

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

*Harare, Zimbabwe, 8–12 de Outubro de 2002*

**Relatório Final**



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

# Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional Africano da OMS

*Harare, Zimbabwe, 8–12 de Outubro de 2002*

## Relatório Final

Organização Mundial de Saúde  
Escritório Regional Africano  
Brazzaville 2002

*AFR/RC52/19*

©

Escritório Regional Africano  
da Organização Mundial de Saúde  
(2002)

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.

As designações utilizadas e a apresentação dos dados utilizados nesta publicação não implicam, da parte do Secretariado da Organização Mundial de Saúde, qualquer tomada de posição quanto ao estatuto jurídico dos países, territórios ou zonas, ou das suas autoridades, nem quanto à demarcação das suas fronteiras ou limites.

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

Impresso na República do Congo

## ÍNDICE

*Página*

ABREVIATURAS.....	viii
-------------------	------

### PARTE I : DECISÕES PROCESSUAIS E RESOLUÇÕES

#### DECISÕES PROCESSUAIS

Decisão 1:	Composição da Comissão de Designações .....	1
Decisão 2:	Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relatores .....	1
Decisão 3:	Composição da Comissão de Verificação de Poderes .....	2
Decisão 4:	Credenciais .....	2
Decisão 5:	Substituição de membros do Subcomité do Programa .....	2
Decisão 6:	Ordem do dia provisória da Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional.....	3
Decisão 7:	Ordens do dia da 111 <sup>a</sup> sessão do Conselho Executivo e da 56 <sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde.....	3
Decisão 8:	Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde.....	3
Decisão 9:	Escolha do tema das Mesas-Redondas em 2003 .....	4
Decisão 10:	Datas e locais da Quinquagésima-terceira e Quinquagésima-quarta sessões do Comité Regional .....	5
Decisão 11:	Designação de Representantes da Região Africana para a Comissão de Orientação e Coordenação (PCC) do Programa Especialde Investigação, Desenvolvimento e Formação em Reprodução Humana (HRP) .....	5
Decisão 12:	Designação de Representantes da Região Africana para a Comissão Directiva do Programa da Parceria “Fazer Recuar o Paludismo” .....	5

Comité Regional: Quinquagésima-segunda sessão

Página iii

## RESOLUÇÕES

	<i>Página</i>
AFR/RC52/R1: Orçamento-Programa para 2004-2205 .....	6
AFR/RC52/R2: Estratégia regional sobre a vacinação para o período de 2003-2005 .....	7
AFR/RC52/R3: Saúde e ambiente : Estratégia para a Região Africana .....	9
AFR/RC52/R4: Pobreza e saúde : Estratégia para a Região Africana.....	10
AFR/RC52/R5: Desenvolvimento de recursos humanos para a saúde : Acelerar a implementação da estratégia regional.....	12
AFR/RC52/R6: Moção de agradecimento.....	14

## PARTE II : RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL

	<i>Parágrafos</i>
CERIMÓNIA DE ABERTURA .....	1 - 31
ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS.....	32 - 39
Constituição da Comissão de Designações .....	32 - 33
Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relatores .....	34
Aprovação da ordem do dia .....	35
Aprovação do horário de trabalho.....	36
Designação da Comissão de Verificação de Poderes.....	37 - 39
ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA 2000-2001: RELATÓRIO BIENAL DO DIRECTOR REGIONAL (documento AFR/RC52/2).....	40 - 136
Desenvolvimento e gestão do conjunto dos programas .....	44 - 66
Desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde .....	67 - 79
Prevenção e controlo das doenças transmissíveis.....	80 - 89
Prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis .....	90 - 101
Saúde reprodutiva e da família .....	102 - 110
Ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável.....	111 - 119
Administração e finanças .....	120 - 136

CORRELAÇÃO ENTRE OS TRABALHOS DO COMITÉ REGIONAL,  
DO CONSELHO EXECUTIVO E DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE..... 137 - 152

Modalidades de implementação das resoluções de interesse para  
a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo  
Conselho Executivo (documento AFR/RC52/4)..... 138 - 144

Incidências regionais das ordens do dia da 111ª sessão do Conselho Executivo  
e da Quinquagésima-sexta Assembleia Mundial da Saúde  
(documento AFR/RC52/5)..... 145 - 150

Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde..... 151 - 152  
(documento AFR/RC52/6)

RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA  
(documento AFR/RC52/8)..... 153 - 230

Orçamento-Programa da OMS para 2004-2005 (documento AFR/RC52/3)... 156 - 169

Estratégia regional sobre a vacinação para o período de 2003-2005  
(documento AFR(RC52/9)..... 170 - 182

Saúde e ambiente : Estratégia para a Região Africana  
(documento AFR(RC52/10)..... 183 - 191

Pobreza e saúde : Estratégia para a Região Africana  
(documento AFR(RC52/11)..... 192 - 202

Implementação das reformas do sector da saúde  
na Região Africana : Reforço da função de administração-geral  
do governo (documento AFR(RC52/12) ..... 203 - 216

Desenvolvimento de recursos humanos para a saúde : Acelerar a  
implementação da estratégia regional (documento AFR(RC52/13)..... 217 - 230

MESAS-REDONDAS  
(documentos AFR/RC52/RT1, AFR/RC52/RT2/Rev.1 e AFR/RC52/RT3)..... 231 - 233

ESCOLHA DO TEMA PARA AS MESAS-REDONDAS EM 2003 ..... 234 - 235

NOMEAÇÃO DO PRESIDENTE E PRESIDENTE SUBSTITUTO DAS MESAS-REDONDAS EM 2003 (documento AFR/RC52/16).....	236
DATAS E LOCAIS DA QUINQUAGÉSIMA-TERCEIRA E QUINQUAGÉSIMA- QUARTA SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC52/17) .....	237 - 240
APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL .....	241
ENCERRAMENTO DA QUINQUAGÉSIMA-SEGUNDA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL .....	242 - 253
Observações finais pelo Director Regional .....	242 - 246
Moção de agradecimento .....	247
Observações do Presidente e encerramento da reunião .....	248 - 253

### PARTE III: ANEXOS

	<i>Página</i>
1. Lista dos participantes.....	65 - 77
2a. Ordem do dia da 52ª sessão do Comité Regional .....	78 - 80
2b. Programa de trabalho .....	81 - 85
3. Relatório da reunião do Subcomité do Programa de 1-4 de Outubro de 2002 .....	86 - 116
4a. Resposta ao sector da saúde à dupla epidemia da tuberculose e do HIV/SIDA .....	117 - 121
4b. Controlar as doenças cardiovasculares através da redução dos factores de risco .....	122 - 125
4c. Financiamento da saúde .....	126 - 129
5a. Relatório da sessão de apresentação Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD) A Componente Saúde .....	130 - 133
5b. Relatório da sessão especial do Fundo Mundial de luta contra a SIDA, tuberculose e o paludismo .....	134 - 140
6. Alocução de boas-vindas do Dr. David Parirenyatwa, Ministro da Saúde e do Bem-Estar da Criança da República do Zimbabwe .....	141 - 142

7.	Alocução do Embaixador Mahama H. Doutoum, Comissário Interino dos Assuntos Sociais do Directório da Cooperação Afro-Arábe, União Africana.....	143 - 147
8.	Comunicação da Directora-Geral da OMS, Dra. Gro H. Brundtland .....	148 - 157
9.	Discurso de abertura de Sua Excelência o Presidente da República do Zimbabwe, Camarada Robert G. Mugabe.....	158 - 161
10.	Ordem do dia provisória da 53ª sessão do Comité Regional.....	162 - 163
11.	Lista dos documentos .....	164 - 168

## ABREVIATURAS

AOW	–	Área de Actividade
UA	–	União Africana
CAMH	–	Conferência dos Ministros Africanos da Saúde
CCS	–	Estratégia de Cooperação dos Países
CFI	–	Iniciativa Centralizada nos Países
DOTS	–	Tratamento de curta-duração sob observação directa
ECOWAS	–	Comunidade Económica dos Estados Oeste-Africanos
EPI	–	Programa Alargado de Vacinação
FCTC	–	Convenção-Quadro de Luta contra o Tabaco
MGF	–	Mutilação Genital Feminina
GAVI	–	Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação
GFATM (GLOBAL FUND)	–	Fundo Mundial de luta contra a SIDA, tuberculose e Paludismo (Fundo Mundial)
HAART	–	Terapia Antiretroviral de Elevada Eficácia
HSR	–	Reformas do Sector da Saúde
AIDI	–	Atenção Integrada às Doenças da Infância
IMPAC	–	Gestão Integrada da gravidez e do parto (Instrumentos de...)
IOM	–	Organização Internacional para a Migração
LHD	–	Desenvolvimento sanitário a longo-prazo
MDG	–	Metas de Desenvolvimento do Milénio
MDSC	–	Centro de Vigilância Multipatológico
MMR	–	Taxa de mortalidade materna
NCD	–	Doenças não-transmissíveis
NEPAD	–	Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano
ONG	–	Organização Não-Governamental
JNV	–	Jornadas Nacionais de Vacinação
NPAN	–	Plano de Acção Nacional sobre Nutrição
OUA	–	Organização de Unidade Africana
PHAST	–	Transformação Participativa em Higiene e Saneamento
PLWHA	–	Pessoas que vivem com o HIV/SIDA
PMTCT	–	Prevenção da transmissão vertical (mãe-filho) do HIV
PRSP	–	Documentos estratégicos para a redução da pobreza
RBM	–	Fazer Recuar o Paudismo

SADC	-	Comunidade para o Desenvolvimento dos países da África Austral
TRIPS	-	Direitos Internacionais da Propriedade Comercial
UNEP	-	Programa das Nações Unidas para o Ambiente
VCT	-	Aconselhamento e Teste Voluntário
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
WSSD	-	Cimeira Mundial para o Desenvolvimento Sustentável

**Parte I**

**DECISÕES PROCESSUAIS**  
**E**  
**RESOLUÇÕES**

## DECISÕES PROCESSUAIS

### **Decisão n1 1: Composição da Comissão de Designações**

A Comissão de Designações, constituída por representantes dos seguintes Estados-Membros, reuniu na terça-feira, 8 de Outubro de 2002: Burundi, Congo, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Quênia, Maurícias, Namíbia, África do Sul e Uganda

A Comissão elegeu a Dra. M. Tshabalala-Msimang, Ministra da Saúde da República da África do Sul, para a sua Presidência.

*Segunda sessão, 8 de Outubro de 2002*

### **Decisão n1 2: Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores**

Após ter analisado o relatório da Comissão de Designações e nos termos do Artigo 101 do Regulamento Interno do Comité Regional Africano e da Resolução AFR/RC23/R1, o Comité elegeu, por unanimidade, a seguinte Mesa:

**Presidente:** Sr. Urbain Olangena Awono,  
*Ministro da Saúde dos Camarões*

**11 Vice-presidente:** Professor Andry Rasamindrakotroka  
*Ministro da Saúde de Madagáscar*

**21 Vice-presidente:** Dr. Nathaniel S. Bartee,  
*Chefe da Delegação da Libéria*

**Relatores:** Dr. Motloheloa Phooko  
*Ministro da Saúde do Lesoto (língua inglesa)*

Dr. A. T. de Nobreza Libombo  
*Vice-Ministro da Saúde de Angola (língua portuguesa)*

Sra. A. Halimatou Ousseini  
*Secretária de Estado, Ministério da Saúde do Níger (língua francesa)*

*Segunda sessão, 8 de Outubro de 2002*

### **Decisão n1 3: Composição da Comissão de Verificação de Poderes**

O Comité Regional designou uma Comissão de Verificação de Poderes, composta por representantes dos 12 seguintes Estados-Membros: Argélia, Benim, Burkina Faso, Cabo Verde, Chade, República Democrática do Congo, Guiné, Libéria, Mali, Suazilândia, Tanzânia e Zâmbia.

A Comissão de Verificação de Poderes reuniu-se no dia 8 de Outubro de 2002. Estiveram presentes delegados dos seguintes Estados-Membros: Argélia, Benim, Burkina Faso, Cabo Verde, Chade, República Democrática do Congo, Guiné, Libéria, Mali, Suazilândia, Tanzânia e Zâmbia.

A Comissão elegeu para a sua Presidência a Dra. Fatoumata Nafou-Traoré, Ministra da Saúde do Mali.

*Segunda sessão, 8 de Outubro de 2002*

### **Decisão n1 4: Credenciais**

O Comité Regional, sob proposta da Comissão de Verificação de Poderes, reconheceu 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, Congo, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe, tendo-as achado em ordem.

*Terceira sessão, 9 de Outubro de 2002*

### **Decisão n1 5: Substituição de Membros do Subcomité do Programa**

O mandato dos seguintes países no Subcomité do Programa cessará com o encerramento da Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional: Cabo Verde, Chade, República Centrafricana, Comores, Congo-Brazzaville e Côte d'Ivoire. Serão substituídos pelo Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto e Libéria.

*Terceira sessão, 9 de Outubro de 2002*

**Decisão n1 6: Ordem do dia provisória da Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional**

O Comité Regional aprovou a ordem do dia provisória da sua Quinquagésima-terceira sessão.

*Quinta sessão, 11 de Outubro de 2002*

**Decisão n1 7: Ordens do dia da 1110 sessão do Conselho Executivo e da 560 Assembleia Mundial da Saúde**

O Comité Regional tomou nota das ordens do dia provisórias da 1110 sessão do Conselho Executivo e da 560 Assembleia Mundial da Saúde.

*Terceira sessão, 9 de Outubro de 2002*

**Decisão n1 8: Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde**

***Presidente da Assembleia Mundial da Saúde***

1. O Presidente da Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional Africano será designado Vice-Presidente da Quinquagésima-sexta sessão da Assembleia Mundial da Saúde, a realizar em Maio de 2003. A última vez que a Região Africana designou o Presidente da Assembleia foi em Maio de 2000.

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

2. A Directora-Geral, em conjunto com o Director Regional, analisará, se for necessário, antes de cada Assembleia Mundial da Saúde, quais os delegados dos Estados-Membros da Região Africana susceptíveis de desempenhar eficazmente os seguintes cargos:

- C Presidentes das Comissões Principais A e B
- C Vice-Presidentes e Relatores das Comissões Principais

***Membros habilitados a designar pessoas para o Conselho Executivo***

3. Segundo a ordem alfabética em inglês, o Gabão, a Gâmbia o Gana e a Guiné designaram cada, um representante para o Conselho Executivo, a partir da respectiva 1100 sessão, imediatamente após a 550 Assembleia Mundial da Saúde, juntando-se assim à Eritreia, Etiópia e Guiné Equatorial da Região Africana.

4. O mandato da Guiné Equatorial cessará com o encerramento da 560 Assembleia Mundial da Saúde, sendo substituída pela Guiné-Bissau que participará na 1120 sessão do Conselho Executivo, em Maio de 2003.

5. Os Estados-Membros habilitados a designar pessoas para o Conselho Executivo deverão confirmar a sua disponibilidade, pelo menos seis semanas antes da Quinquagésima-sexta Assembleia Mundial da Saúde.

6. Por meio da Resolução WHA51.26, a 510 Assembleia Mundial da Saúde decidiu que os Estados-Membros habilitados a designar representantes para o Conselho Executivo deveriam designá-los como representantes do respectivo país, tecnicamente qualificados no campo da saúde.

#### ***Reunião informal do Comité Regional***

7. O Director Regional convocará esta reunião para Segunda-feira, 19 de Maio de 2003, às 08h30, no *Palais des Nations*, em Genebra.

