corporation of Nigeria

Mr Emmanuel Ugoji  
News Agency of Nigeria  
Mr Collins Olayinka  
The Guardian Newspapers

#### **RUANDA**

Dr Jean Damascène Ntawukuliryayo  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation  
Kigali

Dr Daniel Ngamije  
Directeur du Programme national  
intégré de Lutte contre le Paludisme  
Kigali

#### **SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE**

Dr Arlindo Vicente de Assunção  
Carvalho  
Ministro da Saúde  
Chefe da Delegação  
São Tomé

Dr. José Manuel Alves de Carvalho  
Coordenador da Direcção dos  
Cuidados de Saúde  
São Tomé

Dra. Maria da Conceição dos Reis  
Ferreira  
Directora do Centro Nacional de  
Endemias  
São Tomé

#### **SENEGAL**

Mr Abdou Fall  
Ministre de la Santé et de la Prévention  
médicale  
Chef de la Délégation  
BP 4024, Dakar

Prof Oumar Faye  
Directeur de Santé  
Ministère de la santé  
BP 4024, Dakar

Dr Abdoulaye Ly  
Conseiller technique N°2  
Ministère de la Santé  
BP 28571, Dakar

Mr Racine Talla  
Chef de Service National de  
l'Education et de l'Information pour la  
Santé  
BP 4024, Dakar

M.P. Diop  
Conseiller à l'ambassade du Sénégal  
Addis Abéba - Ethiopie

#### **SEYCHELLES**

Hon Mrs Macsuzy H J Mondon  
Minister of Health  
Head of Delgation  
PO Box 52, Victoria

Dr Andre Bernard Valentin  
Director General for Health Planning  
and Information  
PO Box 52, Victoria

#### **SERRA LEOA**

Hon (Mrs) Abator Thomas  
Minister of Health and Sanitation  
Head of Delegation  
Freetown

Dr Arthur Clement Williams  
Ag. Director General Medical Services  
Ministry of Health  
Freetown

Dr Prince Albert Taiwo Roberts  
Director of Primary Health Care  
Freetown

#### **ÁFRICA DO SUL**

Dr Mantombazana Edmie Tshabalala-  
Msimang  
Minister of Health  
Head of Delegation  
P/Bag X399, Pretoria

Dr Karmani Saravana Chetty  
Deputy-Director General  
Health Service Delivery

Dr Judith Ntombenhle Ngcobo  
Technical Specialist, EPI  
Department of Health  
Private X828, Pretoria

Dr Anban Pillay  
Director, Pharmaceutical Economic  
Evaluation

Mr Devanand Moonasar  
Deputy Director  
Vector Borne Diseases  
Department of Health  
P/Bag X828, Pretoria

Christelle C Kotzenberg  
Chief Director Noncommunicable  
Diseases, Department of Health  
P/Bag X828, Pretoria



Dr Elizabeth Lindiwe Makubalo  
Health Information Systems  
Chief Director, Epidemiology and  
Research  
Department of Health  
P/Bag X828, Pretoria

Ms Mandisa Hela  
Acting Cluster Manager, Medicine  
Regulation Affairs and  
Pharmaceutical, Policy and Planning  
P/Bag X828, Pretoria

Ms Reinet Mohlabi  
Director, Child and Youth Health  
P/Bag X828, Pretoria

Ms Sibongile Baba  
Minister's Personal Assistant

Mr Charity Bhengu  
Communications Officer

Ms Nadia Minty  
Deputy Director, Development  
Cooperation

Dr Phetsile K Dhlamini  
NEPAD Coordinator  
Department of Health  
P/Bag X828, Pretoria

Mr Bryan Bench  
Deputy Director, Protocol

Mr Moeketsi Motsapi  
Director, Legal Services

Mr Anele Homani  
Parliamentary Officer, Eastern Cape

Ms Mokgadi Phokojo  
Director, HIV, AIDS, STIs and TB

### **SUAZILÂNDIA**

Mabuza Welcome Mabuza  
Hon Minister of Health and Social  
Welfare  
PO Box 5, Mbabane

Ms Nomathemba M Dlamini  
Principal Secretary  
Ministry of Health and Social Welfare  
PO Box 5, Mbabane

Dr C Mabuza  
Director, Ministry of Health  
PO Box 5, Mbabane  
HE Carton M Dlamini  
Ambassador of Swaziland to Ethiopia  
Addis Ababa

### **TOGO**

Mme Suzanne Aho-Assouma  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation  
BP 386, Lomé

Dr P Tchamdja  
Directeur général de la Santé  
BP 336, Lomé

## UGANDA

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

Mr Paul Kagwa  
Ministry of Health  
PO Box 7272, Kampala

Dr Stephen Mallinga  
Minister of Health  
PO Box 7272, Kampala

Dr Alex Opio  
Assistant Commissioner  
National Diseases Control  
PO Box 7272, Kampala

Ms Betty Namubiru  
Second Secretary, Uganda Embassy  
PO Box 7272, Kampala

Mr Mohamed Kezaala  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
Head of Delegation  
PO Box 7272, Kampala

Dr Francis Runumi  
Commissioner Health Services  
Planning  
PO Box 7272, Kampala

Mr Paul Gagwa  
Assistant Commissioner, Health  
Services, Health Promotion and  
Education  
PO Box 7272, Kampala

## REPÚBLICA UNIDA DA TANZÂNIA

Aisha Omar Kigola  
Deputy Minister and Social Welfare  
Head of Delegation  
PO Box 9083, Dar es Salaam

Dr Zachery Anthony Berege  
Director of Hospital Services  
PO Box 9083, Dar es Salaam

Dr Raphael BM Kalinga  
Director, Preventive Services  
Ministry of Health and Social Welfare  
PO Box 9083, Dar es Salaam

Sultan Muhamed Mugheiry  
Minister of Health and Social Welfare  
PO Box 233, Zanzibar

Dr Marero Mufungo Wanjara  
Ag. Malaria Programme Manager  
Ministry of Health and Social Welfare  
PO Box 9083, Dar es Salaam

Prof. W. Kilama  
Managing trustee

## **ZÂMBIA**

Dr Velepi Mtonga  
Head of Delegation  
Director, Technical and Support  
Services  
PO Box 260-1-256938, Lusaka

Mr D. Makasa Chimfuwembe  
Director, Planning and Development  
PO Box 30205, Lusaka

Mrs B Mkuyamba  
Assistant Director, Human Resources  
Management and Development  
PO Box 30205, Lusaka

## **ZIMBABWE**

Dr PD Parirenyatwa  
Hon Minister, Health and Child  
Welfare  
Head of Delegation  
PO Box CY 1122, Harare

Dr ET Mabiza  
Permanent Secretary, Health and Child  
Welfare  
PO Box CY 1122, Harare

Dr S Munyaradzi Midzi  
Director, Disease Prevention and  
Control  
PO Box CY 1122, Harare

Mr Ziyera Kingstone  
Counsellor, Embassy of Zimbabwe  
PO Box CY1122, Harare

Mrs M Sibanda  
Finance Director  
PO Box CY 1122 Causeway, Harare

Dr P. Tumusiime  
Medical Officer, DHS/ICST/HSP for  
ESA

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

### **Programa Alimentar Mundial das Nações Unidas**

Dr Talib Ali Elam  
Regional Animal Health Officer  
Cairo, Egypt

### **Fundo das Nações Unidas para a População**

Mrs Fama Hane-Ba  
Director, Africa Division

Mr Luc de Bernis  
Senior Maternal Health Advisor  
Africa Division

**Fundo das Nações Unidas para a Infância**

Mr Per Engebak  
Regional Director  
UNICEF/ESARO  
Nairobi, Kenya

Dr Mrs Esther Guluma  
Regional Director, UNICEF/WCARO  
Senegal

Mr Ayalew Abai  
UNICEF Representative, Nigeria

Mr Pascal Villeneuve  
Chief of Health/UNICEF  
Headquarters, New York

Dr Kopano Mukelabai  
Senior Health Adviser  
UNICEF, New York

Mr Netsanel Walelign  
Child Survival Project Officer  
Madagascar

Dr Rudol Knippenberg  
Principal Health Adviser  
UNICEF, New York

**Banco Mundial**

Dr OK Pannenberg  
Senior Health Advisor

Dr Nankani  
Vice President  
New York

**Organização Internacional para Migração**

Dr Davide Mosca  
Regional Medical Officer  
PO Box 55040, Nairobi, Kenya

**Programa conjunto das Nações Unidas contra o VIH/SIDA**

Dr Meskerem Grunitzky Bekele  
Director of UNAIDS Regional Team  
for West and Central Africa  
Dakar, Sénégal

**3. REPRESENTANTES DAS ORGANIZAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS**

**União Africana**

Mr Alpha Konaré  
Président  
Addis Ababa, Ethiopia

Dr Gaetan Rimwanguiya Ouédraogo  
Directeur du Bureau de l'OMS auprès  
de l'UA et de la CEA  
BP 3050, Addis Ababa, Ethiopia

Adv. Bience P. Gawanas  
Commissioner for Social Affairs  
Ethiopia

**Comissão da União Africana**

Mr Huphrey Geiseb  
Special Assistant to the Commissioner

Dr Grace Kalimugogo  
Head of AIDS Watch Africa

Dr Thomas Bisika  
Head of Health, Nutrition and  
Population

Dr Chisale Mhango  
Public Health Consultant

Dr Sason Kinyanjui  
Malaria Consultant

**Comissão Económica das Nações  
Unidas para África**

Mr Abdoulie Janneh  
Executive Secretary  
Addis Ababa, Ethiopia

Dr Francisco F Songane  
Director  
Partnership for Maternal Health

**Programa Africano de Combate à  
Oncocercose**

Dr V Uche Amazigo  
Director  
Ouagadougou, Burkina Faso

**4. REPRESENTANTES DAS  
ORGANIZAÇÕES NÃO-  
GOVERNAMENTAIS**

**Rotary Foundation Polio Plus**

Shifarrow Bizuneh  
NPPC Chair

**Conselho Internacional de  
Enfermeiros**

M Abdurahman Ali Jibril  
Senior Executive Member

**Associação da Indústria Farmacêutica**

Mrs Lorinda Kroukamp  
Director of Corporate Affairs and  
Community  
Projects for Sub-Saharan Africa  
Geneva, Switzerland

**5. CONVIDADOS DA SESSÃO  
ESPECIAL**

Prof Robert Swanepoel  
Institute for Virology  
Sandringham, South Africa

Dr Oyewale Tomori  
Redeemer's University  
Nigeria

Dr Jean-Vivien Mombouli  
Laboratoire national de Santé publique  
Brazzaville, Republic of Congo

Prof Muyembe-Tamfum  
Direteur de l'Institut national de  
Recherche Bio-Médicale  
Democratic Republic of Congo

Mr David De Ferranti  
Health Financing Task Force  
United Nations Foundation  
USA

Dr Inger K Damon  
USA

## **6. CONVIDADO DO PAINEL DE DISCUSSÃO**

Dr R Maharaj  
Deputy Director  
Malaria Programme, Medical Research  
Council  
South Africa

## **7. OBSERVADORES E CONVIDADOS ESPECIAIS**

Mr Frédéric Goyet  
Chef du Bureau des Politiques de  
Santé Ministère des Affaires étrangères  
Direction des Politiques  
Paris

Mr Samuel Adeniyi-Jones  
Director, African Region

Mr Nick Banatvala  
Team Leader  
Global Health Partnerships Team,  
DFID England

Ms Mary Harvey  
USAID Africa Bureau  
USA

Dr Amir Bedri Kello  
International Representative Trachoma  
Initiative

Prof Kovin Naidoo  
IAPB Regional Co-Chair for Africa  
P. O. Box 4092, Chatsworth  
South Africa

Dr Attala H Bashir  
Executive Secretary, IGAD  
Djibouti

Mr JEO Mwencha  
Secretary General, COMESA  
Lusaka

Dr Steven V Shongwe  
Executive Secretary, CRHCS-ECSA  
Tanzania

Dr Kabba T Joiner  
The Director General  
WAHO-OOAS

Ex. President Jorge Sampaio  
UN Special Envoy to Stop TB  
Portugal

Mr Simon Robbins  
UK Health Services Support for Health  
England

Mr Lord Nigel Crisp  
UK Health Services Support for Health  
England

Dr Xavier Leus  
Director, WHO Office to World Bank  
International Monetary Fund  
USA

Ms Imogen Sharp  
Health Services, Department of Health

Prof Firmino Mucavele  
Executive Head of NEPAD  
South Africa

Mr Tomaz Augusto Salomao  
Executive Secretary  
SADC, South Africa

Dr Jean-Jacques Moka  
Secrétaire général, OCEAC  
Yaounde, Cameroon

Mr Fulgence Likassi Bokamba  
Directeur de Cabinet  
Yaounde, Cameroon

Mr Kenzo Kiikuni  
Charmain  
Sasakawa Memorial Health  
Foundation  
Japan

Dr P Mocumbi  
Goodwill Ambassador  
for Maternal Newborn and Child  
Health African Region

Prof Adewike Olufunmalayo Grange  
Yaba, Lagos, Nigeria

Dr Kassauun Belay  
USAID/Ethiopia Child Survival  
Advisor  
PO Box 1014, Addis Ababa  
Ethiopia

Dr Tshinko Ilunga  
African Development Bank  
Health Division Manager  
c/o BAD – ATR, BP 323  
1002 Tunis Belvedere  
Tunisia

Prof Adenike Olatoke Abiose  
Africa Regional Chair, International  
Agency for Prevention of Blindness  
PO Box 29771, Ibadan  
Nigeria

Mr Joseph Mthetwa  
Senior Programme Manager for Health  
and Pharmaceuticals  
SADC Secretariat  
P/Bag 0095, Gaborone  
Botswana

Mrs Jeanine Cooper  
Humanitarian Affairs Offices  
UN OCHA RSOCEA  
PO Box 30218, Nairobi  
Kenya

Dr Koli Kouame  
Secretary of the International Narcotics  
Control Board  
UN Office, Vienna  
Austria

Miss Victoria Kimotho  
Health Policy and Advocacy  
African Medical and Research  
Foundation  
Nairobi, Kenya

Dr Hassen Nuru  
Head, Oromia Regional Health Bureau  
Addis Ababa, Ethiopia



**ORDEM DO DIA DA QUINQUAGÉSIMA-SEXTA 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/RC56/1)
5. Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes
6. Actividades da OMS na Região Africana em 2004-2005: Relatório Bienal do Director Regional (documento AFR/RC56/2)
7. Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde
  - 7.1 Modalidades de implementação das resoluções de interesse regional aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo (documento AFR/RC56/4)
  - 7.2 Incidências regionais das ordens do dia da 120ª sessão do Conselho Executivo, da 60ª Assembleia Mundial da Saúde e da 57ª sessão do Comité Regional (documento AFR/RC56/5)
  - 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC56/6)
8. Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC56/3)
  - 8.1 Plano Estratégico Regional do Programa Alargado de Vacinação para 2006-2009 (documento AFR/RC56/7)
  - 8.2 Prevenção do VIH na Região Africana: Estratégia de intensificação e aceleração (documento AFR/RC56/8)
  - 8.3 Pobreza, comércio e saúde: Um problema emergente para o desenvolvimento

- sanitário (documento AFR/RC56/9)
- 8.4 Financiamento da saúde: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC56/10)
  - 8.5 Autoridades reguladoras farmacêuticas: Situação actual e perspectivas (documento AFR/RC56/11)
  - 8.6 Revitalização dos sistemas de saúde no contexto dos cuidados primários de saúde (documento AFR/RC56/12)
  - 8.7 Sobrevivência infantil: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC56/13)
  - 8.8 Investigação em saúde: Programa de acção para a Região Africana da OMS (documento AFR/RC56/14)
  - 8.9 Gripe das Aves: Preparação e resposta à ameaça de uma pandemia (documento AFR/RC56/15)
  - 8.10 Gestão dos conhecimentos na Região Africana: Orientações estratégicas (documento AFR/RC56/16)
  - 8.11 Drepanocitose na Região Africana: Situação actual e perspectivas (documento AFR/RC56/17)
9. Revisão do projecto de Plano Estratégico a Médio-Prazo 2008-2013 e do projecto de Orçamento-Programa 2008-2009 (documento AFR/RC56/18)
10. Informação
- 10.1 Erradicação da Polio na Região Africana: Relatório dos progressos (documento AFR/RC56/INF.DOC/1)
  - 10.2 Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (documento AFR/RC56/INF.DOC/2)
  - 10.3 Relatório sobre os recursos humanos na Região Africana (documento AFR/RC56/INF.DOC/3)
  - 10.4 Situação actual do controlo da oncocercose na Região Africana (documento AFR/RC56/INF.DOC/4)
  - 10.5 Atribuições da reunião das Delegações Africanas à Assembleia Mundial da Saúde (AFR/RC56/INF.DOC/5)

11. Mesa-Redonda: Actividades intersectoriais para promoção da saúde e prevenção da doença (documento AFR/RC56/RT/1)
12. Painel de Discussão: Controlo do paludismo na Região Africana: Experiências e perspectivas (documento AFR/RC56/PD/1)
13. Relatórios da Mesa-Redonda e do Painel de Discussão (documento AFR/RC56/19)
14. Erradicação da Varíola: Destruição dos *stocks* de vírus da Varíola (documento AFR/RC56/20)
15. Datas e locais da 57ª e 58ª sessões do Comité Regional (documento AFR/RC56/21)
16. Data e local da Conferência Ministerial Mundial sobre a Investigação em Saúde 2008 (documento AFR/RC56/22)
17. Data e local da 7ª Conferência Mundial sobre a Promoção da Saúde em 2009 (documento AFR/RC56/23)
18. Aprovação do relatório do Comité Regional (documento AFR/RC56/24)
19. Encerramento da 56ª sessão do Comité Regional

## ANEXO 3

### PROGRAMA DE TRABALHO

#### 1º DIA: SEGUNDA-FEIRA, 28 DE AGOSTO DE 2006

09h00 – 11h50	<b>Ponto 1</b>	<b>Abertura da sessão</b>
11h50 – 12h30	<b>Ponto 2</b>	Constituição da Comissão de Designações
12h30 – 14h00	<i>Intervalo para almoço</i>	
14h00 – 14h05	<b>Breve declaração</b>	
14h05 – 14h30	<b>Ponto 3</b>	Eleição do Presidente, dos Vice-Presidentes e dos Relatores
	<b>Ponto 4</b>	Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC56/1)
	<b>Ponto 5</b>	Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes sobre as Credenciais
14h30 – 15h00	<b>Ponto 6</b>	Actividades da OMS na Região Africana em 2004: Relatório Anual do Director Regional (documento AFR/RC56/2)
15h00 – 15h30	<i>Intervalo: Chá e frutas</i>	
15h30 – 16h30	<b>Ponto 6</b>	(Continuação)
16h30 – 16h45	Orador convidado	Sr.Per Engebak, Director Regional da UNICEF/ESARO
16h45 – 17h00	Orador convidado	Dr. Gobind Nankani, Vice-Presidente do Banco Mundial, para a Região Africana
18h30	<b>Recepção</b>	

## 2º DIA: TERÇA-FEIRA, 29 DE AGOSTO DE 2006

09h00 – 10h30	<b>Ponto 7</b>	Correlação entre os trabalhos do Comitê Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde
	<b>Ponto 7.1</b>	Modalidades de implementação das Resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC56/4)
	<b>Ponto 7.2</b>	Incidências regionais das ordens do dia da 120ª sessão do Conselho Executivo, da 60ª sessão da Assembleia Mundial da Saúde e da 57ª sessão do Comitê Regional Africano (documento AFR/RC56/5)
	<b>Ponto 7.3</b>	Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC56/6)
	<b>Ponto 8</b>	Relatório do Subcomitê do Programa (documento AFR/RC56/3)
10h30 – 11h00	<i>Intervalo: Chá e frutas</i>	
11h00 – 12h30	<b>Ponto 8.1</b>	Plano Estratégico Regional do Programa Alargado de Vacinação para 2006-2009 (documento AFR/RC56/7)
	<b>Ponto 8.2</b>	Prevenção do VIH/SIDA na Região Africana: Estratégia de intensificação e aceleração (documento AFR/RC56/8)
12h30 – 14h00	<i>Intervalo para almoço</i>	
14h00 – 15h30	<b>Ponto 8.3</b>	Pobreza, comércio e saúde: Um problema emergente para o desenvolvimento sanitário (documento AFR/RC56/9)

	<b>Ponto 8.4</b>	Financiamento da Saúde: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC56/10)
15h30 – 16h00	<i>Intervalo: Chá e frutas</i>	
16h00 – 17h00	<b>Ponto 8.5</b>	Autoridades Reguladoras Farmacêuticas: Situação actual e perspectivas (documento AFR/RC56/11)
<b>3º DIA: QUARTA-FEIRA, 30 DE AGOSTO 2006</b>		
09h00 – 10h30	<b>Ponto 8.6</b>	Revitalização dos sistemas de saúde no contexto dos cuidados primários de saúde (documento AFR/RC56/12)
	<b>Ponto 8.7</b>	Sobrevivência Infantil: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC56/13)
10h30 – 11h00	<i>Intervalo: Chá e frutas</i>	
11h00 – 12h30	<b>Ponto 8.8</b>	Investigação em Saúde: Programa de acção para a Região Africana da OMS (documento AFR/RC56/14)
	<b>Ponto 8.10</b>	Gestão do conhecimento na Região Africana: Orientação estratégica (documento AFR/RC56/16)
12h30 – 14h00	<i>Intervalo para almoço</i>	
14h00 – 15h30	<b>Ponto 8.9</b>	Gripe das Aves: Preparação e resposta à ameaça de uma pandemia (documento AFR/RC56/15)
	<b>Ponto 8.11</b>	Drepanocitose na Região Africana: Situação actual e perspectivas (documento AFR/RC56/17)
15h30 – 16h00	<i>Intervalo: Chá e frutas</i>	
16h00 – 17h00	<b>Sessão especial</b>	Actualização sobre a investigação em curso ao vírus da varíola

### Sessão da noite

18h30 – 19h30	<b>Ponto 10</b>	Informação
	<b>Ponto 10.1</b>	Erradicação da Pólio na Região Africana: Relatório dos progressos (documento AFR/RC56/INF.DOC/1)
	<b>Ponto 10.2</b>	Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (documento AFR/RC56/INF.DOC/2)
	<b>Ponto 10.3</b>	Relatório sobre os recursos humanos na Região Africana (documento AFR/RC56/INF.DOC/3)
	<b>Ponto 10.4</b>	Situação actual do controlo da oncocercose na Região Africana (documento AFR/RC56/INF.DOC/4)
	<b>Ponto 10.5</b>	Atribuições da reunião das delegações africanas à Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC56/INF.DOC/5)
19h30 – 20h30	<b>Ponto 9</b>	Revisão do projecto de Plano Estratégico a Médio-Prazo 2008-2013 e do projecto de Orçamento-Programa 2008-2009 (documento AFR/RC56/18)

### **4º DIA: QUINTA-FEIRA, 31 DE AGOSTO DE 2006**

09h00 – 10h30	<b>Ponto 14</b>	Erradicação da varíola: Destruição dos <i>stocks</i> do vírus da Varíola (documento AFR/RC56/20)
10h30 – 11h00	<i>Intervalo: Chá e frutas</i>	

11h00 – 13h00	<b>Ponto 11</b>	<b><u>Mesa-Redonda:</u></b> Actividades intersectorais para promoção da saúde e prevenção da doença (documento AFR/RC56/RT/1)
---------------	-----------------	---



11h00 - 13h00	<b>Ponto 12</b>	<b><u>Painel de discussão:</u></b> Controlo do paludismo na Região Africana: Experiências e perspectivas (documento AFR/RC56/PD/1)
---------------	-----------------	--

13h00 - 14h30 *Intervalo para almoço*

14h30 - 15h00 **Ponto 13** Relatórios da Mesa-Redonda e do Painel de Discussão (documento AFR/RC56/19)

15h00 - 15h30 **Ponto 15** Datas e locais da 57ª e 58ª sessões do Comité Regional (documento AFR/RC56/21)

**Ponto 16** Data e local da Conferência Ministerial Mundial sobre Investigação em saúde 2008 (documento AFR/RC56/22)

**Ponto 17** Data e local da 7ª Conferência Mundial sobre a Promoção da Saúde em 2009 (documento AFR/RC56/23)

15h30 - 16h00 *Intervalo: Chá e frutas*

16h00 - 17h30 (Continuação)

#### **5º DIA: SEXTA-FEIRA, 1 DE SETEMBRO DE 2006**

09h00 - 10h30	<b><u>Sessão Especial</u></b>	Reunião de acompanhamento de alto nível sobre as Metas de Desenvolvimento do Milénio - Sessão de informação sobre os resultados
---------------	-------------------------------	---





10h30	<i>Intervalo</i>	
16h00 - 17h00	<b>Ponto 18</b>	Aprovação do relatório do Comité Regional (documento AFR/RC56/24)
	<b>Ponto 19</b>	Encerramento da 56 <sup>a</sup> sessão do Comité Regional

## ANEXO 4

### RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

#### CERIMÓNIA DE ABERTURA

1. O Subcomité do Programa reuniu-se em Brazzaville, na República do Congo, de 6 a 9 de Junho de 2006.
2. O Director Regional, Dr. Luis Gomes Sambo, deu as boas-vindas aos membros do Subcomité do Programa (PSC) e ao membro africano do Conselho Executivo da OMS.
3. Em seguida, o Director Regional pediu que fosse observado um minuto de silêncio em memória do Director-Geral da OMS, o Dr. Lee Jong-Wook, que faleceu a 22 de Maio de 2006. O Director Regional informou também os membros que o processo de eleição do próximo Director-Geral fora já iniciado e espera-se que o novo director seja eleito a 9 de Novembro de 2006.
4. O Director Regional lembrou aos membros do Subcomité do Programa do importante papel que desempenham na preparação das deliberações do Comité Regional da OMS para África. Destacou por outro lado três principais funções do Subcomité do Programa: analisar as prioridades e estratégias regionais de saúde por forma a assegurar a sua pertinência em relação as prioridades regionais e dos países; analisar as questões de carácter administrativo e apresentar propostas de melhoramento; e aconselhar o Director Regional relativamente a questões importantes de saúde pública na Região. Reconhecendo a importância dos pontos da ordem do dia propostos para debate, assim como a perícia e a experiência dos membros do Subcomité do Programa, o Director Regional desejou os maiores êxitos nas suas deliberações.
5. Depois da apresentação dos membros do Subcomité do Programa e dos Directores de Divisão do Escritório Regional, a mesa foi constituída do seguinte modo:

Presidente: Dr. Shehu Sule (Nigéria)

Vice-presidente: Dr. Potougnima Tchamdja (Togo)

Relatores: Dr. José Manuel de Jesus Alves de Sousa Carvalho  
(S. Tomé e Príncipe)

Dr. Babacar Drame (Senegal)

Dr. Prince Albert T. Roberts (Serra Leoa)

6. A lista de participantes encontra-se no Anexo 1.
7. O presidente agradeceu aos membros do Subcomité a confiança nele depositada como representante do seu país e sublinhou a oportunidade dos temas escolhidos para debate. Saliou a fragilidade dos sistemas de saúde enquanto um desafio importante de saúde pública, assim como a necessidade de monitorizar e avaliar os programas.
8. A ordem do dia (Anexo 2) e o programa de trabalho (Anexo 3) foram discutidos. Propôs-se que se mudasse o ponto 13 da ordem do dia (sobre gestão dos conhecimentos) para ponto 12, para suceder o ponto 11, que trata da investigação em saúde. A proposta foi aceite.
9. Foi igualmente apresentada uma proposta para se incluírem as discussões sobre o Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS (2008-2013) e as doenças não-transmissíveis como pontos adicionais da ordem do dia. Foi esclarecido que a formulação do Plano Estratégico a Médio Prazo estava ainda em curso a nível mundial. Por conseguinte, o documento ainda não está pronto para ser debatido no Subcomité do Programa. Decidiu-se distribuir o documento aos membros do PSC para informação. Posteriormente receberiam a versão final, para que pudessem apresentar as suas observações antes da Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional.
10. Reconhecendo a importância das doenças não-transmissíveis, o Secretariado informou os membros de que a ordem do dia já incluía a drepanocitose, e que durante a anterior sessão do Comité Regional fora discutida a problemática das

doenças cardiovasculares. Existe também a intenção de discutir a diabetes mellitus durante a Quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional.

11. A ordem do dia foi aprovada com as alterações propostas acima mencionadas. Em seguida chegou-se a um acordo relativamente ao seguinte horário de trabalho:

09h00 – 12h00: incluindo uma pausa de 30 minutos para café

12h30 – 14h00: pausa para almoço

14h00 – 17h00.

### **PLANO ESTRATÉGICO REGIONAL DO PROGRAMA ALARGADO DE VACINAÇÃO 2006-2009** (documento AFR/RC56/PSC/3)

12. O Dr. James N. Mwanzia, do Secretariado, apresentou o plano estratégico regional do programa alargado de vacinação que consiste em: introdução, análise da situação, objectivos, metas, princípios orientadores, intervenções prioritárias, papéis e responsabilidades, monitorização e avaliação e conclusão.

13. O documento informa que as doenças evitáveis pela vacinação continuam a ser responsáveis pelo elevado fardo da morbilidade e mortalidade infantil na Região Africana. A Quinquagésima-oitava Assembleia Mundial da Saúde aprovou a Visão e Estratégia Mundial de Vacinação 2006-2015. O Plano Estratégico Regional do Programa Alargado de Vacinação 2006-2009 tem por finalidade melhorar o desempenho dos programas nacionais alargados de vacinação, reforçar os sistemas nacionais de saúde e contribuir para a consecução do objectivo nº 4 das Metas de Desenvolvimento do Milénio.

14. A cobertura da DPT3 (difteria-tétano-tosse convulsa) na Região Africana aumentou de 54% em 1995 para 69% em 2005. Existe apenas um país na região onde a poliomielite continua a ser endémica. Em 2005, os dados revelaram um declínio de cerca de 60% na mortalidade causada pelo sarampo em comparação com 1999 e 16 países conseguiram eliminar o tétano materno e neonatal. Vinte e três países da Região Africana incluem a vacina contra a febre amarela nos seus programas de vacinação de rotina. Apenas oito países introduziram a vacina da *Haemophilus influenzae* tipo b e, a despeito dos progressos realizados, cerca de 8 milhões de crianças africanas não receberam a vacinação completa até ao final de 2004.

15. O objectivo do plano regional estratégico de vacinação é a prevenção da mortalidade, morbidade e incapacidade provocadas pelas doenças evitáveis pela vacinação. Os objectivos específicos consistem no reforço dos programas de vacinação a nível distrital para a melhoria do acesso e da utilização dos serviços; acelerar os esforços de erradicação da polio, controlo do sarampo, eliminação do tétano materno e neonatal e o controlo da febre amarela; promover a inovação, incluindo a investigação em vacinas e a introdução de novas vacinas bem como de vacinas sub-utilizadas; melhorar as vacinas e a segurança da vacinação e das injeções; e sistematizar o acesso aos serviços integrados e maximizar os benefícios para as mães e crianças que participam nas sessões de vacinação.

16. O plano estratégico inclui nove metas, nomeadamente: pelo menos 80% dos países deverão ter atingido 90% da cobertura da DPT3 a nível nacional; pelo menos 80% dos países deverão ter atingido 80% da cobertura da DPT3 em todos os distritos; não deverá haver poliovírus selvático associado à paralisia flácida aguda; pelo menos 90% de redução na mortalidade causada pelo sarampo; pelo menos 80% dos países deverão ter eliminado o tétano materno e neonatal; a cobertura da vacinação de rotina contra a febre amarela deverá ser de pelo menos 80% nos países em risco; todos os países deverão ter introduzido a vacina da hepatite B nos seus programas nacionais de vacinação; todos os países deverão ter adoptado seringas auto-bloqueadoras ou tecnologias de injeção igualmente seguras para todo o tipo de vacinação; pelo menos 80% dos países deverão ter integrado outras intervenções de sobrevivência infantil com a vacinação.

17. Os países necessitam de implementar as seguintes intervenções prioritárias por forma a alcançarem as metas supramencionadas e garantir a sustentabilidade dos resultados: maximizar o acesso à vacinação através da abordagem “Chegar a Todos os Distritos” (RED); reforçar as capacidades atinentes e a participação comunitária; realizar actividades de vacinação suplementar; utilizar políticas de bases factuais para orientar a introdução de vacinas no programa alargado de vacinação; garantir a segurança das vacinas, da vacinação e das injeções; integrar o programa alargado de vacinação com outras intervenções de sobrevivência infantil.