*Terceira sessão, 9 de Outubro de 2002*

#### **Decisão n1 9: Escolha do tema das Mesas-Redondas em 2003**

O Comité Regional aprovou os seguintes temas para discussão durante a sua Quinquagésima-terceira sessão em 2003:

**Mesa-Redonda 1:** O Papel dos serviços laboratoriais na prestação de cuidados de saúde de qualidade;

**Mesa-Redonda 2:** Maternidade segura: Melhoria do acesso aos cuidados obstétricos de emergência

*Quinta sessão, 11 de Outubro de 2002*

#### **Decisão n1 10: Datas e locais da Quinquagésima-terceira e Quinquagésima-quarta sessões do Comité Regional**

De acordo com o seu Regulamento Interno, o Comité Regional aceitou realizar a sua 530 sessão na República da África do Sul, de 1 a 5 de Setembro de 2003 . O Comité Regional tomará posteriormente uma decisão sobre o local de realização da sua 540 sessão, por ocasião da 530 sessão.

*Quinta sessão, 11 de Outubro de 2002*

**Decisão n1 11: Designação de Representantes da Região Africana para a Comissão de Orientação e Coordenação (PCC) do Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Reprodução Humana (HRP)**

Os mandatos do Burkina Faso e Burundi cessarão a 31 de Dezembro de 2002. De acordo com a ordem alfabética, em inglês, serão substituídos pela República Centrafricana e Comores, por um período de 3 anos, com início a 1 de Janeiro de 2003. A República Centrafricana e os Comores juntar-se-ão assim aos Camarões e Cabo Verde, que já são membros da Comissão.

*Quinta sessão, 11 de Outubro de 2002*

**Decisão n1 12: Designação de Representantes da Região Africana para a Comissão Directiva do Programa da Parceria AFazer Recuar o Paludismo**

O Gana, o Senegal e a Zâmbia foram propostos para membros da Comissão Directiva do Programa AFazer Recuar o Paludismo. O seu mandato será de 2 anos com início a partir de Outubro de 2002.

*Quinta sessão, 11 de Outubro de 2002*

**RESOLUÇÕES**

**AFR/RC52/R1: Orçamento-Programa para 2004-2005**

Tendo analisado cuidadosamente o relatório apresentado pelo Subcomité do Programa sobre o Projecto de Orçamento-Programa da Organização Mundial de Saúde e a Contribuição Regional para o biénio de 2004-2005,

**O COMITÉ REGIONAL,**

1. NOTA que o Projecto de Orçamento-Programa da OMS foi preparado pela Directora-Geral, com a plena participação de todos os Escritórios Regionais e com o contributo dos países, contendo o mesmo componentes relativas à Sede, aos Escritórios regionais e às Representações nos países, o que revela bem o modo como uma OMS única poderá contribuir para a consecução das metas e objectivos estratégicos de cooperação com os Estados-Membros;
2. NOTA com satisfação a decisão da Directora-Geral de aumentar o nível global do financiamento à Região Africana, e em particular aos países;

3. FELICITA o Director Regional por ter preparado a Contribuição Regional e por continuar a implementar a política e as orientações programáticas definidas pelos órgãos directivos;
4. APROVA o Projecto de Orçamento-Programa da OMS e a Contribuição Regional para o biénio de 2004-2005;
5. SOLICITA ao Director Regional que assegure que a planificação operacional, a implementação, a monitorização e a avaliação sejam feitas em estreita colaboração com as autoridades nacionais de saúde;
6. ENCORAJA o Director Regional a continuar a mobilizar fundos de Outras Fontes, de modo a assegurar o financiamento adequado para a implementação das áreas prioritárias de actividade;
7. SOLICITA ao Director Regional que leve esta resolução ao conhecimento da Directora-Geral.

*Sexta sessão, 10 de Outubro de 2002*

**AFR/RC52/R2: Estratégia Regional sobre a vacinação para o período de 2003-2005**

Lembrando várias resoluções respeitantes ao PAV aprovadas durante os últimos anos, incluindo as Resoluções AFR/RC42/R4, AFR/RC43/R8, AFR/RC44/R7 e AFR/RC45/R5 sobre as intervenções prioritárias para a aceleração dos programas destinados a atingir os respectivos objectivos;

Tendo analisado o relatório do Director Regional sobre os progressos realizados no Programa Alargado de Vacinação, na Região Africana;

Notando os progressos feitos no âmbito da iniciativa de erradicação da poliomielite, desde o seu lançamento;

Preocupado com o drástico declínio da cobertura vacinal;

Considerando que a vacinação de rotina é a única maneira de manter as conquistas alcançadas pela iniciativa de erradicação da poliomielite e pelo controlo do sarampo;

Tendo analisado as estratégias propostas para acelerar a consecução dos objectivos do PAV para 2003-2005;

**O COMITÉ REGIONAL,**

1. APROVA as orientações fornecidas no relatório do Director Regional para os programas de vacinação em África;
2. INSTA os Estados-Membros a:
  - a) reorientarem os seus planos nacionais de acção estratégicos do PAV, de modo a abrangerem o período 2003-2005, com ênfase: no reforço dos sistemas de vacinação e na aceleração do combate às doenças, nomeadamente a erradicação da poliomielite, a eliminação do tétano neonatal, o controlo do sarampo e o controlo da febre amarela; a introdução de novas vacinas, especialmente para a hepatite B e para a *Haemophilus influenza*;
  - b) fornecerem as verbas nacionais necessárias para o PAV;
  - c) planearem e acelerarem a consecução da vigilância de nível de certificação em todos os países da Região e a manterem essa realização para atingirem o objectivo da certificação de erradicação da poliomielite até final de 2005;
  - d) planearem e reforçarem as actividades das Comissões Nacionais de Certificação e das Comissões Nacionais de Peritos em Poliomielite, para que a erradicação dos poliovírus selváticos em todos os países da Região fique bem documentada;
3. REITERA a sua gratidão ao *Rotary International*, Centros para o combate às doenças de Atlanta (CDC) dos Estados Unidos da América, UNICEF, ONUSIDA, DFID e Aliança Mundial para as Vacinas e a vacinação (GAVI), bem como a outros parceiros pelo seu forte apoio às actividades do PAV na Região Africana, convidando outros doadores a associarem-se a este apoio para benefício da Humanidade;
4. INSTA todos os parceiros a reforçarem e manterem o seu apoio à vacinação de rotina;
5. SOLICITA ao Director Regional que:
  - a) continue a advogar a favor das estratégias do PAV com a finalidade de atingir o objectivo de erradicação da poliomielite na Região Africana durante as suas reuniões com os Chefes de Estado, líderes políticos e outros líderes de opinião de alto nível, no sentido de assegurar um empenho sustentado aos programas nacionais de vacinação;
  - b) monitorize a implementação das estratégias aceleradas de combate às doenças, com particular ênfase na erradicação da poliomielite, eliminação

do tétano neonatal, controlo do sarampo e febre amarela, e reforço dos sistemas de vacinação de rotina;

- c) reforce ainda mais a colaboração com todas as agências internacionais, organizações de doadores e parceiros do PAV, de modo a melhor coordenar as políticas e a utilização dos recursos de modo eficaz e sustentável;
- d) apresente anualmente ao Comité Regional um relatório sobre os progressos realizados.

*Sexta sessão, 10 de Outubro de 2002*

### **AFR/RC52/R3: Saúde e Ambiente: Estratégia para a Região Africana**

Consciente das intrincadas ligações entre a saúde, o ambiente e o desenvolvimento;

Preocupado com a cada vez pior qualidade de vida e com os resultados negativos na área da saúde, resultantes da negligência e da degradação ambiental na Região Africana da OMS;

Reconhecendo os esforços dos países para melhorarem a saúde das suas populações graças a vários instrumentos regionais e nacionais, nomeadamente a ADeclaração de Pretória sobre Saúde e Ambiente@ (1997) e APromoção da Saúde Ambiental nos Países da Região Africana da OMS: Papel dos Ministérios da Saúde@ (AFR/RC48/TD/1)

Apreciando o contributo dos sectores externos à saúde, e das comunidades e dos parceiros para a melhoria da saúde e do ambiente;

Decidido a consolidar esforços no sentido de alcançar a melhor qualidade de vida possível na Região, especialmente advogando pela melhoria dos determinantes ambientais da saúde;

Tendo analisado cuidadosamente o relatório do Director Regional, conforme consta do documento AFR/RC52/10, Saúde e Ambiente: Estratégia para a Região Africana, que visa melhorar a saúde das populações através da elaboração e implementação de políticas de gestão dos determinantes ambientais da saúde, e que define a estratégia regional sobre saúde e ambiente;

#### **O COMITÉ REGIONAL,**

1. APROVA a estratégia proposta;

2. SOLICITA aos Estados-Membros que:
  - a) nas suas políticas e estratégias nacionais tomem em consideração os problemas de saúde decorrentes do ambiente;
  - b) elaborem ou revejam os seus programas e planos de acção nacionais, com destaque para a advocacia, a consciencialização e a educação para a saúde e o ambiente;
  - c) colaborem com as instituições de ensino superior na formação e desenvolvimento das capacidades, de forma a que os recursos humanos possam gerir melhor os programas de saúde e ambiente;
  - d) identifiquem, mobilizem e afectem recursos ao programa de ambiente e saúde, para melhor responder aos desafios;
  - e) colaborem com outros sectores externos à saúde, com os parceiros e com a sociedade civil na prossecução da melhoria da saúde, incidindo sobre os determinantes ambientais desta;
  - f) realizem investigação sobre o uso de tecnologias e inovações locais que sejam eficazes, acessíveis e sustentáveis, na procura de uma melhor saúde das comunidades;
3. SOLICITA ao Director Regional que:
  - a) reforce a capacidade da OMS, para que esta preste um apoio técnico eficaz aos Estados-Membros na elaboração e implementação das políticas de saúde e ambiente;
  - b) apoie o reforço da capacidade dos países para implementarem e monitorizarem programas e planos de acção;
  - c) em 2005, forneça informação actualizada ao Comité Regional sobre os progressos realizados na implementação desta estratégia;
4. APELA a outros parceiros e agências especializadas relevantes para que prestem apoio técnico e financeiro.

*Sexta sessão, 10 de Outubro de 2002*

**AFR/RC52/R4: Pobreza e Saúde: Estratégia para a Região Africana**

Consciente das ligações intrincadas e complexas existentes entre pobreza e saúde, especialmente nos países africanos;

Preocupado com a deterioração do estado de saúde da maioria da população africana durante a última década, para além do pesado fardo das doenças nos adultos e crianças;

Relembrando a Resolução AFR/RC50/R1 referente à estratégia regional A Saúde para Todos no Século XXI na Região Africana: Agenda 2020@, e as recomendações da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde, para que sejam aumentados os investimentos no sector da saúde, por forma a reduzir a pobreza e fomentar o crescimento económico nos países africanos;

Apreciando os esforços realizados nos últimos anos pelos Países-Membros e pela comunidade internacional, no âmbito do quadro de referência relativo aos Países Pobres Fortemente Endividados (HIPC) e dos Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza (PRSP), para melhorar a implementação das políticas no sentido de alcançar os objectivos de redução da pobreza;

Reconhecendo a necessidade de que a OMS desempenhe plenamente o seu papel essencial nos esforços de redução da pobreza e funcione como catalisador do crescimento económico e do bem-estar social, em consonância com os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio que foram internacionalmente adoptados;

Tendo cuidadosamente analisado o relatório do Director Regional constante do documento AFR/RC52/11, que define a Estratégia Regional sobre Pobreza e Saúde e que tem como objectivo apoiar o sector da saúde para um contributo significativo, no sentido de atingir os objectivos nacionais de redução da pobreza;

## **O COMITÉ REGIONAL,**

1. APROVA a estratégia proposta;
2. SOLICITA aos Estados-Membros que:
  - a) no contexto de uma reforma mais alargada do sector público, empreendam reformas apropriadas no sector da saúde, que melhorem efectivamente e a curto prazo o estado de saúde dos pobres;
  - b) actualizem as políticas nacionais de saúde, com base numa abordagem de planeamento estratégico de longo prazo;
  - c) aumentem a dotação orçamental consagrada ao sector da saúde, em consonância com a Declaração de Abuja, pela qual os países se comprometeram a afectar 15% do seu orçamento total ao sector da saúde;

- d) apoiem os esforços realizados pela sociedade civil e outros intervenientes para a melhoria da saúde dos pobres, a nível local, a fim de aumentar a capacidade de absorção do sector da saúde e melhorar a capacidade de resposta da administração do sector público para atingir as metas de redução da pobreza;
- e) advoguem a nível nacional e internacional pela afectação de mais recursos para o sector da saúde, garantindo um mecanismo transparente de gestão, monitorização e avaliação desses recursos;

3. INSTA o Director Regional a:

- a) fornecer apoio técnico aos Estados-Membros para a elaboração de políticas e programas nacionais de saúde vocacionados para a redução da pobreza;
- b) através das instituições de formação, aumentar o apoio aos profissionais nacionais na área da saúde e do desenvolvimento, a fim de reforçar as suas capacidades para a análise, monitorização e avaliação das políticas;
- c) apoiar a mobilização de recursos adicionais para a implementação desta estratégia;
- d) apresentar um relatório durante a 550 sessão do Comité Regional, em 2005, sobre os progressos realizados na implementação desta estratégia regional.

*Sexta sessão, 10 de Outubro de 2002*

**AFR/RC52/R5: Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde: Acelerar a Implementação da Estratégia Regional**

Tendo analisado o relatório do Director Regional sobre a implementação da estratégia regional de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

Reconhecendo a importância dos recursos humanos para a prestação de cuidados de saúde de qualidade e para o êxito da implementação das reformas no sector da saúde;

Relembrando a Resolução AFR/RC48/R3 que aprovou a estratégia regional de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, bem como a Resolução WHA54.12 da Assembleia Mundial da Saúde sobre o reforço da enfermagem e obstetrícia;

Notando, com preocupação, o baixo nível de implementação da estratégia;  
Profundamente preocupado com o elevado nível da fuga e migração de quadros e com os seus efeitos negativos nos serviços de saúde da Região;

Consciente da necessidade de se dispôr de uma abordagem mais global e multissectorial para lidar com as questões de recursos humanos para a saúde;

Apreciando os esforços envidados pelos Estados-Membros e parceiros no sentido de lidarem devidamente com as questões de recursos humanos para a saúde;

Apreciando o apoio técnico prestado pelos Chefes de Estado e de Governo da União Africana por meio da Decisão AHG/Dec.24/XXXVIII sobre o ADesenvolvimento de recursos humanos para a saúde em África: Desafios e oportunidades para a acção@;

### **O COMITÉ REGIONAL,**

1. APROVA a implementação acelerada da estratégia de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, tal como proposta no documento AFR/RC52/13;
2. FELICITA o Director Regional pelo seu apoio ao desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
3. EXORTA os Estados-Membros a:
  - a) dar elevada prioridade ao desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, nomeadamente mobilizando e afectando recursos financeiros acrescidos, valorizando o pessoal de saúde e reconhecendo o seu valor profissional, bem como a pôr uma tónica acrescida nas questões de gestão de recursos humanos para a saúde, tais como políticas de emprego, desenvolvimento de carreiras profissionais flexíveis, fomento da mobilização e da retenção para reduzir a fuga de quadros, e adopção de legislação apropriada;
  - b) acelerar a implementação da estratégia regional de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde em conformidade com a Resolução AFR/RC48/R3, e a tomar em consideração as orientações adicionais contidas no documento AFR/RC52/13;
  - c) incentivar a negociação, pela Assembleia Mundial da Saúde, de uma convenção internacional sobre o recrutamento de profissionais de saúde dos países em desenvolvimento;
  - d) empreender os devidos preparativos para a comemoração do Ano Africano dos Recursos Humanos para a Saúde, em 2004;
4. SOLICITA ao Director Regional que:

- a) assuma a liderança no estabelecimento e coordenação de parcerias para o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, incluindo advocacia e apoio contínuos para a comemoração do Ano Africano dos Recursos Humanos para a Saúde, em 2004, e na Organização da Cimeira Especial dos Chefes de Estado e de Governo da União Africana;
- b) reforce a colaboração com parceiros como a Organização Internacional das Migrações, para facilitar o uso das competências africanas na diáspora e apoiar os Estados-Membros no auxílio aos profissionais de saúde que optem por regressar;
- c) apresente, de dois em dois anos, um relatório sobre os progressos realizados na implementação da estratégia regional de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.