18. Os papéis e responsabilidades dos países incluem: o desenvolvimento de planos nacionais de programas alargados de vacinação abrangentes e plurianuais; melhoramento da colaboração multissetorial e das parcerias; promoção da formação, recrutamento e retenção dos profissionais de saúde; o suprimento de recursos

financeiros destinados à vacinação; a revisão e actualização das políticas e directrizes nacionais do programa alargado de vacinação. A OMS e os parceiros apoiarão os países através da advocacia junto dos responsáveis pela elaboração de políticas e dos parceiros internacionais; prestarão apoio técnico, financeiro e material para as intervenções prioritárias; e reforçarão a coordenação e as parcerias.

19. Apesar dos recentes progressos alcançados pelo programa alargado de vacinação nos países da Região Africana, ainda existe um número significativo de crianças que foram apenas parcialmente vacinadas ou que não receberam qualquer vacinação. São necessários maiores progressos na Região Africana para que se consigam alcançar as metas estabelecidas para o programa alargado de vacinação.

20. Os membros do Subcomité do Programa fizeram os seguintes comentários gerais por forma a melhorar o documento:

- a) Acrescentar uma pequena secção sobre financiamento do plano estratégico e advogar de forma veemente para que os governos assumam, progressivamente, o financiamento para a sustentabilidade do programa alargado de vacinação;
- b) Na versão portuguesa, substituir DTT3 por DPT3 em todo o documento;
- c) É necessário realçar a importância do planeamento a nível distrital com o envolvimento das comunidades, e o documento deve dar ênfase à necessidade de aumento da advocacia a favor da abordagem “Chegar a Todos os Distritos”;
- d) O Programa Alargado de Vacinação deve servir de complemento à estratégia de sobrevivência infantil através de uma abordagem integrada.

21. As seguintes alterações específicas ao documento foram propostas pelo Subcomité do Programa:

- a) No resumo, é necessário destacar os obstáculos a nível sectorial: políticos, financeiros de infra-estruturas e equipamento. Por outro lado, é indispensável a criação e o reforço dos sistemas de monitorização e avaliação, assim como reforço da gestão e retenção dos recursos humanos para a saúde;

- b) Na versão francesa, o período de tempo no parágrafo 3 deve ser “2006-2009”;
- c) Na “Análise da Situação”: i) salientar as lições aprendidas com a implementação do plano estratégico antecedente para o plano alargado de vacinação; ii) levar em consideração o facto de que a sustentabilidade dos resultados do plano alargado de vacinação depende de factores culturais e do envolvimento activo da comunidade; iii) na versão francesa, parágrafo 6, substituir “*d’entre eux*” por “*est d’un seul pays en 2000 à 37 en 2004*”; iv) no parágrafo 4, realçar as disparidades entre os países e no seio dos mesmos; v) no parágrafo 5, separar os aspectos epidemiológicos das novas vacinas e enriquecê-lo com dados epidemiológicos de outras doenças evitáveis pela vacinação;
- d) Em “Objectivos”: i) referir a necessidade do reforço da vigilância baseada nos casos como forma de monitorização; ii) na versão portuguesa, parágrafo 1, após “*tendo havido*”, substituir a palavra “*quebra*” por “*redução*”; iii) acrescentar um novo objectivo que indique: “f) apoiar os países na manutenção do nível de cobertura vacinal alcançado.”; iv) em 10(d) separar “gestão das vacinas” da segurança da vacinação” e dar relevo à gestão das vacinas; v) é preciso mais coerência entre o objectivo 10(e) e a análise da situação;
- e) Na secção Metas: 1) acrescentar uma meta para a *Haemophilus influenzae*; 2) no parágrafo 11 (d), indicar a situação da mortalidade em 1999; 3) no parágrafo 11 (i), usar uma terminologia mais clara acerca das outras intervenções em sobrevivência infantil;
- f) Na secção Intervenções Prioritárias: 1) no parágrafo 18, acrescentar no fim as palavras “evitáveis pela vacinação”; 2) no parágrafo 20 da versão portuguesa, substituir a palavra “vacinal” por “das vacinas” e, na segunda linha, substituir a palavra “das” por “de”, após “desenvolvimento”; 3) no parágrafo 21, acrescentar a contribuição do sector privado para o alargamento da cobertura vacinal;
- g) Na secção Papéis e Responsabilidades: 1) no parágrafo 22 (d), substituir a palavra “promover” por “aumentar”; 2) no parágrafo 23, acrescentar: “d) continuar a proporcionar liderança e administração geral ao PAV (especialmente a OMS)” e: “e) garantir a sustentabilidade da cobertura alcançada no PAV”;

- h) Na Monitorização e Avaliação, fixar a duração das avaliações em dois anos. É necessário acrescentar indicadores referentes à integração do PAV em outros programas prioritários.

22. O Secretariado agradeceu os comentários e sugestões dos membros do Subcomité do Programa, os quais irão enriquecer a versão final do documento, a apresentar à 56ª sessão do Comité Regional. O Director Regional realçou a pertinência dos contributos dos membros do Subcomité e sublinhou a necessidade de, na análise da situação, se mencionarem as lições aprendidas e de se acrescentar uma secção sobre o financiamento do plano estratégico. Esclareceu que os objectivos e as metas deste documento dizem respeito aos Estados-Membros, cabendo à OMS a prestação de apoio. Sublinhou que os governos deveriam desempenhar um papel maior na aquisição de vacinas. Reconheceu também a importância fundamental da harmonização e dos programas prioritários, a nível local.

23. O Subcomité recomendou o documento com emendas e preparou um projecto de Resolução (AFR/RC56/WP/1) sobre este tema, que será submetido à aprovação do Comité Regional.

#### **SOBREVIVÊNCIA INFANTIL: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA** (documento AFR/RC56/PSC/9)

24. A Dra. Tigest Ketsela, do Secretariado, apresentou o documento “Sobrevivência Infantil: Estratégia para a Região Africana”, o qual contém uma introdução, análise da situação, estratégia regional (objectivos, princípios orientadores, abordagens estratégicas, intervenções prioritárias, quadro de implementação, papéis e responsabilidades, monitorização e avaliação) e uma conclusão.

25. Este documento define a sobrevivência infantil e dá uma visão geral dos fardos que representam a doença e a mortalidade das crianças com idade inferior a 5 anos; dos tratados e convenções internacionais sobre a inerência do direito à vida; das Metas de Desenvolvimento do Milénio (em especial aos números 1, 4 e 5); das intervenções existentes com boa relação custo-eficácia; e das cartas de intenção, estratégias e declarações regionais.



26. Informa ainda que, na década 1990-2000, a Região Africana conheceu uma redução de 6% na mortalidade infantil. As doenças infecciosas foram as principais causas dessa mortalidade. Pobreza, condições sócio-económicas, factores culturais e malnutrição assumem também um papel importante na morbidade e mortalidade infantis. Estão disponíveis intervenções de boa relação custo-eficácia, capazes de reduzir o fardo das doenças. A Atenção Integrada às Doenças da Infância é uma estratégia importante e eficaz para veicular essas intervenções, que deve ser implementada numa perspectiva ao longo de todo o ciclo da vida.

27. O objectivo desta estratégia é reduzir a mortalidade neonatal e infantil, em consonância com a Meta de Desenvolvimento do Milénio nº4, graças à obtenção de uma elevada cobertura por um conjunto definido de intervenções eficazes. O documento propõe várias abordagens estratégicas: advocacia em favor da harmonização das metas e agendas da sobrevivência infantil; reforço dos sistemas de saúde; maior intervenção das famílias e comunidades; organização de parcerias operacionais que implementem em pleno as intervenções mais promissoras, sob a liderança dos governos e mobilização de recursos.

28. Entre as intervenções prioritárias propostas mencionam-se os cuidados aos recém-nascidos, a alimentação dos recém-nascidos e lactentes incluindo suplementos em micronutrientes e desparasitação; prevenção e pronto tratamento do paludismo; prevenção da transmissão vertical do VIH; tratamento das doenças comuns da infância; e prestação de cuidados às crianças expostas ao VIH ou por ele infectadas. O documento apresenta também um quadro de implementação.

29. Para implementar as intervenções prioritárias propostas, os países necessitam de formular políticas e estratégias e de desenvolver as capacidades pertinentes, incluindo a mobilização social. A OMS e os parceiros irão complementar os esforços dos países por meio de advocacia, apoio técnico e coordenação.

30. A estratégia de sobrevivência infantil reflecte uma abordagem abrangente à sobrevivência, crescimento e desenvolvimento da criança, ao longo de todo o ciclo da vida. Visto que as crianças representam o futuro de África, há urgente necessidade de um forte compromisso no sentido de dar prioridade e de acelerar a implementação das intervenções disponíveis com boa relação custo-eficácia, conseguindo níveis elevados de cobertura das populações.

31. Os membros do Subcomité do Programa louvaram o Secretariado pela boa estrutura do documento. Para o melhorar, acrescentaram os seguintes comentários gerais:

- a) Embora o documento mencione a pobreza e outros determinantes sociais, seria preferível que destacasse a pobreza, a educação e a fome;
- b) A continuidade dos cuidados e a integração dos serviços de saúde materna e infantil são importantes para assegurar a eficiência e eficácia dos serviços;
- c) É importante abordar o problema de como organizar a estrutura dos ministérios da saúde e dos sistemas de prestação de serviços, a fim de promover a integração e a continuidade dos cuidados.

32. O Subcomité do Programa propôs as seguintes emendas específicas no texto:

- a) Na Introdução, parágrafo 7, incluir a reunião sobre Sobrevivência Infantil que teve lugar em Londres, em Dezembro de 2005;
- b) Na secção Estratégia Regional: 1) Objectivo, substituir “reduzir” por “acelerar a redução”; nos Princípios Orientadores, parágrafo 21 f), incluir a afirmação de que as parcerias podem contribuir para a sustentabilidade das intervenções; 3) nas Abordagens Estratégicas, parágrafo 22 c), considerar a inclusão da prevenção do VIH e da melhoria do abastecimento de água, saneamento e higiene, entendidas como componentes da AIDI a nível de comunidade; no parágrafo 22 e), acrescentar uma frase sobre o uso integrado dos recursos para a sobrevivência infantil; 4) No Pacote de serviços essenciais, parágrafo 27, considerar os serviços de vacinação como uma porta de admissão aos cuidados pós-natais; 5) No Quadro de implementação, parágrafo 30 b), substituir na versão francesa *accoucheuses et accoucheur* por *sages femmes e maïeuticien*, e acrescentar *agentes de saúde comunitária*; no parágrafo 31 b), incluir os cuidados obstétricos de urgência no âmbito do pacote alargado; na versão portuguesa, o parágrafo 31 deverá ser revisto para reflectir exactamente o original.

- c) Na secção Papéis e Responsabilidades: no parágrafo 33, considerar a inclusão da partilha de experiências entre os países; no parágrafo 33 a), acrescentar no fim “intensificação das intervenções”; nos parágrafos 33 e) e 34 d), considerar a omissão de “operacional”;
- d) Na secção Monitorização e Avaliação, parágrafo 35, considerar a inclusão de uma definição temporal para as avaliações (por exemplo, de 2 em 2 anos).

33. O Secretariado agradeceu os comentários e sugestões do Subcomité do Programa, que serão usados na finalização do documento a apresentar à 56ª sessão do Comité Regional. Foi referido que as alterações sugeridas seriam tidas em boa conta. Foram igualmente prestados esclarecimentos relativamente ao título, que se limitava a sobrevivência da criança porque o documento trata da mortalidade infantil e que o mesmo tinha sido acordado entre a OMS e os seus parceiros (UNICEF e Banco Mundial).

34. O Secretariado comunicou também aos participantes que este documento fora elaborado em parceria com a UNICEF e merecera a aceitação do Banco Mundial. O próximo passo seria a sua discussão, aprovação e apropriação por parte dos países.

35. O Subcomité aprovou o documento com emendas e preparou um projecto de Resolução (AFR/RC56/WP/5) sobre este tema, a submeter à aprovação do Comité Regional.

#### **PREVENÇÃO DO VIH NA REGIÃO AFRICANA: ESTRATÉGIA DE INTENSIFICAÇÃO E ACELERAÇÃO (documento AFR/RC56/PSC/4)**

36. O Dr. Antoine Kaboré, do Secretariado, apresentou o documento intitulado “Prevenção do VIH na Região Africana: estratégia de intensificação e aceleração”. Este documento contém uma introdução, análise da situação, objectivos, princípios orientadores, abordagens estratégicas, papéis e responsabilidades, monitorização e avaliação, e conclusão.

37. Em 1996, o Comité Regional Africano da OMS adoptou uma estratégia regional para o VIH, a qual reafirmava o papel essencial do sector da saúde na prevenção do VIH. Apesar dos recursos e esforços investidos na prevenção,

tratamento e cuidados, a incidência do VIH mostra ainda tendência para aumentar; por isso, é pouco provável que a Meta de Desenvolvimento do Milénio nº 6 seja alcançada. A necessidade de mais medidas que controlem uma maior expansão do VIH levou à adopção de uma resolução para acelerar a prevenção do VIH. As actuais iniciativas e compromissos a nível mundial proporcionam um ambiente favorável à intensificação dos esforços de prevenção na Região. O documento da estratégia propõe intervenções e acções fulcrais para acelerar a prevenção do VIH.

38. O documento de estratégia afirma que, em 2005, cerca de 3,2 milhões (65%) dos 4,9 milhões de novas infecções por VIH a nível mundial ocorreram na África Subsariana. A cobertura dos serviços de prevenção do VIH continua a ser reduzida; o aconselhamento e testes voluntários situam-se nos 7% e a prevenção da transmissão vertical nos 5%. Prevalecem ainda comportamentos de alto risco: o uso de preservativo com parceiros de alto risco ronda somente os 20%. Os esforços para acelerar a prevenção do VIH e avançar na via do acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados ainda se deparam com numerosos desafios. No entanto, existem diversas oportunidades favoráveis à intensificação de intervenções abrangentes de luta contra o VIH.

39. O objectivo geral da nova estratégia de prevenção do VIH é de acelerar a prevenção e reduzir o impacto do VIH/SIDA, no contexto do acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio. Os objectivos específicos são: aumentar o acesso às intervenções de prevenção do VIH; aumentar o acesso a serviços abrangentes para o VIH/SIDA; fazer advocacia em favor de recursos acrescidos; e melhorar as condições ambientais favoráveis à prevenção do VIH. Os esforços na prossecução destes objectivos devem ser orientados pelos seguintes princípios: abordagem baseada no respeito pelos direitos humanos, adaptação de intervenções com provas dadas, associações entre a prevenção e o tratamento, participação comunitária, princípio dos “*Three Ones*” e ainda sustentabilidade e responsabilização.

40. O documento propõe diversas abordagens estratégicas, nomeadamente: criar um ambiente político favorável; expandir e intensificar intervenções eficazes de prevenção do VIH; associar num pacote essencial a prevenção, tratamento, cuidados e apoio ao VIH/SIDA; aumentar o acesso, intensificando a implementação e adoptando a nível nacional uma abordagem simplificada da saúde pública; reforçar os sistemas de saúde para dar resposta à procura crescente; e aumentar e dar sustentabilidade aos recursos financeiros.

41. Os países devem elaborar os seus planos; mobilizar os recursos para a implementação, monitorização e avaliação; e garantir a coordenação dos parceiros. A OMS e os outros parceiros darão apoio técnico e orientações normativas aos países e reforçarão as suas capacidades de planeamento, implementação e mobilização de recursos. A adaptação e implementação de uma estratégia eficaz para intensificação e aceleração da prevenção do VIH, como sublinhado no projecto do documento, virá contribuir para uma redução significativa da incidência, morbidade e mortalidade do VIH/SIDA na Região.

42. Os membros do Subcomité do Programa lembraram as actuais tendências da epidemia do VIH/SIDA e as intervenções levadas a cabo nos seus países, tendo apreciado a abrangência, a pertinência, a oportunidade e a qualidade do documento; contudo, fizeram algumas observações gerais sobre a necessidade de ir para além do sector da saúde nas actividades relacionadas com a prevenção do VIH/SIDA e afirmar claramente o papel de liderança dos ministérios da saúde na prevenção do VIH no sector da saúde.

43. O Subcomité do Programa propôs as seguintes alterações concretas ao documento:

- a) no parágrafo 2, substituir o termo *repensar* por *reformular*;
- b) no parágrafo 8, introduzir o intervalo da prevalência do VIH depois de prevalência geral de 7,2%;
- c) o parágrafo 11 (a) deverá ser mais específico, tendo em conta os problemas levantados no parágrafo 16;
- d) o parágrafo 11(f) deve incluir a coordenação das parcerias para uma eficaz utilização dos recursos disponibilizados pelos parceiros;
- e) Em Objectivos: convém separar os objectivos das metas, as quais devem igualmente ser mais realistas, mensuráveis e baseadas em dados factuais; os conteúdos dos objectivos específicos em termos de acesso ou uso dos serviços devem ser esclarecidos;
- f) Considerar a possibilidade de adicionar ao parágrafo 13(a) “aconselhamento e testes de rotina, nomeadamente, para os doentes com tuberculose”;

- g) Princípios orientadores: no parágrafo 14(a), considerar a possibilidade de acrescentar “criminalização da transmissão consciente do VIH e da violência sexual, particularmente contra as crianças e durante os conflitos”;
- h) Abordagens estratégicas: no parágrafo 16, ter em consideração a proposta feita em cima para o parágrafo 14(a);
- i) O parágrafo 22 terá de ser equilibrado em termos de género, para contemplar os homens; substituir *prevenção vertical* por *cuidados pré-natais*;
- j) O parágrafo 25 deverá incluir o uso de preservativos (incluindo os preservativos femininos) pelas profissionais do sexo e seus clientes; a promoção do uso do preservativo deve ser feita em toda a sociedade e não apenas no sector da saúde;
- k) No parágrafo 39, eliminar a segunda frase sobre as taxas pagas pelos utentes mas manter a nota de rodapé (14);
- l) Papéis e Responsabilidades: salientar o papel de administração, liderança e coordenação dos governos; os ministérios da saúde deverão fornecer orientação técnica no quadro da colaboração intersectorial;
- m) Conclusão: no parágrafo 46, acrescentar as palavras *cuidados e apoio* depois de *tratamento*, na última frase;
- n) O Resumo terá de reflectir a falta de ambiente político favorável.

44. O Secretariado agradeceu aos membros do Subcomité do Programa os valiosos comentários e sugestões que apresentaram, os quais serão usados para melhorar ainda mais a qualidade do documento para a Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional. Foram esclarecidos vários problemas levantados durante o debate. Foi esclarecido que o parágrafo 4 se refere ao acesso universal, até 2010, à prevenção, tratamento, cuidados e apoio para todas as pessoas que deles precisam. Além disso, a base para definir as metas propostas deriva do compromisso de Gleneagles, da Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas e das Metas de Desenvolvimento do Milénio. O Secretariado manifestou o seu optimismo em relação à possibilidade de consecução das metas estabelecidas, devido às experiências anteriores, mas acrescentou que, isso depende da disponibilidade dos recursos necessários. Sobre o problema da criminalização da transmissão consciente do VIH, o Secretariado chamou a atenção para a necessidade de um debate cuidadoso e respeitando os quadros legais existentes nos países.

45. O Subcomité aprovou o documento com emendas e preparou um projecto de Resolução (AFR/RC56/WP/2) sobre este tema, a submeter à aprovação e adopção por parte do Comité Regional.

**POBREZA, COMÉRCIO E SAÚDE: UM PROBLEMA EMERGENTE PARA O DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO** (documento AFR/RC56/PSC/5)

46. O Dr. Chris N. Mwikisa, do Secretariado, apresentou o documento subordinado ao tema pobreza, comércio e saúde. O documento é composto de uma introdução, análise da situação, perspectivas para o futuro e conclusão.

47. O documento sublinha o facto da saúde, o comércio e o desenvolvimento estarem correlacionados através do património humano e da produtividade do trabalho. A liberalização do comércio é um factor-chave para os esforços de desenvolvimento e de redução da pobreza em geral, e constitui actualmente um dos principais desafios para o sector da saúde a nível dos países. O Acordo Geral sobre Comércio de Serviços (GATS) convida os países membros da Organização Mundial do Comércio a liberalizarem, de forma progressiva, o comércio de serviços, incluindo os serviços relacionados com a saúde. É necessário haver um maior entendimento das implicações do aumento do comércio de serviços de saúde, sobretudo no que diz respeito aos objectivos sociais e de desenvolvimento.

48. O GATS define quatro modalidades de comércio de serviços de saúde: a prestação de serviços de saúde transfronteiriços; a utilização de serviços de saúde no estrangeiro; a presença comercial; e a movimentação do pessoal de saúde. Existem três outros acordos comerciais multilaterais da Organização Mundial do Comércio com implicações para o sector da saúde, a saber: os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio (TRIPS); a Aplicação das Medidas Sanitárias e Fitosanitárias (SPS); e os Obstáculos Técnicos ao Comércio (TBT).

49. Informação relativa ao comércio nos serviços de saúde na Região Africana é escassa. Contudo, existem dados empíricos que parecem indicar que as quatro modalidades do GATS existem de facto. O comércio de serviços de saúde pode ter um impacto positivo ou negativo no desenvolvimento social e sanitário. Os Ministérios da Saúde têm de avaliar adequadamente os riscos e as oportunidades para a saúde e desenvolvimento humano que se apresentam com o aumento da

abertura dos serviços de saúde no âmbito do GATS. Infelizmente, a maioria dos Ministérios da Saúde na Região não têm condições para responder adequadamente às questões relacionadas com o comércio. O documento aborda ainda as oportunidades e os riscos para o sector da saúde que advêm do aumento do comércio de serviços de saúde.

50. Por forma a mitigar os riscos e tirar partido do aumento do comércio nos serviços de saúde, os países precisam de: estabelecer ou reforçar os mecanismos de harmonização das questões relativas ao comércio; dar formação relevante ou orientações a todos os administradores seniores e de nível intermédio nos sectores da saúde, comércio e legislativo; e identificar e promover o trabalho dos centros de excelência regionais e nacionais sobre globalização, comércio e saúde. A OMS e os parceiros deverão assegurar que o sector da saúde é tido em conta aquando da definição das políticas comerciais internacionais; continuar a fornecer informação e aconselhamento relevante aos Estados-Membros no que concerne a saúde e ao comércio; e apoiar o reforço das capacidades nacionais relevantes.

51. O documento conclui que o comércio de serviços de saúde oferece oportunidades aos países, embora haja riscos associados. Os países devem envidar esforços para tirar partido das oportunidades globais emergentes, ao mesmo tempo que procuram mitigar os efeitos adversos. Os países apenas serão capazes de fazer isto se conseguirem compreender plenamente os efeitos potenciais dos acordos multilaterais de comércio, particularmente aqueles que estão relacionados com a saúde.

52. Os membros do Subcomité do Programa manifestaram apreço pela relevância, oportunidade e forma bem estruturada do documento e fizeram as seguintes observações gerais para a melhoria do mesmo:

- a) A questão da pobreza no contexto da globalização e liberalização do comércio de serviços de saúde precisa de ser realçada no documento;
- b) É necessário garantir que o documento não deixe a impressão de ser anti-liberalização ou anti-globalização;



- c) O documento deve incluir orientações claras para os Estados-Membros sobre a forma como poderão organizar-se a nível regional e/ou sub-regional para melhor beneficiarem das oportunidades e enfrentarem os desafios da liberalização do comércio de serviços de saúde.

53. O documento foi analisado secção a secção e o Subcomité do Programa propôs as seguintes alterações específicas:

- a) Na “Introdução”, parágrafo 2, é preciso moderar a afirmação sobre o facto dos custos do tratamento médico serem um factor de empobrecimento das famílias, especificando o seu impacto, sobretudo para os pobres e aqueles que não possuem seguro de saúde;
- b) Na “Análise da Situação”: i) no parágrafo 5, a primeira frase sobre a tendência da pobreza na Região Africana deve-se apoiar numa base factual; ii) é necessário ser mais elucidativo quanto ao papel dos acordos regionais e sub-regionais existentes relativos ao comércio de serviços de saúde; iii) no parágrafo 8, incluir mais pormenores sobre os acordos TRIPS, SPS e GATS;
- c) No tópico “Perspectivas”, parágrafo 15, incluir “para tirar partido das oportunidades oferecidas pela liberalização e” a seguir à palavra “estrategicamente”, e inserir uma nova alínea a) “criar ou reforçar os quadros de cooperação ou acordos regionais que permitam beneficiar das oportunidades oferecidas pela liberalização”;
- d) No “Título”, após aturada discussão sobre se o termo *pobreza* seria omitido, foi decidido manter o título na forma como foi aprovada na Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional, e garantir que o tema da pobreza seja adequadamente abordado no documento;
- e) O “Resumo” deve reflectir as melhorias propostas pelo Subcomité do Programa.

54. O Secretariado agradeceu aos membros do Subcomité do Programa pelos seus comentários e sugestões, que seriam utilizados para finalizar o documento para a Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional. Mais precisamente, a questão da pobreza será melhor elaborada na versão revista. O Secretariado clarificou também que a mensagem fundamental do documento é a de fornecer informações aos países

sobre a necessidade de abordar os problemas de saúde pública no contexto do aumento do comércio de serviços de saúde.

55. O Subcomité recomendou que o documento revisto fosse submetido para aprovação do Comité Regional.

### **FINANCIAMENTO DA SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA** (documento AFR/RC56/PSC/6)

56. O Dr. Alimata J. Diarra-Nama, do Secretariado, apresentou uma panorâmica da estratégia regional para o financiamento da saúde. Contém uma introdução, análise da situação, estratégia regional, papéis e responsabilidades, monitorização e avaliação e conclusão.

57. O documento refere que o modo como um sistema de saúde é financiado afecta a sua administração-geral, o afluxo de contributos, a prestação de serviços e a consecução de objectivos como boa saúde, resposta às expectativas não médicas das populações e justiça nas contribuições financeiras.

58. Os países deparam-se com numerosos desafios, como: investimento reduzido na saúde, escassez de políticas abrangentes e de planos estratégicos para o financiamento da saúde, pagamentos onerosos por parte dos utentes, reduzida cobertura por seguros de saúde, ausência de redes de segurança social que protejam os pobres, uso deficiente dos recursos e fragilidade dos mecanismos de coordenação do apoio dos parceiros para o sector da saúde.

59. O objectivo da estratégia consiste em estimular a concepção de um sistema nacional de financiamento da saúde equitativo, eficiente e sustentável, que permita alcançar as Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDM) e outras metas nacionais na área da saúde. Especificamente, o documento dá orientações aos países sobre como garantir o nível de financiamento necessário para alcançar as metas e objectivos definidos para a saúde, de modo sustentado; garantir um acesso financeiramente equitativo a serviços de saúde com boa qualidade; e garantir eficácia na afectação e no uso dos recursos para o sector da saúde.

60. O documento propõe intervenções prioritárias para reforçar as funções de financiamento da saúde respeitantes à recolha de receitas, agregação de receitas e aquisições. Entre as intervenções de reforço da recolha de receitas mencionam-se: reforçar os mecanismos de recolha de receitas; honrar os compromissos regionais do passado; monitorizar o apoio orçamental multi-doadores; gerir a eliminação ou redução dos pagamentos pelos utentes; e melhorar a eficácia na recolha de receitas. A agregação de receitas pode ser melhorada por meio de sistemas de pré-pagamento (por ex., seguros, taxas ou sistemas mistos), a criação de novos órgãos de financiamento da saúde para coordenar as várias funções do financiamento, e o reforço das redes de segurança (mecanismos de isenção) para proteger os pobres.

61. O documento sugere que a função de aquisições poderá beneficiar de um financiamento reforçado dos sistemas de saúde, usando os recursos das doenças prioritárias (por ex., VIH/SIDA, paludismo, tuberculose) para reforçar os sistemas de saúde, celebrando contratos com o sector privado e organizações não-governamentais, reformando os mecanismos de pagamento aos prestadores de serviços e melhorando os mecanismos de coordenação do sector da saúde (por ex., abordagens de âmbito sectorial).

62. Para alcançar as MDM, cumprir os objectivos nacionais da saúde e alargar a cobertura dos serviços de saúde, os países da Região Africana necessitam urgentemente de um financiamento acrescido; de maior equidade no financiamento e no acesso aos serviços de saúde; e de mais eficiência no uso dos recursos para a saúde.

63. Os membros do Subcomité do Programa fizeram os seguintes comentários gerais, para melhorar o documento:

- a) É necessário sublinhar as dificuldades que os ministérios da saúde sentem para influenciar a mudança nos mecanismos de financiamento da saúde nos países, porque as decisões orçamentais estão centralizadas nos ministérios das finanças;
- b) O documento deveria realçar as lições colhidas das iniciativas anteriores de financiamento da saúde na Região e as suas vantagens comparativas;
- c) O problema não reside nas taxas dos utentes em si, mas no facto de elas serem compatíveis com a capacidade do indivíduo para as pagar;

- d) Associar especificamente o nível de financiamento ao desempenho dos sistemas de saúde, com base na investigação;
- e) Mencionar a necessidade de apoiar os países na elaboração ou reforço de sistemas de seguros de saúde, garantindo a participação das comunidades; na criação de sistemas de pré-pagamento, para que a Região progrida para além da Iniciativa de Bamako; e sublinhar a importância da revisão das despesas públicas ou das contas nacionais da saúde.

64. O Subcomité do Programa propôs as seguintes emendas específicas ao documento:

- a) Na Introdução: parágrafo 2, na versão francesa, a seguir à palavra “*dépend*” acrescentar: “*entre autres de sa capacité*”;
- b) Na Análise da situação: 1) Parágrafo 13, versão francesa, substituir as palavras “*piètre qualité des services de santé publics*” por “*qualité insuffisante des services de santé publics*”; 2) versão francesa, última linha do parágrafo 14, substituir “*mécanismes de paiement des établissements*” por “*mécanismes de paiement au niveau des établissements publics*”; substituir a palavra “*dissuadesaient*” por “*dissuadent*”;
- c) Nos Objectivos, parágrafo 16, versão francesa, substituir a palavra “*systemes*” por “*mécanismes*”;
- d) No parágrafo 21, acrescentar a “necessidade de ter em conta mecanismos referentes a taxas para mobilizar recursos adicionais para a saúde, incluindo taxas aplicadas ao álcool e ao tabaco”;
- e) No parágrafo 26, reformular a primeira frase de modo a ficar: “Os países deverão criar ou expandir sistemas de pré-pagamento, por exemplo, fundos recolhidos através de taxas ou pagamento de seguros”;
- f) No parágrafo 27, primeira frase, remover o conteúdo entre parênteses;
- g) No parágrafo 28, reformular o parágrafo de modo a reflectir a ideia de proteger os pobres, sem dar ênfase a serviços gratuitos;
- h) No parágrafo 29, acrescentar algo sobre o cálculo de custos dos serviços antes da afectação de recursos;
- i) No parágrafo 31, na última frase, substituir a palavra “*from*” pela palavra “*to*”;

- j) No parágrafo 36 g), inserir a expressão “administração geral” a seguir a “reforçar a” e considerar a supressão da palavra “corrupção”;
- k) No parágrafo 36 k), depois das palavras “financiamento da saúde”, acrescentar “incluindo os custos”;
- l) No parágrafo 37, terminar a segunda frase em “países” e eliminar o restante;
- m) No parágrafo 38 b), versão francesa, substituir a palavra “devraient” por “doivent”; em todas as versões, o parágrafo 38 b) deve terminar após “objectivos macroeconómicos e de crescimento”;
- n) O parágrafo 38 c) deve ter esta redacção: “Garantir o cumprimento dos compromissos de donativos assumidos em vários fóruns internacionais, incluindo os compromissos assumidos na Declaração de Paris”;
- o) Na secção Monitorização e Avaliação, parágrafo 40, acrescentar depois de “deverão”: “proceder a exercícios regulares das contas nacionais da saúde e”; no parágrafo 41, referir a necessidade de a monitorização ocorrer de 3 em 3 anos;
- p) No Resumo, parágrafo 1, explicar o sentido das frases “resposta às expectativas não médicas” e “justiça nas contribuições financeiras”; no parágrafo 2, versão francesa, substituir as palavras “nombre de sérieux défis” por “nombre de défis majeurs”; no fim do parágrafo 3, acrescentar a seguinte frase: “Exortam-se os países a institucionalizar as contas nacionais da saúde, para facilitar o planeamento, a monitorização e a avaliação”; incluir contas nacionais de saúde; no parágrafo 4, na versão francesa, substituir a palavra “système” por “mécanismes”.

65. O Secretariado agradeceu os comentários e sugestões dos membros do Subcomité do Programa, que serão integrados na versão final do documento, a apresentar à 56ª sessão do Comité Regional.