*Sexta sessão, 10 de Outubro de 2002*

#### **AFR/RC52/R6: Moção de agradecimento**

Plenamente consciente dos preparativos feitos pelo Secretariado para acolher a Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional em Harare, Zimbabwe;

Apreciando os significativos esforços envidados num espaço de tempo tão curto por Sua Excelência, o Camarada Robert Gabriel Mugabe, Presidente da República do Zimbabwe, pelo Governo e pelo Povo da República do Zimbabwe para facilitar a realização da Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional;

Apreciando igualmente a hospitalidade africana concedida a todos os Estados-Membros e às suas delegações, bem como aos demais participantes;

#### **O COMITÉ REGIONAL,**

1. AGRADECE penhoradamente ao Governo do Zimbabwe por todo o apoio prestado ao Escritório Regional para garantir o sucesso da Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional;
2. MANIFESTA a sua profunda gratidão a Sua Excelência o Camarada Robert Gabriel Mugabe por ter amavelmente aceite proceder à abertura oficial da Quinquagésima-segunda sessão do Comité;
3. SOLICITA ao Director Regional que transmita os seus sinceros agradecimentos a Sua Excelência o Camarada Robert Gabriel Mugabe, ao Governo e ao povo do Zimbabwe.

*Oitava sessão, 12 de Outubro de 2002*

## **PARTE II**

# **RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL**

## ABERTURA DA SESSÃO

1. A Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional Africano da OMS foi oficialmente inaugurada no “International Conference Centre” do Hotel Sheraton, Harare, Zimbabwe, na Terça-feira, 8 de Outubro de 2002, por Sua Excelência o Sr. Robert G. Mugabe, Presidente da República do Zimbabwe. Entre os presentes na cerimónia de abertura, contavam-se: Ministros do Governo do Zimbabwe, Ministros da Saúde e Chefes de Delegação dos Estados-Membros da OMS da Região Africana; Embaixador Mahamat H. Doutoum, Comissário Interino da Direcção para os Assuntos Sociais/Cooperação Afro-Árabe; em representação da União Africana; Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora-Geral da OMS; Dr. Ebrahim M. Samba, Director Regional da OMS para África; membros do corpo diplomático; e representantes das Agências das Nações Unidas e organizações não-governamentais (*ver a lista dos participantes no Anexo I*).
2. O Mestre de Cerimónias, Dr. David Parirenyatwa, Ministro da Saúde e do Bem-Estar da Criança, da República do Zimbabwe, deu as boas-vindas a Harare aos ministros da saúde, delegados e aos demais participantes.
3. Reiterou que, ao contrário do que os delegados possam ter ouvido através dos meios de comunicação internacionais, o Zimbabwe era ainda caracterizado pela paz e tranquilidade. O Ministro da Saúde agradeceu ao Escritório Regional da OMS e à sua Representação no Zimbabwe por terem trabalhado arduamente para tornar esta reunião um sucesso. Garantiu aos delegados que o Governo do Zimbabwe iria fazer tudo o que estivesse ao seu alcance para tornar a estada dos mesmos agradável.
4. O Dr. Parirenyatwa expressou ainda a sua gratidão à Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora-Geral da OMS, por efectuar uma segunda visita ao Zimbabwe, num período de tempo relativamente curto, o que demonstra a sua preocupação pelos problemas e desafios com que se depara a Região Africana.
5. Recordou que durante a Quinquagésima-primeira sessão do Comité Regional, realizada em 2001, na República do Congo, foi decidido que a Quinquagésima-segunda sessão seria realizada em Brazzaville. No entanto, por motivos que escapam ao controlo dos organizadores, não foi possível fazê-la em Brazzaville, sede do Escritório Regional Africano.
6. Nas suas observações finais, o Dr. Parirenyatwa expressou a esperança de que esta sessão devesse enfrentar os desafios com que se confrontam os Estados-Membros e propôr intervenções concretas tendentes a melhorar o desempenho dos sistemas de saúde e, conseqüentemente, a qualidade de vida das populações da Região Africana (*ver texto integral no Anexo 6*).

7. O representante da União Africana (UA), Embaixador Mahamat H. Doutoum, agradeceu ao Presidente, ao Governo e ao povo do Zimbabwe, por terem acolhido a reunião do Comité Regional da OMS. Expressou também o seu apreço pelo excelente trabalho realizado pelo Director Regional no reforço do papel do Escritório Regional da OMS, para resolver os problemas relacionados com a saúde na Região.

8. Relembrou que a OMS foi a primeira agência das Nações Unidas a assinar um acordo de cooperação com a Organização de Unidade Africana (OUA), em 1969. Sublinhou que a OUA se dedicou a advogar junto dos decisores e a sensibilizá-los para a importância da saúde no desenvolvimento sócio-económico, enquanto a OMS apoiou principalmente os Estados-Membros na implementação das políticas e planos nacionais de saúde.

9. O Embaixador Doutoum afirmou que a transição da OUA para a UA estava ainda a realizar-se. Assegurou aos delegados que a UA, que tem um mandato mais forte para lidar com a questão de desenvolvimento sócio-económico e político em África, tenciona tirar partido das conquistas alcançadas pela OUA ao longo dos últimos 39 anos.

10. Em conclusão, o Embaixador Doutoum sugeriu que o Escritório Regional da OMS crie um gabinete junto à UA, vocacionado para a cooperação OMS/UA. Esse gabinete trabalharia em conjunto com o Escritório de Ligação da OMS para a União Africana e a Comissão Económica para África (CEA), em Addis Abeba, e permitiria acelerar as comunicações, a recuperação e troca de informação sobre assuntos urgentes relativos à saúde, bem como facilitar a partilha de informações para as negociações internacionais na área da saúde (*ver texto integral no Anexo 7*).

11. O Director-Regional da OMS para África, Dr. Ebrahim M. Samba, recordou aos delegados que durante a Quadragésima-oitava sessão do Comité Regional, Sua Excelência o Presidente Mugabe adoptara a Dra. Brundtland como “irmã honorária” da África. Reiterou o facto de que a Directora-Geral tinha desempenhado as suas funções muito para além das expectativas dos Estados-Membros na Região Africana. O Dr. Samba lamentou o facto de este ser o último Comité Regional Africano em que a Dra. Brundtland iria estar presente e desejou-lhe a melhor sorte para o futuro.

12. A Directora-Geral da OMS, Dra. Gro Harlem Brundtland, agradeceu ao Presidente e ao Governo do Zimbabwe por acolherem a Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional.

13. A Dra. Brundtland informou o Comité de que as provas eram cada vez mais eloquentes sobre o papel fundamental que a saúde desempenha como garante do desenvolvimento pacífico das sociedades. Referindo-se ao relatório da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde, frisou que as elevadas taxas de HIV/SIDA, paludismo, tuberculose, doenças maternas e infantis, bem como de doenças não-transmissíveis, minavam o desenvolvimento da Região Africana. Apelou a um maior investimento em intervenções com boa relação custo-eficácia nos sistemas de saúde e em reformas mais profundas para a consecução da equidade na saúde.

14. A Directora-Geral sublinhou que as questões de saúde constituíram um importante tópico de discussão das agendas das últimas conferências internacionais realizadas recentemente em Monterey, no México, e em Doha, no Qatar, bem como na recente Cimeira Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável, em Joanesburgo, na África do Sul. Instou a uma maior focalização nas prioridades e adopção de melhores métodos de trabalho, para atingir os melhores resultados possíveis. A Dra. Brundtland mostrou-se confiante em que os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (MDG) iriam ajudar a coordenar uma acção multisectorial para a saúde, e regozijou-se com a criação da Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD).

15. Comentando sobre o Fundo Mundial contra o HIV/SIDA, paludismo e tuberculose, a Dra. Brundtland descreveu-o como uma forte resposta ao impacto destas doenças, acrescentando que a OMS gostaria de ver criados mecanismos eficazes para gerir os novos recursos disponíveis através deste fundo. Informou o Comité de que o Fundo iria beneficiar com os excelentes sucessos alcançados previamente com o programa Fazer Recuar o Paludismo, Travar a Tuberculose, assim como com as várias estratégias do sector da saúde para responder ao HIV. Informou ainda que os governos, as sociedades civis e as entidades privadas tinham cooperado com a comunidade internacional, de forma a dar vida a essas iniciativas.

16. Relativamente aos preços dos bens essenciais da saúde, incluindo os medicamentos, a Dra. Brundtland declarou que os esforços intensos envidados ao longo dos últimos quatro anos contribuíram para melhorar o acesso dos mais pobres aos medicamentos, diminuir os preços de alguns anti-retrovirais em 80 a 90%, reduzir em cerca de um terço os preços dos medicamentos anti-tuberculosos, disponibilizar gratuitamente Nevirapina para prevenir a transmissão vertical (mãe-filho) do HIV/SIDA e reduzir o custo da poliquimioterapia contra a lepra.

17. A Directora-Geral informou o Comité da criação de novas parcerias para o desenvolvimento de medicamentos para as doenças negligenciadas, e do reforço das salvaguardas relativas ao Acordo Relativo ao Direito de Propriedade do Comércio Internacional (TRIPS) durante a reunião de Doha. Defendeu que nenhum acordo comercial deveria negar os medicamentos a todos os que deles precisam para salvar a vida, independentemente de onde vivem ou da sua capacidade para os pagar.

18. No que concerne à relação entre saúde e ambiente, a Directora-Geral afirmou que: os ambientes não-saudáveis tornam as crianças doentes; os resíduos humanos, patogénios e químicos contaminam a água e os alimentos; outras toxinas são lançadas no ar e no solo. Salientou que, só no ano 2000, ocorreram cinco milhões de óbitos de crianças, devido aos ambientes degradados. Afirmou que tinha chegado a altura de os vários intervenientes trabalharem em conjunto para controlar os riscos ambientais para a saúde, com as intervenções com boa relação custo-eficácia actualmente disponíveis.

19. A Directora-Geral afirmou que a OMS estava disposta a apoiar os sistemas nacionais de saúde no controlo da incessante fuga de profissionais qualificados, no aumento da disponibilidade de medicamentos e bens essenciais, e no estabelecimento de uma base sólida para o financiamento da saúde.

20. A Dra. Brundtland realçou ainda que mais de um quarto da população africana vive em países em crise, onde a violência e as doenças comprometem a segurança humana. Afirmou ainda que as populações da África Austral se deparam com uma nova tragédia, onde a pobreza, o HIV/SIDA, a seca e a capacidade limitada dos serviços de saúde contribuíram para que 15 milhões de pessoas enfrentassem graves dificuldades e uma mortalidade acrescida. Informou o Comité Regional de que a OMS estava a apoiar uma resposta focalizada, e a ajudar na mobilização de recursos adicionais para os que deles necessitam.

21. A Directora-Geral referiu que o consumo de tabaco tinha baixado em certos casos, devido a aumentos dos impostos, restrições à publicidade e legislação sobre a poluição atmosférica. Contudo, e apesar de tais esforços, cerca de 4 milhões de pessoas morrem anualmente devido ao consumo de tabaco. Afirmou que, no próximo ano, a adopção da Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica (FCTC) proporcionará aos Estados-Membros um instrumento poderoso, no que respeita à publicidade ao tabaco através do patrocínio promocional, comércio ilícito de tabaco, impostos e cooperação internacional. Apelou à determinação política por parte dos governos nas importantíssimas fases finais da FCTC, que irão determinar a força do primeiro tratado internacional da OMS.

22. Tecendo comentários sobre a Iniciativa da OMS Centrada nos Países, a Dra. Brundtland informou o Comité de que a Organização se encontrava a fazer um grande esforço para reforçar a sua presença em todos os países, sobretudo em África. Sublinhou a necessidade de reforçar a presença de peritos em sistemas de saúde nas Representações da OMS nos países, para que possam recolher e compilar informação pertinente sobre saúde, em parceria com as autoridades sanitárias nacionais.
23. Prestou homenagem à dedicação dos funcionários da OMS nos Estados-Membros e nos escritórios regionais, especialmente em África. Para terminar referiu-se ao Orçamento-Programa para 2004-2005, informando o Comité de que o Orçamento Ordinário para a Região seria aumentado de 186 para 193 milhões de dólares americanos (*ver texto completo no Anexo 8*).
24. No seu discurso de abertura, Sua Excelência o Presidente da República do Zimbabwe, Camarada Robert G. Mugabe, deu as boas-vindas a Harare aos ministros da saúde e delegados e manifestou o seu regozijo pela honra concedida ao Zimbabwe em acolher este evento. Lamentou o facto de não ter sido possível que esta sessão do Comité Regional tivesse lugar em Brazzaville, exprimindo a esperança de que a situação evolua em termos de segurança, de modo a que futuras sessões do Comité Regional possam realizar-se naquela cidade.
25. Referiu-se à reunião dos ministros da saúde dos países da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC), realizada em Harare, em Agosto de 2002, onde foi aprovada uma estratégia para mitigar os efeitos da seca sobre a saúde. Afirmou que a crise está a ser agravada pela dupla epidemia de HIV/SIDA e Tuberculose, tendo sublinhado a oportunidade da sessão do Comité Regional relativamente àquela reunião.
26. O Presidente fez notar que o declínio económico dos países da Região estava a pressionar os já afectados sistemas de saúde, que se viam impossibilitados de responder adequada e eficazmente aos novos desafios na área da saúde.
27. Informou os presentes sobre o auxílio que o seu país recebeu do programa Fazer Recuar o Paludismo e convidou os outros parceiros a darem também o seu contributo, coma certeza de que os recursos serão utilizados com eficácia.
28. O Presidente destacou a crescente magnitude das doenças não-transmissíveis (NCD), bem como a importância da sua prevenção através de uma abordagem dos factores de risco. Sublinhou ainda o facto de o tratamento das NCD ser mais dispendioso do que o das doenças infecciosas, o que justifica a importância que deve ser concedida à sua prevenção.
29. Louvou a OMS pelo seu papel determinante na criação de sólidas parcerias com a UNICEF e outras agências das Nações Unidas, em especial na área do fornecimento de vacinas.

30. O Presidente agradeceu à Directora-Geral por ser uma verdadeira amiga da África, tanto nos bons como nos maus momentos. Expressou a sua gratidão à Dra. Brundtland por dedicar particular atenção à Região Africana na atribuição de verbas, quer do orçamento ordinário quer de outras fontes. O Presidente Mugabe disse à Dra. Brundtland que ela era uma “irmã” e, por isso, uma cidadã honorária do Zimbabwe, podendo regressar à sua “casa” sempre que quisesse.

31. O Presidente convidou os ministros e os delegados a dedicar algum tempo da sua sobrecarregada agenda a uma visita ao país e a desfrutar de algumas das suas atracções turísticas. Formulou votos de frutuosas deliberações e de uma feliz estada no Zimbabwe para todos os delegados. Declarou assim aberta a Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional Africano (*ver texto completo no Anexo 8*).

## **ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS**

### **Constituição da Comissão de Designações**

32. O Sr. G. L. Burci (Conselheiro Jurídico da Sede da OMS) fez notar que nenhum dos membros eleitos para a Mesa da Quinquagésima-primeira sessão do Comité Regional estava presente na sessão de abertura da actual sessão. A abordagem desta situação não está especificamente contemplada no Regulamento Interno do Comité. Contudo, o Regulamento Interno do Comité prevê a aplicabilidade do estatuído no Regulamento Interno da Assembleia Mundial da Saúde em circunstâncias similares. O Artigo 30º do Regulamento Interno da Assembleia contempla esta situação, estipulando que a Directora-Geral (neste caso do Comité Regional, por analogia, o Director Regional) abriria a sessão na ausência dos membros da Mesa. É com base nesta disposição, que o Director Regional estava a presidir a esta sessão até à eleição da mesa.

33. O Comité Regional nomeou a Comissão de Designações, que ficou constituída pelos seguintes Estados-Membros: Burundi, Congo, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Quênia, Maurícias, Namíbia, África do Sul e Uganda. A Comissão reuniu às 11h30m de Terça-feira, 8 de Outubro de 2002, tendo eleito para a sua presidência a Dra. Thsabalala-Msimang, Ministra da Saúde da África do Sul.

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

34. Após ter analisado o relatório da Comissão de Designações, e nos termos do Artigo 10º do seu Regulamento Interno e da Resolução AFR/RC40/R1, o Comité Regional elegeu por unanimidade as seguintes individualidades:

**Presidente:** Sr. Urbain Olanguena Awono, Ministro da Saúde Pública dos Camarões

**1º Vice-Presidente:** Prof. Andry Rasamindrakotroka, Ministro da Saúde de Madagáscar

**2º Vice-Presidente:** Dr. N. Bartee, Vice-Ministro/Director Clínico  
Chefe da Delegação da Libéria

**Relatores:** Dr. Motloheloa Phooko, Ministério da Saúde e do Bem-Estar Social, Chefe de Delegação  
Lesoto

Sra. Ousseini Halimatou Abdulwahid, Ministra da Saúde Pública e Controlo das Doenças  
Níger

Dr. A. T. de Nobreza Limbombo, Vice-Ministro da Saúde de Moçambique

## **Aprovação da ordem do dia**

35. O Presidente da Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional, Sr. Urbain Olanguena Awono, apresentou a ordem do dia provisória (documento AFR/RC52/1 Rev.1) e o projecto de programa de trabalho (documento AFR/RC52/1 Rev.2 Add.1), que foram aprovados sem emendas (*ver texto completo no Anexo 2a e 2b respectivamente*).

## **Aprovação do horário de trabalho**

36. O Comité Regional aprovou o seguinte horário de trabalho: Das 09h00 às 12h30 e das 14h00 às 17h30, incluindo os intervalos.

## **Designação da Comissão de Verificação de Poderes**

37. O Comité Regional nomeou, como membros da Comissão de Verificação de Poderes, os representantes dos 12 países a seguir indicados: Argélia, Benim, Burkina Faso, Cabo Verde, Chade, República Democrática do Congo, Guiné, Libéria, Mali, Suazilândia, Tanzânia e Zâmbia.

38. A Comissão de Verificação de Poderes reuniu-se no dia 8 de Outubro de 2002, tendo eleito como seu Presidente a Dra. Fatoumata Nafu Traoré, chefe da delegação do Mali.

39. A Comissão analisou as cartas credenciais apresentadas pelos representantes dos seguintes Estados-Membros: Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, Comores, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe. Todas estavam em conformidade com o Artigo 3º do Regulamento Interno do Comité Regional Africano.

## **ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA EM 2000-2001: RELATÓRIO BIENAL DO DIRECTOR REGIONAL (documento AFR/RC52/2)**

40. O Director Regional exprimiu o seu profundo apreço e gratidão aos Estados-Membros e à Directora-Geral por terem contribuído para o desenvolvimento das actividades da OMS na Região Africana ao facilitarem o recrutamento dos melhores funcionários disponíveis. Lembrou aos delegados que o recrutamento dos funcionários da OMS obedece às normas da Organização, tendo o mérito como única referência, e exprimiu a sua satisfação por essa abordagem estar a dar frutos e a resistir ao tempo.

41. Informou o Comité de que o plano de acção, 2000-2001, foi implementado em circunstâncias difíceis, tendo assim louvado os funcionários pela sua dedicação e trabalho árduo.

42. O Dr. Samba fez um apelo ao Comité no sentido de analisarem criticamente o relatório, com vista a fornecerem orientações sobre como melhorar, no futuro, as actividades da OMS na Região.

43. Seguidamente, o Director Regional convidou o Director da Gestão dos Programas e os directores das várias divisões do Escritório Regional da OMS a procederem a apresentação das secções do relatório relacionadas com as suas respectivas áreas programáticas.

### **Desenvolvimento e gestão do conjunto dos programas**

44. O Dr. Luis G. Sambo, Director da Gestão dos Programas, apresentou o relatório bienal, que reflecte o contributo do Secretariado da OMS para a implementação da política regional de Saúde para Todos. Referiu que o relatório contemplava as actividades desenvolvidas pelas equipas da OMS nos países, funcionários interpaíses e das divisões, unidades e programas do Escritório Regional.

45. Explicou que a Parte I do relatório estava estruturada com base nas Áreas de Actividade definidas a nível mundial, que funcionam como blocos estruturais para a gestão dos programas no seio da OMS. Para cada área de actividade, o relatório identifica os problemas e desafios fundamentais para a Região Africana, dando uma panorâmica da resposta da OMS e dos resultados atingidos no biénio, e apontando caminhos para o futuro. Nele estão também descritos os principais factores facilitadores e constrangimentos.

46. Assinalou que a segunda parte do relatório descrevia os progressos feitos na implementação de algumas resoluções específicas aprovadas nas sessões anteriores do Comité Regional, nomeadamente:

Estratégia regional para promoção da medicina tradicional nos sistemas de saúde;  
Estratégia de luta contra o HIV/SIDA na Região Africana;

1. Fazer Recuar o Paludismo na Região Africana;
2. Estratégia regional para as acções de emergência e humanitárias;
3. Vigilância epidemiológica integrada das doenças: Estratégia regional para as doenças transmissíveis;
4. Estratégia regional de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
5. Plano estratégico de investigação em saúde para a Região Africana da OMS;
6. Reforma do sector da saúde na Região Africana da OMS: Estado da implementação e perspectivas;
7. Análise da implementação da Iniciativa de Bamaco.

47. O Dr. Sambo lembrou que o Orçamento-Programa 2000-2001, foi o último executado ao abrigo do Nono Programa Geral de Trabalho da OMS. O Orçamento-Programa foi executado numa altura em que estavam a ser levadas a cabo reformas profundas em toda Organização, e ao mesmo tempo que o Escritório Regional estava a funcionar temporariamente em Harare, no Zimbabwe. Ao mesmo tempo, os Estados-Membros foram afectados pelos seguintes problemas: pandemia do HIV/SIDA; pobreza generalizada; declínio da economia; e frequentes catástrofes naturais ou provocadas pelo Homem.

48. De acordo com os princípios enunciados na Estratégia Institucional da OMS, o Escritório Regional executou o Orçamento-Programa 2000-2001 usando um sistema de gestão baseado em resultados. Com base nas lições aprendidas no processo de monitorização e avaliação, um quadro estratégico foi elaborado e enviado aos funcionários da OMS na Região, por forma a fornecer orientações sobre as actividades da Organização durante o período compreendido entre 2002 e 2005. Além disso, em colaboração com a Sede e as Representações da OMS nos países, o Escritório Regional elaborou o Orçamento-Programa para 2002-2003, que está a ser actualmente executado. Como resultado de um processo participativo, a cooperação técnica da OMS com os países tornou-se mais pertinente relativamente às necessidades dos países, tendo-se estabelecido laços mais fortes entre os programas e os funcionários a nível da Sede, Escritório Regional e Representações da OMS nos países. Para além disso, registou-se uma melhoria na colaboração com outros parceiros na área do desenvolvimento sanitário, agências de cooperação bilateral e multilateral, bem como com bancos vocacionados para o desenvolvimento e organizações não-governamentais.

49. O Dr. Sambo salientou que, para garantir progressos sustentáveis na melhoria do estado de saúde das populações, é necessário que, de forma concertada, as doenças em África sejam atacadas nas suas causas profundas. A este respeito, disse que a Região Africana da OMS tinha intensificado consideravelmente o seu trabalho nas áreas da promoção da saúde, dos ambientes saudáveis, saúde no desenvolvimento sustentável, bem como pobreza e saúde. Tal ajudaria a identificar os factores de risco responsáveis pelas doenças enquanto, ao mesmo tempo, se mantém o apoio às actividades em curso no âmbito da luta contra a doença.

50. As actividades da OMS incidiram na prestação aos Estados-Membros de aconselhamento político de alto nível, apoio à formação de capacidades, apoio técnico para facilitar a formulação da componente “Saúde” dos Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza (PRSP) e integração de questões sanitárias mais vastas nos planos nacionais de desenvolvimento sanitário de longo prazo.

51. O Dr. Sambo disse que, apesar dos persistentes obstáculos de natureza sócio-política, macroeconómica e de saúde pública, se tinham registado algumas realizações notáveis durante o biénio. Por exemplo, fizeram-se progressos substanciais na detecção e erradicação dos casos de poliomielite, na eliminação da lepra; melhorou-se o combate à tuberculose, tendo 55% dos países aumentado em mais de 50% o nível do tratamento sob observação directa de curta duração (DOTS); foi lançado, na maioria dos países, o programa Fazer Recuar o Paludismo (FRP) a nível distrital; procedeu-se à promoção da saúde reprodutiva e da família; deu-se apoio à utilização de dados factuais e informação para a tomada de decisões e para a acção.

52. Informou o Comité de que, em consonância com a política de pôr uma tónica acrescida no trabalho a nível dos países, 63,5% do total do orçamento ordinário para a Região foram atribuídos e executados a esse nível. O apoio da Sede e do Escritório Regional aos países-membros melhorou significativamente.

53. O Dr. Sambo acrescentou que, para reforçar as Representações da OMS nos países, se tinha procedido ao seguinte: recrutamento de pessoal técnico essencial para reforçar asequipas nos países; formação dos Representantes e oficiais de ligação da OMS em liderança e gestão estratégica; realização de seminários e retiros para intercâmbio das melhores práticas entre os funcionários das Representações; realização de duas Reuniões do Programa Regional com Representantes e oficiais de ligação da OMS, para analisar a execução do Orçamento-Programa; delegação acrescida de competências nos Representantes da OMS, particularmente no que diz respeito à gestão dos recursos; início da implementação da Estratégia de Cooperação com os Países em sete Estados-Membros, para melhorar ainda mais a pertinência do programa de cooperação da OMS relativamente às necessidades específicas dos países e para impulsionar as parcerias, com o fim de se atingirem as metas nacionais de desenvolvimento sanitário.

54. Em relação aos Órgãos Directivos da OMS, o Escritório Regional fez incidir as ordens do dia da Quinquagésima e Quinquagésima-primeira sessões do Comité Regional nas principais prioridades de saúde na Região Africana. Além disso, o Escritório Regional organizou sessões de informação e assegurou a distribuição atempada dos documentos de trabalho às delegações dos países, para permitir uma participação mais eficaz dessas delegações nas reuniões do Conselho Executivo, da Assembleia Mundial da Saúde e do Comité Regional.

55. O Dr. Sambo recordou aos ministros da saúde e delegados que os mesmos eram testemunhas dos enormes desafios decorrentes das situações de emergência em África. Por isso, implementaram-se actividades regionais interpaíses na área da preparação e resposta a situações de emergência, para reforçar as capacidades humanas e institucionais. Os países gravemente afectados por catástrofes naturais ou provocadas pelo Homem receberam “kits” de material médico e medicamentos de emergência.

56. Informou o Comité de que os principais factores facilitadores durante o período referente, incluem a colaboração estreita com os Estados-Membros, agências das Nações Unidas, Organização da Unidade Africana (agora União Africana), instituições sub-regionais, doadores e outras partes interessadas na Região Africana. Além disso, através das sessões do Comité Regional e das correlacionadas reuniões do Subcomité do Programa, os Estados-Membros forneceram contributos e orientações pertinentes em áreas que requerem maior ênfase nas actividades da OMS.

57. O Dr. Sambo elogiou o forte empenho demonstrado pelos Estados-Membros nas iniciativas internacionais em resposta às prioridades nacionais e mundiais, tais como o programa Fazer Recuar o Paludismo, as Jornadas Nacionais de Vacinação (JNV), a DOTS e a Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI). Esse empenho contribuiu largamente para o reforço das parcerias entre a OMS e os parceiros do desenvolvimento sanitário, tendofacilitado a mobilização de fundos de Outras Fontes, tanto a nível regional como dos países.

58. Referiu ainda vários factores que dificultaram a implementação do Orçamento-Programa, designadamente: instabilidade política e insegurança em vários países, o que limitou a acessibilidade e o âmbito das intervenções; o fraco contexto macroeconómico e a pobreza na maioria dos países, o que significou recursos insuficientes para os agregados familiares e para o sector da saúde; o êxodo de pessoal altamente qualificado dos ministérios da saúde, com a resultante sobrecarga de trabalho para os que ficaram e conseqüente redução da produtividade do sector da saúde; a crescente incidência do HIV/SIDA, que torna praticamente impossível assegurar a gestão eficaz dos serviços nacionais de prestação de cuidados de saúde.

59. O Dr. Sambo concluiu mencionando alguns dos desafios futuros, que incluem:

- a. a necessidade de intensificar e expandir a advocacia para a redução da pobreza e apoiar firmemente o sector da saúde, de modo a aproveitar a sua vantagem comparativa e funcionar como ponto de partida válido para o desenvolvimento sócio-económico, assim como para o compromisso em relação aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e a Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD);

- b. a necessidade de maior financiamento para que o sector da saúde possa fazer face à procura cada vez maior de serviços de cuidados de saúde, como resultado do fardo crescente das doenças e afecções relacionadas com a pobreza;
- c. a necessidade de reformas no sector da saúde que sejam criativas, baseadas em dados factuais e participativos;
- d. a necessidade de motivar e conservar o pessoal de saúde, bem como evitar a fuga do pessoal mais qualificado.

60. No debate que se seguiu, o Comité felicitou o Secretariado pelo relatório abrangente e conciso e expressou o seu apreço pelo aumento orçamental a nível dos países.

61. O Comité realçou a necessidade de se incorporar a componente de reforço das capacidades em todas as áreas de actividade, para garantir uma resposta atempada às necessidades dos países por parte da OMS. A formação dos funcionários que desempenham um papel-chave na prestação de cuidados primários de saúde deveria ser reforçada, devendo-se para isso atribuir verbas necessárias. 62. O Comité recomendou que a OMS facilitasse a troca de experiências entre os países que dispõem de boas práticas.

63. No que respeita à gestão baseada em resultados, o relatório deveria ir para além dos indicadores processuais, a fim de reflectir o impacto das intervenções e a monitorização das tendências. O Comité notou que muitas das actividades nos Estados-Membros não assentam em dados factuais e, nessa medida, solicitou o apoio da OMS.