66. O Director Regional afirmou-se grato pela riqueza do debate. Acrescentou que, embora o tema não fosse novo, se reconhecia a necessidade de elaborar uma estratégia abrangente. Informou o Subcomité do Programa de que a estratégia em análise fora preparada em estreita colaboração com as comunidades económicas regionais, Banco Mundial, OIT e UNICEF, de modo a criar um bom ambiente para a

sua implementação. Reconheceu que a Região necessita de avançar mais em direcção a mecanismos de pré-pagamento, ultrapassando o financiamento da saúde por parte de sistemas dominados pelos pagamentos directos dos utentes. Esclareceu que a meta definida pelos Chefes de Estado, de afectar à saúde 15% dos orçamentos nacionais, e a recomendação da Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMS), no sentido de gastar um mínimo de 34 dólares americanos por pessoa, não eram conflituosas, mas complementares. Mesmo se todos os países alcançassem a meta de Abuja, poderiam não chegar à recomendação da CMS. Sublinhou a importância das contas nacionais da saúde para o processo de reforma do financiamento da saúde. Acrescentou que este documento, não sendo uma matriz, deveria ser flexível quanto à “Criação de novos organismos de financiamento da saúde” e ao “Reforço das redes de segurança para protecção dos pobres”.

67. O Subcomité aprovou o documento com emendas e preparou um projecto de resolução (AFR/RC56/WP/3) sobre este tema, que será submetido à aprovação do Comité Regional.

#### **AUTORIDADES REGULADORAS FARMACÊUTICAS: SITUAÇÃO ACTUAL E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC56/PSC/7)**

68. A Dra. Alimata J. Diarra-Nama, do Secretariado, fez uma apresentação global do documento sobre as autoridades reguladoras farmacêuticas. O documento está estruturado em introdução, situação actual, perspectivas e conclusão.

69. O documento refere que a missão das autoridades reguladoras farmacêuticas (ARF) é coordenar e supervisionar o sector dos medicamentos, com o objectivo de proteger a saúde pública. As ARF devem conter elementos administrativos (incluindo missão, políticas, legislação, regulamentos, estrutura organizacional, recursos humanos e financiamento), elementos técnicos (incluindo padrões, especificações, orientações, normas e procedimentos) e elementos de verificação. As suas principais funções são: o licenciamento de pessoas e empresas; autorizações de introdução no mercado (registo); autorizações para ensaios clínicos; inspecções aos fabricantes, à distribuição aos locais de realização dos ensaios clínicos; monitorização da qualidade e da segurança dos produtos; e informação e controlo da promoção e da publicidade.

70. O objectivo do documento é: analisar a situação actual das ARF; rever os regulamentos sobre medicamentos, incluindo as vacinas e os narcóticos; e propôr a via correcta para melhorar o desempenho das ARF na Região Africana.

71. O documento recomenda algumas acções prioritárias que os países terão de implementar para reforçar as autoridades reguladoras farmacêuticas. Uma primeira acção diz respeito à preparação dos quadros legais e organizacionais, os quais determinarão uma missão clara e uma autoridade legal adequada para as ARF; elaborar e fazer aplicar uma legislação abrangente, de acordo com os contextos nacional e regional; e criar uma estrutura organizacional, serviços e recursos apropriados. Em segundo lugar, o reforço das capacidades das ARF deve ser precedido da elaboração de um plano sustentável de desenvolvimento dos recursos humanos. A terceira acção é desempenhar funções de regulação. Entre elas contam-se: a elaboração e actualização de orientações e procedimentos relacionados com a função de regulação; a cooperação com instituições académicas, de saúde e de investigação e associações profissionais; a criação e o refoço da rede de ARF e iniciativas regionais para a humanização da regulamentação relativa aos medicamentos; estabelecer um equilíbrio entre as exigências reguladoras para o controlo dos narcóticos e a sua disponibilidade e acessibilidade.

72. Com a globalização e a produção crescente de medicamentos de alta tecnologia, as questões da qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos constituem uma grande preocupação para os Estados-Membros e para a OMS. Por isso, os Estados-Membros deverão criar ou reforçar as autoridades reguladoras farmacêuticas, para que estas possam levar a bom termo a sua missão.

73. Os membros do Subcomité do Programa elogiaram o documento pela sua relevância, concisão e clareza, tendo, no entanto, sido apresentadas as seguintes observações, no sentido de o melhorar:

- a) nota-se a ausência do papel das autoridades reguladoras farmacêuticas na medicina tradicional;
- b) tendo em consideração o papel central que os medicamentos desempenham no seio do sector da saúde, bem como a sua importância financeira e económica, conviria que o documento fosse mais preciso relativamente à autonomia e composição das ARF, incluindo a sua natureza multissetorial, assim como a imunidade dos seus membros;

- c) incluir a participação do sector veterinário nas ARF;
- d) é importante fazer aplicar as leis e os regulamentos;
- e) foram pedidos esclarecimentos sobre a definição de medicina tradicional, na medida em que ela está relacionada com a localização da produção e utilização.

74. O Subcomité do Programa propôs as seguintes alterações específicas ao documento:

- a) no parágrafo 1, deve rever-se a última frase para nela incluir a medicina tradicional: "implementar um sistema de regulamentação dos medicamentos, incluindo a medicina tradicional, e";
- b) no parágrafo 17, acrescentar "criar ou", antes de reforçar;
- c) o subtítulo que precede o parágrafo 18 deve mudar para **Enquadramento institucional e organizativo**;
- d) o parágrafo 19 deverá discutir a questão da autonomia das ARF;
- e) o parágrafo 29 deverá incluir "encorajar a colaboração regional";
- f) o Resumo deverá referir a medicamentos tradicionais.

75. O Secretariado agradeceu aos membros do Subcomité do Programa pelas suas observações e sugestões, que serão utilizadas para finalizar o documento a apresentar à Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional. Foram prestados esclarecimentos sobre a definição e a categoria dos medicamentos tradicionais. Relativamente ao nível de autonomia, composição, imunidade e mecanismos operacionais das ARF, o Secretariado chamou a atenção para a importância de os adaptar ao contexto nacional, assegurando o cumprimento da missão das ARF. A OMS continuará a prestar um apoio adequado aos países.

76. O Subcomité recomendou que o documento com emendas fosse submetido para aprovação do Comité Regional.



## REVITALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA

(documento AFR/RC56/PSC/8)

77. A Dra. Alimata J. Diarra-Nama, do Secretariado, apresentou o documento sobre a revitalização dos serviços de saúde no contexto dos cuidados primários de saúde na Região Africana. O documento contém uma introdução, análise da situação, abordagens à revitalização dos serviços de saúde, papéis e responsabilidades, monitorização e avaliação, e conclusão.

78. O documento relembra que presentemente existe um compromisso global relativo aos objectivos relacionados com a saúde acordados internacionalmente. Porém, os lentos progressos para a consecução destes objectivos na Região Africana obrigam à aceleração do acesso aos serviços de saúde essenciais. Em 1998, a Assembleia Mundial da Saúde reafirmou o seu compromisso na melhoria da disponibilidade dos cuidados primários de saúde essenciais através da política saúde para todos no Século XXI. O documento alega que os cuidados primários de saúde, adaptados aos ambientes actuais e antecipados, apresenta um bom enquadramento para o acesso universal aos cuidados de saúde essenciais.

79. Os desafios com que os países se irão defrontar na tentativa de revitalizar os seus serviços de saúde incluem o aumento do acesso a intervenções de saúde essenciais e o reforço da coordenação e cooperação entre as partes interessadas. Por outro lado, os países devem tirar partido das oportunidades, tais como as lições aprendidas com a implementação bem sucedida de políticas, programas e iniciativas; das iniciativas globais de saúde; do aumento da advocacia a favor do financiamento; e em dar particular atenção aos determinantes sociais da saúde.

80. O objectivo da abordagem proposta para revitalizar os serviços de saúde consiste na melhoria da equidade e do acesso a serviços de saúde de qualidade, no contexto dos cuidados primários de saúde com vista à obtenção de melhores resultados sanitários.

81. Algumas das intervenções prioritárias que os países necessitam de implementar incluem o aumento da participação comunitária; melhorar a disponibilidade dos recursos humanos para a saúde; melhorar a disponibilidade de recursos financeiros e materiais; reforçar a capacidade de gestão; reforçar a produção e a utilização de dados factuais; melhorar a qualidade e a cobertura dos serviços de saúde de qualidade; e reforçar a colaboração e as parcerias.

82. O relatório indica que, para o êxito da revitalização dos serviços de saúde, os países deverão de formular ou reforçar os seus planos de saúde, coordenar os diferentes níveis dos serviços, mobilizar e afectar recursos e melhorar a coordenação, as parcerias e a colaboração intersectorial. A OMS e os parceiros irão complementar os esforços a realizar pelos países através da advocacia nos diversos fóruns para o aumento dos recursos, prestação de apoio técnico, harmonização do apoio para a prestação de serviços e participação em comissões conjuntas de avaliação do desempenho.

83. Foi acrescentado que o acesso universal a serviços de saúde essenciais é possível apenas através de serviços de saúde funcionais, a nível operacional. Os cuidados primários de saúde continuam a ser uma estratégia relevante, mas que precisa de ser adaptada aos novos desafios nacionais e globais.

84. Os membros do Subcomité do Programa fizeram os seguintes comentários de ordem geral para melhorar o documento:

- a) alguns delegados realçaram os princípios dos cuidados primários de saúde, incluindo a descentralização e a participação comunitária, e salientaram a necessidade de dar mais destaque à prevenção e à promoção da saúde;
- b) as alterações propostas nos sistemas de saúde devem centrar-se no utente, como forma de responder às necessidades da população;
- c) é necessário clarificar o conceito de comunidade;
- d) é preciso fornecer directrizes para a participação comunitária, incluindo orientações adequadas para o pessoal de saúde.

85. O Subcomité do Programa propôs as seguintes emendas ao documento:

- a) Na “Introdução”: i) no parágrafo 1, o número de MDM relativas à saúde é 4 e não 3; ii) no parágrafo 3, antes da última frase, acrescentar “Os cuidados primários de saúde são uma abordagem com boa relação custo-eficácia”; iii) parágrafo 7 deve ser coerente com o título do documento;
- b) Na “Análise da Situação”: i) no parágrafo 14, acrescentar “etc.” no final da frase; ii) acrescentar um parágrafo que destaque as oportunidades apresentadas pelas Estratégias de Redução da Pobreza; iii) no final do

parágrafo 21, acrescentar: “É necessário reforçar a capacidade das comunidades de melhorar a qualidade dos serviços de saúde.”; iv) o parágrafo 25 deve ser reformulado para ser mais claro e os aspectos ligados à qualidade dos cuidados, devem ser mencionados ;

- c) Nas “Abordagens para Revitalização dos Serviços de Saúde”: i) substituir, no parágrafo 28, alínea a), “fomentar” por “reforçar”; na versão francesa, substituir o título “*méthode*” por “*approche*” no subtítulo 9; ii) no parágrafo 29, acrescentar colaboração intersectorial e desenvolvimento de parcerias à lista; iii) no parágrafo 30, alínea a), acrescentar “com base nas necessidades e”, a seguir a “melhorar”, para ficar “melhorar a prestação de serviços com base nas necessidades e orientada para a procura”;
- d) Na “Monitorização e Avaliação”, parágrafo 40, é preciso ser mais específico sobre o mandato do Grupo de Trabalho;
- e) No “Resumo”: parágrafo 1, a seguir a “obstáculos”, apagar a vírgula e a palavra “incluindo”, substituindo-as por “relacionadas com”; na versão francesa, substituir “*et l’insuffisance des bases factuelles et des capacités de recherche*” por “*les bases factuelles et les capacités de recherche*”.

86. O Secretariado agradeceu aos membros do Subcomité do Programa pelos seus comentários e sugestões que seriam utilizadas para enriquecer e finalizar o documento para ser submetido à Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional. Em resposta ao que deverá ser feito para tornar a Estratégia dos CPS mais pertinente, o Director Regional indicou que isso iria depender do que for efectuado ao nível dos países. Referiu que a Estratégia dos CPS é pertinente e que os problemas que os países têm enfrentado estão relacionados com o impacto negativo dos programas de reajustamento estrutural, das catástrofes naturais e causadas pelo homem, do VIH/SIDA e do fraco envolvimento das comunidades. Sublinhou a necessidade de reforçar as capacidades a todos os níveis, incluindo a nível comunitário. Há que sensibilizar os parceiros e os governos para o reforço das capacidades particularmente a nível local. Os sistemas de saúde devem tirar partido das iniciativas globais tais como o Fundo Mundial de Luta Contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo e a Aliança Mundial para as Vacinas e Vacinação no reforço da descentralização e na melhoria do apoio a nível operacional. O Director Regional insistiu na importância de se utilizar uma abordagem holística na forma como se lida com as questões da saúde e do desenvolvimento. Os programas prioritários devem

ser harmonizados a nível local de forma integral e completa para facilitar a prestação de serviços e melhorar os resultados de saúde. O Director Regional aconselhou que, na secção de monitorização e avaliação, fosse revista a periodicidade desse exercício para passar a ser feita de três em três ou de quatro em quatro anos em vez de anualmente.

87. O Subcomité recomendou o documento com emendas e preparou uma proposta de Resolução (AFR/RC56/WP/4) sobre este assunto para ser submetida para adopção do Comité Regional.

#### **GRIFE DAS AVES: PREPARAÇÃO E RESPOSTA À AMEAÇA DE UMA PANDEMIA** (documento AFR/RC56/PSC/11)

88. O Dr. James N. Mwanzia, do Secretariado, apresentou o documento sobre preparação e resposta à gripe das aves, o qual contém uma introdução, análise da situação, preparação e resposta e papéis e responsabilidades bem como uma conclusão.

89. O documento indica que a gripe das aves é uma doença infecciosa das aves, causada por uma estirpe de tipo A do vírus da gripe. A gripe humana transmite-se por inalação de gotículas infecciosas. Três pandemias de gripe foram registadas em 1918, 1957 e 1968, tendo a primeira resultado em 40-50 milhões de óbitos em todo o mundo. A Região Africana é particularmente vulnerável a esta doença. A Quinquagésima-sexta Assembleia Mundial da Saúde exortou os Estados-Membros a elaborar e implementar planos nacionais de preparação e solicitou ao Director-Geral que continuasse a liderar a preparação para a pandemia.

90. Em 10 de Maio de 2006, 53 países em todo o mundo e cinco na Região Africana tinham confirmado a presença do vírus H5N1 em aves domésticas e selvagens. Nove países em todo o mundo tinham notificado 207 pessoas infectadas com H5N1, das quais 115 morreram, o que significa uma taxa de 56% de casos mortais. O impacto directo e indirecto de uma pandemia de gripe seria enorme, afectando os sistemas de saúde e os serviços de cuidados de saúde. As perdas económicas devidas ao abate de aves domésticas e às restrições nas viagens e no comércio são já consideráveis e a situação está a piorar.

91. O Subcomité do Programa foi informado que o Escritório Regional prestou apoio técnico, forneceu orientações e instrumentos aos Estados-Membros, criou um painel *ad hoc* de peritos, estabeleceu uma rede regional de laboratórios para o diagnóstico da gripe humana, elaborou um plano regional de preparação e resposta, convocou reuniões regionais sobre a gripe e continua empenhado em implementar estratégias e acções em colaboração com outros organismos das Nações Unidas e agrupamentos económicos regionais.

92. O documento salientou ainda que os obstáculos com que os países se defrontam incluem: insuficiência de recursos financeiros adequados; sistemas de saúde débeis; falta de recursos humanos qualificados para lidar com uma potencial sobrecarga de trabalho; número limitado de laboratórios bem equipados com capacidade para confirmar a gripe das aves; fracas infra-estruturas de transporte e comunicações; sistemas de administração e logística inadequados; elevada taxa de analfabetismo e pobreza generalizada. O documento contém igualmente um resumo dos desafios e oportunidades.

93. Os países precisam de implementar urgentemente as seguintes intervenções prioritárias: reforço da coordenação nacional e regional para a preparação e resposta; reforço dos sistemas de detecção precoce; redução das oportunidades de infecção dos seres humanos pelo H5N1; impedimento ou retardamento da propagação da gripe na origem; reforço das capacidades dos sistemas nacionais de saúde; implementação das componentes de promoção da saúde; elaboração e aplicação da legislação e da política; e contribuição para a investigação sobre a gripe.

94. Os Estados-Membros terão de: formular e implementar planos nacionais de preparação e resposta; monitorizar e avaliar a implementação dos planos; e partilhar informação, em conformidade com os Regulamentos Sanitários Internacionais. A OMS e os seus parceiros (por exemplo, a Organização da Alimentação e Agricultura e a Organização Mundial para a Saúde Animal) deverão fornecer aos países orientações para a elaboração de planos nacionais de preparação e resposta; facilitar a mobilização de recursos para apoiar a implementação dos planos; e reactivar a Rede Mundial e Regional da OMS de Alerta e Resposta às Epidemias, para apoiar os Estados-Membros.

95. Com a confirmação da gripe das aves na Região, persiste o risco de uma pandemia de gripe. A ocorrência de casos humanos colocaria novos e enormes

problemas aos já frágeis e sobrecarregados sistemas e serviços de saúde. A possível emergência exige uma forte liderança governamental para a implementação oportuna de planos nacionais de preparação e resposta. A resposta dos governos deve ser bem coordenada, bem equipada de recursos e basear-se nos princípios de equidade e parceria a nível mundial.

96. Os membros do Subcomité consideraram que o documento estava bem estruturado e fornecia as informações necessárias para se conceber um plano adequado de preparação e resposta a uma potencial pandemia. Os delegados também partilharam as experiências dos seus países na resposta à epidemia na população aviária. Para melhorar o documento, fizeram as seguintes observações de carácter geral:

- a) é preciso pensar melhor na possibilidade de os governos e os parceiros mobilizarem os recursos adequados para financiar os planos nacionais e regionais, visto que os fundos prometidos pelos parceiros não foram ainda disponibilizados;
- b) a problemática do reforço de capacidades foi realçado, particularmente a formação de pessoal de laboratório e clínicos; é também indispensável o reforço da capacidade laboratorial para a confirmação do diagnóstico de vírus H5N1 na Região, o que é urgente, visto que os países estão a enfrentar dificuldades no transporte de amostras para outros continentes, usando as companhias aéreas;
- c) devem ser estudadas formas de melhorar a disseminação da informação relevante sobre a actual situação epidemiológica, incluindo troca de experiências dos países;
- d) embora seja importante reforçar a preparação para a pandemia, é necessário assegurar a divulgação da informação pública, sem levantar um alarme desnecessário; é preciso ter o cuidado de não permitir que os programas de saúde pública em curso sofram um impacto negativo, se os seus recursos forem desviados para a preparação e resposta à gripe das aves;
- e) a análise da situação deve incluir informação sobre as estatísticas partilhadas pelos países, mapas sobre as migrações das aves e redes de laboratórios;

- f) a tradução da versão portuguesa deve ser revista, em especial a tradução de *International Health Regulations*, em todo o documento;
- g) o documento deve igualmente discutir problemas relacionados com as dificuldades de transporte de espécimes através das fronteiras, sendo necessário apresentar soluções.

97. O Subcomité do Programa propôs as seguintes alterações específicas ao documento:

- a) Em Análise da Situação: i) parágrafo 8, actualizar as estatísticas; ii) nos parágrafos 11 e 14, rever os textos sobre a disponibilidade de orientações e torná-los coerentes; iii) realçar as lições aprendidas com os países da Região Africana e outras regiões em matéria de preparação e resposta; iv) incluir um parágrafo sobre obstáculos relacionados com o acesso ao financiamento;
- b) Em Preparação e Resposta: i) incluir uma secção específica sobre financiamento com dois aspectos: o papel da OMS na prestação de orientações técnicas e medicamentos, usando os fundos de emergência da OMS e os papéis dos parceiros e países na criação de mecanismos de compensação para os avicultores e fornecimento de fontes alternativas de proteínas para as dietas humanas; ii) no parágrafo 24, reformular a segunda frase, que ficará “Devem fazer-se esforços para garantir a disponibilidade e o acesso aos reagentes recomendados, bem como aos sistemas de transferências de amostras”; iii) na versão portuguesa, a primeira frase do parágrafo 25 deve ser revista; o parágrafo deve ser reformulado para esclarecer a questão da disponibilidade de uma reserva internacional da OMS de medicamentos antivirais;
- c) Na secção sobre Papéis e Responsabilidades, deve incluir-se a necessidade de os países criarem mecanismos de financiamento com o apoio dos parceiros;
- d) Na conclusão deve incluir-se a questão do financiamento;
- e) No Resumo, parágrafo 3, deve salientar a necessidade de mecanismos de financiamento.

98. O Secretariado agradeceu aos membros do Subcomité do Programa pelas observações e sugestões apresentadas; as quais serão usadas para finalizar o documento, a apresentar à Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional. O Director Regional informou que o escritório do coordenador do sistema das Nações Unidas para a gripe foi criado pelo Secretário-Geral das Nações Unidas para coordenar esforços conjuntos sobre a preparação e resposta para a gripe das aves. Informou ainda aos participantes de que a OMS estava a trabalhar em estreita colaboração com todos os outros organismos relevantes das Nações Unidas. Lamentou que a Região Africana e os países não estejam a receber um financiamento adequado e que o documento seria revisto para se tornar mais explícito relativamente a esta questão, com a finalidade de apelar aos governos e aos parceiros internacionais no sentido de estes aumentarem o financiamento dedicado à preparação e resposta para a gripe das aves. Relativamente à reserva internacional da OMS de medicamentos antivirais, informou o Subcomité de que as quantidades disponíveis de medicamentos eram limitadas, não podendo, por isso, dar resposta a todas as necessidades mundiais. Expressou a sua esperança de que futuramente haverá maior disponibilidade de medicamentos no mercado e que o acesso a esses medicamentos seria justo para os países da Região Africana.

99. O Subcomité do Programa recomendou o documento com alterações e preparou um projecto de Resolução (AFR/RC56/WP/6) sobre o assunto, a apresentar à aprovação do Comité Regional.

#### **INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: AGENDA PARA A REGIÃO AFRICANA DA OMS (documento AFR/RC56/PSC/10)**

100. O Dr. Paul-Samson Lusamba-Dikassa, do Secretariado, apresentou o documento sobre a investigação em saúde, que contém uma introdução, análise da situação, agenda para a Região Africana, papéis e responsabilidades e conclusão.

101. O documento sublinha o facto de a investigação ser importante para a consecução das metas da saúde, incluindo as Metas de Desenvolvimento do Milénio. A 48ª sessão do Comité Regional aprovou um plano estratégico regional para a investigação em saúde. A 58ª Assembleia Mundial da Saúde aprovou uma Resolução (WHA58.34) na qual adere às recomendações da Cimeira Ministerial sobre Investigação em Saúde em 2004, no México. A segunda Conferência Mundial sobre Investigação em Saúde está prevista para o ano de 2008 em África.



102. O documento reconhece as actuais deficiências de conhecimentos que se reflectem no desempenho dos sistemas de saúde da Região Africana, as quais limitam as capacidades dos países para alcançar as metas e objectivos nacionais e internacionais na área da saúde. A investigação em saúde está subfinanciada. Existem lacunas no saber-fazer, o que significa que a investigação não é traduzida numa política e numa acção. Os sistemas nacionais de investigação em saúde não são plenamente funcionais, pelo que a capacidade de investigação em saúde é reduzida. Vários obstáculos vêm agravar a situação: instabilidade política e social, níveis elevados de iliteracia e poucos conhecimentos matemáticos, baixo nível de desenvolvimento económico e acesso limitado a computadores e à internet. O documento sublinha que, a despeito dos muitos desafios existentes, há oportunidades que os países devem aproveitar, por exemplo o aumento da consciencialização mundial e regional sobre a importância da investigação em saúde, o aumento do financiamento exterior e as iniciativas e mecanismos existentes.

103. O documento acrescenta que, para reforçar os sistemas nacionais de investigação em saúde, os países deverão alargar a agenda da investigação em saúde, para que inclua os grandes e multidimensionais determinantes da saúde, garanta uma ligação a outros sectores externos à saúde e promova análises sistemáticas, incluindo o uso de literatura cinzenta; deverão associar a investigação à política e à acção, o que poderá implicar a criação de redes e a aquisição de capacidades para traduzir a investigação em acção; mobilizar mais financiamento interno e externo; reforçar áreas relevantes, incluindo os recursos humanos, organização e infra-estruturas; reforçar várias parcerias, por ex., Norte-Sul, Sul-Sul, intersectoriais, público-privado, investigadores e decisores; afectar, no mínimo, 2% dos orçamentos da saúde à investigação, garantindo sistemas nacionais sólidos para a investigação em saúde; reforçar o apoio à investigação sobre sistemas de saúde, promover a tradução da investigação numa política e numa acção e continuar a apoiar a investigação de base sobre fármacos, vacinas, diagnósticos e outros instrumentos. A OMS e os outros parceiros apoiarão os países na promoção da importância da investigação, farão advocacia em favor de um financiamento acrescido, definirão normas e padrões (incluindo a fiscalização ética), darão apoio técnico, promoverão análises, sínteses, a disseminação e aplicação dos resultados da investigação e tratarão de melhorar o acesso à informação.

104. Os países foram exortados a dedicar os recursos e esforços adequados à investigação em saúde e a traduzir os resultados da investigação em acção, de modo a contribuírem para o desenvolvimento sanitário e a consecução das metas da saúde, incluindo as Metas de Desenvolvimento do Milénio.

105. Os membros do Subcomité do Programa louvaram o Secretariado por ter produzido um documento bem estruturado, bem apresentado e informativo. Fizeram os seguintes comentários gerais:

- a) O documento deverá ser encarado como resultado de um trabalho ainda em execução, a ser permanentemente aperfeiçoado, tendo em conta os resultados de iniciativas em curso, como os encontros de Abuja e Acra, e as futuras actividades preparatórias da Conferência Mundial sobre Investigação em Saúde de 2008, prevista para a Região Africana;
- b) Será necessário sublinhar a importância de: 1) elaborar planos nacionais; 2) criar estruturas nacionais de coordenação e garantir a sua eficácia e carácter nacional; 3) comissões multidisciplinares técnicas e de análise ética; 4) redes nacionais e interpaíses; 5) advocacia em favor da mobilização de recursos entre os Estados-Membros e os parceiros; 6) incluir a investigação nos currículos das instituições de formação da área da saúde, para criar uma cultura de investigação; 7) afectar, no mínimo, 2% dos orçamentos de todos os programas e projectos à investigação em saúde; 8) natureza complementar dos sistemas de investigação clínica e em sistemas de saúde, incluindo a investigação no terreno;
- c) Necessidade de a investigação em saúde e os seus diversos tipos serem incluídos no documento, em notas de rodapé;
- d) Necessidade de ter em conta a investigação em saúde que decorre no âmbito dos ministérios da educação, ciência e tecnologia, etc.;
- e) Necessidade também de analisar o melhor modo de transmitir ao público, incluindo a população não escolarizada, os resultados da investigação.

106. O Subcomité do Programa propôs as seguintes emendas específicas ao documento:

- a) Parágrafo 5, na versão portuguesa, substituir as palavras *todos os financiadores* por *todos os parceiros*;
- b) Parágrafo 8: alinhar a versão portuguesa com a versão inglesa;
- c) Parágrafo 10 d): Reformular deste modo: “acesso e uso limitados à informação e às tecnologias da comunicação (computadores, internet, etc)”;
- d) Parágrafo 11 d): Incluir uma descrição dos centros colaboradores da OMS;
- e) Parágrafo 12: Incluir uma frase introdutória sobre a necessidade de medidas urgentes para reforçar a investigação em saúde, no seio do sector da saúde. Além disso, referir a necessidade de mecanismos nacionais de coordenação da investigação no sector da saúde e fora dele;
- f) Parágrafo 13: Referir a necessidade de reforçar a capacidade dos políticos, decisores e gestores (incluindo uma formação em estatística), para que possam usar os dados da investigação;
- g) Parágrafo 17: Incluir um subparágrafo sobre a criação de um registo central, banco de dados ou depósito da investigação em saúde. Poderá localizar-se na internet, para facilitar o acesso e a partilha dos dados;
- h) Parágrafo 17 a): Usar a palavra “complementá-lo” em vez de “equilibrá-lo”;
- i) Parágrafo 18: Acrescentar uma frase sobre o apoio de estudos-multicentro, multi-locais e trans-nacionais para resolver problemas comuns e aumentar a eficácia;
- j) Parágrafo 17 b): Incluir uma frase sobre a estrutura nacional de coordenação para orientar e assegurar a assunção de responsabilidades pelo país;
- k) Parágrafo 18 c): Acrescentar “em conjunção com os Estados-Membros”.

107. O Secretariado agradeceu os valiosos comentários e sugestões dos membros do Subcomité, os quais serão usados na finalização do documento, antes de este ser submetido à 56ª sessão do Comité Regional. Foram dados esclarecimentos sobre os motivos que justificam a proposta de afectação de 2% do orçamento à investigação e do uso do vocábulo “obstáculos” em vez de “desafios”. Foi também referido que o uso da expressão “sistemas nacionais de investigação em saúde” abrange a função de administração-geral e governação, bem como as necessárias organizações e

estruturas. O documento beneficiaria se fosse associado às iniciativas e actividades em curso, relacionadas com a preparação da Conferência Mundial sobre a Investigação em Saúde.

108. O Subcomité do Programa recomendou o documento com algumas emendas para ser submetido à aprovação do Comité Regional.

### **GESTÃO DO CONHECIMENTO NA REGIÃO AFRICANA: ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS** (documento AFR/RC56/PSC/12)

109. O Dr. Paul-Samson Lusamba-Dikassa, do Secretariado, apresentou o documento intitulado “Gestão do Conhecimento na Região Africana da OMS: Orientações Estratégicas”, que contém uma introdução, análise da situação, agenda regional, papéis e responsabilidades, monitorização e avaliação, e conclusão.

110. O documento refere que a Gestão do Conhecimento (KM) é um conjunto de princípios, instrumento e práticas que permitem às pessoas adquirir conhecimento, partilhá-lo, concretizá-lo e aplicar o que sabem à criação de valores e ao aumento da eficácia. Isso significa melhorar o desempenho (ou seja, o tempo e qualidade do serviço, a inovação e a redução dos custos) das entidades decisoras (países e organizações).

111. O documento refere que os desafios com que a Região Africana se confronta decorrem da ausência de políticas, normas, padrões e estratégias, de conectividade das comunicações e de capacidades relevantes de gestão que permitam aos países nivelar as tecnologias da informação e das comunicações para a Gestão do Conhecimento.

112. O propósito desta estratégia é melhorar o desempenho do sistema de saúde e os seus produtos, graças a uma eficaz Gestão do Conhecimento da área da saúde. Os objectivos específicos são ampliar o acesso à informação e ao conhecimento sobre a saúde, maximizar o impacto do conhecimento explícito e tácito pela partilha e aplicação dos saberes e estimular a ciber saúde e a telemedicina.

113. O documento apresenta intervenções prioritárias, que incidem na advocacia; numa melhor obtenção de dados e recolha de dados factuais; na elaboração de políticas e planos; na definição de padrões e normas; no reforço de capacidades

relevantes (pessoas, processos, tecnologias); no estímulo às parcerias; e na mobilização de recursos.

114. Para reforçar as capacidades de gestão do conhecimento, os Estados-Membros necessitarão de criar políticas, estratégias e mecanismos de coordenação pertinentes e de mobilizar recursos para a implementação dos planos. A OMS e os parceiros darão o apoio técnico adequado e providenciarão directrizes aos Estados-Membros para a implementação das orientações estratégicas contidas neste documento.

115. Os membros do Subcomité do Programa louvaram o Secretariado pela boa estrutura e o carácter informativo do documento, assim como pela sua apresentação. Fizeram os seguintes comentários gerais para melhorar o documento:

- a) O documento oferece a oportunidade de abordar os problemas dos recursos humanos e de advogar em favor da Gestão do Conhecimento e das tecnologias de informação e comunicação (ICT) da área da saúde, para os decisores. Há necessidade de mencionar os benefícios das ICT na avaliação do desempenho dos sistemas de saúde;
- b) A OMS deverá assumir um papel de coordenação para orientar as várias iniciativas regionais sobre gestão do conhecimento e ciber saúde;
- c) Deve-se destacar a importância de associar a gestão do conhecimento à investigação em saúde e aos sistemas de gestão da informação, e integrá-la nos programas em todos os níveis; deve-se também destacar o apoio tecnológico necessário para a gestão do conhecimento;
- d) Deve-se analisar o uso de mecanismos de financiamento, como o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo e a Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação, para mobilizar recursos para o KM e a ciber saúde, a nível de país;
- e) Deve-se sublinhar o problema da equidade no acesso ao conhecimento na área da saúde e preencher as desigualdades na tecnologia digital.

116. O Subcomité do Programa propôs as seguintes emendas específicas no documento:

- a) Na versão francesa, o parágrafo 1 deve ser revisto (*savoir/faire*);

- b) No parágrafo 12, incluir mais pormenores, incluindo o projecto da Índia de desenvolvimento de ciber saúde, financiado pelo governo indiano em parceria com a União Africana;
- c) No parágrafo 17, reforçar a secção sobre advocacia estimulando a liderança em ICT e KM e encorajando o seu uso pelos dirigentes. Isso facilitará a liderança pela via do exemplo;
- d) No parágrafo 18, incluir a afirmação de que as melhores práticas deverão também ter uma boa relação custo-eficácia;
- e) No parágrafo 21, mencionar os desafios relacionados com a tecnologia, tais como a garantia de assistência permanente e de resolução dos problemas;
- f) No parágrafo 24, substituir *programas* por *estratégias*, para evitar a noção de verticalidade;
- g) No parágrafo 27, os indicadores devem ser mais cuidadosamente concebidos e seleccionados, para reflectirem a relativa novidade e as características transversais da KM, e tendo também em conta os sectores externos à saúde.

117. O Secretariado agradeceu os comentários e sugestões dos membros do Subcomité do Programa, que serão usados na versão final do documento, a apresentar à 56ª sessão do Comité Regional. Foram esclarecidos três aspectos importantes da KM: as pessoas, o processo e as tecnologias. Foi sublinhada a importância de desenvolver uma cultura de partilha do conhecimento e da sua aplicação, além do uso eficaz das tecnologias da informação e da comunicação. Foi também destacada a necessidade de maior investimento nesta área relativamente nova, em especial para o reforço das capacidades de KM e o desenvolvimento das ICT.

118. O Subcomité do Programa aprovou o documento com algumas emendas e preparou um projecto de Resolução (AFR/RC56/WP/7) sobre este tema, que será apresentado ao Comité Regional para aprovação.

#### **DREPANOCITOSE NA REGIÃO AFRICANA: SITUAÇÃO ACTUAL E PERSPECTIVAS** (documento AFR/RC56/PSC/13)

119. O documento sobre a drepanocitose foi apresentado pelo Dr. Rufaro Chatora, do Secretariado. O documento está organizado em cinco secções: introdução, análise da situação, perspectivas, papéis e responsabilidades e conclusão.

120. O Dr. Chatora informou que a drepanocitose é um distúrbio sanguíneo genético que afecta a hemoglobina dos glóbulos vermelhos. A dor recorrente e as complicações causadas pela doença podem interferir com muitos aspectos da vida dos pacientes, incluindo os estudos, o emprego e o desenvolvimento psicológico. O rastreio neonatal da drepanocitose, quando ligado a um teste de diagnóstico atempado, à educação dos pais e a cuidados completos pode reduzir acentuadamente a morbidade e a mortalidade causadas pela doença na infância e primeira adolescência.

121. O documento sublinha que, na maioria dos países, em que a drepanocitose é um grave problema de saúde pública, não existem programas nacionais de controlo; as instalações básicas para tratar os doentes não existem; o rastreio sistemático da drepanocitose não é uma prática comum; e o diagnóstico da doença só é feito, normalmente, quando ocorre qualquer complicação grave. Como resultado dessa situação, mais de 50% das crianças com a forma mais grave da doença morrem antes de atingirem os cinco anos de idade, normalmente devido a uma infecção ou anemia grave.

122. Os países são encorajados a reforçarem ou criarem programas nacionais que se centrem na advocacia; prevenção e aconselhamento; detecção precoce e tratamento; vigilância e investigação; e educação das comunidades e parcerias.

123. Os membros do Subcomité do Programa apreciaram o documento como altamente informativo e relevante para aumentar a sensibilização para esta importante mas negligenciada doença. No entanto, apresentaram as seguintes sugestões para melhorar o documento:

- a) é preciso harmonizar os números relativos à prevalência, no texto e no mapa;
- b) é preciso evitar a verticalização da prevenção da drepanocitose e do programa de controlo e, em vez disso, inclui-lo como parte integrante dos programas das doenças não-transmissíveis;
- c) é preciso dar ainda maior relevo às questões de natureza ética que rodeiam o processo de rastreio;

- d) há possibilidade de subnotificação da incidência da doença, devido a falta de capacidade de rastreio, particularmente nas áreas mais remotas;
- e) há uma proposta para usar o controlo da drepanocitose como ponto de entrada para os programas de saúde reprodutiva e criar mecanismos mais eficazes para aumentar a participação dos homens nas questões da saúde reprodutiva;
- f) é preciso sublinhar a importância do envolvimento da sociedade civil na prevenção e controlo da drepanocitose;
- g) é preciso ser mais explícito sobre o que é possível fazer em relação ao rastreio a nível dos cuidados primários de saúde.

124. O Subcomité do Programa propôs as seguintes alterações específicas ao documento:

- a) Na introdução, o parágrafo 4 deverá fazer referência à resolução da Quinquagésima-nona Assembleia Mundial da Saúde sobre os programas de prevenção e controlo da drepanocitose;
- b) Em Análise da Situação: i) o parágrafo 6 inclui a Serra Leoa na lista de países com as taxas de prevalência mais elevadas; ii) no parágrafo 10, acrescentar a palavra *comunidade* depois de *família*, iii) na versão francesa, parágrafo 11, acrescentar a palavra *curatif* depois de *traitement*; acrescentar *antipalúdicos* no final da segunda frase;
- c) Em Perspectivas, a última frase do parágrafo 14 deverá incluir o rastreio dos pais que vivem em áreas de elevada prevalência;
- d) A Conclusão deverá incluir a necessidade de aumentar a advocacia e a sensibilização.

125. O Secretariado agradeceu aos membros do Subcomité do Programa as observações e sugestões apresentadas, as quais serão usadas na versão final do documento a apresentar à Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional.

126. O Subcomité do Programa recomendou que o documento fosse apresentado ao Comité Regional com as alterações sugeridas.



## OUTROS ASSUNTOS

127. Mseleku Thami, da República da África do Sul e membro do Subcomité do Programa, informou o Subcomité a respeito de um pedido da parte do Ilustre Ministro da Saúde da África do Sul para que fossem incluídos três pontos adicionais para discussão na ordem do dia da Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional. Os tópicos dizem respeito à:

- a) Destruição dos *stocks* de vírus da varíola
- b) Participação dos Estados-Membros da Região Africana no processo para a eleição do próximo Director-Geral da Organização Mundial de Saúde
- c) Activação do cargo de Director-Geral Adjunto da OMS

128. O Director Regional lembrou que se chegara já a acordo quanto à ordem do dia da Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional. Porém, explicou que o Regulamento Interno do Comité Regional Africano prevê a possibilidade de serem acrescentados pontos para discussão, em consulta com o Presidente do Comité Regional.

129. No que respeita à destruição dos *stocks* do vírus da varíola, o Director Regional informou os membros do Subcomité do Programa que está planeada uma sessão informal especial, que contaria com a participação de especialistas, no decurso da reunião do Comité Regional. Esta sessão especial centrar-se-á nas considerações técnicas e científicas relacionadas com o processo de investigação com o vírus vivo da varíola. Caso a República da África do Sul solicite um debate formal durante a Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional, o Director Regional irá, em concordância com o Presidente, tomar em consideração a inclusão deste tema na ordem do dia, de acordo com o Regulamento Interno.

130. No que concerne a nomeação do novo Director-Geral, o Director Regional indicou que o Conselho Executivo, durante a sua sessão extraordinária de 30 de Maio de 2006, havia suspenso o regulamento 52 para permitir a aceleração do processo de nomeação que será confirmado pela Sessão Especial da Assembleia Mundial da Saúde, a realizar a 9 de Novembro de 2006. Por forma a facilitar o processo de consulta com os ministros da saúde da Região Africana, o Secretariado está a preparar uma sala de conferência com cabines de tradução simultânea para que os

ministros se possam reunir em Addis Abeba no Domingo, dia 27 de Agosto de 2006, pela manhã, na Comissão Económica Africana. O Director Regional reiterou a disponibilidade do Secretariado da OMS em facilitar a participação dos Estados-Membros na implementação da Resolução EB 118.R2.

131. Sobre a activação do cargo de Director-Geral Adjunto, a Centésima-Décima-Oitava sessão do Conselho Executivo, de 20 de Maio de 2006, havia já clarificado que não existe actualmente qualquer vaga. Com efeito, o Dr. Anders Norstrom fora designado para esse cargo pelo antigo Director-Geral. Além disso, o Conselho Executivo tinha designado o Dr. Nordstrom como Director-Geral Interino, cargo que acumulará com o de Director-Geral Adjunto.

#### **APROVAÇÃO DO RELATÓRIO PELO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA**

(documento AFR/RC56/3)

132. Após a revisão do documento e de algumas discussões e emendas, o Subcomité do Programa aprovou o relatório com as alterações.

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

133. O Subcomité do Programa decidiu que seriam o Presidente e os Relatores a apresentar o relatório ao Comité Regional e que, na eventualidade de um dos Relatores não poder estar presente no Comité Regional, o Presidente ficaria incumbido de apresentar essa secção do relatório.

134. A atribuição de responsabilidades para a apresentação do relatório ao Comité Regional foi a seguinte:

- a) Dr. Shehu Sule (Presidente), pontos da Ordem do Dia:
  - 8.1 Plano Estratégico Regional do Programa Alargado de Vacinação, 2006-2009
  - 8.2 Prevenção do VIH na Região Africana: Estratégia de intensificação e aceleração

- 8.3 Pobreza, comércio e saúde: Um problema emergente para o desenvolvimento sanitário
- b) Dr. Babacar Drame (Relator de Francês), pontos da Ordem do Dia:
  - 8.4 Financiamento da saúde: Estratégia para a Região Africana
  - 8.5 Autoridades reguladoras farmacêuticas: Situação actual e perspectivas
  - 8.6 Revitalização dos serviços de saúde no contexto dos cuidados primários de saúde na Região Africana
- c) Dr. Prince Albert T. Roberts (Relator de Inglês), pontos da Ordem do Dia:
  - 8.7 Sobrevivência Infantil: Estratégia para a Região Africana
  - 8.8 Investigação em saúde: Programa de acção para a Região Africana
  - 9 Revisão do projecto de Plano Estratégico a Médio Prazo 2008-2013 e do projecto de Orçamento-Programa 2008-2009
- d) Dr. José Manuel Jesus Alves de Sousa Carvalho (Relator de Português), pontos da Ordem do Dia:
  - 8.9 Gripe das Aves: Preparação e resposta à ameaça de uma pandemia
  - 8.10 Gestão dos conhecimentos na Região Africana: Orientações estratégicas
  - 8.11 Drepanocitose na Região Africana: Situação actual e perspectivas

## **ENCERRAMENTO DA REUNIÃO**

135. O Presidente agradeceu aos membros do Subcomité do Programa pela sua participação activa nas deliberações. Agradeceu igualmente ao Secretariado pelos documentos bem articulados e pela boa facilitação geral da reunião e agradeceu ainda ao Director Regional, ao Director de Gestão do Programa e aos directores de divisão pela expansão das fronteiras da saúde na Região.

136. O Presidente informou os participantes de que tinha chegado ao fim o mandato da Namíbia, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe e Senegal como membros do Subcomité do Programa, agradeceu-lhes o valioso contributo para os trabalhos do Subcomité e informou-os de que seriam substituídos pela Argélia, Angola, Benim, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe. Os membros cessantes do Subcomité do Programa agradeceram ao Secretariado por ter facilitado o seu trabalho e pela assistência técnica prestada aos países. Reiteraram a necessidade de serem revistos o mandato do Subcomité do Programa e o Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS antes da realização da Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano da OMS.

137. Nos seus comentários finais, o Director Regional agradeceu aos membros do Subcomité pela sua participação activa e pelas excelentes contribuições. Realçou a necessidade de se encontrarem ideias inovadoras de apoio às reformas dos sistemas de saúde dos países. O papel da OMS no Escritório Regional centra-se na troca de informação e prestação de apoio técnico. Ao nível dos países, a representação da OMS deve desempenhar um papel cada vez mais activo para facilitar a colaboração entre os diversos parceiros, o que possibilitaria uma melhor mobilização de recursos para apoio aos esforços desenvolvidos pelos países.

138. Em resposta a pedidos específicos por parte dos membros do Subcomité, o Director Regional reafirmou a necessidade de se rever a composição, as funções e o mandato do Subcomité do Programa. A participação como membro pode ser alargada para incluir três ou quatro países adicionais. As suas funções podem ser também ampliadas para correlacionar o trabalho do Comité Regional, da Assembleia Mundial da Saúde e do Conselho Executivo, o que poderia melhorar a comunicação e a informação dada pelos delegados regionais que participam nestes fóruns. Relativamente ao plano estratégico a médio prazo, o Director Regional afirmou que o documento está ainda a ser revisto mas que será disponibilizado aos membros do Subcomité assim que estiver finalizado nas três línguas oficiais.

139. O Director Regional agradeceu ao Secretariado e aos intérpretes pelo excelente trabalho realizado, que contribuiu para o êxito da reunião.

140. O Presidente deu então a reunião por encerrada.

## APÊNDICE 1

### LISTA DOS PARTICIPANTES

#### 1. MEMBROS DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

##### ÁFRICA DO SUL

Sr. Yogan Pillay  
Director of Planning  
Department of Health

##### NAMÍBIA

Dr. Norbert P. Forster  
Under Secretary, Health and  
Social Welfare Policy

##### NÍGER

Dr Fatimata Moussa  
Secrétaire générale  
Ministère de la Santé

##### NIGÉRIA

Dr Shehu Sule  
Director, Community Health and  
Population Activities

##### RUANDA

Dr Eliphaz Ben Karenzi  
Secrétaire général au Ministre de la  
Santé

##### SÃO TOMÉ E PRINCÍPE

Dr. José Manuel de Jesus Alves de  
Sousa Carvalho  
Directeur des Soins de Santé

##### SENEGAL

Dr. Babacar Dramé  
Médecin Colonel  
Directeur de la Santé

##### SEYCHELLES

Dr Bernard Valentin  
Director General for Health Planning  
and Information

##### SERRA LEOA

Dr Prince Albert T. Roberts  
Deputy Director-General for Primary  
Health

##### SUAZILÂNDIA

Dr. Cesphina Mabuza  
Director of Medical Services

##### TANZÂNIA

Dr. Z. A. Berege  
Director of Hospital Services

## **TOGO**

Dr Potougnima Tchamdja  
Directeur général de la Santé

## **2. COMITÉ CONSULTIVO AFRICANO PARA A INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO (CCAIDS)**

## **MAURÍCIAS**

Dr. Sylvain Shunken Manraj  
Chairman of the African Advisory  
Committee for Health Research and  
Development

---

\* **Não pôde participar**

## **3. MEMBROS DO CONSELHO EXECUTIVO**

## **LIBÉRIA\***

## **MADAGÁSCAR**

(Mme) Dr Marie Perline Odette  
Rahantanirina

## APÊNDICE 2

### ORDEM DO DIA

1. Abertura da reunião
2. Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relatores
3. Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC56/PSC/1)
4. Plano Estratégico Regional do Programa Alargado de Vacinação para 2006-2009 (documento AFR/RC56/PSC/3)
5. Prevenção do VIH na Região Africana: Estratégia de intensificação e aceleração (documento AFR/RC56/PSC/4)
6. Pobreza, comércio e saúde: Um problema emergente para o desenvolvimento sanitário (documento AFR/RC56/PSC/5)
7. Financiamento da saúde: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC56/PSC/6)
8. Autoridades reguladoras farmacêuticas: Situação actual e perspectivas (documento AFR/RC56/PSC/7)
9. Revitalização dos sistemas de saúde no contexto dos cuidados primários de saúde na Região Africana (documento AFR/RC56/PSC/8)
10. Sobrevivência infantil: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC56/PSC/9)
11. Investigação em saúde: Programa de acção para a Região Africana (documento AFR/RC56/PSC/10)
12. Gripe das aves: Estado de preparação e resposta à ameaça de uma pandemia (documento AFR/RC56/PSC/11)

13. Gestão dos conhecimentos na Região Africana: Orientações estratégicas  
(documento AFR/RC56/PSC/12)
14. Drepanocitose na Região Africana: Situação actual e perspectivas  
(documento AFR/RC56/PSC/13)
15. Aprovação do relatório do Subcomité do Programa  
(documento AFR/RC56/PSC/14)
16. Atribuição de responsabilidades para a apresentação do relatório do Subcomité do Programa ao Comité Regional
17. Encerramento da reunião.



## APÊNDICE 3

### PROGRAMA DE TRABALHO

#### 1º DIA: TERÇA-FEIRA, 6 DE JUNHO DE 2006

10h00 – 10h10	<b>Ponto 1</b>	Abertura da reunião
10h10 – 10h20	<b>Ponto 2</b>	Eleição do Presidente, do Vice-Presidente e dos Relatores
10h20 – 10h30	<b>Ponto 3</b>	Adopção da ordem do dia (documento AFR/RC56/PSC/1)
10h30 – 11h00	<i>Intervalo: Chá e frutas</i>	
11h00 – 12h30	<b>Ponto 4</b>	Plano Estratégico Regional do Programa Alargado de Vacinação 2006-2009 (documento AFR/RC56/PSC/3)
12h30 – 14h00	<i>Almoço</i>	
14h00 – 15h30	<b>Ponto 5</b>	Prevenção do VIH na Região Africana: Estratégia de intensificação e aceleração (documento AFR/RC56/PSC/4)
15h30 – 17h00	<b>Ponto 6</b>	Pobreza, comércio e saúde: Um problema emergente para o desenvolvimento sanitário (documento AFR/RC56/PSC/5)

#### 2º DIA: QUARTA-FEIRA, 7 DE JUNHO DE 2006

09h00 – 10h30	<b>Ponto 7</b>	Financiamento da saúde: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC56/PSC/6)
10h30 – 11h00	<i>Intervalo: Chá e frutas</i>	

11h00 – 12h30	<b>Ponto 8</b>	Autoridades Reguladoras Farmacêuticas: Situação actual e perspectivas (documento AFR/RC56/PSC/7)
12h30 – 14h00	<i>Almoço</i>	
14h00 – 15h30	<b>Ponto 9</b>	Revitalização dos sistemas de saúde no contexto dos cuidados primários de saúde na Região Africana (documento AFR/RC55/PSC/8)
15h30 – 16h30	<b>Ponto 10</b>	Sobrevivência infantil: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC56/PSC/9)
17h00	<i>Recepção</i>	
<b>3º DIA:</b>	<b>QUINTA-FEIRA, 8 DE JUNHO DE 2006</b>	
09h00 – 10h00	<b>Ponto 11</b>	Investigação em saúde: Programa de acção para a Região Africana (documento AFR/RC56/PSC/10)
10h00 – 10h30	<i>Intervalo: Chá e frutas</i>	
10h30 -12h00	<b>Ponto 12</b>	Gestão do conhecimento na Região Africana: Orientações estratégicas (documento AFR/RC56/PSC/12)
12h00 – 14h00	<i>Almoço</i>	
14h00 – 15h00	<b>Ponto 13</b>	Gripe das Aves: Estado de preparação e resposta à ameaça de uma pandemia (documento AFR/RC56/PSC/11)
15h00 – 16h00	<b>Ponto 14</b>	Drepanocitose na Região Africana: Situação actual e perspectivas (documento AFR/RC56/PSC/13)

**4º DIA:                    SEXTA-FEIRA, 9 DE JUNHO DE 2006**

09h00 – 13h00

**Redacção do Relatório**

14h00

**Ponto 15**            Aprovação do relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC56/PSC/14)

**Ponto 16**            Atribuição de responsabilidades para a apresentação do Relatório do Subcomité do Programa ao Comité Regional

**Ponto 17**            Encerramento da reunião

## ANEXO 5

### RELATÓRIO DA MESA-REDONDA SOBRE A ACÇÃO INTERSECTORIAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DAS DOENÇAS

(documento AFR/RC56/RT/1)

1. A mesa-redonda sobre a acção intersectorial para a promoção da saúde e prevenção das doenças teve lugar no dia 31 de Agosto de 2006, sob a presidência do Exm.º Ministro da Saúde e Qualidade de Vida, das Maurícias. Nas suas observações introdutórias, o presidente afirmou que o assunto em debate era oportuno e relevante, tendo em conta o duplo fardo das doenças e algumas outras doenças novas, a maioria das quais poderiam ser evitadas. O presidente definiu a promoção da saúde como um processo para garantir a participação dos indivíduos na saúde e para prevenir as doenças. Em seguida, justificou o tempo dispensado à discussão deste assunto e afirmou que a promoção da saúde é um elemento fundamental do desenvolvimento sanitário. Acrescentou que a promoção da saúde é reconhecida, tanto a nível mundial como regional, como um instrumento para abordar os grandes determinantes subjacentes à saúde, assim como as condições de saúde em geral. O presidente indicou, em seguida, o tema do debate, tendo a assembleia apresentado mais de vinte sugestões.

2. Referindo experiências e desafios relativos à implementação da promoção da saúde nos países, os participantes frisaram os seguintes pontos-chave:

- a) É urgentemente necessário abordar os grandes determinantes da saúde e retomar um modo de vida natural, como forma de promover a saúde;
- b) Na maioria dos países da Região não existem capacidades adequadas para implementar a promoção da saúde;
- c) Para além do sector da saúde, existem vários intervenientes envolvidos na implementação da promoção da saúde, mas há poucos mecanismos de coordenação;
- d) A promoção da saúde apresenta uma boa relação custo-eficácia como instrumento para o desenvolvimento sanitário integrado;

- e) Os termos *promoção da saúde* e os seus elementos - *educação sanitária; informação, educação e comunicação*; e *comunicação sobre mudança de comportamentos* - são, por vezes, usados indiferentemente;
- f) As intervenções de promoção da saúde centram-se, actualmente, nas doenças transmissíveis.

3. As várias recomendações apresentadas foram categorizadas em quatro partes principais, como a seguir se indica.

**4. Intensificação e coordenação da promoção da saúde nos sectores públicos e nos programas do desenvolvimento:**

- a) É preciso que haja uma mudança de mentalidades para um conceito mais amplo de saúde, que dê ênfase à promoção da saúde e à prevenção;
- b) A implementação das intervenções integradas e abrangentes de promoção da saúde deve ser reforçada;
- c) A componente da promoção da saúde deve ser incorporada em todos os sectores públicos, na estratégia de redução da pobreza e em todos os programas de desenvolvimento;
- d) A promoção da saúde deve receber uma prioridade elevada na agenda do sistema de saúde, uma vez que os respectivos resultados afectam todos os aspectos da saúde e do bem-estar;
- e) Todos os membros da sociedade deverão ser devidamente informados sobre saúde pública, relativamente a todas as doenças prevalentes;
- f) A promoção da saúde deverá ir para além dos conhecimentos, devendo o resultado final ser a consecução da mudança de comportamentos;
- g) As actividades de promoção da saúde deverão ser avaliadas, para se poderem determinar os respectivos resultados e o impacto;
- h) As abordagens da promoção da saúde deverão ser harmonizadas no seio dos países, devendo ser identificadas as principais características regionais;

- i) O sector da saúde deve fornecer a liderança para a mobilização e coordenação de todos os outros sectores públicos e privados e outros intervenientes;
- j) Todos os profissionais de saúde deverão receber formação em promoção da saúde;
- k) Os países deverão preparar um roteiro para a promoção da saúde que contemple toda a sociedade;
- l) Deverão ser criados, a todos os níveis, mecanismos de coordenação dos programas de promoção da saúde;
- m) A promoção da saúde deve ser considerada, obrigatoriamente, um elemento transversal dos sistemas de saúde.

**5. Intensificar o envolvimento sustentável das comunidades e da sociedade civil na promoção da saúde:**

- a) A implementação da promoção da saúde deve centrar-se a nível das famílias, para garantir uma cobertura universal;
- b) A promoção da saúde deve ser claramente direccionada, visando especialmente as populações de risco (por exemplo, as mulheres e as crianças);
- c) As intervenções de promoção da saúde têm de ter em atenção os aspectos sociais e culturais.
- d) Os locais de trabalho, escolas e comunidades devem ser encarados como pontos para a promoção da saúde.
- e) A promoção da saúde deve incidir nas doenças prioritárias, assim como na alimentação, actividade física e outras intervenções que abordem as doenças não transmissíveis.
- f) As abordagens eficazes de base comunitária devem ser identificadas e implementadas em todas as comunidades, para fazer face a questões prioritárias como a nutrição.
- g) Deve-se fazer uso dos terapeutas da medicina tradicional, para a promoção da saúde.

- h) Devem ser estabelecidos e institucionalizados mecanismos que facilitem o envolvimento das comunidades na promoção da saúde, incluindo a contratação e a formação de pessoal a nível das comunidades.
- i) As organizações da sociedade civil devem ser mobilizadas em apoio das intervenções comunitárias.

**6. Envolver o sector privado de forma construtiva na promoção da saúde**

- a) Devem ser criados ou reforçados, onde existam, mecanismos, políticas e programas, para envolver o sector privado na promoção da saúde.
- b) Devem ser celebradas parcerias entre os governos e organizações do sector privado, sobretudo para abordar as áreas da alimentação, nutrição e actividade física.
- c) A possibilidade da existência de refeições escolares deve ser considerada.

**7. Garantir as infra-estruturas básicas para a promoção da saúde a todos os níveis da sociedade:**

- a) Os países devem garantir a existência de estruturas pertinentes e adequadas, assim como funcionários e estratégias que orientem a implementação da promoção da saúde a todos os níveis.
- b) A liderança política a todos os níveis deve ser mobilizada para apoiar a promoção da saúde e a prevenção das doenças.
- c) Devem ser efectuados estudos sobre a eficácia das diversas abordagens de promoção da saúde e os resultados devem ser documentados e partilhados.
- d) Deve ser feita uma afectação orçamental adequada para apoiar os programas de promoção da saúde.
- e) Devem ser criados mecanismos para a implementação de intervenções transversais de promoção da saúde.

- f) A OMS e os parceiros devem apoiar os países fornecendo orientações, exemplos das melhores práticas, assistência técnica e promovendo actividades interpaíses que garantam o reforço das infra-estruturas para a promoção da saúde.
- g) A OMS e os parceiros devem facilitar a revisão dos vários programas curriculares para facilitar a inclusão da promoção da saúde em todos as vertentes de formação médica.
- h) Deve ser feita advocacia junto de todos os governos e parceiros do desenvolvimento, de modo a garantir o investimento adequado na promoção da saúde.
- i) Os programas curriculares das escolas devem contemplar a nutrição e outras grandes questões da promoção da saúde.
- j) Devem ser instituídas políticas e legislação adequadas para garantir a protecção de todos contra as substâncias, processos e ambientes perigosos e permitir a criação de ambientes que favoreçam a saúde.



## RELATÓRIO DO PAINEL DE DISCUSSÃO

### Combate ao paludismo na Região Africana: experiências e perspectivas

#### Antecedentes

1. O paludismo continua a exercer uma forte pressão sobre as populações africanas, particularmente entre as crianças com menos de cinco anos de idade e as mulheres grávidas. Existem instrumentos e intervenções com boa relação custo-eficácia mas, em muitos países da Região, os níveis de cobertura permanecem inaceitavelmente baixos. Há sinais de esperança em alguns países, com indicações de um decréscimo nas taxas de mortalidade infantil, para a qual o paludismo pode ter tido uma contribuição significativa. Durante a reunião dos Chefes de Estado e de Governo, em Maio de 2006, em Abuja, os líderes africanos reiteraram o seu compromisso na luta contra o paludismo, VIH e tuberculose no contexto mais vasto do desenvolvimento económico. O painel de discussão sobre o combate ao paludismo na Região Africana foi organizado como parte do ponto 12 da ordem do dia da Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional.

#### Objectivos

2. Os objectivos da discussão eram os seguintes:
  - a) partilhar experiências e lições aprendidas sobre o progresso e os desafios na implementação das intervenções de combate ao paludismo na Região Africana;
  - b) identificar oportunidades para implementação acelerada de intervenções com boa relação custo-eficácia no combate ao paludismo;
  - c) fazer recomendações ao Director Regional sobre a direcção a seguir relativamente ao combate ao paludismo na Região Africana.

## Resultados Esperados

3. No final da discussão, deveriam ter sido alcançados os seguintes resultados:
  - a) os países onde o paludismo é endémico terão partilhado experiências e lições aprendidas relativamente ao progresso e aos desafios à implementação das intervenções de combate ao paludismo na Região Africana;
  - b) terão sido identificadas oportunidades para a implementação acelerada de intervenções com boa relação custo-eficácia de combate ao paludismo;
  - c) terão sido feitas recomendações sobre a direcção a seguir relativamente ao combate ao paludismo na Região Africana.

## Procedimentos

4. O Dr. David Parirenyatwa, Ministro da Saúde do Zimbabwe, presidiu à sessão e a o Sr. Basílio Mosso Ramos, Ministro da Saúde de Cabo Verde, foi o Vice-Presidente. Cinco especialistas apresentaram tópicos sobre o controlo, prevenção, tratamento, colaboração transfronteiriça, investigação, monitorização e avaliação do paludismo.
5. A sessão teve uma grande afluência de delegados, que levantaram questões pertinentes relacionadas com a luta contra o paludismo na Região Africana e os resultados obtidos. Foram levantadas as seguintes questões:
  - a) Reconheceu-se que a propriedade, pela África, da luta contra o paludismo deve ser reforçada, uma vez que o paludismo é, essencialmente, uma doença africana. Os países congratularam-se com o aumento do número de parceiros que apoiam os seus esforços de combate ao paludismo, mas consideram necessária uma coordenação eficaz das parcerias;
  - b) Os participantes realçaram a necessidade de aumentar a disponibilidade e a qualidade dos testes de diagnóstico rápido do paludismo. É preciso desencorajar o uso da monoterapia com derivados de artemisinina, no sector privado. É necessário reforçar as autoridades reguladoras dos medicamentos, para que possam fazer aplicar a política nacional. É preciso, igualmente, reforçar a farmacovigilância e o controlo de qualidade, visto que a associação medicamentosa baseada na artemisinina (ACT) usa medicamentos novos;

- c) A questão dos recursos humanos, tanto em quantidade como em qualidade, para reforçar as actividades, é uma das grandes preocupações e os países referiram que é preciso criar mecanismos que possam aumentar o número de profissionais;
- d) A fraca disponibilidade de mosquiteiros tratados com insecticida de longa duração e a não existência de formulações pediátricas de ACT estão a dificultar a intensificação dos esforços. Os participantes solicitaram à OMS e aos parceiros que facilitassem as compras em grupo, para melhorar a disponibilidade e a entrega, em devido tempo, das mercadorias aos países;
- e) A integração da distribuição dos mosquiteiros tratados com insecticida e das campanhas de vacinação foi reconhecida como uma excelente oportunidade para aumentar a cobertura, mas há necessidade de intensificar os esforços de informação, educação e comunicação, visto que o uso de mosquiteiros é bastante mais baixo do que a respectiva propriedade. A participação das comunidades nos esforços de luta contra o paludismo é, igualmente, de grande importância para se conseguir uma cobertura e um impacto elevados;
- f) Um dos principais desafios identificados é o modo de aumentar o financiamento necessário para uma implementação abrangente das actividades de luta contra o paludismo; um outro é como assegurar a sustentabilidade;
- g) A sincronização do planeamento entre o nível nacional e distrital é importante para garantir a melhoria da coordenação e a implementação adequada de programas;
- h) Os parceiros deverão facilitar a transferência de tecnologias, para que os países africanos possam produzir as matérias de que precisam e como meio de garantir a sustentabilidade;
- i) Os mosquiteiros e as ACT são ainda demasiado dispendiosos para os africanos. Os pobres, as crianças com menos de cinco anos e as mulheres grávidas deveriam ter livre acesso aos medicamentos;
- j) Tendo sido expressas preocupações com a resistência aos ACT e aos insecticidas, foi esclarecido que não há provas de resistência aos ACT;

- k) Para complementar as actividades dos países, foi firmemente recomendado que se realizassem actividades transfronteiriças, para sustentar o impacto das intervenções;
- l) Os países reconheceram que há uma ideia errónea sobre o uso do DDT em pulverização residual no interior das habitações, mas congratulou-se com o facto de o Escritório Regional ter esclarecido as questões e divulgado a declaração da recente reunião de peritos da OMS sobre o uso do DDT na pulverização residual no interior das habitações; consequentemente, os países apoiaram a declaração da OMS sobre o uso do DDT e da pulverização residual no interior das habitações;
- m) Foram manifestadas preocupações com a falta de alternativas para o tratamento do paludismo durante o primeiro trimestre de gravidez;
- n) Diversos participantes sublinharam a necessidade de combinar várias intervenções de prevenção e controlo do paludismo, incluindo o controlo das larvas. Os países devem também destinar mais recursos internos à prevenção e controlo do paludismo.
- o) A reunião de Abuja, em 2006, sobre o combate ao paludismo, apelou à eliminação do paludismo até 2010, nos países ou zonas em que tal seja viável. Deverão ser consideradas as questões epidemiológicas, operacionais e de sustentabilidade.