64. Os delegados referiram que a burocracia existente para aceder às verbas do Fundo Mundial contra a SIDA, a tuberculose e o paludismo estavam a atrasar a recepção dos fundos a nível dos países, tendo apelado à intervenção da Directora-Geral.

65. Os delegados exprimiram preocupação quanto aos critérios de elegibilidade para a Aliança Mundial para as Vacinas e a Imunização (GAVI), já que a Aliança excluiu alguns países que enfrentavam problemas com o seu Programa Alargado de Vacinação. Solicitaram à OMS que apoiasse a revisão dos critérios de elegibilidade.

66. O Comité sublinhou que, face a heterogeneidade dos países em África, ou seja países em situação de estabilidade, em conflito e em situação de pós-conflito, as necessidades variam, requerendo com efeito, a diversificação na abordagem das mesmas. A OMS deveria ter estes aspectos em conta, ao formular as estratégias e programas e ao definir as prioridades.

### **Desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde**

67. O Dr. R. Chatora, Director da Divisão de Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde, apresentou esta secção do relatório.

68. Informou o Comité de que a sua Divisão foi responsável por três áreas de actividade durante o biénio 2000-2001: *Segurança do sangue e tecnologias clínicas (BCT)*; *Política farmacêutica e medicamentos essenciais (EDM)*; *Organização dos serviços de saúde (OSD)*.

69. As realizações na área da “*Segurança do Sangue e Tecnologias Clínicas*”, incluíam: a formulação e aprovação, pela Quinquagésima-primeira sessão do Comité Regional, da Estratégia Regional de Segurança do Sangue; a formação de 64 controladores da qualidade do sangue; a finalização de políticas nacionais de transfusão de sangue em dez países; o reforço das capacidades técnicas dos centros dos serviços nacionais de transfusão de sangue em Harare e Abidjan.

70. O Dr. Chatora informou que a área de actividade “*Política farmacêutica e medicamentos essenciais*” elaborou directrizes para a gestão dos medicamentos a nível central, o tratamento de mordeduras de répteis e a inspecção de estabelecimentos farmacêuticos; apoiou, em quatro países, a finalização dos documentos relativos à política nacional de medicamentos; formulou uma estratégia regional para a promoção do papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde; elaborou protocolos genéricos para avaliação dos medicamentos tradicionais; organizou uma reunião sobre Acordo relativo ao Direito de Propriedade do Comércio Internacional (TRIPS) para países de língua oficial inglesa.

71. Informou que a área de actividade “*Organização dos Serviços de Saúde*” facilitou a formulação e aprovação da Política Saúde para Todos no Século XXI: Agenda 2020; no contexto das reformas do sector da saúde, apoiou a análise das políticas nacionais de saúde em 24 países; apoiou os países na avaliação da operacionalidade dos seus sistemas distritais de saúde; elaborou um novo quadro operacional para a Iniciativa de Bamaco; apoiou 10 países no reforço dos seus sistemas de informação sanitária; reforçou, em oito países, as capacidades metodológicas de investigação sobre sistemas de saúde; deu formação a 47 gestores da Biblioteca Azul; elaborou e testou as orientações para revisão dos programas de formação em ciências da saúde; elaborou o plano a médio prazo (2002-2006) de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde nos países de língua oficial portuguesa da Região; concedeu 556 bolsas de estudo a Estados-Membros; iniciou, em seis países, estudos sobre a migração de profissionais de saúde qualificados.

72. Para finalizar, o Dr.Chatora informou o Comité sobre as diversas estratégias em curso de implementação pelo Escritório Regional, com vista a reforçar a capacidade dos sistemas de saúde dos Estados-Membros, de modo a prestarem serviços de saúde de elevada qualidade, bem como para melhorar o acesso das populações aos medicamentos essenciais, ao sangue seguro e às tecnologias de cuidados de saúde.

73. No debate que se seguiu, a questão da fuga de quadros foi referida como um grande obstáculo à prestação de cuidados de saúde na Região. Entre as propostas para fazer face a este problema, foram referidas: a promoção de intercâmbio de profissionais no seio da Região, o apoio da OMS para encontrar meios de motivação e retenção, a elaboração de um código de conduta para o recrutamento a nível mundial e o pagamento de uma compensação aos países de origem, dos profissionais de saúde, por parte dos países receptores.

74. Os delegados foram de opinião de que as reformas no sector da saúde deveriam alcançar o equilíbrio entre saúde curativa e preventiva. As reformas hospitalares deveriam ser consideradas nas reformas no sector de saúde com vista à melhoria da qualidade de prestação de cuidados.

75. O Comité lamentou a falta de medicamentos essenciais, tendo recomendado que a OMS continuasse a promover a produção e utilização de medicamentos tradicionais, garantindo ao mesmo tempo, a sua segurança e regulamentação.

76. O Comité foi de opinião de que a questão da qualidade e disponibilidade de medicamentos essenciais necessitava de mais atenção. Recomendou que se promovesse a produção local de medicamentos essenciais, de forma a melhorar a sua disponibilidade e acessibilidade para os pobres e fazer face à expansão do mercado ilícito de medicamentos. A OMS deveria mediar as negociações com as companhias farmacêuticas para reduzir o preço dos medicamentos e, ao mesmo tempo, promover a sua produção a nível local e regional.

77. Os delegados solicitaram o apoio da OMS na conservação das florestas tropicais da Região, a fim de se preservarem as plantas medicinais autóctones. A OMS deveria igualmente apoiar a investigação em medicamentos tradicionais com eficácia comprovada no tratamento de várias doenças. No contexto das reformas do sector da saúde, os delegados solicitaram apoio para a formulação de legislação e de planos estratégicos na área da medicina tradicional.

78. O desempenho dos sistemas de saúde no contexto da Iniciativa de Bamaco foi referido como extremamente importante para a prestação de cuidados de saúde a nível distrital. Os países solicitaram mais apoio para os processos de descentralização e de mobilização de recursos. Recordaram que os programas de ajustamento estrutural da década de 80 tinham resultado em pagamentos elevados por parte dos utentes. Foi solicitado à OMS que apoiasse os países na definição de esquemas viáveis de financiamento dos cuidados de saúde.

79. O Comité solicitou à OMS que ajudasse a reforçar os débeis sistemas nacionais de informativos sobre a gestão da saúde. Sugeriu também um estreito envolvimento dos Estados-Membros na avaliação em curso sobre o desempenho dos sistemas de saúde, desde a sua concepção até à respectiva execução.

### **Prevenção e controlo das doenças transmissíveis**

80. O Dr. A. Kaboré, Director da Divisão de Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis, apresentou esta secção do relatório.

81. Informou o Comité de que a sua Divisão abrangeu quatro áreas de actividade: *Vigilância das doenças transmissíveis; Prevenção e controlo das doenças transmissíveis; Erradicação e eliminação das doenças transmissíveis; e Desenvolvimento e investigação em doenças transmissíveis.*

82. Assinalou as actividades constantes da área “*Vigilância das Doenças Transmissíveis*”, designadamente: avaliação dos sistemas de vigilância e resposta existentes em 27 países; apoio a 9 países na formação de profissionais de saúde em preparação e resposta a situações de emergência; criação em Ouagadougou de um centro de vigilância polivalente de doenças; início da vigilância sistémica do HIV/SIDA em 23 países; e formação de técnicos de 40 laboratórios nacionais de saúde pública. Referiu igualmente a existência de planos para alargar a Vigilância Integrada das Doenças de modo a abranger todos os países, bem como para reforçar o referido centro.

83. O Dr. Kaboré declarou que a área de actividade “*Prevenção e controlo das doenças transmissíveis*” apoiou: 13 países na recolha de dados de referência sobre Fazer Recuar o Paludismo (FRP); 27 países com paludismo endémico, no tratamento correcto dos casos de paludismo; 26 países na promoção de intervenções de base comunitária; seis países na

introdução bem sucedida da nova iniciativa de luta conjunta contra a Tuberculose e o HIV; 10 países no reforço dos serviços de cuidados domiciliários aos doentes com HIV/SIDA; 30 países para aumentar de 70% em 2000 para 86% em 2001, o acesso à estratégia DOTS para a Tuberculose. Além disso, funcionários de vinte e três países receberam formação em cursos de gestão de nível intermédio; foram concedidas verbas da Aliança Mundial para as Vacinas e a Imunização (GAVI) a 33 países; a cobertura regional pela terceira dose da vacina tríplice (DPT3) aumentou de 50% em 1999 para 59% em 2001. O Dr. Kaboré informou o Comité sobre a existência de planos para: melhorar a implementação, supervisão, monitorização e avaliação das intervenções no âmbito do programa Fazer Recuar o Paludismo; acelerar a cobertura por DOTS em todos os países; conceber e implementar, ou expandir, intervenções adequadas para travar a dupla epidemia de Tuberculose/HIV; promover a implementação de pacotes de prestação de cuidados aos doentes com HIV/SIDA e infecções sexualmente transmissíveis (IST) nos sistemas de saúde de todos os países; acelerar as actividades da eliminação da filaríase linfática em todos os países afectados.

84. As actividades integradas na área “*Erradicação e eliminação das doenças transmissíveis*”, incluíam: a realização de Jornadas Nacionais de Vacinação (JNV) sincronizadas para a pólio, em 22 países; a obtenção de uma taxa regional de 2,7 casos por 100.000 crianças com idade inferior a 5 anos, da paralisia flácida aguda não-poliomielítica (PFA), em 2001; a redução do número de países com poliovírus selváticos em circulação, de 12 em 1996 para 6 em 2001; a eliminação do tétano materno e neonatal em 12 países, aguarda a certificação; a redução em 55% da incidência geral da dracunculose; a certificação de quatro países da Região como livres da dracunculose; a validação da eliminação da lepra em nove países. O Dr. Kaboré informou o Comité de que se encontram em curso as seguintes actividades tendentes a : interromper a transmissão do poliovírus selvático nos últimos seis países com endemia; alcançar e manter o nível de certificação de vigilância da PFA em todos os países; manter o empenhamento dos governos e dos doadores; integrar na Vigilância integrada das doenças (IDS), todas as actividades de vigilância visando a erradicação e eliminação.

85. As actividades da área “*Desenvolvimento e investigação das doenças transmissíveis*” incidiram sobre o seguinte: estudos em quatro países sobre a eficácia operacional da DOTS; financiamento para a realização de estudos de investigação operacional relacionados com o programa Fazer Recuar o Paludismo, em 17 países; apoio a 15 países para a realização de estudos sobre a eficácia terapêutica dos medicamentos antipalúdicos; realização de estudos sobre o impacto económico do paludismo, em 14 países; o apoio a 10 países para empreenderem estudos sobre intervenções-piloto para a prevenção vertical da transmissão do HIV; a divulgação nos países dos resultados da investigação operacional da Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI). O Dr. Kaboré informou o Comité sobre os planos em curso para: promover e tirar partido das novas tecnologias para o controlo das doenças, bem como identificar e adequar os medicamentos tradicionais para utilização nos sistemas de saúde existentes.

86. No debate que se seguiu, o Comité sublinhou a necessidade de um tratamento coordenado das doenças a nível interpaíses, durante as epidemias. Pelo facto de muitos países na Região disporem de recursos limitados, deveriam ser estimulados os programas de luta integrada contra as doenças. A disponibilidade de certas vacinas, por exemplo, para a meningite, é problemática em situações de emergência, pelo que se solicitou à OMS que continuasse a mobilizar mais recursos para a erradicação da poliomielite e o reforço da vigilância.

87. Atendendo ao fardo das doenças devidas ao paludismo, os delegados consideraram que esta doença deveria receber atenção acrescida.

88. Solicitou-se à OMS que formulasse estratégias de comunicação sobre o HIV/SIDA, tendo em conta os vários contextos culturais.

89. O Comité congratulou-se com a estratégia conjunta de luta contra a Tuberculose e o HIV/SIDA, mas solicitou à OMS que preparasse estratégias adequadas de informação, educação e comunicação, para lidar com o problema da estigmatização. Foi abordada a questão da tuberculose de esfregaço negativo em pacientes seropositivos, tendo os delegados solicitado orientação sobre como melhorar a detecção e o tratamento precoces.

### **Prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis**

90. O Dr. M. Belhocine, Director da Divisão Prevenção e Controlo das Doenças Não-Transmissíveis, apresentou esta secção do relatório.

91. Informou o Comité de que durante o biénio em análise, a divisão abrangeu seis áreas de actividade, designadamente: *Vigilância, prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis; Nutrição; Promoção da saúde; Prevenção e reabilitação das incapacidades e traumatismos; Saúde mental; Abuso de substâncias psicoactivas.*

92. A área de actividade “*Vigilância, prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis*” formulou a estratégia regional e o quadro de implementação para a prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis; efectuou uma análise da situação das capacidades nacionais para a prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis; organizou acções de formação para profissionais de saúde em epidemiologia e tratamento da diabetes, detecção e tratamento precoces do cancro do colo do útero, e tratamento restaurativo atraumático em saúde oral; apoiou o desenvolvimento dos cuidados preventivos e a investigação em saúde oral (incluindo o Noma); apoiou cinco países na elaboração de políticas nacionais para os idosos. O Dr. Belhocine referiu a existência de planos para a elaboração de orientações para prevenção e monitorização das principais doenças não-transmissíveis, com especial ênfase na redução dos factores de risco, apoio à investigação operacional das doenças não-transmissíveis e do Noma, e estabelecimento de uma rede para a troca de conhecimentos e experiências.

93. A área de actividade “*Nutrição*” analisou as actividades de seguimento da Conferência Internacional sobre Nutrição e a implementação de planos de acção nacionais sobre nutrição (NPAN); deu apoio a quatro países para elaborarem ou reverem os seus planos nacionais; realizou estudos sobre carência de iodo e fortificação alimentar; contribuiu para a finalização da estratégia mundial sobre alimentação dos lactentes e das crianças pequenas; deu formação em amamentação e situações de emergência nutricionais. O Dr. Belhocine informou o Comité de que seriam envidados esforços no sentido de reforçar as parcerias com as agências das Nações Unidas e organizações não-governamentais envolvidas nos trabalhos relacionados com a nutrição e para adoptar um programa de trabalho que preencha as necessidades dos países-membros que enfrentam actualmente crises alimentares.

94. As actividades na área “*Promoção da saúde*” incluíram: a adopção de uma estratégia regional sobre promoção da saúde; a coordenação da participação africana na Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde; a formação de pontos focais em métodos de elaboração de programas de promoção da saúde; a prestação de apoio a 15 países na implementação da Iniciativa Escolas Promotoras da Saúde. No futuro, será colocada a ênfase em abordagens interactivas e participativas de promoção da saúde como forma de promover ambientes saudáveis.

95. A área de actividade “*Prevenção e reabilitação das incapacidades e traumatismos*” apoiou duas reuniões sub-regionais para lançar a iniciativa “Visão 2020”, para prevenção da cegueira; deu formação em gestão dos programas de reabilitação de base comunitária; deu assistência a quatro países para a integração das vítimas das minas antipessoais nos programas de reabilitação de base comunitária; realizou uma análise situacional sobre incapacidades em oito países. Futuramente, será dada mais importância à prevenção da violência e dos traumatismos, e será preparado um documento regional sobre o assunto, para apresentação ao Comité Regional em 2003.