## **Conclusões**

6. Os participantes reconhecem que o paludismo continua a ser um dos mais importantes problemas de saúde pública em África e que deverá ser combatido com todos os instrumentos actualmente disponíveis, na medida em que se adaptem a cada situação epidemiológica. Embora o financiamento do combate ao paludismo tenha aumentado, este apresenta ainda enormes falhas, havendo necessidade de aumentar tanto o financiamento nacional como internacional.

## Recomendações

7. Houve consenso sobre as seguintes recomendações:
- a) Deverão ser intensificadas as iniciativas transfronteiriças, de forma a intensificar o combate ao paludismo na Região. É preciso incluir uma regulamentação sanitária internacional sobre as intervenções transfronteiriças de combate ao paludismo.
  - b) As actividades de combate ao paludismo devem ser implementadas de forma integrada, para se poderem complementar umas às outras e aumentar o potencial do seu impacto.
  - c) A investigação deve ser prosseguida pelos países, indústrias e instituições académicas, para desenvolverem formulações pediátricas e descobrirem melhores medicamentos para as mulheres grávidas.
  - d) Deverá ser facilitada a transferência de tecnologia, para garantir que os países africanos tenham a capacidade de produzir os produtos de que precisam para o combate ao paludismo, incluindo os medicamentos tradicionais.
  - e) Deverá proceder-se a compras em grupo para garantir a entrega dos produtos aos países em devido tempo.
  - f) Devem ser reforçados, a nível nacional, os sistemas de monitorização e avaliação, nomeadamente a nível de distrito, usando indicadores seleccionados.
  - g) Os países e os parceiros deverão mobilizar mais recursos para preencherem as falhas existentes e investirem mais nos recursos humanos.
  - h) Serão necessárias parcerias público/privado para reforçar o combate ao paludismo nos níveis nacional e internacional.

## ANEXO 7

### RELATÓRIO DA SESSÃO ESPECIAL

#### **Enfrentar as barreiras à intensificação das intervenções sanitárias: uma resposta coordenada**

Anfitrião: Dr. Luis Gomes Sambo, Director Regional, Escritório Regional Africano da OMS

Presidente: Dr. Tim Evans (OMS), Jacques Baudouy (Banco Mundial)

Apresentador: Dr. Chris Mwikisa (OMS)

Facilitadores: Tshinko Ilunga (Banco Africano de Desenvolvimento), Andrew Cassels (OMS), OK Pannenberg, Agnes Soucat (Banco Mundial), Pascale Villeneuve, Rudolf Knippenberg (UNICEF)

#### **Objectivo**

1. Esta sessão especial teve como finalidade a interacção e obtenção das opiniões dos ministros da saúde da Região Africana da OMS e outros parceiros de desenvolvimento sanitário sobre a proposta conjunta apresentada pelo Banco Africano de Desenvolvimento, UNICEF, Banco Mundial e OMS para enfrentar as barreiras à intensificação das iniciativas sanitárias na Região Africana através da utilização de uma resposta coordenada. Pretendeu-se também obter orientações a respeito da proposta para estabelecer um mecanismo regional e mundial para facilitar a harmonização e alinhamento dos programas e mecanismos de financiamento dos parceiros de desenvolvimento em apoio das prioridades, políticas e desenvolvimento estratégico, liderado pelos países, bem como para enfrentar os obstáculos aos sistemas de saúde. A apresentação foi organizada de modo a reflectir os antecedentes à proposta, a resposta coordenada e o mecanismo de facilitação.

#### **Antecedentes à proposta**

2. A iniciativa de desenvolver um mecanismos regional e mundial para harmonizar e alinhar o apoio dos parceiros de desenvolvimento e para reforçar os sistemas de saúde partiu das deliberações do Fórum de Alto Nível sobre as Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDM) e das reuniões de prossecução (para mais informações, consultar [www.hlfhealthmdgs.org](http://www.hlfhealthmdgs.org)). No decurso destas reuniões, foram

levantadas três questões: a consecução das MDM, a harmonização e o alinhamento, e o reforço dos sistemas de saúde.

3. Os progressos no sentido da consecução das MDM na Região Africana têm sido penosamente lentos. Esta situação não é causada pelo desconhecimento do que pode possibilitar a intensificação das intervenções. O projecto Aceleração da Sobrevivência e Desenvolvimento Infantil, apoiado pela CIDA (Agência Canadiana para o Desenvolvimento Internacional) e UNICEF demonstrou, através de um projecto-piloto no Benim, Gana e Mali, que se poderia alcançar um progresso significativo na área da mortalidade materna e infantil. Os fundos disponibilizados pelo GAVI e pelo Fundo Global mostraram também que, com a orientação adequada, muito se pode conseguir na abordagem a doenças especificamente visadas. Infelizmente, a abordagem por metas não permite grande margem de manobra à intensificação das intervenções, visto que a concentração restrita significa que as verbas são afectadas de modo desproporcional a apenas algumas áreas sem eliminar as barreiras à intensificação das intervenções.

4. Em alguns países, a harmonização e alinhamento gerais entre o sector da saúde (incluindo as reformas) e os processos mais abrangentes de desenvolvimento (sector público e reforma orçamental, estratégias de redução da pobreza, macroeconomia e planeamento fiscal, etc.), são ainda inadequadas ou realizadas a título experimental, o que tem vindo a resultar numa fraca mobilização para o desenvolvimento sanitário. As intervenções dos doadores e parceiros conduziram também a aplicações múltiplas, sistemas de gestão e imputabilidade em domínios particulares, apoio imprevisível e afectação desproporcional de recursos para apenas algumas prioridades (por ex., VIH/SIDA). A soma de todas estas desigualdades conduziu a uma situação vulnerável, tornando impossível qualquer forma de planeamento e implementação. A fragmentação perpetuou o ciclo dos fracos sistemas de saúde, o que resultou no lento progresso verificado no sentido da consecução das MDM.

5. Estudos realizados em países seleccionados demonstraram que os fracos sistemas de saúde são uma das principais barreiras à intensificação de qualquer intervenção com provas dadas. Na maioria dos países, as estratégias e os planos são elaborados sem o suporte fundamental da necessária base factual. O resultado é uma plethora de problemas: quantidade insuficiente de pessoal qualificado, fracos sistemas financeiros e de aquisição, fraca legislação em termos de cuidados de saúde para protecção dos mais vulneráveis e garantia do acesso a cuidados de qualidade,

insuficiência de mecanismos de monitorização e avaliação, e um débil quadro para a promoção da equidade. Do lado da procura, é dada pouca atenção às necessidades dos utentes, designadamente à informação sanitária, comodidade e qualidade dos cuidados de saúde, vantagens em termos dos custos e a disponibilidade de serviços múltiplos e bem regulados que fomentem a escolha.

6. O efeito cumulativo do cenários acima exposto tem sido a solicitação crescente de ajuda e aconselhamento técnico por parte dos parceiros multilaterais e bilaterais. Estas agências vêm-se inundadas com perguntas e pedidos como, por exemplo:

- “Como podemos criar um espaço fiscal e mobilizar os recursos adequados ao apoio das prioridades de saúde?”
- “Podem ajudar-nos a tornar a saúde num sector central para as estratégias nacionais de redução da pobreza e planos de despesa?”
- “O apoio dos doadores está cada vez mais fragmentado; como podemos garantir que os fundos dos doadores, incluindo o orçamento geral, é direccionado para as prioridades nacionais?”
- “De que forma podemos obter melhor apoio transectorial para a consecução dos resultados sanitários?”
- “Como podemos ser apoiados a identificar e agir no combate aos obstáculos aos sistemas de saúde que limitam o progresso à consecução das MDM?”

### **Resposta coordenada**

7. O consenso entre a generalidade dos parceiros, e durante a realização do Fórum de Alto Nível (HLF), é de que as MDM não podem ser alcançadas se os países e os parceiros de desenvolvimento continuarem a funcionar como até agora. É necessário, pois, conseguir agilizar os progressos. Em termos gerais, esta agilização deve incluir a disponibilidade de sólidas políticas de saúde, lideradas pelos países, e planos e estratégias que possam dar respostas ou estar incorporados nos processos macroeconómicos e fiscais de cada país. Deve-se também disponibilizar aconselhamento conciso e personalizado para a elaboração eficaz de sistemas de implementação. Esta actuação exigirá também uma mudança de comportamento por parte dos doadores e dos parceiros de desenvolvimento no sentido da realização dos compromissos assumidos na Declaração de Paris para a harmonização e alinhamento dos doadores e parceiros de desenvolvimento no apoio aos países. Considerou-se que o mecanismo mais adequado seria uma equipa composta por parceiros e



especialistas, coordenada através de um grupo constituído para o efeito, baseado na Região Africana e com apoio global. Para haver coerência, todo e qualquer tipo de apoio deverá ser motivado pelas necessidades e exigências e ser talhado à medida das circunstâncias particulares de cada país.

### **O mecanismo de facilitação**

8. O Banco Africano de Desenvolvimento, a UNICEF, Banco Mundial e a Organização Mundial de Saúde propuseram um mecanismo para garantir que as recomendações das reuniões do HLF e pós-HLF sejam implementadas. O mecanismo, que será conhecido como Assistência a Programas para Facilitar a Saúde (PAFH) na Região Africana, é dedicado à harmonização e alinhamento dos processos e sistemas de doação, passando pelas políticas lideradas pelos países e programas, bem como ao reforço dos sistemas de saúde para a consecução das MDM. O secretariado do PAFH ficará localizado na Região Africana. O FNUAP, GAVI, o governo francês e outros parceiros de desenvolvimento bilateral manifestaram interesse em apoiar esta iniciativa. O objectivo consiste em alcançar as metas supramencionadas em pelo menos 23 países da Região Africana no mais curto espaço de tempo possível.

#### *A nível dos países*

9. Com bases nas necessidades e exigências de cada país, o PAFH vai apoiar a elaboração de políticas, estratégias e planos de base factual e orientados para os resultados no desenvolvimento da saúde, com vista à consecução das MDM. O programa de trabalho incluirá a avaliação das necessidades das MDM; desenvolvimento e avaliação dos custos das políticas, estratégias e planos nacionais de saúde; orçamentos orientados para os resultados; identificação das lacunas de financiamento para os sistemas de saúde; análise do espaço fiscal; planos de mobilização de recursos, tendo em conta os fundos existentes, a volatilidade, previsibilidade e o alinhamento deficiente.

10. O PAFH apoiará também os parceiros de desenvolvimento e os parceiros potenciais a elaborarem as suas intervenções, apoio e mecanismos por forma a harmonizá-los e alinhá-los, com o mínimo de perturbações, aos sistemas nacionais predominantes. Será prestado apoio à elaboração de programas e intervenções se proceder ao alinhamento (ou corrigir irregularidades) com as prioridades e necessidades nacionais de saúde; integrar o financiamento dos doadores e dos

sistemas de contabilidade no quadro fiscal geral; desenvolver memorandos de acordo de imputabilidade mútua e os respectivos quadros comuns de gestão.

11. O mecanismo vai ainda apoiar o trabalho com os países, seus parceiros de desenvolvimento e parceiros potenciais com vista a formular, reformular, desenvolver e melhorar os seus sistemas de saúde, o que incluirá o apoio ao desenvolvimento de serviços e sistemas de gestão institucional (incluindo reformas do sector da saúde); sistemas de prestação de serviços de saúde de base comunitária e distrital; estratégias e planos de recursos humanos; planos de implementação e políticas salariais; sistemas contraentes baseados no serviço e desempenho; e sistemas de gestão financeira e aquisição.

#### *A nível regional*

12. A incidência no trabalho a nível regional incluirá um esforço consciente para melhorar a capacidade institucional na prestação de apoio técnico aos países. Além disso, este esforço vai também:

- a) efectuar ou apoiar a implementação do trabalho a nível dos países, segundo os parâmetros identificados;
- b) realizar avaliações regulares e elaborar relatórios a partir das informações de base factual a nível dos países;
- c) fornecer, a todos os intervenientes, uma perspectiva integral dos progressos e das necessidades e exigências de cada país para a consecução das MDM na Região Africana;
- d) agir como mediador e prestar apoio para facilitar a mobilização, disponibilização e afectação de recursos financeiros aos países;
- e) realizar advocacia para influenciar e informar o processo decisório global para o desenvolvimento sanitário na Região Africana.

13. O programa de trabalho incluirá as seguintes etapas, designadamente:

- a) estabelecer uma equipa regional mista (secretariado do PAFH) composta por analistas políticos, especialistas em desenvolvimento institucional, economistas, responsáveis de planeamento e especialistas financeiros do Banco Africano de Desenvolvimento, UNICEF, Banco Mundial e OMS;

- b) elaborar um plano de actividades;
- c) constituir um Fórum Africano de Parceiros de Saúde composto por representantes de todos os intervenientes, incluindo o Comité Regional, UA, NEPAD e outros, conforme for acordado;
- d) dar início às intervenções em países seleccionados.

## **Discussões**

14. De um modo geral, os ministros e os parceiros consideraram que esta é uma iniciativa válida e oportuna que, a ser bem sucedida, irá debruçar-se sobre a maior parte das necessidades e exigências dos países. Em particular, a Declaração de Paris e a necessidade de um mecanismo dedicado ao reforço dos sistemas de saúde foram considerados assuntos pendentes que precisam de ser rectificadas com carácter de urgência. A maioria dos participantes reiterou que mesmo que esteja disponível o total de verbas de que os países necessitam, estes precisariam ainda assim de receber assistência para aplicarem estes recursos de forma eficaz e eficiente aos respectivos planos. Não basta solucionar os problemas existentes dos sistemas de saúde sem a adequada harmonização e alinhamento da acção dos doadores. Uma constante foi também a hipótese levantada de que os países e doadores, embora tenham adoptado as MDM, não parecem estar de acordo relativamente aos métodos para a sua consecução.

### *Reduzir a fragmentação*

15. Foi evidente o descontentamento em relação ao progresso na implementação da Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda. Para a maioria dos ministros e parceiros, a volatilidade da ajuda continua a ser um grave problema. É difícil prever a fiabilidade e o fluxo das ajudas prometidas. Ao invés de haver recursos globais disponíveis, parece que existe apenas um grande número de promessas, em virtude da imprevisibilidade crónica do fluxo de recursos. Foi igualmente constatado que mesmo nos sectores que possuem planos e orçamentos robustos, os doadores mostram-se relutantes em alinharem-se com estes planos ou em fornecerem recursos flexíveis para a implementação. Foi patente o sentimento generalizado de desilusão relativamente às SWAP (Abordagem Sectorial Alargada) e aos bancos multilaterais de desenvolvimento enquanto instrumentos aceitáveis de apoio, e as expectativas em

relação ao sector da saúde só em casos raros foram correspondidas graças à perpetuação dos fundos destinados a fins específicos.

16. Foi também feita referência às parcerias globais e aos mecanismos de financiamento. Embora reconhecessem a sua contribuição para o aumento da consciencialização sobre a necessidade de financiamento da saúde, a maioria dos participantes mostrou-se descontente com os seus mecanismos de funcionamento, os quais agravaram a pluralidade dos sistemas de doadores no mesmo domínio. Os mecanismos de parceria e financiamento foram também acusados de visarem doenças ou enfermidades específicas, introduzindo, assim, distorções nos programas e na gestão dos recursos. Os participantes mostraram-se igualmente desagradados com as unidades de gestão dos parceiros globais. Na sua opinião, estes sistemas são onerosos, as comissões pagas aos financiadores e gestores demasiado elevadas e não foram feitas quaisquer tentativas de transferência de capacidades para os países.

17. Os países queriam ver um maior e melhor alinhamento das intervenções, planos e estratégias dos parceiros de desenvolvimento com as prioridades e planos liderados pelos países, caso se queira que as MDM sejam alcançadas. Os ministros e delegados foram coerentes na forma como manifestaram a necessidade de haver maior harmonização nos parceiros de desenvolvimento e nos processos e sistemas de doação, com perturbações mínimas dos sistemas nacionais e dos requisitos de notificação. Para neutralizar as incertezas no fluxo e as distorções introduzidas pelos mecanismos existentes, propôs-se que a PAFH tomasse em consideração a facilitação do fluxo e a mobilização de recursos para o reforço dos sistemas de saúde.

18. Outro tópico suscitado pela discussão foi a falta de fluxo de recursos dos doadores para os países considerados de médio rendimento. Sugeriu-se que esta classificação não era benéfica. Esta classificação é considerada como um desincentivo ao apoio eficaz dos esforços de intensificação das intervenções nos países que, com alguma ajuda podem, de facto, alcançar as MDM. O mecanismo proposto deve encontrar uma forma de mudar o paradigma, permitindo que os países de médio rendimento possam tirar partido de todas as iniciativas de saúde existentes.

### *Dar prioridade à saúde na agenda para o desenvolvimento sustentável*

19. Foram tecidas algumas considerações sobre os processos de desenvolvimento mais abrangentes, como a reforma do sector público, as estratégias de redução da pobreza e os quadros de previsão das despesas a médio prazo. Foram manifestadas preocupações quanto à falta de apoio para fazer face a estas agendas de mudanças económicas. As questões do apoio orçamental proveniente de múltiplos doadores e as estratégias de redução da pobreza foram expressas como ameaças aos programas de reformas específicas do sector da saúde. Constatou-se também que os ministros das finanças, planeamento e desenvolvimento económico não dão a prioridade necessária à saúde, o que resulta num estragulamento dos recursos internos para o sector da saúde. Foram feitos apelos de apoio para ajudar a envolver estes ministros, através de acções de aconselhamento sobre análise do espaço fiscal, planeamento e colaboração intersectorial e de um maior envolvimento nos processos de descentralização nos países. Foram feitos pedidos de auxílio para a criação de capacidades de desenvolvimento de políticas de bases factuais e de planos de investimento em saúde, assim como orientações para a sua implementação.

### *Recursos humanos para a saúde*

20. A crise nos recursos humanos emergiu como uma área a merecer uma preocupação compatível e significativa. A relutância entre os doadores para financiarem custos recorrentes como os salários e os incentivos ao trabalho em zonas rurais ou os esforços para enfrentar as más condições de trabalho que, de resto, continuam a agravar-se, sobretudo em zonas pobres e remotas, foi também veiculada. Para alguns dos participantes, a definição de desenvolvimento de recursos humanos não foi adequadamente abordada pois não abrangeu o conceito de desenvolvimento de carreiras. A questão da fuga de cérebros foi também realçada. Um ponto interessante foi a revelação de que alguns países possuem, de facto, um excesso de recursos humanos. A este respeito, foi proposto que a PAFH desenvolvesse uma base de dados sobre recursos humanos na Região, assim como fontes de especialistas, e que as disponibilizasse o mais amplamente possível. A PAFH deveria também facilitar os acordos bilaterais entre países para a partilha de pessoal do sector da saúde, de modo a melhorar a situação de escassez e os desequilíbrios entre os países da Região. Para este desígnio, foi solicitada a existência de uma sólida ligação entre as iniciativas globais.

21. Os participantes mostraram-se preocupados com a actual abordagem utilizada para envolver a sociedade civil e as agências não-governamentais no apoio à saúde. As principais objecções foram dirigidas aos compromissos paralelos dos parceiros de desenvolvimento assumidos com agências não-governamentais e o agrupamento de países segundo o programa específico, bem como as preferências sociogeográficas dos doadores e parceiros de desenvolvimento sem o consentimento dos governos. Foram ainda feitas referências à falta de informação acerca da natureza dos compromissos assumidos e expectativas, duplicação de esforços e do enfraquecimento dos esforços realizados a nível dos países para o desenvolvimento de um sistema de saúde sustentável. No que respeita os Estados mais fragilizados, esta abordagem alternativa aos sistemas governamentais é encarada como uma forma de contornar a necessidade de reforço, a longo prazo, do papel administrativo e de liderança governamental no sector.

*Questões adicionais*

22. Ainda que tenha recebido um apoio arrematador, a proposta espoletou também um aceso debate sobre a forma como a PAFH poderá funcionar na prática. A alusão a mais uma parceria criou um certo desconforto. Foi patente a frustração ao fazer-se referência aos mecanismos das parcerias existentes. Ninguém queria ver repetidos os acontecimentos que conduziram à proliferação de sistemas paralelos no âmbito do mesmo domínio. Notou-se também alguma apreensão quanto ao facto de que introduzir mais uma promessa de solução pode ser apenas a abertura de mais uma via para a imposição de condições e acentuar a fragmentação. Os participantes solicitaram novas garantias e respostas para diversas perguntas. Em resposta, salientou-se que esta iniciativa constitui uma tentativa para fazer as organizações existentes trabalharem em conjunto e torná-las mais produtivas, ao invés de se estabelecer um novo sistema de programas de intervenção ou de ajuda contra as doenças.

**Orientações e resumo**

23. A sugestão de criar uma equipa regional de parceiros de desenvolvimento para abordar as questões do alinhamento, harmonização e reforço dos sistemas de saúde foi bem recebida. Os ministros e os delegados solicitaram que lhes fosse dada mais

informação à medida que o processo se desenrola, o mecanismo evolui e a implementação tem início. Foi recomendado que a iniciativa não seja limitada apenas às agências iniciadoras do processo e que outros parceiros sejam incentivados a participar, sobretudo os parceiros bilaterais. A iniciativa deve apoiar o desenvolvimento das políticas, estratégias e sistemas nacionais de saúde e encontrar formas de assegurar que todos os parceiros de desenvolvimento harmonizam as suas práticas e alinham a sua acção com a iniciativa. Deve ser prestado apoio aos países no terreno. A facilitação não será benéfica caso os membros não ajudem os países a desenvolver a capacidade necessária para fazer o que tem de ser feito.

24. O Banco Mundial, Banco Africano de Desenvolvimento, UNICEF e OMS asseguraram os ministros e delegados de que esta é uma parceria que recebe a sua total dedicação. Estas agências estão também empenhadas em rever e harmonizar os seus procedimentos e normas. Indicaram que não se vai tratar apenas de mais uma parceria, sobretudo porque as reformas do sector da saúde e em geral não produziram os resultados pretendidos. Espera-se que este mecanismo forneça bases factuais para o apoiar o planeamento e implementação eficazes, advogar a favor de mais recursos provenientes de todas as fontes e incentivar o alinhamento dos doadores e a harmonização dos países. O plano de actividades e o programa de trabalho a ser desenvolvido será abrangente e aberto a acolher todos os parceiros. A questão do envolvimento da sociedade civil, ONG e países de médio rendimento será igualmente alvo de aturada consideração.

## ANEXO 8

### ALOCUÇÃO DR. TEDROS ADHANOM GHEBREYESUS, MINISTRO DA SAÚDE DA REPÚBLICA FEDERAL DEMOCRÁTICA DA ETIÓPIA

Exmo Sr. Primeiro Ministro Meles Zenawi

Exmo Sr. Presidente Jorge Sampaio, Enviado Especial da ONU para o Programa "Travar a Tuberculose"

Exmo Sr. Presidente Alpha Konaré, Presidente da Comissão da União Africana

Ilustre Sr. Paulo Ivo Garrido, Ministro da Saúde de Moçambique e Presidente da Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da OMS

Estou muito satisfeito por a Etiópia acolher, pela primeira vez, uma sessão do Comité Regional Africano da OMS. É, para mim, uma grande honra, dar-vos as boas vindas à nossa capital e faremos todos os possíveis por tornar a vossa estada produtiva e agradável.

Gostaria de agradecer a Sua Excelência, o Primeiro Ministro Meles Zenawi, a sua presença, esta manhã, na nossa companhia, apesar da sua pesada agenda.

Gostaria também de agradecer a Sua Excelência, o Dr. Jorge Sampaio, anterior Presidente de Portugal, por estar aqui connosco e pelo seu constante interesse por África. A sua presença nesta reunião é a expressão da preocupação que o Secretário Geral da ONU, Sr. Kofi Annan, tem com a saúde dos africanos.

O nosso país e os especialistas da saúde têm muito a ganhar com a partilha de experiências, os debates e os compromissos que certamente serão assumidos nesta 56<sup>a</sup> sessão do Comité Regional. Para a Etiópia, o Plano de Desenvolvimento do Sector Sanitário que acaba de ser concluído é uma componente vital do nosso plano nacional para o Programa de Desenvolvimento Acelerado e Sustentável. Definimos metas ambiciosas alinhadas com a consecução das MDM, com incidência em 4 grandes áreas de intervenção: saúde materna, saúde infantil, VIH/SIDA, TB e paludismo. Identificámos igualmente duas importantes estratégias para atingir as metas que definimos: expandir um programa de extensão sanitária (com base nas intervenções comunitárias) e reforçar as instituições de cuidados primários de saúde. Tencionamos apoiar estas estratégias com uma atenção especial para o reforço das questões do



sistema, tais como a logística dos produtos da saúde, financiamento da saúde e sistemas de informação sanitária.

Talvez não seja coincidência que as principais quatro áreas sanitárias do nosso país se reflectam nos principais pontos da ordem do dia que se irão discutir nesta sessão ministerial, que constitui para nós uma excelente oportunidade. Aumentaremos os nossos actuais esforços para conhecer as experiências dos vários países africanos sobre logística farmacêutica, informação sanitária, financiamento dos cuidados de saúde, medicina tradicional e reforma do sector da saúde através de actividades de referência dirigidas. Tenho muito prazer em informar que até agora já tivemos acesso a excelentes e relevantes experiências para a nossa reforma do sector da saúde oriundas da África do Sul, Gana, Tanzânia e Camarões.

Colectivamente, acredito que discutiremos suficientemente os assuntos agendados nesta 56ª sessão do Comité Regional e que encontraremos soluções práticas para ultrapassar os prementes problemas sanitários da África. Renovaremos igualmente o nosso empenho na implementação eficaz das estratégias que sejam adoptadas e das que já foram adoptadas nas nossas últimas reuniões.

A estrada para ultrapassar os problemas africanos pode ser longa mas muitos dos problemas serão resolvidos através da nossa incansável luta a nível nacional, regional e mundial.

Permitam-me que aproveite esta oportunidade para agradecer à OMS, em particular, ao Dr. Sambo e aos seus colaboradores, por nos terem reunido todos aqui e pelo apoio que nos deram para que pudéssemos preparar e realizar com êxito esta reunião. Agradeço igualmente a todos os parceiros o generoso apoio que nos dispensaram para o reforço do nosso sistema sanitário.

Mais uma vez, dou-vos as boas-vindas a Adis Abeba e desejo-vos uma estada agradável e produtiva.

Muito obrigado.

## ANEXO 9

### ALOCUÇÃO DO SR. ATO MELES ZENAWI, PRIMEIRO MINISTRO DA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA FEDERAL DA ETIÓPIA

Senhor Presidente,  
Excelentíssimo Senhor Professor Doutor Alfa Omar Konare, Presidente da Comissão da União Africana,  
Excelentíssimo Senhor Dr. Anders Nordstrom, Director-Geral Interino da OMS,  
Caros Delegados,  
Ilustres Convidados,  
Senhoras e Senhores,

É uma grande honra dar-vos as boas vindas a Adis Abeba, para esta Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano da OMS. Muito nos apraz que Adis Abeba tenha sido escolhida para acolher esta importante reunião, na qual tereis oportunidade de trocar opiniões sobre numerosos temas relacionados com o nível de saúde dos nossos povos. Estamos-vos gratos por isso.

Senhor Presidente,

Não é necessário insistir muito na ideia de que a situação dos nossos povos africanos quanto ao sector da saúde é extremamente deprimente, nas suas implicações tanto humanitárias como económicas. VIH/SIDA, paludismo e tuberculose, a par de outras doenças infecciosas, continuam a causar níveis inaceitáveis de sofrimento e mortalidade. As limitações generalizadas quanto a recursos e capacidades resultam em que calamidades naturais, como as recentes inundações na Etiópia, causam enormes problemas humanitários e sanitários, que afectam milhares de pessoas.

Como em todas as áreas sem excepção, também nesta a nossa salvação reside na melhoria da nossa condição económica e na obtenção de um rápido desenvolvimento económico. Mas é evidente que pessoas cujo estado de saúde continua a deteriorar-se não conseguem estar na base de uma revitalização da economia – a qual, a longo prazo, é o único caminho para um progresso sustentável no sector da saúde.

Precisamente deste aspecto decorre a importância de darmos a máxima atenção a este sector e de assegurarmos um financiamento crescente para as actividades que esta área exige. Quando falamos de recursos para os nossos sectores da saúde, referimo-nos antes de mais ao que nós próprios podemos conseguir, utilizando os recursos internos a fim de garantir a sustentabilidade. Mas a magnitude do desafio com que nos deparamos na área da saúde e a urgência com que é forçoso enfrentá-lo tornam indispensável uma cooperação internacional eficaz, que surge como necessidade imperiosa. Uma redução rápida e acelerada da magnitude dos problemas sanitários que afligem os nossos países e a consecução das metas de desenvolvimento internacionalmente acordadas para o sector exigirão uma parceria melhorada e eficaz com a África, por parte da comunidade internacional, e um apoio muito mais eficaz ao continente.

Permitam-me acrescentar que há, de facto, alguns desenvolvimentos encorajadores nos anos recentes, em termos de iniciativas concebidas para reforçar a parceria com a África, de modo a fazer frente aos imensos desafios com que as nossas populações se confrontam na área da saúde. As medidas estimulantes que foram tomadas para aliviar o fardo da dívida de alguns países terão, sem dúvida, também um significativo impacto positivo no sector da saúde. De modo mais concreto, os governos e os parceiros internacionais para o desenvolvimento avançaram também com novas modalidades de financiamento dos programas da saúde. Entre estes, podem-se citar a Aliança Mundial para a Iniciativa das Vacinas, o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo e a Iniciativa do Presidente Bush. Resultaram num financiamento substancial e vêm fazendo a diferença, em termos de estimular uma maior cobertura dos serviços de saúde.

Senhor Presidente,  
Excelências,  
Senhoras e Senhores,

Permitam-me que diga algumas palavras sobre o desafio com que nos deparamos na Etiópia, no sector da saúde, e sobre o modo como temos tentado responder-lhe. O estado de saúde e o perfil epidemiológico do nosso povo é, em larga medida, resultado do actual nível de desenvolvimento sócio-económico. Os principais fardos vêm das doenças evitáveis e transmissíveis, como o VIH, paludismo, tuberculose, diarreia e patologias maternas e neonatais. Consequentemente, o nosso Programa de Desenvolvimento do Sector da Saúde (HSDP) incide em melhorar a saúde materna,

reduzir a mortalidade infantil e deter ou inverter a difusão das doenças infecciosas. O nosso HSDP adoptou o que julgamos ser um sistema inovador de cuidados de saúde primários. Designámo-lo por Programa de Extensão da Saúde, e ele é o nosso principal mecanismo para enfrentarmos os grandes problemas da saúde pública do nosso país e para alcançarmos as MDM pertinentes. O que o programa faz é transferir para cada um dos lares a responsabilidade e apropriação da produção da saúde. Está-lhe subjacente a convicção de que se os lares receberem os conhecimentos correctos, podem assumir a responsabilidade pela conservação da própria saúde. Esta abordagem baseia-se na ideia de que cada lar pode produzir a sua própria saúde, do mesmo modo que produz os artigos agrícolas. Durante um ano, dois profissionais de unidades de extensão da saúde recebem formação sobre aspectos de promoção e prevenção de doenças com importância para a saúde pública e são colocados numa aldeia rural, para prestar serviços ao domicílio. Vacinação, planeamento familiar, assistência a partos, melhoria da higiene pessoal e ambiental e prevenção e controlo do VIH, tuberculose e paludismo encontram-se entre os serviços de saúde fulcrais, prestados pelo nosso Programa de Extensão da Saúde.

Senhor Presidente,

A actual situação sanitária na nossa Região parece mostrar claramente que a consecução das MDM exigirá não só uma extraordinária intensificação dos serviços chave, mas também o reforço dos sistemas de saúde. Programas exigentes, como do VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo, estão a submeter a grande pressão os sistemas de saúde africanos. Em consequência, surge a necessidade urgente de um investimento substancial no reforço das capacidades quanto a recursos humanos, infra-estruturas e sistemas, de modo a aumentar a capacidade de execução do sistema de saúde e a garantir a durabilidade dos vários programas.

Existe, entre outras, uma enorme ameaça quanto à consecução das metas dos nossos sectores da saúde. Trata-se da escassez e da elevada mobilidade dos profissionais da saúde. Há duas estratégias que se perfilam como essenciais para enfrentar este problema. Primeiro, é nossa convicção que devemos dedicar-nos a produzir profissionais da saúde dos níveis médio e inferior. Isso justifica-se pelo facto de o maior fardo das nossas populações vir de doenças transmissíveis infecciosas e evitáveis. Em segundo lugar, deveremos produzir essas categorias de profissionais da saúde em escala maciça, para conseguirmos a cobertura universal no menor tempo possível.

Senhor Presidente,  
Ilustres Ministros, Excelências,  
Caros Delegados,

Sabemos que tendes diante de vós um programa de cinco dias de trabalho, durante o qual tereis a oportunidade de enfrentar alguns dos desafios que evoquei. A esse respeito, não duvido de que toda a vossa atenção se concentrará nas deliberações sobre como intensificar as intervenções e reforçar os sistemas de saúde. Continuaremos a contar com a Organização Mundial de Saúde para alcançarmos os progressos necessários com a urgência que se impõe.

Desejo a todos uma sessão com pleno sucesso e, aos que vieram de fora da Etiópia, faço votos de uma breve e agradável estada em Adis Abeba.

Muito obrigado.

## ANEXO 10

### DISCURSO DO PROF. DR. PAULO IVO GARRIDO, MINISTRO DA SAÚDE DA REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE, PRESIDENTE DA QUINQUAGÉSIMA- QUINTA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL AFRICANO DA OMS

**Addis Abeba, 28 de Setembro de 2006**

Sua Excelência Senhor Presidente Alpha Konaré, Presidente em Exercício da União Africana

Sua Excelência Senhor Director-Geral Interino da Organização Mundial da Saúde, Dr Anders Nordstrom,

Sua Excelências Ministros da Saúde,

Exmo Senhor Jorge Sampaio, Enviado Especial do Secretário Geral das Nações Unidas para a Luta contra a Tuberculose,

Sua Excelência Director Regional Africano da Organização Mundial da Saúde, Dr Luis Gomes Sambo,

Senhoras e Senhores,

Quero em primeiro lugar expressar a minha solidariedade e de todo o povo moçambicano ao povo irmão Etíope pelas perdas humanas e materiais de que tem sido vítima nas últimas semanas devido as cheias e informar que Moçambique está a acompanhar a situação com profunda tristeza. Queira Exmo Senhor Ministro da Saúde Dr. Tedros Adhanom Ghere Yesus, transmitir a solidariedade do Governo e do povo moçambicano as vítimas.

Agradeço e sinto-me particularmente honrado pela gentileza e hospitalidade que a minha delegação e eu estamos recebendo desde que chegámos a esta bela capital - Addis Abeba.

Mais uma vez, quero agradecer a honra que nos foi concedida a mim e ao meu País, Moçambique, de presidir à Quinquagésima-quinta Sessão do Comité Regional. O mérito principal do sucesso da Quinquagésima-quinta Sessão do Comité Regional foi sem dúvida dos Ministros da Saúde e suas delegações. Devido à sua activa participação e capacidade de alcançar consensos foi possível aprovar resoluções e decisões importantes para fazer avançar saúde na nossa Região.

Excelências,  
Senhoras e Senhores,

Permitam-me que faça uma retrospectiva do que foi o ano 2006 começando por referir-me a morte súbita e trágica do Director Geral da Organização Mundial da Saúde, Dr Lee Jong-Wook, no dia 22 de Maio dia de abertura da 59ª Sessão da Assembleia Mundial da Saúde o que afectou sobremaneira e espírito da Assembleia Mundial. Para a memória do Dr Lee o meu profundo respeito.

Excelências,  
Senhoras e Senhores,

Permitam-me que brevemente aborde três questões que devem contribuir o fulcro da nossa preocupação:

1. Devemos ter consciência de que a causa última da difícil situação de saúde no nosso continente reside na pobreza extrema. Não é possível ter-se boa saúde quando não se tem comida suficiente, quando se vive em habitações rudimentares e mal arejadas, quando não se tem acesso à educação, quando a mulher é a mais vítima da discriminação social.

Por isso as políticas de saúde devem ser parte das políticas governamentais mais amplas de luta pela erradicação de pobreza no nosso continente.

2. A nível mundial existe agora um consenso de que se deve dar importância a luta contra as principais doenças infecciosas, em especial contra a Tuberculose, VIH/SIDA e Malária. Nós africanos devemos aproveitar essa atmosfera favorável para fazermos avançar a luta contra estas três doenças.

É neste contexto que saúdo as decisões tomadas pela Comité Regional Africano em Maputo no ano passado de declarar a tuberculose como emergência na Região Africana e de proclamar 2006 como Ano da Aceleração da Prevenção do VIH na Região Africana.

3. Para fazermos avançar a luta contra a doença e para conseguirmos sempre uma melhor prestação de cuidados de saúde temos que reforçar os sistemas de saúde. Neste âmbito o reforço de recursos humanos é crucial. Falar de recursos humanos e falar de homens e mulheres que no seu dia a dia prestam cuidados a diversos níveis. A existência e qualidade de serviços para promover, prevenir, curar e reabilitar

depende dos conhecimentos, habilidades e motivação de recursos humanos. A OMS declarou 2005 ano de recursos humanos, um ano passou muito foi feito mas precisamos de fazer mais e de avançar rapidamente e com clareza na área de recursos humanos.

Excelências,  
Senhoras e Senhores,

Dentro de duas semanas vamos ter uma importante reunião de Ministros de Saúde da União Africana em Maputo sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva. Este vai ser um momento de reflexão sobretudo de tomada de decisões importantes com vista a obtenção de melhores resultados para a saúde da mulher e da criança.

Excelências,  
Senhoras e Senhores,

Antes de terminar, gostaria de expressar o meu reconhecimento ao apoio que me foram prestados pelos funcionários da Organização Mundial da Saúde, particularmente pelo estimado amigo Dr Sambo, Director Regional da Organização Mundial de Saúde. Dr Sambo muito obrigado.

Quero agradecer a todos os ilustres Ministros e demais colegas pelo apoio concedido durante os últimos dozes meses. Permitam-me Excelências que congratule o Presidente da Quinquagésima-sexta Sessão do Comité Regional Africano, desejando-lhe sucessos nas novas funções. Quero igualmente garantir-lhe o nosso apoio e colaboração.

Finalmente desejo a todos frutuosa deliberações durante a Quinquagésima-sexta Sessão do Comité Regional Africano.

Obrigado pela vossa atenção.



## ANEXO 11

### DISCURSO DE ABERTURA DO DR. LUIS GOMES SAMBO DO DIRECTOR REGIONAL, DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

Excelentíssimo Senhor Primeiro-Ministro,  
Excelentíssimo Senhor Presidente da Comissão da União Africana,  
Excelentíssimo Senhor Enviado Especial do Secretário-Geral das Nações Unidas para a iniciativa Travar a Tuberculose,  
Excelentíssimo Senhor Presidente da 55ª sessão do Comité Regional,  
Excelentíssimas Senhoras e Senhores Ministros da Saúde e Representantes dos Estados-Membros da Região Africana,  
Senhor Director-Geral Interino da OMS,  
Excelentíssimas Senhoras e Senhores membros do corpo diplomático,  
Representantes das Organizações Internacionais e de Cooperação bilateral e multilateral;  
Ilustres convidados,  
Senhoras e Senhores,

Cabe-me a agradável tarefa de expressar a minha profunda gratidão a Sua Excelência, o Senhor Meles Zenawi, Primeiro-Ministro da República da Etiópia que quis honrar, com a sua presença, esta nossa cerimónia.

Saudarei também a presença de dois ilustres convidados desta 56ª sessão do Comité Regional, Suas Excelências o Professor Alpha Omar Konaré, e o Presidente Jorge Sampaio, Enviado Especial do Secretário-Geral das Nações Unidas para a Iniciativa TRAVAR A TUBERCULOSE.

Excelências,  
Senhoras e Senhores,

A brutal perda do Dr. Jong-wook Lee, no mês de Maio do presente ano, no momento da 59ª Assembleia Mundial da Saúde, afectou toda a OMS e o mundo da Saúde Pública. A sua obra, um benefício para o continente africano, foi de extrema importância, apesar do seu breve mandato.

Peço-vos um minuto de silêncio em sua memória.

Muito obrigado.

Gostaria igualmente de vos agradecer os inúmeros votos de condolências expressos nesta situação dolorosa.

Na sequência da decisão do Conselho Executivo, está em curso o processo de eleição do novo Director-Geral, que terminará no mês de Novembro do corrente ano.

Há precisamente um ano, em Maputo, nós comprometemo-nos resolutamente a enfrentar os importantes desafios sanitários que a África actualmente enfrenta. Apraz-me reconhecer a grande mobilização nesse sentido que se seguiu da vossa parte.

Na nossa opinião, o ambiente político, económico e social da Região Africana tem vindo a melhorar. O número de focos de tensão tem reduzido, tendo sido obtidos resultados encorajadores no desempenho económico de um número crescente de países, abrindo assim melhores perspectivas de progressos, na área da saúde pública.

É neste contexto que saudamos os esforços de S. Ex<sup>a</sup> o Presidente Olusegun Obasanjo e S. Ex<sup>a</sup> Denis Sassou Nguesso, na sua qualidade de presidentes em exercício da União Africana, apoiados pelo Presidente da Comissão da União Africana. Durante o corrente ano, eles efectuaram uma advocacia constante e enérgica em favor de uma melhor saúde para África.

Efectivamente, a reafirmação do compromisso dos Chefes de Estado e de Governos Africanos constitui um passo considerável para a consecução da Agenda da Saúde para a Região Africana. Nós iremos conseguir, graças a este compromisso, que 15% do orçamento nacional dos países sejam consagrados a saúde. É igualmente importante registar o impacto favorável dos G8 sobre esta mobilização dos Chefes de Estado africanos.

Contudo, devemos ser pró-activos na eficaz mobilização dos recursos, eficientes na sua utilização e capazes de produzir resultados mensuráveis.

A nossa parceria com as instituições das Nações Unidas, União Africana, comunidades económicas sub-regionais, agências bilaterais e multilaterais, atingiu um nível de qualidade e de empenho sem precedentes.

Temos agora uma nova ocasião para acelerar a consecução das Metas do Desenvolvimento do Milénio relativas a saúde. A consecução destas metas, exige reformas profundas e inovadoras dos sistemas de saúde. É necessário reforçar o diálogo e a concertação a volta das políticas e planos nacionais de saúde.

É necessário reforçar e otimizar a utilização dos recursos dos países, bem como dos que são canalizados pela ajuda internacional. É preciso introduzir uma gestão dos serviços nacionais de saúde centrada nos resultados e em tentar obter um impacto palpável.

Excelências,  
Senhoras e Senhores Ministros,  
Ilustres convidados,

Temos empreendido reformas destinadas a melhorar as nossas prestações de saúde e responder melhor as prioridades sanitárias dos países.

Neste contexto, e para uma melhor gestão da OMS, tomei a decisão de trazer para Brazzaville as equipas das divisões técnicas que tinham ficado em Harare, de reduzir o número de pessoal do Escritório Regional e de criar três equipas interpaíses da OMS, sediadas no Burkina Faso, no Gabão e no Zimbábwe.

Estas equipas farão a conjugação das acções técnicas do Escritório Regional e do conjunto dos Estados-Membros da Região. Estes darão apoio aos países para acelerar a implementação dos programas de saúde ligados as Metas de Desenvolvimento do Milénio.

Gostaria de saudar a nossa Sede, na pessoa do Dr. Nordstrom, Director-Geral interino, pelo apoio prestado às reformas da OMS em curso na sua região. Agradeço igualmente a todos os nossos parceiros pelas suas observações críticas, que foram úteis a esta iniciativa. Agradeço ainda a todos os governos dos países da Região e, muito especialmente, aos dos países que nos recebem e que nos disponibilizaram gentilmente as instalações e outros recursos essenciais.

É nosso desejo que todos os parceiros do desenvolvimento sanitário da Região se associem a esta nova dinâmica, e que se estabeleça uma melhor articulação das nossas actividades com as da União Africana e as das comunidades económicas regionais.

Durante o presente ano, 5 países da Região Africana foram atingidos pelo vírus H5N1 da gripe das aves. Não foi registado nenhum caso humano. Na sequência das vossas recomendações durante a última sessão do Comité Regional, a OMS iniciou uma série de acções, nomeadamente: realização de duas reuniões de peritos, em colaboração com a União Africana e outras organizações internacionais e bilaterais; organização de missões conjuntas com diferentes agências das Nações Unidas; elaboração de um plano de acção regional de preparação e resposta à pandemia sob o alto patrocínio do Chefe de Estado do Gabão da Conferência das Nações Unidas, sobre a gripe das aves em África, que resultou na Declaração de Libreville.

Apesar de tudo isto, o risco de pandemia da gripe pelo H5N1 continua presente. Mesmo que haja planos nacionais já prontos de preparação e resposta, na maioria dos países, é preciso registar que são ainda insuficientes os financiamentos para a vigilância, a compra de antivirais e a aquisição de equipamentos individuais de protecção.

No ano transacto, a epidemia de *cólera* afectou 31 países da Região. Temos que apelar para a colaboração intersectorial que implique os sectores da água e saneamento e os poderes locais, em colaboração com as comunidades, para se conseguirem resultados eficazes. A epidemia do vírus *Ébola* no Congo, em 2005-2006, foi rapidamente controlada. Em Novembro de 2005, Angola declarou o fim da maior epidemia de vírus de *Marburg*.

Nós comprometemo-nos a erradicar ou eliminar certas doenças. A *erradicação da poliomielite* beneficia de excepcionais esforços. Os progressos obtidos têm sido retardados pela forte intensidade de transmissão local do poliovírus selvático do norte a Nigéria e da importação destes vírus para os países que já tinham interrompido anteriormente a sua transmissão. Agrada-me reconhecer o importante esforço do governo e dos parceiros, incluindo a cooperação entre os países da Região, a favor desta erradicação. É primordial que se consigam atingir rapidamente os objectivos de erradicação da poliomielite e de aumentar até 80% a cobertura da

vacinação de rotina. Isto permitir-nos-á concentrar os nossos esforços noutras prioridades de saúde.

Relativamente à *erradicação da dracunculose*, têm-se observados progressos, continuando a transmissão local apenas em 8 países.

Relativamente à *eliminação da lepra*, o número de países aumentou de 38 para 42.

No que se refere à *oncocercose*, há sempre um risco importante de recrudescência. Temos que consolidar os resultados do programa OCP.

Na área dos programas de saúde orientados para as Metas de Desenvolvimento do Milénio, podemos informar-vos da realização em Brazzaville de uma consulta continental sobre *o acesso universal a prevenção aos cuidados e ao tratamento do VIH/SIDA*, cuja promoção foi assegurada pela liderança da União Africana. Esta permitiu a definição de uma posição comum africana, adoptada interinamente pela Cimeira Especial dos Chefes de Estado, em Abuja.

O lançamento de 2004 como o *ano para a aceleração da prevenção do VIH na Região Africana*, sob a égide do Presidente da União Africana e na presença do Primeiro-Ministro da Etiópia, foi um verdadeiro êxito.

Teremos que trabalhar incansavelmente para informar melhor as populações africanas sobre os riscos de transmissão e as medidas de prevenção.

No que se refere à *tuberculose*, ela foi declarada uma emergência pelos Ministros da Saúde desta Região. Foi lançada, para esse efeito, uma campanha de intensificação da luta contra a tuberculose. Gostaria, neste momento, de saudar a nomeação do Presidente Jorge Sampaio como Enviado Especial das Nações Unidas para a Iniciativa "Travar a Tuberculose", e a declaração de Bill e Melinda Gates de consagrarem 900 milhões de dólares, exclusivamente para a investigação na área da tuberculose. Não duvidamos que o Presidente Jorge Sampaio vá desempenhar um papel decisivo em prol dos países da Região, durante o período em que exercer as suas funções em favor da luta contra a tuberculose.

Quanto ao *paludismo*, temos observado uma intensificação da distribuição dos mosquiteiros impregnados durante as campanhas de vacinação, bem como progressos na implementação das políticas de tratamento de paludismo com as associações terapêuticas com base em Artemisinina.

Estamos extremamente preocupados com a persistência da taxa tão elevada da *mortalidade materna*. Foram elaborados em 21 países roteiros para a redução das taxas de mortalidade materna. Esperamos sinceramente que os outros países sigam este exemplo.

A *mortalidade infantil* continua elevada. Para contribuir para a sua redução, a 58ª Assembleia Mundial da Saúde aprovou uma nova estratégia de vacinação para o período 2006-2015, criando uma nova motivação para o acesso universal a uma gama alargada de antigénios. Esta estratégia junta-se a oportunidade que o GAVI apresenta para garantir o melhor acesso as vacinas. Esperamos que estas iniciativas se articulem de forma harmoniosa com a estratégia de sobrevivência infantil que está a ser elaborada com o patrocínio da União Africana e com o apoio conjunto da OMS, UNICEF e Banco Mundial.

Na área dos sistemas de saúde, gostaríamos de relembrar que a obtenção de melhores resultados no que diz respeito a luta contra as doenças, a saúde materna e infantil, dependerá em grande parte do desempenho dos sistemas de saúde. Para a execução das intervenções prioritárias para a saúde, é necessária uma melhor gestão dos serviços de saúde, incluindo o reforço das capacidades a nível local e a participação activa das comunidades.

No decurso do ano, o lançamento do *Relatório da Saúde no Mundo 2006* consagrado aos recursos humanos permitiu uma reflexão aprofundada sobre este assunto. Agora é o momento de se criar uma parceria internacional mais eficiente e para que os governos tomem medidas mais eficazes para a retenção e motivação do pessoal.

Em colaboração com o Banco Mundial, foi preparada uma estratégia regional para o *financiamento dos serviços de saúde*. Esta estratégia será debatida pelo Comité e esperamos que tenha uma influência favorável no financiamento dos cuidados de saúde dos países da Região.

Em nossa opinião, deverá ser criada na Região Africana um mecanismo de financiamento dos programas relativos às MDM.

Excelências, Senhoras e Senhores,

A presença hoje aqui de eminentes personalidades interessadas na causa da saúde pública, é sinal de um elevado grau de empenhamento na melhoria da saúde das populações africanas, com a finalidade de lhes proporcionar iguais oportunidades de participação activa e duradoura no desenvolvimento económico e social.

Por isso, permita-me que aproveite a feliz ocasião que esta assembleia me oferece para apresentar os meus calorosos agradecimentos ao governo e ao povo da Etiópia que, este ano, acolhem a 56<sup>a</sup> sessão do Comité Regional. Agradeço igualmente a todos os Ministros da Saúde dos Estados-Membros pela sua disponibilidade e pelas orientações que nos forneceram para que pudessemos levar a cabo a nossa missão. Finalmente, agradeço a todos os parceiros que sempre nos acompanharam na nossa acção ao serviço da Região Africana. Trabalhemos em conjunto para uma melhor saúde na Região Africana!

Os meus agradecimentos pela vossa atenção.

## ANEXO 12

### INTERVENÇÃO DO DR. JORGE SAMPAIO, ENVIADO ESPECIAL DO SECRETÁRIO-GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A LUTA CONTRA A TUBERCULOSE

#### Alcançar as metas para travar a tuberculose em África

É para mim um prazer e uma honra de estar aqui hoje, para participar neste importante e - assim o espero - frutuoso encontro.

Permitam-me que comece com uma breve nota pessoal, referindo a minha satisfação por me encontrar em Adis Abeba, pela primeira vez. Nunca antes tinha visitado este país, apesar dos antiquíssimos laços existentes entre a Etiópia e Portugal - o primeiro país europeu com o qual a Etiópia estabeleceu relações estáveis, no longínquo ano de 1508. Fiquei pois entusiasmado com a perspectiva desta deslocação e devo dizer que o meu fascínio por esta terra permanece intacto.

Gostaria ainda de expressar o meu reconhecimento às autoridades etíopes pela calorosa e amigável hospitalidade que me têm dispensado, bem como pela ajuda e apoio que me foram prestados pelos funcionários da OMS, particularmente pelo meu estimado amigo Dr. Sambo, Director Regional da OMS. Dirijo a todos, o meu penhorado agradecimento e, aos participantes neste encontro, permitam-me que lhes enderece outrossim cordiais saudações.

Como sabem, o Secretário-Geral das Nações Unidas, Kofi Annan, nomeou-me como seu primeiro Enviado Especial para a Luta Contra a Tuberculose (TB). É nessa qualidade que hoje aqui me encontro.

Ter a oportunidade de me dirigir a uma audiência tão distinta, é uma honra e uma ocasião única de que importa tirar partido, por duas razões principais: antes de mais, porque o progresso na prevenção e controlo da TB está intimamente ligado à melhoria da saúde das populações e ao desenvolvimento em geral; em segundo lugar, porque, apesar de alguns progressos, a TB continua a ser uma inaceitável emergência, particularmente na Região de África. Foi aliás por isso que, no passado, o Comité Regional fez uma declaração explícita em que reconhecia a TB como uma emergência regional.



Nunca é de mais recordar que a África é a região com o maior fardo mundial de TB *per capita*. Uma situação insustentável, a meu ver, porquanto, apesar de contar apenas com 11% da população mundial, África contribui com cerca de 25% dos casos de TB.

Na Região, são detectados diariamente cerca de 2.3 milhões de casos de TB e a incidência da TB está a aumentar aproximadamente de 4% por ano, alimentada pela epidemia do VIH/SIDA. Trinta e quatro de 46 Estados da Região Africana apresentam uma taxa de prevalência da TB de 300 casos por 100.000 habitantes e 9 países encontram-se entre os 22 países do mundo com maior fardo de TB. Estes números falam por si.

Excelências,

Tal como o vejo, o meu papel como Enviado Especial na Luta Contra a TB norteia-se pelo propósito de ajudar a alcançar não só as *Metas de Desenvolvimento do Milénio* (MDM), no sentido de "travar e inverter a incidência da TB até 2015", mas também os objectivos para 2015 estabelecidos pela Parceria "Travar a TB" - a saber, reduzir para metade as taxas de prevalência e de morte, tendo como referência os níveis de 1990.

Tanto quanto me é dado saber, os cenários apresentados no Plano Global 2006-2015 mostram que os objectivos da parceria não serão alcançados a tempo em África, se não forem tomadas medidas adicionais.

Esta é a razão porque considero que a minha intervenção tem prioritariamente de se centrar na Região Africana por forma a que a TB tenha a visibilidade necessária, deixando de ser uma doença negligenciada. Para o efeito, usarei da minha experiência política para ajudar a mobilizar a opinião pública para a importância da luta contra a TB e para continuar a sensibilizar os líderes mundiais para a necessidade de assumirem o papel que lhes cabe no financiamento integral e na implementação do Plano Global para travar a TB.

Pemitam-me agora que partilhe convosco algumas reflexões sobre os caminhos a seguir para que se alcancem melhores resultados na nossa luta comum contra a TB.

Dividirei a minha apresentação em três partes principais:

Começarei por realçar os progressos obtidos na luta global contra as doenças infecciosas nos últimos anos;

Em segundo lugar, examinarei a extensão dos problemas e os desafios com que nos debatemos actualmente em África na luta contra a TB;

Em terceiro lugar, evocarei algumas medidas a tomar com vista a alcançar a tempo as metas da MDM e da Parceria "Travar a TB" em África.

*Um avanço primordial: a inclusão das questões da Saúde na agenda global*

Penso que todos concordam que as questões da saúde estão hoje solidariamente inscritas na agenda global do desenvolvimento, sendo a saúde cada vez mais encarada como um Bem Público Global.

Num mundo cada vez mais globalizado, marcado por migrações e por rápidos movimentos de pessoas à escala mundial, a problemática da saúde adquiriu uma dimensão internacional uma vez que a situação sanitária em cada país não é independente do que se passa além fronteiras. As doenças transmissíveis são um exemplo óbvio desta faceta "externa" da saúde pública. Por outras palavras, isoladamente nenhum país pode prevenir ou conter doenças transmissíveis com vista a proteger a saúde da sua população.

A tomada de consciência da vertente transfronteiriça da saúde tem-se manifestado claramente na crescente atenção que, não só as organizações sectoriais alheias à área da saúde - como o Banco Mundial, as Nações Unidas ou o G-8, mas também os sectores privados ou de solidariedade social têm devotado à promoção da saúde pública enquanto área de intervenção.

Lembrarei a este propósito alguns exemplos:

- Em Janeiro deste ano, o Presidente Obansajo da Nigéria, Gordon Brown, Ministro das Finanças do Reino e Bill Gates lançaram o Plano Global "Travar a TB" para o período de 2006-2015. Nessa altura, Bill Gates anunciou

uma contribuição adicional de 900 milhões de dólares para a investigação e, em geral, para a luta contra a TB;

- No mês passado, a Cimeira do G-8, realizada em São Petersburgo, incluiu na sua agenda, para além das duas questões globais da segurança da energia e da educação, a luta contra as doenças infecciosas como a TB. Os líderes do G-8 comprometeram-se a continuar a apoiar o Fundo Global para a Luta contra a SIDA, a TB e a malária e a mobilizar recursos para financiar inteiramente o Plano Global "Travar a TB". Aliás, como devem estar recordados, já no ano passado, na Cimeira de Gleneagles, o G-8 tinham-se comprometido a responder às necessidades da luta contra a epidemia da TB em África;
- A *União Europeia* tem assumido a liderança nesta área. Por um lado, tem sido o segundo maior dador para o Fundo Global; por outro, no último G-8, o Presidente Barroso avançou uma nova proposta para África de cerca de 3 mil milhões de euros com vista à criação de um Fundo para a Governação;
- A Comunidade Internacional está empenhada em desenvolver mecanismos de financiamento inovadores, como o *Instrumento Internacional de Financiamento* para aumentar os recursos necessários ao desenvolvimento;
- Em Maio último, a Iniciativa da Coligação Empresarial Global, liderada por R. Holbrooke, comunicou que passaria a incluir a TB entre as suas áreas de intervenção;
- Há dias, em Toronto, a *Fundação Bill e Melinda Gates* anunciou um donativo de 500 milhões de dólares americanos nos próximos cinco anos destinados a garantir um financiamento adicional do Fundo Global.

Na verdade, creio que estes exemplos são indicadores claros de que a saúde começa a ocupar o centro da agenda global, sendo assim considerada com um Bem Público Global. Ao nível internacional, tornou-se mais nítido o empenho político, a

opinião pública está mobilizada e há mais recursos disponíveis. A criação desta conjuntura favorável permite dar um ímpeto renovado à luta contra as doenças infecciosas, mas cria também responsabilidades acrescidas com vista à obtenção de melhores resultados no nosso propósito de controlar a TB em África. O objectivo que partilhamos, o nosso compromisso comum e o nosso lema têm de ser *"fazer mais, fazer mais rapidamente e fazer melhor"*. *"Mais, mais rapidamente e melhor"*. As situações de emergência não se compadecem com demoras nem podem esperar.

### *Ultrapassar os obstáculos*

Como sabem melhor do que eu, eliminar a TB enquanto problema de saúde pública em África é uma batalha sem tréguas, com várias linhas de frente, por três ordens de razões:

Em primeiro lugar, porque a TB e a pobreza estão estreitamente associadas e formam um verdadeiro círculo vicioso - quem ignora que a infecção da TB se transmite mais rapidamente em situações ambientais de risco, caracterizadas pela pobreza, pela sobrepopulação, por más condições de habitação, de ventilação, de saneamento e, pela má nutrição ?

Em segundo lugar, porque a conjugação do VIH/SIDA e da TB produz uma sinergia nociva que conduziu à explosão de casos de TB em regiões de alta prevalência do VIH. Como sabem, nalgumas regiões Subsarianas, cerca de 77% dos pacientes com TB também estão infectados pelo VIH. E quem ignora que as consequências deste duplo fardo não se resumem a um aumento do número de mortes devido à TB e a dificuldades de diagnóstico acrescidas, mas correspondem outrossim à formação de um universo bem mais vasto de doentes, que propagam a infecção junto dos outros membros da comunidade, minando os esforços de controlo básico?

Em terceiro lugar, porque os desafios financeiros, de gestão, em termos de infra-estruturas e, por vezes, clínicos, do controlo da TB são significativos. Quem, entre vós, ignora que em muitos dos vossos países, o acesso aos serviços básicos de saúde é ainda incipiente, especialmente no que respeita ao diagnóstico e tratamento da TB, muito em particular nas áreas periféricas? Quem, entre vós, ignora os constrangimentos económicos e financeiros que condicionam os orçamentos de saúde

nacionais? Quem, entre vós, não se confrontou já com carências de recursos humanos e de pessoal com formação no sector da saúde?

Excelências,

O peso económico e social da TB é frequentemente discutido em termos de custos directos e indirectos para os agregados familiares. Não há dúvida de que os custos de uma doença prolongada como a TB são devastadores para os pacientes e suas famílias.

Mas, no seu ponto de vista, importa sobretudo medir o impacto da TB em termos comunitário e nacional, porque toda a economia de um país é afectada: a população activa diminui, a produtividade baixa, os rendimentos caem e os mercados retraem-se. Por outro lado, do ponto de vista social, os efeitos são altamente destruturantes já que a TB é a principal causa de óbito entre as mulheres em idade de reprodução e as crianças são particularmente vulneráveis à infecção por TB.

De acordo com as estatísticas, estima-se que a TB provoca perdas económicas anuais de 4% do PIB em países altamente afectados pela TB, estando pois esta doença estreitamente ligada à pobreza. No próximo ano, o Banco Mundial juntamente com a Parceria "Travar a TB" irá apresentar aos Ministros da Saúde africanos uma análise exaustiva do impacto económico da TB na vossa Região.

Este círculo vicioso entre a pobreza e as doenças como a TB tem de ser quebrado. É menos dispendioso quebrar este círculo silencioso do que alimentá-lo com mais mortes, mais doentes e mais famílias pobres. Nos países em desenvolvimento, as doenças como a TB têm um efeito sócio-económico devastador, ameaçando a sustentabilidade do desenvolvimento a longo prazo. Ignorar os problemas agora, é tornar a sua solução futura ainda mais improvável e dispendiosa.

É verdade que os obstáculos para conseguir controlar a TB em África são enormes. Mas a inacção constituirá um peso nas nossas consciências, um falhanço da governação política. A TB é uma doença curável. Podemos evitar milhões de mortes. Não podemos consentir que a TB continue a actuar de mãos livres.

### *Atingir as metas*

Apesar dos progressos registados, a TB é a segunda doença infecciosa a seguir ao VIH/SIDA causadora de mais mortes do nosso tempo - 1.7 milhões de pessoas por ano, ou seja 5.000 homens, mulheres e crianças diariamente. Além disso, a TB não está a desaparecer. No ano passado, morreram mais pessoas de TB do que em qualquer outra época anterior da história.

As estimativas do número de vítimas futuras da pandemia global de TB são extremamente preocupantes. A TB continuará a fazer parte das dez primeiras causas mundiais de mortalidade na próxima década, pois prevê-se que a sua incidência continue a progredir de forma constante em África, uma das regiões mais afectadas por esta doença. Portanto, as Metas de Desenvolvimento do Milénio só serão cumpridas se forem tomadas medidas sem precedentes.

Todas as partes envolvidas pela epidemia da TB - pacientes, famílias e comunidades; governos e autoridades dos países afectados pela TB; organização de saúde e doadores - estão a braços com um desafio comum: articular e assumir compromissos e acções adicionais, indispensáveis para levar a bom porto o controlo da TB.

Gostaria de lembrar agora alguns princípios básicos ou ideias que, no meu ponto de vista pessoal, podem ser úteis com vista a alcançar a tempo as metas para travar a TB em África.

Uma das questões centrais é, sem dúvida, a de garantir que as acções colectivas, quer no plano internacional quer nacional, sejam bem coordenadas. Mesmo considerando que o controlo da TB tem de ser encarado como um Bem Público Global para a Saúde, o controlo exaustivo da TB repousa na capacidade dos programas nacionais de luta contra a TB em identificarem com sucesso e tratarem os pacientes. Portanto, uma coordenação adequada entre o *input* internacional e a acção e as políticas nacionais constitui um ponto nevrálgico da luta pela eliminação global da TB.

Outro ponto fulcral é, na verdade, o da eficácia da intervenção nacional. No meu entendimento, é essencial atermo-nos a alguns princípios básicos para combater com eficácia a TB em África.