96. O Dr. Belhocine informou o Comité de que a área de actividade “*Saúde Mental*” tinha conseguido um determinado número de realizações, nomeadamente: a comemoração do Dia Mundial da Saúde Mental em 2001, subordinado ao tema “Não à exclusão, sim aos cuidados”; o contributo dado para a elaboração do Relatório sobre a Saúde no Mundo de 2001, que versou sobre a Saúde Mental; o contributo para o Atlas sobre os “Recursos da Saúde Mental no Mundo”; a constituição de um grupo de peritos em saúde mental para apoiar os Estados-Membros na implementação da estratégia de saúde mental; a realização de reuniões interpaíses para reforço das capacidades dos coordenadores dos programas de saúde mental; o apoio a cinco países para a elaboração de políticas, planos estratégicos e materiais de formação de profissionais de saúde; o apoio às actividades relacionadas com a campanha mundial contra a epilepsia em 12 países. Afirmou que a luta contra a exclusão e a estigmatização dos indivíduos que sofrem de perturbações mentais iria continuar.

97. Na área da luta contra o abuso de substâncias *psicoactivas*, o Dr. Belhocine afirmou terem sido realizadas reuniões interpaíses sobre a luta contra o tabaco, de forma a resolver os problemas relativos à legislação, políticas e formulação de programas, recolha de dados e investigação. A Argélia e a África do Sul organizaram duas reuniões para discutir o projecto da Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica (FCTC). Estabeleceu-se um *website* sobre o programa regional de luta contra o tabaco, bem como uma base de dados sobre a produção, o consumo, a legislação e os problemas de saúde associados ao tabaco, em cada Estado-Membro. Deu-se apoio a vinte e dois países para efectuarem um estudo sobre o consumo de tabaco pelos jovens das escolas. Três países receberam apoio no âmbito da iniciativa mundial para a prevenção primária do abuso de substâncias psicoactivas entre os jovens. Profissionais de saúde comunitária de setenta e cinco ONG e departamentos governamentais receberam formação em elaboração, gestão e avaliação de programas de luta contra o abuso de substâncias psicoactivas. Disse ainda que há planos para proceder à análise da situação sobre o abuso de substâncias psicoactivas e acelerar o apoio aos países, por forma a empreenderem actividades de prevenção do abuso dessas substâncias.

98. Na discussão que se seguiu à apresentação, os delegados salientaram a transição epidemiológica nos seus países, passando de uma prevalência das doenças transmissíveis para as doenças não-transmissíveis. Considerando que o tratamento das doenças não-transmissíveis é extremamente dispendioso, sentiram a necessidade de se criar uma cultura de prevenção e promoção da saúde, com uma boa relação custo-eficácia. Constataram ainda um desequilíbrio entre a ênfase e os recursos atribuídos às doenças transmissíveis e às não-transmissíveis. O Comité notou, por exemplo, que o relatório não fazia referência à anemia de células falciformes apesar de ser um grave problema de saúde pública em muitos países da Região, e do risco de transmissão do HIV/SIDA através da transfusão do sangue durante o tratamento desses doentes. Por outro lado, o Comité insistiu em que se ponha uma tónica acrescida na prevenção da cegueira, bem como na harmonização do tratamento e diagnóstico dos cancros.

99. Sublinhou-se a necessidade de se abordarem os efeitos psicossociais resultantes dos maus-tratos das crianças e das consequências de situações de emergência. Foi recomendada nessa matéria a colaboração interpaíses e a formação de especialistas em saúde mental, incluindo pedopsiquiatras .

100. Reconhecendo o facto de a violência nos países em situação de conflito e pós-conflito resultar na destruição massiva das infra-estruturas económicas e sanitárias, os delegados propuseram que a OMS tirasse partido das capacidades existentes a nível local, incluindo práticas tradicionais, de forma a enfrentar as consequências na saúde mental.

101. Os delegados manifestaram apreço pela iniciativa da Directora-Geral sobre o tabaco, mas expressaram a sua preocupação relativamente à constante publicidade existente. Atendendo a que muitos países estão dependentes do tabaco como principal fonte de rendimentos, os delegados solicitaram à OMS que continuasse a trabalhar em alternativas economicamente sustentáveis.

### **Saúde Reprodutiva e da Família**

102. A Dra. Doyin Oluwole, Directora da Divisão da Família e Saúde Reprodutiva, apresentou esta secção do relatório.

103. Informou o Comité de que as metas da divisão eram promover a saúde reprodutiva das famílias e das mulheres, homens, adolescentes e crianças. Tal foi feito através de quatro áreas de actividade: *Saúde das crianças e dos adolescentes; Investigação e elaboração de programas de saúde reprodutiva; Tornar a gravidez mais segura; Saúde e desenvolvimento da mulher.*

104. Dentre as realizações alcançadas na área da *Saúde das crianças e dos adolescentes*, são de assinalar: finalização do instrumento de avaliação do tratamento e cuidados aos recém-nascidos e sua aplicação em 18 estabelecimentos de saúde, em 7 países; formação interpaíses em prevenção e tratamento do abuso sexual das crianças para 28 países; apoio à implementação da “Abordagem dos Direitos” para a saúde das crianças em 5 países; elaboração e aprovação da estratégia regional de saúde dos adolescentes na Quinquagésima-primeira sessão do Comité Regional; realização de uma reunião consultiva regional sobre serviços de saúde amigos dos adolescentes e criação de serviços desse tipo em 4 países. A Dra. Oluwole informou que há planos para apoiar a prestação nacional de cuidados e tratamento de qualidade aos recém-nascidos, bem como para reforçar a colaboração multidisciplinar e multisectorial na área das actividades de saúde dos adolescentes, ao nível regional e nacional.

105. As principais realizações na área de actividade “*Investigação e elaboração de programas de saúde reprodutiva*”, incidiram sobre o seguinte: desenvolvimento de capacidades para a investigação e utilização dos respectivos resultados para melhorar, monitorizar e avaliar os programas de saúde reprodutiva em 22 países; recolha de dados de referência sobre as taxas de mortalidade materna em 46 países, para o mapeamento dessa mortalidade a nível regional; elaboração de um guia clínico para o tratamento das mulheres grávidas seropositivas, incluindo o reforço dos serviços de prevenção da transmissão vertical do HIV em nove países; elaboração e avaliação prévia de protocolos/instrumentos para determinação das necessidades, com vista ao apoio psicossocial às mulheres seropositivas e respectivas famílias; formação de 30 jovens de seis países em metodologia da investigação e apoio a seis propostas de investigação elaboradas na sequência dessa formação. Os planos futuros para esta área de actividade incluem, entre outros: promover a designação e o reforço dos Centros de Colaboração da OMS para a saúde reprodutiva; documentar as boas práticas de redução da mortalidade materna; reforçar a capacidade dos países para prestarem serviços de qualidade em termos de prevenção da transmissão mãe-filho do HIV, no seio dos serviços de saúde reprodutiva.

106. As principais actividades da área “*Tornar a gravidez mais segura*” foram: determinação das necessidades de cuidados obstétricos de emergência em quatro países, e formação em técnicas para salvar vidas maternas em três países; melhoria dos serviços de cuidados obstétricos de emergência através do fornecimento de equipamento e material essenciais e reforço dos sistemas de referência nos cinco países abrangidos pela iniciativa “Tornar a gravidez mais segura”; revisão dos instrumentos *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth* (IMPAC); contributo para a Exposição sobre a Saúde em África, com especial incidência sobre a redução da mortalidade materna; formulação do instrumento de advocacia “REDUCE” para a mobilização de recursos destinados a reduzir a mortalidade materna. A Dra. Oluwole informou o Comité de que esta área de actividade pretende: reforçar a capacidade dos Estados-Membros para prestarem cuidados obstétricos essenciais e de emergência de qualidade; expandir a elaboração e o uso do instrumento de advocacia “REDUCE” para a redução da mortalidade materna; e desenvolver a componente comunitária da iniciativa “*Tornar a gravidez mais segura*” para uma redução acelerada da mortalidade materna.

107. Por último, a Dra. Oluwole informou que a área de actividade "*Desenvolvimento e saúde da mulher*" empreendeu as seguintes actividades: prestação de apoio ao uso do instrumento de avaliação e planificação para a criação de um perfil da saúde da mulher em 15 países; realização de um seminário mundial para a divulgação dos materiais de formação em prevenção e tratamento da mutilação genital feminina (MGF) destinado a enfermeiras e parteiras; apoio à investigação sobre as consequências para a saúde das práticas tradicionais nefastas/mutilações genitais femininas em 10 países; criação de uma base de dados informática regional sobre mutilação genital feminina/desenvolvimento e saúde da mulher. A Dra. Oluwole afirmou que esta área de actividade tenciona elaborar uma estratégia para a saúde da mulher para a Região Africana baseada em dados factuais e na adopção de uma *abordagem ciclo de vida*; e advoga a igualdade dos sexos e o direito à saúde das mulheres e dos homens, de acordo com a Política de Saúde para Todos na Região Africana.

108. No debate que se seguiu, o Comité expressou a sua preocupação quanto à insuficiente atenção prestada às crianças e aos adolescentes. Salientou ainda que todas as formas de maus-tratos das crianças, incluindo o trabalho, a exploração sexual e a violência, não tinham sido devidamente abordadas no relatório. O Comité exortou os Estados-Membros a elaborarem políticas e uma abordagem integrada para superar o problema.

109. Foi lamentada a fraca cobertura dos cuidados obstétricos essenciais e de emergência, especialmente nas áreas rurais, bem como da utilização de métodos contraceptivos como forma de redução da mortalidade materna. Foi solicitado à OMS que prestasse apoio ao desenvolvimento de capacidades e ao fornecimento de materiais essenciais para o planeamento familiar.

110. Atendendo a que a educação das mulheres tem um grande impacto na sua saúde e na das crianças, os delegados solicitaram à OMS que advogasse a literacia funcional para as mulheres. Foi também realçado o papel dos homens na promoção da saúde, tendo sido salientado que as necessidades dos homens em saúde reprodutiva tinham sido negligenciadas.

### **Ambientes Saudáveis e Desenvolvimento Sustentável**

111. A Sra. E. Anikpo-Ntame, Directora da Divisão de Ambientes Saudáveis e Desenvolvimento Sustentável, apresentou esta secção do relatório.

112. Afirmou que a sua Divisão se ocupava de quatro áreas de actividade, designadamente: *Saúde no Desenvolvimento Sustentável; Saúde e Ambiente; Segurança dos Alimentos; Acção Humanitária e de Emergência.*

113. A Sra. Anikpo-Ntame informou o Comité de que a área de actividade “*Saúde e desenvolvimento sustentável*” elaborou um documento com a posição do Escritório Regional sobre pobreza e saúde; realizou uma reunião consultiva regional sobre a pobreza; e elaborou orientações sobre planeamento baseado em cenários. Além disso, realizou dois seminários destinados ao desenvolvimento de capacidades no que respeita ao papel da saúde, da nutrição e da população no contexto da estratégia de redução da pobreza, e um seminário de formação em desenvolvimento sanitário a longo prazo, para cinco países. Esta área de actividade apoiou a redução da pobreza através de projectos de saúde em oito países e realizou mesas-redondas por ocasião da Quinquagésima-primeira sessão do Comité Regional. Informou ainda que esta área de actividade planeia formular uma estratégia regional sobre a pobreza, apoiar actividades comunitárias para a redução da pobreza em parceria com outros actores do desenvolvimento e reforçar a capacidade dos Estados-Membros na planificação do desenvolvimento sanitário a longo prazo.

114. O trabalho da área de actividade “*Protecção do Ambiente Humano*” incidiu sobre o seguinte: publicação de dois documentos intitulados “Regional water supply and sanitation sector assessment 2000” e “Environmental Health Hazard Mapping”; prestação de apoio aos países para a implementação da abordagem baseada em ambientes saudáveis; criação de projectos-piloto para a saúde ocupacional no sector informal e na promoção da abordagem da Higiene Participativa para a Transformação do Saneamento (PHAST); realização de uma conferência sobre segurança química. Estava a ser finalizado outro documento intitulado “Guidelines on Environmental Health Impact Assessment”. A Sra. Anikpo-Ntame acrescentou que, para o futuro, estão planeadas a elaboração de uma estratégia regional sobre saúde e ambiente e a prestação de apoio aos países para a elaboração e implementação de políticas de saúde ambiental em parceria com outras agências vocacionadas para o desenvolvimento.

115. A área de actividade “*Segurança dos Alimentos*” apoiou os Estados-Membros na avaliação do impacto sobre a saúde dos aditivos às bebidas e participou no *Codex Alimentarius*. A Sra. Anikpo-Ntame informou o Comité de que esta área de actividade irá trabalhar com as autoridades nacionais para: reforçar a sensibilização e a sua capacidade na área da segurança dos alimentos; criar um abordagem para a vigilância das doenças transmitidas por alimentos; elaborar materiais de formação em manipulação segura dos alimentos para os vendedores de alimentos.

116. A Sra. Anikpo-Ntame informou que a área de actividade “*Ação Humanitária e de Emergência*” (EHA) formou pontos focais em 43 países no domínio da preparação e resposta às situações de emergência; apoiou os países na realização de avaliações da vulnerabilidade às situações de emergência; criou um pacote mínimo para fazer face às situações de emergência. Além disso, apoiará os Estados-Membros a criarem unidades de EHA onde elas não existam; reforçará a sua capacidade para responderem às situações de emergência, melhorará a troca de informações com os parceiros e a coordenação a nível nacional para os processos de apelos consolidados; melhorará a gestão das operações de emergência transfronteiriças e reforçará a liderança das Representações da OMS nos países para que estas possam lidar melhor com os aspectos sanitários das situações de emergência.

117. No debate que se seguiu à apresentação, os delegados referiram que após a Cimeira Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável, realizada em Setembro de 2002, os países tinham sido incentivados a implementar a Declaração de Joanesburgo, bem como a componente Saúde da Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD).

118. O Comité solicitou à OMS que desempenhasse o papel de liderança numa abordagem multisectorial sobre saúde e redução da pobreza, bem como na coordenação dos trabalhos dos parceiros envolvidos. Reconhecendo que a agricultura é um importante meio para a redução da pobreza, os delegados exprimiram preocupação quanto aos subsídios que os países desenvolvidos dão à agricultura, o que constitui, pela via da concorrência, um constrangimento para África sair da pobreza. Foi ainda recomendado pelos delegados que os ministros da saúde desempenhem um papel de liderança na área da segurança dos alimentos e que a OMS preste apoio aos países para que formulem quadros regulamentares nessa matéria.

119. Na área de actividade “*Preparação e Resposta às Situações de Emergência*”, o Comité apelou para uma abordagem mais global e estruturada, em vez de intervenções separadas. Foi acentuada a necessidade de se reforçar a colaboração interpaíses, de forma a melhorar a preparação e resposta às situações de emergência.

## **Administração e Finanças**

120. O Sr. Chandra, Director da Divisão de Administração e Finanças, apresentou esta secção do relatório.

121. Informou o Comité de que a sua Divisão tinha quatro áreas de actividade: *Gestão e Divulgação da Informação Sanitária; Desenvolvimento de Recursos Humanos; Serviços de Finanças; Serviços Informáticos e Infra-estruturas.*

131. Ao explicar a Iniciativa Centrada nos Países, a Directora-Geral salientou que o seu objectivo é melhorar a capacidade das Representações da OMS nos países para responder adequadamente às necessidades dos Estados-Membros.