Deixem-me sublinhar algumas dessas orientações-chave:

- Reforçar e apoiar a liderança dos países no controlo da TB no contexto do princípio dos "três 1' s" - um plano nacional, uma autoridade e um sistema de avaliação e monitorização;
- Promover a aplicação da nova Estratégia da OMS para "Travar a TB", que sustém o Plano Global e que consta de 6 elementos, a saber:
- Expansão e reforço da estratégia DOTS, essencial para o tratamento da TB. Em África, com a aplicação desta estratégia, os casos de detenção da TB aumentaram de 23% para 49% no período 1995-2004, mas os progressos não têm sido suficientes para acompanhar o ritmo de progressão da doença;
- Combate agressivo à co-infecção TB/VIH e da MDR-TB, as duas grandes ameaças ao controlo da TB. Há novas políticas e estratégias que têm de ser desenvolvidas conjuntamente, mas requerem que se redobrem esforços na Região, como sublinham aliás os relatórios recentes apresentados em Toronto na Conferência sobre a SIDA;
- Reforço dos sistemas de saúde: aumento dos níveis de financiamento dos serviços públicos de saúde proporcional às dimensões da epidemia e dos compromissos assumidos pelos Chefes de Estado e de Governo. Estes serviços deveriam incluir redes de laboratórios, sistemas de vigilância e recursos humanos para a saúde;
- Reforço do empenho de todos os parceiros e actores envolvidos nos cuidados de saúde - designadamente através da consecução e fortalecimento de Parcerias contra a TB ao nível nacional e regional;
- Melhoria da participação e do envolvimento das pessoas com TB, das comunidades, incluindo o sector privado e as ONGs;
- Promoção da investigação de novas vacinas contra a TB, dos instrumentos de diagnóstico, de medicamentos e de avaliação dos métodos para as intervenções do controlo da TB;

Um ponto crucial diz, sem dúvida, respeito à estratégia DOTS, que deverá continuar a ser promovida e implementada. Têm-se registado bons progressos na expansão da estratégia DOTS na região de África. Porém, para o período 2006-2015 a prioridade é passar da cobertura geográfica básica para a melhoria da qualidade e do acesso. O sucesso do tratamento na Região é variável e um número superior de países poderia, com alguns esforços, atingir a meta de 2005 de 85%.

A estratégia DOTS tem dado provas de eficácia na cura das pessoas com TB. Sem tratamento, um número estimado de 70% de pessoas com TB morrerá da doença. Com a estratégia DOTS, se implementada de forma apropriada, poder-se-á reduzir rapidamente quer a mortalidade, quer a propensão para a TB, curando por vezes, para cima de 85% dos pacientes. Entretanto, uma vez que a cura de pessoas com TB obsta a que estas propaguem a infecção, a aplicação desta estratégia reveste também uma função preventiva importante, quebrando a cadeia de transmissão. Finalmente, a introdução de estratégias nacionais de controlo da TB de tipo DOTS criou um instrumento crucial no abrandamento da TB resistente a medicamentos.

Por último, gostaria ainda de focar a questão genérica da boa governação, que penso ser a chave para o sucesso, não só nos países em desenvolvimento, mas por toda a parte, à escala mundial.

A boa governação é essencial para se conseguir atingir as metas estabelecidas na Agenda do Milénio para o controlo da TB. Nenhuma política poderá ser eficaz se a governação for deficiente ou ficar abaixo dos padrões médios, porque os recursos simplesmente desaparecem quando as instituições são fracas e a governação é incipiente, permanecendo as doenças sem tratamento. Isto é inaceitável, uma vez que as regiões e as populações afectadas definham e sofrem rupturas económicas e sociais ao passo que os recursos nacionais e provenientes do estrangeiro são delapidados. Não podemos permitir que se desperdice a oportunidade criada pela forte mobilização da opinião pública global para o peso das doenças infecciosas, condenando milhões de africanos à pobreza e à infecção pela TB.

A boa governação requer portanto esforços permanentes na prevenção da corrupção, no aumento da transparência e da responsabilização (*accountability*). Instituições fortes, liberdade de imprensa, opiniões públicas activas e uma administração eficaz poderão ajudar nesta luta sem fim. Também precisamos de reduzir o peso das barreiras burocráticas e melhorar o planeamento para conseguir



tratamentos mais rápidos e que vão ao encontro das necessidades das populações carenciadas; por exemplo, o trabalho das ONG é muito importante e pode abrir novas pistas para tratamentos adaptados às populações infectadas. É por isso que quero lançar um apelo a todos os governantes presentes neste fórum para redobrem os seus esforços na construção de instituições sólidas e no combate à corrupção.

Instituições bem adaptadas e orientadas para o bem comum permitem tornar as opções políticas apropriadas, eficientes e eficazes, possibilitando que o uso dos recursos tenha um bom retorno. Um contexto com estas características estimula os doadores a disponibilizarem recursos necessários para lutar contra a TB e outras doenças letais e contribuir para o desenvolvimento desta Região.

Excelências,  
Caros amigos

Como Enviado Especial do Secretário-Geral das Nações Unidas para a Luta contra TB estou empenhado em desbravar novas vias que contribuam para travar a TB, em especial onde as condições são mais adversas, como nos países com um pesado fardo de TB.

Para garantir que o meu papel venha a ser produtivo, trabalharei em estreita ligação com a OMS e a Parceria "Travar a TB", que lideram a luta contra a TB. Mas não descurarei contactos regulares e directos, nem com autoridades civil, organizações não-governamentais e com as pessoas, trabalhando em conjunto para, um dia, conseguirmos um mundo livre da TB. E, neste ponto, o vosso contributo, Excelências, e caros Ministros da Saúde, é precioso.

Poderão contar com os meus empenhados esforços no sentido de manter as Nações Unidas envolvidas na causa da luta contra a TB em geral, e para o controlo da TB em África, em particular, no âmbito do princípio do acesso universal.

Não pouparei esforços para advogar a mobilização de recursos adicionais para o controlo da TB em África e para reforçar os compromissos internacionais e nacionais para o controlo da TB, assegurando também que os recursos sejam canalizados para as populações mais carenciadas.

Por ocasião da Cimeira dos G-8, em São Petesburgo, instei a comunidade internacional a unir-se no desafio global contra a TB e, especialmente, a honrar os compromissos assumidos no âmbito da luta contra a TB e do controlo de outras doenças prioritárias em África, na sequência das declarações da Cimeira dos G-8, em Gleneagles, no ano passado.

Mas quero, igualmente, exortar os líderes africanos a que invistam no controlo da TB em consonância não só com a Resolução do Comité Regional, de Agosto de 2005, em que a TB foi declarada uma emergência na Região de África, mas também com o Apelo dos Chefes de Estado, em Maio de 2006, ao Acesso Universal aos serviços do VIH/SIDA, TB e Malária até 2010.

Não hesitem nunca em contactar-me sempre que necessitem, transmitindo-me qualquer sugestão ou ideia que possa contribuir para o desempenho da minha missão no sentido de atingirmos a nossa meta comum - fazer progressos para travar a tempo a TB em África. Ficarei, por isso - e não preciso de o frisar - ao vosso total e inteiro dispor.

Bom trabalho a todos.

Muito obrigado.

**ALOCUÇÃO DO DR. ANDERS NORDSTRÖM, DIRECTOR-GERAL INTERINO  
DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE**

Exmo Senhor Presidente,  
Ilustres Ministros,  
Distintos Representantes,  
Caros colegas,

É com enorme prazer que estou de volta à Etiópia e a Adis Abeba, depois de já cá ter estado anteriormente por diversas ocasiões.

Gostaria de agradecer ao Dr. Sambo pelo seu relatório, que evidencia uma orientação clara e um progresso assinalável.

A AFRO não está apenas a lidar com a situação actual, está igualmente a olhar para o futuro.

Os planos estratégicos concretos no que respeita às áreas da vacinação, prevenção do VIH, financiamento da saúde, sobrevivência infantil e gestão dos conhecimentos são extremamente encorajadores.

É também com agrado que constato a incidência dada às questões respeitantes ao desenvolvimento, como a pobreza e comércio e saúde, assim como aos serviços e à investigação em saúde.

Estas, entre outras áreas vitais, são indicadores claros do quão importante é trabalharmos em conjunto em relação às principais áreas estratégicas para a saúde desta Região.

No ano transacto, a Região Africana prestou um valioso contributo à elaboração do 11º Programa-Geral de Trabalho, que foi aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde em Maio último. E ei-lo aqui, nas seis línguas oficiais de trabalho. Muito obrigado pela vossa contribuição para esta orientação estratégica, que ilustra claramente as lacunas e os desafios, as sete áreas prioritárias de acção e as funções nucleares da OMS.

O título “Compromisso pela Saúde” descreve a tarefa que temos pela frente. Juntos, temos de implementar a visão comum da agenda global de saúde.

Discutiremos, em breve, o Plano Estratégico a Médio Prazo (MTSP) 2008 - 2013 e o Projecto de Orçamento-Programa 2008-2009 que, tal como o programa geral de trabalho, assenta nas experiências práticas, desafios e necessidades dos países.

O MTSP propõe que o trabalho da OMS incida em cinco áreas principais:

1. apoiar os países no sentido da consecução da cobertura universal, com intervenções de saúde pública eficazes;
2. reforçar a segurança sanitária a nível local e mundial;
3. produzir e manter acções sustentadas através dos diferentes sectores para alterar os determinantes comportamentais, sociais, económicos e ambientais da saúde;
4. aumentar as capacidades institucionais para o fornecimento de funções essenciais de saúde pública através do reforço dos sistemas de saúde;
5. reforçar a capacidade de liderança da OMS, quer a nível global, quer regional, para dar apoio ao trabalho desenvolvido pelos governos nos países.

Para financiar estes planos, o Projecto de Orçamento-Programa 2008-2009 foi orçado em 4,2 mil milhões de dólares.

Trata-se de um momento de viragem. Pela primeira vez, o orçamento da Região Africana ultrapassa os mil milhões de dólares, totalizando 1189 milhões de dólares.

Este valor representa um aumento total de cerca de 25% em relação ao biénio actual e um aumento absoluto de 239 milhões de dólares.

O projecto de financiamento do Orçamento-Programa consiste:

- num aumento de 8,6% das contribuições estimadas dos Estados-Membros, totalizando mil milhões de dólares,

- na introdução de contribuições voluntárias de base negociadas, totalizando 600 milhões de dólares,
- e o restante, proveniente de contribuições voluntárias específicas.

Apesar deste aumento, a percentagem das contribuições voluntárias estimadas vai continuar a diminuir (23%), o que é lamentável. Esperamos, no entanto, que a introdução de contribuições voluntárias de base negociadas venham a conseguir um melhor alinhamento e possam reduzir os custos de transacção.

A Região Africana absorve mais de um quarto dos recursos da Organização, o que acarreta um sentido inerente de responsabilidade e imputabilidade pelo uso eficiente e eficaz destes recursos.

O Secretariado da OMS está a implementar uma série de reformas administrativas ambiciosas para reforçar as suas actividades na Região e, em particular, a sua capacidade de prestar apoio aos países.

A descentralização é uma componente essencial deste esforço. A criação de equipas de apoio interpaises, a par das próprias Representações nos países, providenciarão um apoio técnico ainda mais atempado, abrangente e da maior qualidade possível.

O "Sistema Global de Gestão": esta será a primeira Região a implementar o novo e moderno sistema global de gestão, que integrará a gestão dos programas com a gestão dos recursos humanos, financeiros e das infra-estruturas.

O aumento orçamental é a consequência directa do aumento das expectativas e exigências dos Estados-Membros.

Irá visar as áreas principais e mais necessitadas, nomeadamente:

1. a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio para a saúde materna e infantil;
2. o aumento da incidência nas doenças não-transmissíveis;
3. tornar sustentável o desenvolvimento sanitário através de uma maior atenção dada os determinantes da saúde;

4. a implementação do Regulamento Sanitário Internacional;
5. o reforço dos sistemas de saúde.

Alguns comentários específicos a respeito de alguns tópicos em particular:

Para a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milênio para a saúde infantil, será fundamental chegar a cada criança e recém-nascido em todos os distritos, através de um conjunto estabelecido de intervenções prioritárias.

A OMS está a desempenhar um papel activo na Parceria para a Saúde Materna, Infantil e dos Recém-Nascidos.

Assistimos a casos de sucesso alcançado através de intervenções eficazes. São estas intervenções que indicam o caminho a seguir. Na Tanzânia, houve uma redução de 24% na taxa de mortalidade infantil, de 147 mortes por 1.000 habitantes em 1999 para 112 por 1.000 habitantes em 2004.

A iniciativa de Aceleração da Sobrevivência Infantil e Desenvolvimento, iniciada, em 2005, em países da África Ocidental e Central, está a conseguir evitar a morte de 18.000 de crianças por ano.

O debate sobre a drepanocitose nesta Região, na linha das recentes resoluções da Assembleia Mundial da Saúde e do Conselho Executivo, as quais tiveram um impacto significativo na morbidade e mortalidade infantis, é também merecedor do meu aplauso.

A vacinação é uma parte fundamental do nosso trabalho e um dos nossos instrumentos que mais êxito têm alcançado. Todos os anos, contudo, 2 a 3 milhões de crianças não são vacinadas e acabam por ser vítimas de doenças evitáveis.

A Aliança para as Vacinas e a Vacinação (GAVI) continua a aumentar o acesso às vacinas e a melhorar a segurança da vacinação.

Doze países da África Ocidental beneficiarão, em breve, da iniciativa do GAVI para aumentar as reservas da vacina contra a febre amarela e do apoio às iniciativas para os surtos de emergência e campanhas de prevenção. Os 64,5 milhões de dólares atribuídos pelo GAVI contra a febre amarela para um período de cinco anos

contribuirão, também, para a criação de capacidades dos sistemas de saúde, na medida em que actuam como um incentivo à produção e distribuição de vacinas.

Na área da saúde materna, muito há ainda a fazer para abordar os problemas subjacentes da saúde materna e das mulheres. Estamos ainda longe das metas estabelecidas para 2015 e os progressos tem-se revelados demasiado lentos.

De um modo global, a tendência para abordar o tema da saúde sexual e reprodutiva tem vindo a aumentar. Os órgãos directivos da OMS aprovaram um conjunto de estratégias e medidas que visam fazer face às infecções sexualmente transmissíveis, sobretudo entre os jovens.

Durante os meses em que tenho ocupado este cargo, fiz questão de dar prioridade à saúde materna e reprodutiva. Em Junho, tive um encontro com Thoraya Obaid, o Director Executivo do FNUAP e, juntamente com outros colegas de direcção, analisámos a forma como poderemos melhor coordenar a nossa acção nas áreas da saúde sexual e reprodutiva. A este respeito, a reunião dos Ministros da Saúde, em Maputo, reveste-se de especial importância.

Particpei recentemente na XVI Conferência Internacional sobre a SIDA, em Toronto, no Canadá. Uma das mensagens inequívocas que dela surgiram foi a da necessidade fundamental em melhorar a prevenção, tratamento e cuidados para as mulheres. Três quartos das mulheres com 15 anos de idade ou superior que vivem com o VIH encontram-se na África Subariana. É uma situação verdadeiramente terrível, quer para elas, quer para as suas famílias. A prevenção da transmissão vertical é uma prioridade, assim como o alargamento do tratamento para as crianças. Mais de 90% das pessoas que vivem com o VIH em países com fardo elevado da doença desconhecem o seu real estado de saúde. Sem este conhecimento, estas pessoas não têm forma de ter acesso ao tratamento ou a aconselhamento, nem tão pouco a meios de evitar a propagação da doença.

A lacuna no tratamento continua a ser um factor crítico. Foram realizados progressos assinaláveis no acesso ao tratamento anti-retroviral, com um aumento de 100.000 em 2003 para um milhão de pessoas abrangidas em 2006. Não obstante, a Região Africana representa ainda 70% do total mundial de pessoas a necessitarem de tratamento e que não o conseguem obter. A Conferência de Toronto evidenciou a necessidade de uma abordagem equilibrada à prevenção do VIH, tratamento, cuidados

e apoio. O tema da conferência foi “Tempo de cumprir”. Na minha alocução durante o evento, destaquei as três áreas essenciais para a realização desse compromisso: verbas, medicamentos e profissionais de saúde motivados.

Destes três, a área fundamental é a dos profissionais de saúde. No entanto, é do conhecimento geral que esta área está em crise. Foram mais os participantes registados na Conferência de Toronto do que o número de médicos existentes em toda a região da África Oriental e Central.

Dos 4,2 milhões de trabalhadores de saúde que estão em falta, a nível mundial, quase 1 milhão são necessários só para o continente africano.

É preciso abordarmos os problemas subjacentes. Os profissionais de saúde estão a afastar-se devido aos baixos salários e às más condições de trabalho. Alguns são mesmo obrigados a arranjar outros empregos, quer no seu país, quer além fronteiras.

Esta falta de profissionais de saúde é debilitante – para todo o sistema de saúde. O tema do Dia Mundial da Saúde e do Relatório sobre a Saúde no Mundo deste ano tiveram como tema “Trabalhar em conjunto pela saúde”, precisamente para reflectir esta realidade. O Relatório propõe a realização imediata de intervenções baseadas nos países, no âmbito de um plano a 10 anos.

Este Plano Estratégico a Médio Prazo e o Projecto de Orçamento-Programa propõem também um aumento significativo da atenção dada às doenças não-transmissíveis.

As doenças infecciosas, as carências nutricionais, maternas e perinatais, continuam a ser responsáveis pela grande maioria das mortes na Região. No entanto, não devemos subestimar o impacto crescente do cancro, das doenças cardiovasculares e, em particular, da diabetes. Calcula-se que, nesta Região, as doenças não-transmissíveis tenham sido responsáveis por 23% do total de óbitos em 2005.

Antevê-se que, durante os próximos 10 anos, as mortes devido a doenças crónicas venham a aumentar em 27%, com as mortes atribuídas à diabetes a registarem um aumento na ordem dos 42%. Estas mortes podem ser evitadas através de uma dieta saudável, actividade física regular e evitando o consumo de tabaco.



Com a implementação da Convenção-Quadro da OMS para a Luta Anti-Tabágica, 137 países tornaram-se já Partes Contratantes da Convenção. Existem 17 países da Região Africana que ainda não ratificaram, aceitaram, aprovaram ou aderiram à Convenção. Exorto-vos para que o façam o mais depressa possível. Este instrumento é uma das mais importantes intervenções para o controlo dos factores de risco que conduzem às doenças crónicas. O consumo de tabaco é a principal causa evitável de morte.

Temos de abordar os determinantes da saúde subjacentes.

Quanto melhor conseguirmos controlar os factores que influenciam a saúde, maiores hipóteses teremos de melhorar a saúde e o bem-estar das populações. As acções necessárias para enfrentar estes determinantes não se limitam à esfera de influência dos ministérios da saúde; envolvem igualmente um grande número de responsabilidades e sectores governamentais e comerciais.

O desafio consiste em encontrar a forma de passarmos do conhecimento dos determinantes sociais e da equidade na saúde à formulação de políticas específicas e pragmáticas. A este respeito, congratulo-me, em particular, com a realização da mesa-redonda sobre acção intersectorial para a promoção da saúde e prevenção da doença, que terá lugar no final desta semana. A acção intersectorial é um ponto fundamental.

O reconhecimento da ameaça das doenças infecciosas emergentes para a saúde humana foi o catalisador para a acção levada a cabo em muitas áreas que anteriormente não eram encaradas como prioridades de saúde pública.

Permitam-me que aborde agora as questões da implementação do Regulamento Sanitário Internacional e da gripe das aves.

Os que de entre vós participaram nas delicadas negociações para a revisão do Regulamento Sanitário Internacional estão cientes da importância excepcional que este instrumento têm para os Estados-Membros.

Presentemente, não vemos quaisquer sinais de que a ameaça apresentada pelo vírus H5N1 da gripe das aves esteja a diminuir.

Actualmente, mais de 50 países da Ásia do Sul e Central, Europa, África e Médio Oriente, registaram surtos em aves. Foram já comunicados casos de infecção em seres humanos em 10 países. Até 23 de Agosto, haviam sido confirmados 241 casos e 141 óbitos.

Até ao momento, nenhum país da Região Africana confirmou casos de infecção em humanos nem tão pouco mortes atribuíveis à gripe das aves. Ainda assim, a presença do vírus nas populações de aves da Nigéria e noutras localizações são um aviso inequívoco de que é preciso mantermo-nos alerta.

O grande risco que o H5N1 apresenta para a saúde humana advém não das grandes explorações comerciais de aves domésticas, mas das pequenas criações familiares de quintal. As pessoas que possuem estas criações têm menos conhecimentos sobre as formas de se protegerem da infecção, encontrando-se, portanto, em situação mais vulnerável. A informação e a comunicação são, pois, factores prioritários.

Uma parte vital da preparação consiste na estreita relação de trabalho entre os sectores da saúde e da agricultura. Quase todos os países dispõem já de um plano de preparação para a pandemia, planos esses que devem começar agora a ser postos em prática. A capacidade de produção de fármacos anti-retrovirais aumentou substancialmente. Foram concedidas licenças a vários países em desenvolvimento para a produção destes fármacos. Está a ser dada muita atenção ao desenvolvimento de uma vacina pandémica e a formas de aumentar a actual capacidade de produção. Alguns ensaios clínicos estão a produzir resultados encorajadores.

No que respeita à poliomielite, todos nós estamos empenhados na erradicação da doença. Contudo, existem ainda alguns desafios a ultrapassar. Foram realizados progressos importantes sob a firme liderança do Dr. Sambo. A epidemia de 2003-2005, que afectou 10 países da África Central e Ocidental, foi travada com êxito.

Estive na semana passada em Dhaka, no Bangladesh, onde o Comité Regional discutiu a situação crítica na Índia. Da mesma forma, precisamos agora confrontar o outro grande desafio que se nos apresenta na Nigéria. Até que seja interrompida a transmissão na Nigéria, todos os países africanos, sobretudo os da África Central e Ocidental, continuarão a sofrer um risco elevado de retransmissão. Cinco estados do

norte do país representam mais de metade de todos os novos casos de polio a nível mundial.

Sabemos que a poliomielite pode ser erradicada da Nigéria. Esta é a altura para intensificar a nossa acção. Temos também de garantir que os extraordinários progressos alcançados no resto da Região não serão invalidados sendo, para tal, necessário travar rapidamente os actuais focos em Angola, Namíbia, República Democrática do Congo e Etiópia.

Por último, e talvez mais importante, a necessidade de se continuar a reforçar os sistemas de saúde.

Sem sistemas de saúde funcionais e eficientes, não será possível intensificar os serviços básicos de saúde nem alcançar as MDM.

É necessário melhorar a organização, a gestão e a prestação dos serviços de saúde. Para tal, é preciso identificar a melhor forma de organizar o sistema, assim como a melhor forma de envolver os diferentes intervenientes e prestadores de serviços.

É preciso um financiamento equitativo, adequado e sustentável, ou seja, encontrar as melhores opções políticas para financiar os serviços de saúde, explorar as diferentes alternativas de financiamento e rever as formas mais eficazes de afectação de recursos.

Temos igualmente que reforçar as bases factuais dos sistemas de saúde para apoiar a elaboração e a implementação das políticas. Para isso, são necessários bons sistemas de informação e vigilância e que haja investimento nas capacidades nacionais para a investigação.

No entanto, todos estes esforços serão em vão se não existir uma força laboral sólida de profissionais de saúde.

No mês passado, em S. Petersburgo, abordei este tema durante a cimeira dos G8. Para a cobertura e acesso universais, todos os países necessitam de ter profissionais de saúde motivados. Insisti no mesmo ponto aquando da recente Conferência de Toronto sobre a SIDA, onde lançámos a iniciativa “Tratar, formar e manter”, para proteger e apoiar os profissionais de saúde que vivem com o VIH.

Esta iniciativa agrega um esforço global mais vasto a ser construído e mantido pela Aliança Mundial dos Profissionais de Saúde, que contará também com o apoio do observatório dos RHS que será estabelecido na Região Africana.

A canalização adequada da ajuda para o desenvolvimento continua a ser um desafio. Quando um país como o Ruanda dispõe de 47 milhões de dólares para a luta contra o VIH/SIDA e apenas 1 milhão destinado à saúde infantil, com apenas 14% da despesa em saúde sob controlo do governo, isso deve constituir motivo de preocupação.

O Mecanismo de Ajuda aos Programas de Saúde (PAFH) é uma iniciativa importante. Congratulei-me com a proposta de trabalho para a Região Africana de aumento da eficácia da ajuda, intensificação do acesso aos serviços de saúde e melhoria da eficácia na colaboração com os parceiros. Esta iniciativa deverá ser lançada até ao final do ano, em conjunto com o Banco Mundial e outros parceiros.

Em jeito de conclusão: o objectivo é tornar a OMS mais sensível e com maior capacidade de reacção às necessidades dos países, questão fulcral do planeamento estratégico que debateremos mais à frente.

Tenho orgulho em constatar que a OMS é vista como uma organização que trabalha eficazmente no sistema das Nações Unidas. Creio que é chegada a altura de encararmos a Organização de forma mais abrangente e global para encontrarmos formas de melhorarmos o nosso trabalho.

Esta Região carrega uma enorme responsabilidade. Os países da Região Africana dispõem do maior Orçamento-Programa. É essencial que esses programas sejam realizados com transparência, imputabilidade e eficiência.

Os nossos esforços devem agora centrar-se ainda mais no nosso pessoal. Temos de nos assegurar de que temos as pessoas certas nos lugares certos e com as competências indicadas.

Estou certo de que, sob a liderança do Dr. Sambo e com a vossa orientação e empenho continuado, a Região Africana será capaz de enfrentar os enormes desafios que temos pela frente.

Muito obrigado.

**DISCURSO DE SUA EXCELÊNCIA  
ALPHA OUMAR KONARÉ,  
PRESIDENTE DA COMISSÃO AFRICANA,**

Senhor representante do Primeiro-Ministro da República Federal Democrática da Etiópia,

Permita-me que comece por saudar o Professor Paulo Ivo Garrido e felicitá-lo em especial pela sua eleição para presidir à 55ª sessão do Comité Regional da OMS.

Gostaria também de saudar Sua Excelência, o Ex-Presidente Jorge Sampaio, que é um grande amigo de África, e felicitá-lo por ter aceitado ser o Enviado Especial do Secretário-Geral das Nações Unidas para a Iniciativa “Travar a Tuberculose”, missão essa que se reveste de grande importância para nós.

Gostaria ainda de saudar o Sr. Anders Nordström, Director-Geral interino da OMS e de lhe transmitir o quanto partilhamos a dor dessa grande família que é a OMS após o falecimento do Dr. Jong-wook Lee, que nos deu a honra de acolher e partilhar as nossas preocupações.

Senhor representante do Primeiro-Ministro,

Vossa Exa. sabe da nossa solidariedade para com o seu país, sobretudo nestes momentos extremamente difíceis em que a Etiópia enfrenta estas enormes cheias. A liderança da Etiópia e do Primeiro-Ministro é por todos nós largamente reconhecida. É graças a esta liderança que, desde há algum tempo, a Etiópia se impõe como a capital africana em diversos domínios e em todos os planos. Além disso, e graças ao nosso irmão, o Dr. Luis Gomes Sambo, que desde já saúdo e felicito, Adis Abeba tornou-se quase numa segunda casa para o Escritório Regional da OMS. De facto, foi aqui que organizámos inúmeras reuniões durante este ano. Aqui, procedemos em conjunto ao lançamento do Ano de Aceleração da Prevenção do VIH/SIDA, tal como foi por vós decidido, Senhoras e Senhores, por ocasião da 55ª sessão do Comité Regional Africano.

Senhor Director Regional,

É meu desejo que a nossa região seja a vossa Região porque a vossa Região não é ainda, efectivamente, vossa. A vossa Organização abrange 46 Estados africanos, ao passo que eu presido a uma organização que inclui 53 Estados africanos. É com grande prazer que constato aqui hoje a presença da Argélia e me pergunto: onde estão os outros Estados do norte de África? O norte de África não faz parte de África? Afirmo-o aqui hoje com veemência porque é importante impormos uma visão de África. É importante impormos uma concepção do continente africano.

O norte de África é parte integrante do continente africano; é uma questão que não diz respeito a si nem à OMS, mas ao sistema das Nações Unidas no seu todo, já que boa parte das nossas estatísticas são elaboradas em conjunto com as do Norte de África. Claro que, com o Médio Oriente, sabemos que existem problemas de proximidade mas que podem ser geridos. Contudo, hoje em dia, a nossa realidade é África, e ela é uma só, de norte a sul. Gostaria, pois, que os ministros aqui presentes se juntassem a nós para fazer prevalecer aquilo que consideramos que África representa.

Senhor Director Regional da OMS,

Na sua intervenção ainda há pouco, V. Exa. deu conta de todas as iniciativas que empreendemos em conjunto. Permita-me que retome esse tópico apenas para saudar, uma vez mais, a liderança do Presidente Obasanjo, graças a quem realizámos, no passado mês de Maio, a importante reunião de avaliação do compromisso que, em conjunto, assumimos na luta contra a SIDA, paludismo e tuberculose.

É importante que estas não se tornem apenas em reuniões de rotina, mas que sejam significativas e que nos permitam conhecer e não temer a realidade, enfrentá-la e, em conjunto, mudá-la. O Director Regional fez também o ponto da situação sanitária e da evolução de um certo número de doenças, incluindo as novas enfermidades. Referiu-se igualmente à gripe das aves, tema sobre o qual gostaria de agradecer o trabalho que realizámos em conjunto para prestar apoio atempado aos países.

Em relação a esta epizootopia, o Director Regional falou em 5 países africanos afectados; eu diria que pelo menos 10 países estão afectados, 2 dos quais já sofreram, Infelizmente, casos de infecção humana, o que nos intima sobremaneira a darmos

particular atenção à gripe das aves e a outras novas doenças, como o caso do Ébola. Estas doenças dizem-nos directamente respeito e é a nós que cabe tomar a iniciativa para garantir um melhor controlo e prevenção.

Referiu igualmente, e ainda bem, os esforços envidados na luta contra a poliomielite. Não obstante, devemos insistir no facto de que nos havíamos comprometido em expulsar a poliomielite de África desde há pelo menos 2 ou 3 anos e que constatámos que nestes dois últimos anos, a despeito dos esforços empreendidos, existem actualmente novos países atingidos pela doença. Tal facto deve mobilizar-nos a continuar a trabalhar de perto e em conjunto para associarmos de forma mais estreita as comunidades económicas regionais às diversas acções que estamos em vias de implementar.

Senhor Director-Geral,

Vossa Exa. mencionou, e com pertinência, as causas que explicam o deficiente estado sanitário do Continente. É incontestável que a pobreza e a falta de recursos explicam, em parte, o estado de degradação das estruturas sanitárias e que, apesar dos esforços envidados, é ainda difícil os mais pobres conseguirem tratar-se em África. Esta falta de recursos, admitamo-lo, tem outros nomes; isso mesmo, outros nomes: são os conflitos, a má governação e a insuficiência de infra-estruturas de base no Continente que não nos ajudam a abordar toda uma panóplia de questões sociais.

Digamo-lo claramente; a maior parte deste males são da nossa responsabilidade. Quando avaliamos os conflitos sociais, constatamos que o seu custo é inadmissível e escandaloso, porque os mesmos são essencialmente conflitos internos ou entre nós próprios.

Senhoras e Senhores Ministros,

Quando não dominamos este tipo de situação, é difícil continuar a pedir ajuda aos nossos parceiros. Senhoras e senhores, pudemos verificar, nos diversos relatórios que foram apresentados há pouco, as vias que podem permitir à União Africana e ao Escritório Regional trabalhar em conjunto. Aproveito esta oportunidade, Senhor Director Regional, para lembrar que, aquando da sua eleição, V. Exa. se comprometeu a trabalhar em colaboração mais estreita connosco e sob a nossa

liderança, e que a OMS foi a primeira organização internacional a assinar um acordo com a antiga OUA, em 1969.

A isto se junta o facto de ter compreendido que a colaboração entre o plano político e o plano técnico era indispensável para que as decisões a tomar pudessem ser efectivamente aplicadas. Neste sentido, é preciso que continuemos a fazer com que as suas reuniões regionais e as nossas reuniões ministeriais se realizem em conjunto, o que nos permitiria evitar o desperdício e harmonizar os programas. Não existe razão alguma pela qual os ministros da saúde da União Africana e os ministros da saúde dos Estados-Membros da sua Organização trabalhem separadamente, não coordenem os seus programas e não trabalhem melhor em conjunto. Creio que as intervenções da OMS incluem vias bem desobstruídas nas quais a Comissão da União Africana está disposta a orientar o seu trabalho.

Hoje em dia, existem planos de acção em todos os países africanos, talvez porque, a partir destes planos nacionais, vislumbramos, em conjunto, um plano de acção para todo o continente. Hoje em dia, encontramos cartas sanitárias em todos os países. Parece pois ser crucial que trabalhemos juntos para criar uma carta sanitária africana, o que nos permitiria implementar sistemas melhorados de observação e intervenção rápida.

O facto de trabalharmos juntos permitir-nos-ia também abordar os problemas da medicina tradicional e da farmacopeia. Aliás, a União Africana está a elaborar um inventário tendo em vista a uma importante reunião sobre este assunto, no seguimento da decisão tomada em 2001 pelos Chefes de Estado, que lançaram o decénio da medicina tradicional. Convém não esquecermos que estamos no decénio da medicina tradicional e da farmacopeia.

Com a vossa permissão, há um ponto que devíamos abordar juntos: o problema da formação e dos centros de excelência. Cada país não pode, individualmente, ter os hospitais com o melhor desempenho. Será talvez necessário considerar o estabelecimento de uma rede de hospitais de excelência, onde serão reunidos os modestos meios de que dispomos para enfrentar os desafios com que os nossos países são confrontados e para que possamos trabalhar em conjunto no campo da formação.



Excelência, Senhoras e Senhores,

No que respeita à formação, gostaria, por fim, de insistir sobre a necessidade de termos uma política comum para dizer «não» à política de imigração escolhida que verdadeiramente constitui uma porta para esvaziar os quadros que formamos a muito custo e em condições difíceis. A imigração escolhida unilateralmente é inaceitável e injusta para nós. Declaramo-lo aqui, com veemência mas, mais do que palavras, é preciso que sejamos nós mesmos a adoptar uma estratégia a propor aos nossos parceiros com o intuito de fazer face a esta gravosa situação.

Tão bem como eu, vós sabeis que muitos dos nossos quadros de pessoal qualificado se encontram actualmente fora do continente africano. Constatamos também, não apenas porque a actualidade assim nos obriga mas também porque nos interessa e diz respeito, que muitos jovens, por vezes com a saúde debilitada, tentam deixar o continente. A situação destes imigrantes é verdadeiramente escandalosa! Senhoras e senhores ministros, o silêncio da nossa parte, personalidade política, que oculta as suas condições de vida, é inaceitável! É preciso que haja um esforço nacional! Que haja uma expressão mais forte do dever humanitário porque os que estão a partir são a juventude do nosso continente.

Estes jovens representam a vitalidade do nosso continente. Não podemos admitir que sejam considerados como os condenados de África pois, como o afirmei na cimeira de Banjul, estes condenados de África não aceitarão jamais serem os condenados da terra, e o seu comportamento no presente vai gerar violência nos nossos países se não tomarmos cuidado! Estas preocupações perturbam-nos e evocam aqui perante vós porque a vós dizem respeito, sob todas as perspectivas.

Excelência, Senhoras e Senhores Ministros,

Para terminar, gostaria de relembrar-vos, como o fez, aliás, o professor Garrido, do encontro que teremos de 22 a 26 de Setembro deste ano, em Maputo, para prosseguir o trabalho já iniciado pela 55ª sessão do Comité Regional. Estou convicto de que o plano de acção, a ser elaborado em conformidade com o quadro que haveis estabelecido, estará à altura das nossas expectativas.

Excelências, Senhoras e Senhores,

Gostaria de desejar votos de pleno êxito nos vossos trabalhos! Que Deus esteja convosco! Muito obrigado.

## ANEXO 15

### **ALOCUÇÃO CONJUNTA DE ESTHER GULUMA E PER ENGEBEK, DIRECTORES REGIONAIS DA UNICEF, RESPECTIVAMENTE PARA A ÁFRICA CENTRAL E OCIDENTAL E PARA A ÁFRICA ORIENTAL E AUSTRAL**

Senhor Presidente,  
Ilustres convidados,  
Excelências,

Eu e a minha colega Esther Guluma, gostaríamos de agradecer ao Director Regional Africano da OMS, Dr. Luis Gomes Sambo, o seu amável convite para participar na Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano, nesta grande cidade de Adis Abeba.

A OMS e a UNICEF têm uma longa e ilustre história de colaboração muito íntima em numerosas áreas da saúde pública. Foram parceiras em diversas iniciativas conjuntas para fazer progredir a agenda da saúde das mulheres e das crianças, particularmente em África. Assim, é um privilégio e um imenso prazer estar aqui com tantos ilustres ministros da saúde, colegas da OMS e outros parceiros para o desenvolvimento.

Gostaríamos de aproveitar esta oportunidade para saudar o distinto Ministro da Saúde da República Democrática Federal da Etiópia, pela sua eleição para a presidência da Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano. Sob a sua liderança, esta sessão será, sem dúvida, evocada como um grande sucesso.

Senhor Presidente,  
Ilustres convidados,  
Excelências,

Gostaríamos de aplaudir o Director Regional, Dr. Luis Gomes Sambo, pelo seu excelente relatório sobre as actividades da OMS na Região Africana, durante 2004-2005. Sob a sua inspirada liderança, foram alcançados significativos progressos em muitas frentes, nomeadamente na área do VIH/SIDA, tuberculose e paludismo, que afectam a sobrevivência e o desenvolvimento de tantas mulheres e crianças africanas.

Embora a meta "3 by 5" ainda não tenha sido atingida a nível mundial, a África conheceu um importante progresso, com cerca de 800.000 pessoas, representando 20% dos necessitados, a receberem terapia anti-retroviral (TAR), em Dezembro de 2005.

Do mesmo modo, também os programas de controlo do paludismo se expandiram, daí resultando que mais pessoas têm acesso a associações medicamentosas à base de artemisinina e mais crianças dormem protegidas por redes tratadas com insecticida.

Notamos, no relatório, que também se verificaram significativos progressos na luta contra as doenças evitáveis pela vacinação. Destaca-se o exemplo do sucesso da Parceria Africana para o Sarampo, com um redução da mortalidade específica do sarampo calculada em mais de 50%, nos últimos cinco anos. Presentemente, mais de 20 países africanos notificam coberturas superiores a 90%. É também notável verificar que, mais de 72% dos países africanos estão a implementar a abordagem «Chegar a Todos os Distritos», notificando uma cobertura da DPT3 superior a 80% em Novembro de 2005, por comparação com 49% no biénio anterior.

Senhor Presidente,  
Ilustres convidados,  
Excelências,

Eventos como este, organizados e realizados em África, não podem eximir-se ao ritual de analisar os progressos alcançados em África, os quais constituirão o núcleo desta breve alocução. Este exercício de análise é necessário porque a África é frequentemente apresentada como a nódoa negra do mundo, onde se alcança um mínimo de progressos na maioria dos indicadores do desenvolvimento. Será esta uma avaliação justa e objectiva? No curto tempo de que dispomos, confinar-me-ei a analisar o progresso que vamos alcançando na MDM4 - Reduzir a mortalidade infantil.

É minha firme convicção que a África se encontra à beira de, provavelmente, conseguir alcançar um progresso histórico na redução da mortalidade infantil e tenho algumas observações que apoiam esta afirmação. Quando foi lançado neste continente o Programa Alargado de Vacinação, há apenas três décadas, a meta dos 80% de vacinação parecia inatingível. Essa meta foi agora alcançada e o continente

africano registou a maior redução de mortalidade do sarampo no mundo, como sublinha o relatório do Dr. Sambo.

Há apenas uma década, o paludismo era encarado como um modo de vida e a comunidade internacional tinha-se refugiado numa posição de total desespero. O lançamento da iniciativa Fazer Recuar o Paludismo, em 1998, veio revitalizar a parceria internacional e mostrar que o paludismo pode ser vencido. Países com recursos modestos, como a Eritreia e a Ilha de Zanzibar, mostraram que, com o uso adequado das tecnologias existentes, como as ITN, um tratamento precoce eficaz e a pulverização residual das casas, a mortalidade do paludismo pode ser quase eliminada. Evidentemente, o maior desafio que o nosso continente enfrenta são os padrões de resistência ao parasita do paludismo, em crescimento e mutação. Verificamos, no entanto, uma colaboração internacional inovadora e sem precedentes, para a investigação e desenvolvimento de novos medicamentos anti-palúdicos, a par de formas de garantir que esses medicamentos sejam acessíveis a todos os que deles necessitem. Com este apoio, quase todos os países reviram as suas políticas de tratamento e adoptaram medicamentos mais eficazes; desta mudança no que toca à redução da mortalidade e à gravidade da doença, advirão resultados nos anos vindouros.

Em 2003, a publicação médica internacional *The Lancet* interpelava seriamente a UNICEF, face ao nosso compromisso pela sobrevivência das crianças. Aceitámos o desafio e, há dois anos, usámos o mesmo modelo que *The Lancet* para calcular a redução da mortalidade que seria possível alcançar na nossa Região, com uma cobertura total através de 23 intervenções de eficácia cientificamente comprovada. Analisámos também criticamente o progresso que estamos a conseguir com as intervenções de base comunitária. O Secretariado tem exemplares deste relatório. Estas conclusões foram divulgadas numa conferência de âmbito continental, em Mombaça (Quénia), organizada pela OMS e a UNICEF. As conclusões são encorajadoras. Quase todos os países adoptaram a estratégia da Atenção Integrada das Doenças da Infância. Com uma cobertura total destas eficazes intervenções, alcançaremos a MDM para a redução da mortalidade infantil. Ainda que só conseguíssemos 70% de cobertura de outras intervenções e apenas 60% das do paludismo, como referido na nossa Declaração de Abuja, ainda atingiríamos 50% de redução da mortalidade. Para mim, estes são motivos para um real optimismo.

São muitos os sinais de progresso. Dados dos Inquéritos à Saúde e Demografia mostram reduções de mais de 20% na mortalidade dos menores de 5 anos, por exemplo, na Eritreia, Madagascar, Moçambique, Tanzânia, Etiópia, Ruanda, Egito e Marrocos. Estas tendências comprovam que, de facto, a MDM4 é atingível e podem servir de guia para a consecução de outras MDM relacionadas com a saúde e a nutrição.

Senhor Presidente,  
Excelências,  
Distintos convidados,

Seria ingenuidade da minha parte apresentar um quadro demasiado optimista, quando todos sabemos que há graves problemas que ainda persistem. Há duas décadas os progressos que fizemos na mortalidade infantil começaram a ser perturbados pelo advento da epidemia da SIDA, que em alguns países da África Austral é responsável por cerca de 40% da mortalidade infantil. É, no entanto, encorajador que um dos países mais afectados deste continente tenha feito frente a esse problema e constitua um exemplo a seguir no reforço do respectivo tratamento e cuidados. Por isso, gostaríamos de felicitar a República do Botswana por essa extraordinária conquista.

Dito isto, ilustres ministros, gostaria de, simultaneamente, registar a nossa mais profunda preocupação com os fracos progressos que a maior parte dos países têm feito, especialmente em termos de tornar o tratamento acessível às crianças. É bastante embaraçoso constatar que a maioria dos nossos países apresenta uma cobertura inferior a 1% no tratamento das crianças com SIDA. Isto é não apenas contra a ética mas constitui, sobretudo, aquilo que eu considero uma violação grosseira dos direitos das crianças.

O segundo problema, que é - possivelmente - mais intrigante, é o lento progresso feito na aceleração da implementação da AIDI na Região. Se, de facto, já provámos que esta estratégia funciona, teremos, de responder à chamada feita pelos Chefes de Estado, na Líbia, em 2005, para uma acção acelerada com vista à sobrevivência das crianças. Na sequência dessa decisão, demos instruções aos nossos peritos para criarem um quadro para a sobrevivência infantil, que forneça orientações estratégicas muito claras sobre aquilo que é preciso fazer. Fico satisfeito por esse quadro ser igualmente partilhado com este fórum.

Por último, gostaria de colocar perante esta assembleia a possibilidade de a ausência de progressos se deve ao facto de não estarmos a colher os frutos que se encontram mais à mão, no domínio da redução da mortalidade infantil. O ano passado, a revista Lancet invectivou-nos, mais uma vez, pela falta de acção eficaz relativamente à saúde dos recém-nascidos. Estima-se que até 75% da mortalidade infantil ocorra na primeira semana de vida. Este período não é infelizmente coberto, nem pelos programas maternos, nem pela AIDI. Todavia, sabemos bem que existem intervenções devidamente testadas, de baixo custo e de base comunitária que, quando devidamente implementadas, conseguem reduzir de modo significativo este tipo de mortalidade. Em algumas partes da Índia, em que essas intervenções foram sistematicamente testadas e documentadas, conseguiu-se uma redução de cerca de 70% na redução da mortalidade. É por essa razão que, neste preciso momento, pelo menos 23 dos nossos decisores políticos e directores de programas de Moçambique, Etiópia, Uganda, Madagáscar, Zâmbia e Malawi se encontram na Índia e no Paquistão, para estudarem essas intervenções e o modo como as respectivas tecnologias poderão ser transferidas para o nosso continente.

Como afirmei anteriormente, nós, na UNICEF, acreditamos que esta Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional poderá constituir um ponto de viragem na aceleração dos progressos rumo à consecução das MDM relacionadas com a saúde em África. São três as principais razões:

Em primeiro lugar, estamos convencidos de que é este o momento para que os ministros da saúde africanos possam reafirmar o seu compromisso colectivo de criar ambientes políticos, estratégicos e orçamentais favoráveis para apoio a essa metas. Sem um empenhamento forte e continuado não será possível a obtenção de progressos.

Em segundo lugar, acreditamos que muitos dos documentos de políticas a analisar pelo Comité Regional no decurso desta semana constituem uma excelente plataforma que os países poderão usar como base para a criação, implementação, monitorização e avaliação das estratégias e planos sectoriais de redução da pobreza orientados para as MDM.

A UNICEF compraz-se especialmente com a sua colaboração com a OMS e o Banco Mundial na formulação da nova estratégia de sobrevivência infantil para a Região Africana. Esse esforço de colaboração é exemplar por, duas razões, pelo

menos. Em primeiro lugar, o documento faz uma listagem dos progressos científicos mais recentes na área da sobrevivência infantil e dos novos testemunhos sobre abordagens inovadoras para a implementação de intervenções de forte impacto. Em segundo lugar, reflecte o genuíno empenho por parte destas três organizações na conjugação de esforços e na utilização das respectivas vantagens comparativas, para ajudar os países a acelerarem os progressos no caminho do objectivo da sobrevivência infantil.

A juntar a esta nova estratégia regional para a sobrevivência infantil, notamos, igualmente, com grande satisfação, que outros documentos, tais como o plano estratégico regional para o Programa Alargado de Vacinação, a estratégia de prevenção do VIH para a Região Africana, a estratégia de financiamento da saúde para a Região Africana e o documento sobre a revitalização dos serviços de saúde, usando a abordagem dos cuidados primários, fornecem aos países africanos um "caixa de ferramentas" políticas abrangentes, para melhorar o acesso das mulheres e das crianças a serviços de saúde mais eficazes e equitativos.

Em terceiro lugar, os países africanos não se encontram isolados neste esforço. Eles podem contar com a bem conhecida solidariedade africana e com o apoio da comunidade mundial.

Ao nível político, a solidariedade africana encontra na União Africana o seu melhor representante. A UNICEF aprecia muito o papel que a União Africana, sob a liderança do Presidente Konaré, tem desempenhado no que diz respeito aos progressos da agenda das MDM. Num passado recente, os Chefes de Estado Africanos adoptaram importantes decisões e iniciativas sobre questões de particular significado para o bem-estar das crianças e mulheres africanas. Uma delas foi a adopção de um roteiro sobre saúde materna e reprodutiva na Região Africana. Mais recentemente, em 2005, na Síria, a União Africana tomou a decisão de desenvolver um roteiro semelhante para atingir a MDM4 em África e solicitou à UNICEF e à OMS que a ajudassem na criação desse quadro. As primeiras análises efectuadas em colaboração com o Banco Mundial e a OMS revelaram que é possível atingir a MDM4 em África, resultando no salvamento anual da vida de três milhões de crianças com idade inferior a cinco anos, com um custo suplementar de menos de 10 dólares per capita (ou menos de 2000 dólares por vida salva).

A comunidade mundial terá de mobilizar os recursos necessários para ajudar os países africanos a criarem a receita fiscal necessária para atingir e sustentar essas metas. O financiamento adicional necessário representa, inicialmente, 50% das receitas fiscais para a saúde, subindo, progressivamente, para 75% em 2015, conforme projecção do Banco Mundial e do FMI. Os custos adicionais terão de ser suportados pelos orçamentos nacionais para a saúde (incluindo o apoio orçamental) e pelos fundos mundiais (GFATM e GAVI) e doadores multilaterais.

Neste momento, estão a ser mobilizados recursos financeiros sem precedentes para os programas de saúde pública. Recebemos com agrado o anúncio feito pela França, Brasil, Reino Unido e Noruega, a que se juntaram vários países africanos, sobre a criação de um serviço internacional de compra de medicamentos. Este, assim como outros novos mecanismos de financiamento, tais como o serviço internacional de financiamento para a vacinação (IFFIm), têm a capacidade de colmatar lacunas críticas no domínio dos recursos.

No entanto, não há dúvida de que a mobilização e sustentabilidade, ao longo do tempo, de volumes adequados de financiamento dos doadores dependerá, em grande parte, da capacidade dos países para optimizarem a eficácia na afectação de recursos dos orçamentos nacionais. Vários países africanos, como o nosso país anfitrião, a Etiópia, mas também Madagáscar e Ruanda, criaram boas práticas de planeamento e orçamentação baseadas em resultados e combinadas com políticas eficazes de descentralização. Essas abordagens inovadoras terão de ser documentadas e partilhadas de modo mais amplo, para novas adaptações a diferentes contextos nacionais.

Sr. Presidente,  
Excelências,  
Ilustres convidados,

Em nome da delegação da UNICEF, permitam-me que vos agradeça mais uma vez o vosso amável convite. É um prazer estar aqui com algumas das mentes e corações mais empenhados da comunidade africana da saúde pública. Continuemos unidos, acusando a lentidão dos progressos. Sejam suficientemente corajosos para assumir alguns riscos. O talento e a energia estão presentes e cada criança merece que façamos mais e melhor.

Muito obrigado pela vossa atenção.



**ALOCUÇÃO DO DR. PHILIP O. EMAFO  
PRESIDENTE DO CONSELHO INTERNACIONAL PARA O CONTROLO DE  
ESTUPEFACIENTES**

**Sobre o ponto 8.5 da ordem do dia, Autoridades Reguladoras Farmacêuticas:  
Situação actual e perspectivas**

Sr. Presidente,  
Excelências,  
Senhoras e Senhores,

As disposições da Convenção Única sobre Estupefacientes, de 1961 (emendada pelo protocolo de 1972), a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971 e a Convenção das Nações Unidas Contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988, compõem a base do regulamento internacional de controlo de estupefacientes.

Os objectivos principais destes tratados internacionais de controlo de estupefacientes consistem em limitar a produção e o uso de estupefacientes e substâncias psicotrópicas à quantidade adequada necessária para fins médicos e científicos; garantir a disponibilidade destas quantidades para os fins mencionados; e evitar o seu fabrico, tráfico e uso ilícito.

No cerne deste uso racional de estupefacientes e substâncias psicoactivas, em qualquer país, encontra-se um sistema bem gerido de cuidados de saúde, complementado por uma eficiente autoridade reguladora de estupefacientes. Este sistema assegura que o fármaco certo é dado ao doente certo, na dose e na altura indicadas, e que a medicação é prescrita por um profissional qualificado. Garante, também, que os fármacos não são desviados das fontes legais.

As dificuldades sentidas por vários países africanos em fornecerem informação obrigatória ao Conselho sobre substâncias controladas, tais como estimativas e estatísticas, assim como avaliações actualizadas sobre os requisitos para as

substâncias psicotrópicas, pode bem ser o reflexo das debilidades dos seus sistemas de controlo dos estupefacientes, os quais necessitam de medidas de correcção.

Sr. Presidente,

Os tratados internacionais de controlo de estupefacientes reconhecem que o uso de estupefacientes e substâncias psicotrópicas para fins médicos e científicos é indispensável e que estes devem encontrar-se disponíveis para estes fins.

O Conselho está preocupado pelo facto de que os narcóticos, sobretudo os analgésicos opiáceos, possam não estar disponíveis em quantidade suficiente para o tratamento racional e alívio da dor nos países em desenvolvimento, incluindo muitos países do continente africano. Enquanto que o consumo médio de opiáceos analgésicos nas Seychelles e África do Sul é comparável ao de alguns países desenvolvidos, a maioria dos países africanos consome apenas uma pequena quantidade de opiáceos, dando a impressão de que gestão da dor nos países mais pobres é fraca.

De acordo com o previsto na Resolução WHA58.22 da Assembleia Mundial da Saúde e na Resolução 2005/25 do Conselho Económico e Social das Nações Unidas, o Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes (INCB) e a OMS estão a analisar, em conjunto, a exequibilidade de um possível mecanismo de assistência que facilitaria o tratamento adequado da dor através do uso de analgésicos opiáceos.

Os governos devem analisar até que ponto os seus sistemas de prestação de cuidados saúde, legislação e normas permitem o uso racional de opiáceos para fins médicos, identificar impedimentos a este uso e elaborar planos de acção para a gestão adequada da dor. A este respeito, gostaria de chamar a atenção dos presentes para as directrizes da OMS sobre a política nacional de controlo de estupefacientes para a gestão da dor, denominada *Alcançar o equilíbrio na política nacional de controlo dos opiáceos: directrizes para avaliação*, que foram desenvolvidas em estreita cooperação com o INCB.

Sr. Presidente,

Ao mesmo tempo que procuramos garantir que os estupefacientes se encontram disponíveis para o tratamento e alívio da dor, os governos têm igualmente de garantir que estas substâncias não são desviadas para fins ilícitos.

Em diversos países africanos, os medicamentos, incluindo os fármacos controlados, acabaram por chegar a mercados que operam fora dos canais de distribuição estabelecidos ou autorizados legalmente. Estes casos permitiram conhecer melhor a forma como os traficantes tentaram ou conseguiram iludir os mecanismos nacionais e internacionais de controlo estabelecidos, facilitando o seu abuso ou má utilização, com graves consequências para a saúde pública.

Um desenvolvimento negativo recente tem sido o facto dos traficantes estarem a utilizar o continente africano como alvo preferencial para onde desviar grandes quantidades de efedrina e pseudoefedrina, que são precursores frequentemente utilizados no fabrico ilegal do estimulante metanfetamina. No passado, surgiram relatos de abuso de efedrina e a pseudoefedrina na Região Africana, e é possível que esta situação ainda persista. Convidam-se, pois, os Governos a tomarem as medidas apropriadas para evitar o desvio e abuso de efedrina e pseudoefedrina.

O INCB exorta todos os países do continente africano a exercerem uma vigilância o mais rigorosa possível e a verificarem por completo toda e qualquer importação destes precursores para o seu território. É também importante que os governos forneçam respostas atempadas às notificações de pré-exportação oriundas dos países exportadores. Face à gravidade da situação, O INCB insta todos os governos a avaliarem e informarem o Conselho acerca das suas necessidades médicas legítimas em relação a estas duas substâncias, quer em termos de matéria-prima, quer na forma de preparados farmacêuticos.

Como será do vosso conhecimento, no caso das substâncias psicotrópicas, os países podem invocar o Artigo 13º da Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971, que proíbe (nas Listas II, III ou IV) a importação de substâncias específicas para o seu país; ou seja, o artigo pode ser utilizado como instrumento para evitar o desvio de substâncias controladas. Até à data, já seis países em África invocaram o Artigo 13º.

Sr. Presidente,

O INCB acredita que, com a formação adequada, o uso racional de estupefacientes e substâncias psicotrópicas será promovido entre os profissionais de saúde. É por este motivo que enviámos uma carta a todos os governos em Abril deste ano, solicitando-lhes que tomassem medidas para incluir o tema do uso racional de fármacos para fins médicos e os riscos associados ao abuso de substâncias e toxicodependência nos programas curriculares das faculdades e universidades pertinentes. O INCB está convicto de que os governos dos estados africanos estão a tomar medidas para o efeito.

Sr. Presidente,

Em nome do Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes, quero agradecer-lhe sinceramente pela oportunidade de me dirigir a este Comité e afirmar que espero um futuro de grande colaboração entre o INCB e a OMS em África.

Muito obrigado.

**PROJECTO DE ORDEM DO DIA PROVISÓRIA DA QUINQUAGÉSIMA-SÉTIMA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL**

1. Abertura da sessão
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. Actividades da OMS na Região Africana em 2006: Relatório Bienal do Director Regional
7. Correlações entre as actividades do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial de Saúde
  - 7.1 Modalidades de implementação das resoluções de interesse regional aprovadas pela Assembleia Mundial de Saúde e o Conselho Executivo
  - 7.2 Incidências regionais das ordens do dia da 120ª sessão do Conselho Executivo, da 61ª Assembleia Mundial de Saúde e da 58ª sessão do Comité Regional
  - 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
8. Relatório do Subcomité do Programa
  - 8.1 Implementação dos Regulamentos Sanitários Internacionais no contexto das doenças emergentes: implicações para a Região Africana
  - 8.2 Eliminação da Lepra: Relatório dos progressos e perspectivas
  - 8.3 Acelerar a eliminação da cegueira evitável: Estratégia para a Região Africana

- 8.4 Abordagem à situação da cólera na Região Africana
  - 8.5 Segurança alimentar e saúde: Estratégia para a Região Africana
  - 8.6 Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a saúde: Situação actual e perspectivas
  - 8.7 Continuação dos progressos no Programa Africano de Controlo da Oncocercose
  - 8.8 A diabetes na Região Africana: Situação actual e perspectivas
  - 8.9 Revisão das orientações para o Orçamento-Programa
9. Informação
- 9.1 Prevenção do VIH: relatório dos progressos
  - 9.2 Erradicação da Poliomielite: relatório dos progressos
  - 9.3 Relatório sobre o pessoal da OMS na Região Africana
10. Mesa-Redonda
11. Painel de Discussão
12. Relatórios da Mesa-Redonda e do Painel de Discussão
13. Datas e locais da 58ª e 59ª sessões do Comité Regional
14. Decisões processuais
15. Aprovação do relatório do Comité Regional
16. Encerramento da 57ª sessão do Comité Regional

## LISTA DOS DOCUMENTOS

Referência	Título
AFR/RC56/1	- Aprovação da ordem do dia
AFR/RC56/1 Add 1	- Programa de trabalho
AFR/RC56/2	- Actividades da OMS na Região Africana em 2004-2005: Relatório Bienal do Director Regional
AFR/RC56/3	- Relatório do Subcomité do Programa
AFR/RC56/4	- Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo
AFR/RC56/5	- Ordens do dia da 120ª sessão do Conselho Executivo, da 60ª Assembleia Mundial da Saúde e da 57ª sessão do Comité Regional
AFR/RC56/6	- Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
AFR/RC56/7	- Plano estratégico regional do Programa Alargado de Vacinação para 2006-2009
AFR/RC56/8	- Prevenção do VIH na Região Africana: Estratégia de intensificação e aceleração
AFR/RC56/9	- Pobreza, Comércio e Saúde: Um problema emergente para o desenvolvimento sanitário
AFR/RC56/10	- Financiamento da Saúde: Estratégia para a Região Africana

- AFR/RC56/11 - Autoridades reguladoras farmacêuticas: Situação actual e perspectivas
- AFR/RC56/12 - Revitalização dos sistemas de saúde no contexto dos cuidados primários de saúde na Região Africana
- AFR/RC56/13 - Sobrevivência infantil: Estratégia para a Região Africana da OMS
- AFR/RC56/14 - Investigação em Saúde: Agenda para a Região Africana da OMS
- AFR/RC56/15 - Gripe das Aves: Preparação e resposta à ameaça de uma pandemia
- AFR/RC56/16 - Gestão dos conhecimentos na Região Africana: Orientações estratégicas
- AFR/RC56/17 - Drepanocitose na Região Africana: Situação actual e Perspectivas
- AFR/RC56/18 - Projecto de plano estratégico a médio prazo 2008-2013 Projecto de Orçamento-Programa 2008-2009
- AFR/RC56/RT/1 - Actividades intersectoriais para a promoção da saúde e prevenção das doenças: Programa da Mesa Redonda
- AFR/RC56/PD/1 - Controlo do paludismo na Região Africana: Experiências e perspectivas
- AFR/RC56/19a - Relatório da Mesa-Redonda
- AFR/RC56/19b - Relatório do Painel de Discussão
- AFR/RC56/20 - Erradicação da Variola: Destruição dos stocks da Variola



- AFR/RC56/21 - Datas e locais das Quinquagésima-sétima e Quinquagésima-oitava sessões do Comité Regional
  
- AFR/RC56/22 - Conferência Mundial de Investigação para a Saúde 2008
  
- AFR/RC56/23 - Sétima conferência mundial sobre promoção da saúde em 2009
  
- Decisão 1 - Constituição da Comissão de Designações
  
- Decisão 2 - Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relatores
  
- Decisão 3 - Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes
  
- Decisão 4 - Credenciais
  
- Decisão 5 - Substituição dos membros do Subcomité do Programa
  
- Decisão 6 - Ordem do dia provisória da Quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional
  
- Decisão 7 - Ordens do dia da Centésima-Décima-Nona e da Centésima-Vigésima sessões do Conselho Executivo
  
- Decisão 8 - Designação dos Estados-Membros da Região Africana para o Conselho Executivo
  
- Decisão 9 - Sessão especial da Assembleia Mundial da Saúde de 2006
  
- Decisão 10 - Método de trabalho e duração da Sexagésima Assembleia Mundial da Saúde

- Decisão 11 - Datas e locais da Quinquagésima-sétima e Quinquagésima-oitava sessões do Comité Regional
- Decisão 12 - Locais de realização da Conferência Mundial sobre Investigação em Saúde e da Sétima Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde
- Decisão 13 - Nomeação dos representantes para o Programa Especial de Desenvolvimento da Investigação e Formação em Investigação sobre Reprodução Humana (HRP) Membro da categoria 2 da Comissão de Coordenação das Políticas (PCC)
- AFR/RC56/R1 - Plano estratégico regional para o Programa Alargado de Vacinação 2006-2009
- AFR/RC56/R2 - Sobrevivência Infantil: Uma estratégia para a Região Africana
- AFR/RC56/R3 - Prevenção do VIH na Região Africana: estratégia de intensificação e aceleração
- AFR/RC56/R4 - Pobreza, Comércio e Saúde: Um problema emergente para o desenvolvimento sanitário
- AFR/RC56/R5 - Financiamento da Saúde: Estratégia para a Região Africana
- AFR/RC56/R6 - Revitalização dos sistemas de saúde no contexto dos cuidados primários de saúde na Região Africana
- AFR/RC56/R7 - Gripe das Aves: Preparação e resposta à ameaça de uma pandemia
- AFR/RC56/R8 - Gestão dos conhecimentos na Região Africana: Orientações estratégicas

- AFR/RC56/R9 - Moção de agradecimento
- AFR/RC56/INF.DOC/1 - Erradicação da polio na Região Africana: Relatório dos progressos
- AFR/RC56/INF.DOC/2 - Regulamento sanitário internacional (2005)
- AFR/RC56/INF.DOC/3 - Relatório sobre os recursos humanos na Região Africana da OMS
- AFR/RC56/INF.DOC/4 - Situação actual do Controlo da Oncocercose na Região Africana
- AFR/RC56/INF.DOC/5 - Termos de referência da reunião das Delegações Africanas à Assembleia Mundial da Saúde
- AFR/RC56/Conf.Doc/1 - Alocução de abertura de Sua Excelência Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Ministro da Saúde da República Federal Democrática da Etiópia
- AFR/RC56/Conf.Doc/2 - Alocução de abertura de Sua Excelência o Sr. Ato Meles Zenawi, 1º Ministro da República Democrática Federal da Etiópia
- AFR/RC56/Conf.Doc/3 - Discurso do Dr. Paulo Ivo Garrido, Ministro da Saúde da República de Moçambique e Presidente da Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da OMS
- AFR/RC56/Conf.Doc/4 - Discurso do Director Regional, Dr. Luis Gomes Sambo
- AFR/RC56/Conf.Doc/5 - Intervenção do Dr. Jorge Sampaio, Enviado Especial do Secretário-Geral das Nações Unidas para a Luta contra a Tuberculose
- AFR/RC56/Conf.Doc/6 - Discurso do Dr. Anders Nordstrom, Director Interino da Organização Mundial de Saúde

- AFR/RC56/Conf.Doc/7 - Alocução do Sua Excelência Alpha Omar Kounare, Presidente da Comissão da União Africana
- AFR/RC56/Conf.Doc/8 - Alocução conjunta de Esther Guluma e Per Engebek, directores regionais da UNICEF, respectivamente para a África Central e Ocidental e para a África Oriental e Austral
- AFR/RC56/Conf.Doc/9 - Alocução do Dr. Philip O. Emaro,
- AFR/RC56/INF/01 - Boletim de Informação da República Democrática Federal da Etiópia