132. Abordando a questão da fuga de quadros, a Dra. Brundtland informou o Comité de que está a ser preparada uma estratégia baseada nas questões éticas, em colaboração com o Secretariado da Commonwealth. Estão a ser recolhidos dados factuais em todas as Regiões da OMS e será disponibilizado, no final deste ano, um documento global que aponte, entre outras coisas, as causas e a magnitude da fuga de quadros. Serão ainda incluídos estudos de casos, de forma a se definirem intervenções adequadas.

133. A Directora-Geral declarou que houve um aumento na incidência das doenças não transmissíveis a nível mundial e que a OMS iria cooperar com os países na elaboração de políticas, estratégias e planos para enfrentar este problema. Advertiu que as actividades de vigilância das doenças transmissíveis e não-transmissíveis deveria ser integrada.

134. Informou o Comité de que o Relatório sobre a Saúde no Mundo de 2002 deveria dar especial relevo à questão da prevenção e promoção da saúde. O relatório será subordinado ao tema “Riscos para a saúde”.

135. Ao comentar o Fundo Mundial contra a SIDA, tuberculose e paludismo, a Directora-Geral salientou que este se encontrava ainda numa fase inicial, pois apenas tinha sido criado há um ano e meio. Agradeceu as preocupações dos delegados, tendo informado de que, após a reunião do Fundo a realizar esta semana, esperava-se que as suas verbas começassem a ser disponibilizadas.

136. Após análise cuidadosa do relatório bienal do Director Regional, secção por secção, o Comité Regional aprovou o relatório que consta do documento AFR/RC52/2, incluindo as orientações fornecidas pelo Comité Regional.

**CORRELAÇÃO ENTRE OS TRABALHOS DO COMITÉ REGIONAL, DO CONSELHO EXECUTIVO E DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE**  
(documentos AFR/RC52/4, AFR/RC52/5 e AFR/RC52/6)

137. O Dr. L. G. Sambo, do Secretariado, apresentou os documentos relacionados com os pontos 7.1, 7.2 e 7.3 da ordem do dia, tendo convidado o Comité a analisá-los e dar orientações sobre: i) as estratégias propostas para a implementação das várias resoluções de interesse para a Região Africana, aprovadas pela Quinquagésima-quinta Assembleia Mundial da Saúde e pela 109ª sessão do Conselho Executivo; ii) as incidências regionais das ordens do dia da 111ª sessão do Conselho Executivo e da Quinquagésima-sexta Assembleia Mundial da Saúde; iii) o método de trabalho e a duração da Assembleia Mundial da Saúde.

**Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo**  
(documento AFR/RC52/4)

138. O documento salienta as resoluções de interesse regional aprovadas pela Quinquagésima-quinta Assembleia Mundial da Saúde e pela 109ª sessão do Conselho Executivo, nomeadamente:

- a) Reforço da saúde mental (EB109.R8)
- b) Qualidade dos cuidados: Segurança dos doentes (EB109.R16)
- c) Relações com organizações não-governamentais (EB109.R22)
- d) Saúde e desenvolvimento sustentável (WHA55.11)
- e) Contributo da OMS para o acompanhamento da Sessão Especial sobre o HIV/SIDA (WHA55.12)
- f) Garantia do acesso aos medicamentos essenciais (WHA55.14)
- g) Resposta mundial da saúde pública à ocorrência natural, libertação accidental ou utilização deliberada de agentes químicos e biológicos ou de material nuclear radioactivo que afectem a saúde (WHA55.16)
- h) Contributo da OMS para a consecução dos objectivos da Declaração do Milénio das Nações Unidas (WHA55.19)
- i) Alimentação, actividade física e saúde (WHA55.23)
- j) Nutrição dos lactentes e das crianças pequenas (WHA55.25)

139. Cada uma das resoluções contém parágrafos operativos que são acompanhados por medidas a tomar ou informação sobre acções já empreendidas.

140. O Comité foi convidado a analisar e comentar as estratégias propostas para a implementação das resoluções de interesse para a Região Africana, assim como os programas regionais da OMS.

141. Relativamente à resolução sobre o Reforço da saúde mental (EB 109.R8), o Comité sugeriu que, em vez de se mencionar especificamente os países, se deveria fazer referência a “países em situação de emergência, incluindo os países fronteiriços”. Além disso, a OMS deveria designar pontos focais nos países em questão. Relativamente a futuros seminários de formação, sugeriu-se que estes deveriam envolver grupo de países (por exemplo, agrupamento geográfico ou linguístico).

142. No que diz respeito à resolução sobre saúde e desenvolvimento sustentável (WHA55.11), sugeriu-se que a OMS desse o seu apoio aos países, em especial aos que já elaboraram estratégias e programas específicos sobre sistemas nacionais de informação sanitária. O Comité sugeriu ainda que a OMS apoiasse os países na aplicação dos Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza (PRSP), através do envolvimento de outros parceiros, tendo assim recomendado que a OMS apoie os Estados-Membros na organização das actividades de mobilização de recursos para as estratégias de desenvolvimento a longo prazo.

143. Em relação à resolução sobre o contributo da OMS para a consecução das metas do desenvolvimento da Declaração das Nações Unidas para o Milénio (WHA55.19), os delegados quiseram saber quais eram os seis países em que se deu formação a jovens sobre metodologia da investigação e as quatro instituições de investigação que receberam apoio da OMS. Neste contexto, foram informados de que os seis países em questão são os Camarões, o Quênia, o Lesoto, o Malawi, Moçambique e a Zâmbia, e que as quatro instituições de investigação encontram-se no Quênia, na Nigéria, na África do Sul e na Zâmbia.

144. Relativamente à resolução sobre nutrição dos lactentes e das crianças pequenas (WHA55.25), o Comité manifestou a sua preocupação para com a opção de amamentação por parte das mães seropositivas e sugeriu que a experiência dos países mais avançados nessa área fosse partilhada com os outros países. Em resposta, o Secretariado explicou que devido à complexidade desta matéria e tendo em vista as diversas opções propostas pelos peritos, não fora possível apresentar recomendações específicas. Os delegados exortaram então a OMS a acelerar o processo, de forma a apresentar orientações técnicas claras e precisas para a Região, que tenham em conta a alimentação suplementar das crianças em situações de emergência, tais como as secas e as cheias.

#### **Incidências regionais das ordens do dia da 111ª Sessão do Conselho Executivo e da Quinquagésima-sexta Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC52/5)**

145. Este documento contém os projectos de ordens do dia provisórias da 111ª sessão do Conselho Executivo, a realizar em Janeiro de 2003, e da Quinquagésima-sexta Assembleia Mundial da Saúde, agendada para Maio de 2003, bem como a ordem do dia provisória da Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional, a realizar em Setembro de 2003.

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

147. Os seguintes pontos constam das ordens do dia dos três órgãos directivos da OMS:
- a) Declaração das Nações Unidas para o Milénio
  - b) HIV/SIDA
  - c) Desempenho dos sistemas de saúde
  - d) Violência e saúde
  - e) Investigação em saúde

148. O Comité foi convidado a analisar a ordem do dia provisória da sua Quinquagésima-terceira sessão e a decidir sobre questões a recomendar à 111ª sessão do Conselho Executivo e à Quinquagésima-sexta Assembleia Mundial da Saúde.

149. Relativamente ao projecto de ordem do dia provisória da 111ª sessão do Conselho Executivo, o Comité sugeriu que se acrescentasse “o seguimento do programa Fazer Recuar o Paludismo” ao ponto 4.2 e que se incluísse um ponto 4.11 separado, sobre nutrição. Relativamente à proposta de ordem do dia da Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional, os delegados sugeriram a inclusão dos seguintes tópicos para debate:

- a) primazia a dar às questões das crianças, com especial destaque para as crianças em situação difícil;
- b) HIV/SIDA e amamentação;
- c) acção humanitária em situações de emergência;
- d) produção de medicamentos na Região;
- e) discussão em mesa-redonda sobre serviços laboratoriais de referência;
- f) desenvolvimento de recursos humanos;
- g) migração internacional dos profissionais de saúde;
- h) definição dos papéis dos diferentes parceiros envolvidos na prevenção e luta contra o HIV/SIDA.

150. Os delegados sugeriram que, em futuras sessões do Comité, este ponto da ordem do dia seja discutido depois dos debates sobre os documentos técnicos.

**Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde** (documento AFR/RC52/6)

151. O documento tem por objectivo facilitar o trabalho dos Estados-Membros na Quinquagésima-sexta Assembleia Mundial da Saúde, em conformidade com as decisões pertinentes do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde.

152. O Comité tomou nota da informação contida nos três documentos apresentados.

## **RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA** (documento AFR/RC52/8)

153. A Professora Jeanne Diarra-Nama (Côte d'Ivoire), Presidente do Subcomité do Programa, apresentou o Relatório do Subcomité. Informou que 11 dos 12 membros do Subcomité, bem como os membros do Conselho Executivo da Eritreia, Etiópia e Guiné, participaram nas deliberações do Subcomité, que se reuniu em Harare de 1 a 4 de Outubro de 2002. Esteve também presente o Vice-presidente da Comissão Consultiva Africana para a Investigação em Saúde e o Desenvolvimento.

154. Informou o Comité de que o Subcomité do Programa tem lugar normalmente em Junho, possibilitando assim ao Secretariado tempo suficiente para incorporar os comentários e sugestões daquele nos documentos, antes que estes sejam distribuídos ao Comité Regional. Este ano, e pelos motivos já conhecidos, a reunião do Subcomité teve lugar imediatamente antes do Comité Regional, pelo que os comentários só estavam reflectidos no Relatório do Subcomité do Programa.

155. A Professora Diarra-Nama informou que os membros do Subcomité foram da opinião que os vários documentos técnicos preparados pelo Secretariado eram pertinentes e oportunos e que, se fossem implementados adequadamente, poderiam contribuir consideravelmente para a melhoria da saúde da população africana. A Presidente congratulou o Director Regional e a sua equipa pela qualidade dos documentos apresentados.

### **Projecto de Orçamento-Programa da OMS para 2004-2005** (documento AFR/RC52/3)

156. A Professora Diarra-Nama, informou o Comité de que o Subcomité tinha analisado dois Projectos de Orçamento-Programa (documentos AFR/RC52/3 e PPB/2004-2005), Explicou que o primeiro, intitulado "Orçamento-Programa da OMS para 2004-2005" constitui o contributo da Região Africana para o Orçamento de "Uma Única OMS", enquanto o último é um documento mundial que define a política e o orçamento para "Uma Única OMS", bem como as orientações estratégicas para 2004-2005, por área de actividade. Destacou ainda que, em comparação com os orçamentos anteriores, este Orçamento-Programa era mais estratégico e tinha uma maior focalização nos Estados-Membros.

157. A Presidente da sessão informou o Comité que 23% do Orçamento Ordinário mundial no valor de 855 654 000 dólares americanos, tinham sido afectados à Região Africana, o que é superior ao montante afectado a qualquer outra Região da OMS.

158. Informou que o Subcomité tinha tomado nota da decisão da Directora-Geral de transferir 5 milhões de dólares do orçamento ordinário mundial, 24 milhões de dólares de todas as áreas de actividade a nível dos países e 37,5 milhões de dólares da rubrica Outras Fontes, para aplicação no reforço da *Presença da OMS nos países*, em todos os 191 Estados-Membros. Em nome dos membros do Subcomité, a Presidente solicitou ao Comité Regional que aprovasse a decisão da Directora-Geral de criar uma nova área de actividade (*Presença da OMS nos países*) e de transferir verbas para essa área de actividade.

159. A Professora Diarra-Nama informou que o valor total afectado à Região Africana era de 192,7 milhões de dólares, dos quais 64% (123,3 milhões) tinham sido destinados aos Estados-Membros. Os restantes 36% (69,4 milhões de dólares) seriam utilizados no Escritório Regional para alcançar os resultados esperados planeados aos níveis regional e interpaíses.

160. Cerca de 73% do total do orçamento ordinário foi afectado às prioridades regionais. As áreas de actividade “*Presença da OMS nos países*” e “*Organização dos serviços de saúde*” foram escolhidas por todos os países, enquanto a *Promoção da Saúde, HIV/SIDA, Paludismo, Nutrição, Vigilância das doenças transmissíveis*, bem como *Saúde e ambiente* foram escolhidas por 80% dos países.

161. A Professora Diarra-Nama apresentou a estrutura do documento, assim como as sugestões de melhoria efectuadas pelo Subcomité.

162. Informou os delegados de que o Subcomité tinha notado, com satisfação, a forma transparente e responsável como os fundos foram aplicados. Este facto teve como resultado o relatório positivo da auditoria sobre a utilização das finanças da Região e o aumento do fluxo de verbas provenientes de Outras Fontes.

163. A Professora Diarra-Nama recomendou ao Comité a aprovação do Orçamento-Programa e do projecto de resolução AFR/RC52/R1, com emendas.

164. O Comité Regional agradeceu ao Director Regional pela qualidade do documento, cuja estrutura e conteúdo eram mais claros que nos anos anteriores. Os delegados também felicitaram o Director Regional pelo aumento das verbas do orçamento ordinário e de Outras Fontes e pela ênfase acrescida posta nas actividades a nível dos países. Expressaram a sua esperança de que o aumento no orçamento possa contribuir para o reforço das capacidades em recursos humanos.

165. O Comité propôs a definição e a menção no próprio documento de um indicador de referência, para facilitar a monitorização e avaliação da área de actividade “*Presença da OMS nos países*”.

166. No que respeita à área de actividade “*Presença da OMS nos países*”, o Secretariado realçou que a mesma tinha como objectivo o reforço da capacidade técnica das Representações da OMS nos países, para que estas dêem uma resposta adequada às necessidades dos Estados-Membros. Foi também explicado que, tal como é referido no documento AFR/RC52/3, esta área de actividade contempla os custos com o pessoal e outras despesas correntes das Representações da OMS nos países, que normalmente não deveriam exceder 40% do total da dotação orçamental do país.

167. O Secretariado recordou ao Comité que a escolha das áreas de actividade tinha sido feita através de negociações entre as equipas da OMS nos países e as autoridades nacionais.

168. Nas suas observações finais, o Presidente lembrou aos delegados que o orçamento da OMS para os países deveria ser entendido apenas como um complemento aos orçamentos nacionais e aos contributos dos outros parceiros.

169. O Comité Regional aprovou o documento AFR/RC52/3 e a Resolução AFR/CR52/R1.

**Estratégia regional sobre a vacinação para o período de 2003-2005** (documento AFR/RC52/9)

170. A professora Diarra-Nama, Presidente do Subcomité, informou o Comité Regional de que o objectivo do documento era acelerar a implementação das actividades do Programa Alargado de Vacinação (PAV) na Região Africana, para melhorar a saúde das crianças.

171. Apresentou a estrutura do documento, bem como as sugestões feitas pelo Subcomité para o melhorar.

172. Mencionou as seguintes estratégias-chave que poderiam contribuir para acelerar as actividades de vacinação, a saber: reforço do empenhamento político; promoção de advocacia, comunicação e mobilização social sustentados; planeamento aos níveis nacional, intermédio e distrital; criação de mecanismos de coordenação para os parceiros do PAV; reforço das capacidades e formação a nível dos países.

173. A Professora Diarra-Nama destacou as seguintes grandes intervenções propostas na estratégia: reforço do sistema de vacinação; controlo acelerado das doenças; introdução de novas vacinas e tecnologias, formulação e implementação de políticas bem como reforço dos serviços de vigilância e de apoio laboratorial.

174. Recomendou ao Comité a aprovação do documento AFR/RC52/9, com emendas, e do projecto de resolução AFR/RC52/R2.

175. O Comité instou a OMS para que prestasse apoio adicional aos países que acolhem refugiados e populações deslocadas, para a realização da vacinação de rotina, incluindo a da meningite. Recomendou igualmente a vacinação transfronteiriça para os países em situação de conflito.

176. O Comité tomou nota, com preocupação, da baixa cobertura vacinal resultante da falta de vacinas em alguns países e dos débeis programas de vacinação de rotina.

177. O Comité sugeriu a inserção, entre os parágrafos 3 e 4 da Introdução do documento, de um novo parágrafo que resuma a decisão dos Chefes de Estado e de Governo da União Africana na sua reunião sobre vacinação em Durban, em Junho de 2002.

178. Os delegados sublinharam alguns dos factores fundamentais que garantiriam uma implementação bem sucedida do programa de vacinação: disponibilidade atempada e acesso a vacinas de qualidade; disponibilidade de laboratórios de referência funcionais; apoio à introdução de novas vacinas; reforço das capacidades; advocacia para mobilização de recursos.

179. Foi sugerida a adição de dois novos sub-parágrafos no parágrafo 25 do documento AFR/RC52/9, com a seguinte leitura:

- (c) Reforço da supervisão;
- (d) Sistematização da retroinformação.

180. O Comité apelou à OMS para que: acelerasse a advocacia em prol da revisão dos critérios de elegibilidade aplicados aos países presentemente excluídos da Aliança Mundial para as Vacinas e Vacinação (GAVI); tomasse medidas para controlar as epidemias de meningite; negociasse com a Região do Mediterrâneo Oriental da OMS, de modo a garantir a sincronização da vacinação nos países africanos que pertencem a essa Região; identificasse fontes fiáveis de vacinas para aquisição pelos países; facilitasse a criação de parcerias sólidas para a produção de vacinas na Região; apoiasse a formação de profissionais dos países; fornecesse equipamento para a manutenção da cadeia de frio; financiasse estudos com vista à sustentabilidade do programa de vacinação.

181. O Director Regional exprimiu o seu apreço pelos comentários pertinentes e recomendações do Comité, garantindo aos delegados que eles seriam plenamente incorporados no relatório final e tidos em consideração.

182. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC52/R2.

**Saúde e ambiente: Estratégia para a Região Africana** (documento AFR/RC52/10)

183. O Dr. Tesfa Sellasie, um dos relatores do Subcomité do Programa, referiu que o objectivo desta estratégia era o de influenciar as condições ambientais, para que tivessem um impacto positivo nos determinantes da saúde das comunidades.

184. Apresentou a estrutura do documento, bem como as sugestões do Subcomité para o melhorar.

185. O Dr. Tesfa Sellasie informou o Comité que, num esforço para abordar os numerosos e complexos determinantes ambientais da saúde, o documento propunha a implementação de algumas intervenções prioritárias, tais como: a coordenação da utilização dos recursos em benefício das populações da Região, em especial os pobres e os grupos populacionais carenciados; a identificação de conhecimentos locais, para a sua aplicação prática: o uso de abordagens e orientações de eficácia comprovada; a integração de matérias sobre saúde e ambiente nos programas escolares; o apoio à investigação sobre medidas com boa relação custo-eficácia; intercâmbio de experiências e competências.

186. Convidou o Comité Regional a aprovar o documento AFR/RC52/10, com emendas, e a Resolução AFR/RC52/R3.

187. O Comité felicitou o Director Regional e os funcionários do Escritório Regional por terem elaborado um documento abrangente, pertinente, e de elevada qualidade.

188. O Comité enumerou uma série de desafios existentes em África nas áreas da saúde e do ambiente, designadamente: fornecimento de água potável e de saneamento, especialmente para os grupos vulneráveis; tratamento de resíduos nas zonas urbanas e periurbanas, incluindo os provenientes dos estabelecimentos de saúde; protecção dos profissionais da saúde no que respeita aos materiais perigosos, incluindo a exposição radioactiva; impacto das alterações climáticas sobre a saúde; financiamento das actividades de saúde ambiental; limitadas capacidades humanas, materiais e institucionais em saúde e ambiente; abordagens multisectoriais e multidisciplinares para a gestão da saúde ambiental.

189. O Comité propôs que constasse do documento uma lista das intervenções a realizar, por ordem de prioridade. Além disso, os objectivos deveriam estar em consonância com a Cimeira Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável e garantir que estes fossem atingíveis num dado período de tempo.

190. O Comité solicitou à OMS apoio nas seguintes áreas: reforço das capacidades dos Estados-Membros para prevenir e controlar os riscos para a saúde relacionados com as actividades industriais, incluindo as mineiras; disponibilização às instituições de formação de literatura pertinente e actualizada sobre saúde e ambiente; elaboração de políticas, estratégias e planos nacionais de saúde e ambiente; promoção de uma maior consciencialização da relação entre saúde e ambiente; promoção da investigação sobre o impacto das catástrofes ambientais sobre a saúde e utilização dos respectivos resultados para planear intervenções apropriadas; promoção da implementação de normas e padrões a nível mundial no que respeita ao ambiente; realização de um mapeamento dos riscos ambientais para a saúde em toda a Região; preparação e resposta aos efeitos sanitários das catástrofes naturais sobre a saúde (por exemplo, inundações, secas, erupções vulcânicas). A OMS deveria também advogar a favor de recursos adicionais para a implementação desta estratégia.

191. O Comité Regional aprovou o documento AFR/RC52/10 e a Resolução AFR/RC52/R3.

### **Pobreza e saúde: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC52/11)**

192. O Dr. Tesfa Sellasie, Relator do Subcomité do Programa apresentou o documento, afirmando que o seu principal objectivo é demonstrar como o sector de saúde pode contribuir para a redução da pobreza através da melhoria do estado de saúde dos povos da Região.

193. Apresentou a estrutura do documento, bem como as sugestões do Subcomité para o aperfeiçoar.

194. O Dr. Tesfa Sellasie informou o Comité de que o documento propunha duas opções estratégicas principais, nomeadamente: melhorar o acesso das comunidades, aos serviços de saúde; reforçar os serviços de promoção da saúde pública, tais como higiene, educação, nutrição, vacinação, segurança dos alimentos, água e saneamento.

195. Disse ainda que a estratégia propunha algumas intervenções prioritárias, designadamente gerar dados factuais pertinentes para utilização na advocacia junto de outros sectores; criar um mecanismo transparente de atribuição de recursos ao sector público, para a consecução dos objectivos de redução da pobreza; alargar a cobertura de serviços essenciais de saúde às zonas mal servidas; reforçar os programas de vacinação contra as doenças da infância; reforçar os serviços de saúde ambiental e as iniciativas de promoção da saúde; melhorar as intervenções contra o paludismo, a tuberculose e o HIV/SIDA.

196. De seguida, o Dr. Tesfa Sellasie convidou o Comité a analisar e aprovar o documento AFR/RC52/11, com as emendas, e o projecto de resolução AFR/RC52/R4.

197. O Comité felicitou o Director Regional pela elaboração de um documento abrangente, pertinente, e de qualidade.

198. O Comité apontou um certo número de desafios, entre os quais, os conflitos e a instabilidade civil que aumentam a pobreza e entram os esforços para a sua redução.

199. Os delegados apresentaram as seguintes propostas para a melhoria do documento: a multi-causalidade da pobreza deveria ser considerada; no parágrafo 8, 2ª linha, a seguir a “urbanas”, acrescentar “e periurbanas”; no parágrafo 15 (a), 4ª linha, acrescentar “por “finanças e planeamento,” a seguir a “ambiente”, e apagar “etc”; no parágrafo 15 (c), 1ª linha, os grupos vulneráveis devem ser especificados, isto é, acrescentar “deficientes, as mulheres e as crianças”; no parágrafo 19, acrescentar um sub-parágrafo (h) sobre crianças e jovens; no sub-parágrafo 19 (b), 2ª linha, antes de “intervenções”, acrescentar “saúde”; no sub-parágrafo 23 (a), acrescentar “e implementação” no fim da frase; no sub-parágrafo 25 (c), o documento deve indicar claramente como atingir a meta proposta.

200. O Comité também sugeriu que o documento incluísse as decisões provenientes dos fora mundiais, tais como as reuniões em Doha e Monterey e os subsídios concedidos pelos governos da OCDE aos respectivos sectores agrícolas, o que entrava o acesso dos países menos desenvolvidos aos mercados internacionais. Para além disso, o Comité mencionou que o documento devia abordar mecanismos para reduzir as dívidas, canalizando os correspondentes montantes para intervenções da saúde no âmbito do sector social.

201. O Comité solicitou à OMS que apoiasse os Estados-Membros no seguinte: avaliar os principais determinantes da pobreza, de forma a serem aplicados na concepção de intervenções apropriadas; elaborar e implementar a componente saúde das estratégias de redução da pobreza; criar e promover uma cultura de prevenção junto das comunidades; delinear instrumentos de monitorização e avaliação, e estabelecer pontos focais para o acompanhamento das iniciativas de redução da pobreza; adquirir materiais e bens de planeamento familiar como parte das estratégias de redução da pobreza; elaborar orientações sobre a criação de programas de seguros sociais de saúde a nível nacional. O Comité solicitou também à OMS que efectuasse uma revisão dos objectivos e indicadores, em consonância com as metas de desenvolvimento do milénio e as recomendações emanadas da Cimeira Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável, que teve lugar em Agosto de 2002, em Joanesburgo, África do Sul.

202. O Comité Regional aprovou o documento com emendas e a Resolução AFR/RC52/R4.

**Implementação das reformas do sector da saúde na Região Africana: Reforço da função de administração-geral do governo** (documento AFR/RC52/12)

203. O Dr. André Enzanza, Relator do Subcomité do Programa, informou o Comité Regional de que o documento descrevia o papel do governo na administração da saúde das populações, no contexto da implementação das reformas do sector da saúde.

204. Apresentou em seguida a estrutura do documento.

205. O Dr. Enzanza explicou a noção de administração-geral como sendo “a gestão cuidadosa e responsável do bem-estar das populações.” Sublinhou a necessidade de se garantirem as seguintes condições, para os governos poderem assumir eficazmente o seu papel de administração-geral: paz e segurança; estabilidade nas políticas e nos profissionais da saúde e medidas institucionais nos ministérios da saúde; coordenação do trabalho dos parceiros do desenvolvimento na implementação das políticas e planos nacionais da saúde; participação da sociedade civil na melhoria da concepção e implementação dos programas de saúde pública; tomada de decisões com base em dados factuais; transparência e responsabilização; colaboração intersectorial.

206. Informou que o Subcomité fizera algumas sugestões para melhorar o documento, tendo convidado o Comité a aprová-lo com as emendas e a tomar nota do seu conteúdo.

207. O Comité notou que o documento providenciava um quadro de referência conciso para melhorar o papel de administração-geral do governo na abordagem de importantes questões da actualidade, como recursos humanos para a saúde, pobreza, e saúde e ambiente. Salientou que o documento abordava de modo simples e claro um tema muito complexo.

208. Os delegados reconheceram que a implementação das reformas no sector da saúde dependia da vontade política e do empenhamento do governo em empreender mudanças fundamentais.

209. O Comité exortou os Estados-Membros a reduzir as burocracias morosas e os procedimentos centralizados, que fazem subir os custos administrativos em detrimento da implementação dos programas.

210. Os delegados sublinharam que a descentralização era uma componente-chave das reformas no sector da saúde, as quais, para assegurar uma eficaz implementação, exigiram uma delegação da autoridade para tomar decisões, incluindo na área da utilização dos recursos. Quanto à descentralização dos serviços de saúde, os delegados notaram uma melhoria significativa na prestação de cuidados e medicamentos de custo acessível, a nível distrital. Além disso, assinalaram melhorias na colaboração entre os sectores público e privado, na área da prestação de serviços de saúde. Assim, o Comité solicitou à OMS que intensificasse o seu apoio técnico aos países, para implementarem o processo de descentralização.

211. Os delegados afirmaram-se convictos de que as reformas no sector da saúde dariam aos países a possibilidade de reorganizarem os seus serviços de saúde. O Comité solicitou ao Escritório Regional que prestasse apoio técnico aos países, com vista à elaboração de normas e modelos para os serviços de saúde.

212. Relativamente ao papel de administração-geral do governo, os delegados agradeceram a informação fornecida sobre este assunto. No entanto, lamentaram que as intervenções fossem tão compartimentadas, por falta de coordenação do trabalho dos parceiros do desenvolvimento sanitário. Os delegados foram de opinião de que os ministros da saúde deviam assumir um papel de liderança no processo de reforma do sector da saúde, através da formulação de uma visão, políticas, estratégias e planos adequados, assim como do desenvolvimento de capacidades humanas e institucionais apropriadas.

213. O Comité manifestou preocupação pelo facto de que, sem um mecanismo de financiamento sustentável, as reformas do sector da saúde não consigam atingir os seus objectivos. Os delegados relataram alguns casos de sucesso na área da reforma do financiamento dos cuidados de saúde, como os esquemas de seguro de saúde voluntário, que deveriam ser documentados e partilhados. Solicitou-se à OMS que continuasse a estudar a viabilidade da implementação de seguros sociais de saúde nos países, concedendo-lhe o apoio necessário.

214. O Comité sugeriu a inserção de um novo sub-parágrafo 36(h), que reflectisse a ideia de financiamento sustentável para a saúde, como condição necessária para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde.

215. O Comité sugeriu ainda que os indicadores e mecanismos de monitorização fossem reflectidos no quadro de referência sobre a administração-geral, de modo a que os países pudessem avaliar os progressos realizados na implementação do papel de administração-geral do governo.

216. O Comité tomou nota das orientações apresentadas no documento.

**Desenvolvimento de recursos humanos para a saúde: Acelerar a implementação da estratégia regional** (documento AFR/RC52/13)

217. O Dr. André Enzanza, Relator do Subcomité do Programa, explicou que a finalidade do documento era fornecer orientações aos Estados-Membros sobre as acções prioritárias que poderiam conduzir a alterações reais e positivas no desenvolvimento e distribuição dos recursos humanos para a prestação de serviços básicos de cuidados de saúde.

218. Referiu que este documento foi elaborado em resposta às preocupações manifestadas pelos Estados-Membros durante a Quinquagésima-primeira sessão do Comité Regional. Espera-se que a decisão tomada pelos Chefes de Estado e de Governo da União Africana, em Junho, de 2002, sobre o “Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde em África: Desafios e Oportunidades para a Acção,” ajude a acelerar a implementação da estratégia.

219. O Dr. Enzanza apresentou a estrutura do documento, bem como as sugestões do Subcomité para o melhorar.

220. Informou o Comité de que a aceleração do processo de implementação da estratégia regional de desenvolvimento de recursos humanos implicava que os Estados-Membros atribuíssem elevada prioridade ao desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Isso significaria mobilizar e atribuir mais recursos financeiros, reconhecer e valorizar os profissionais de saúde, desenvolver políticas de emprego e carreiras flexíveis, incentivando a motivação e a retenção e promulgando legislação adequada.

221. Convidou o Comité a analisar e aprovar o documento com as alterações introduzidas e a Resolução AFR/RC52/R5.

222. Antes da discussão do documento, a Sra. Ndoro NDIAYE, da Organização Internacional para as Migrações (OIM), fez uma apresentação onde salientava a gravidade da situação da fuga de quadros em África. Os delegados foram também informados sobre os programas implementados pela OIM para promover a utilização das competências dos africanos da diáspora. Indicou ainda que a sua organização apoiou os Estados-Membros e os respectivos profissionais que optam por regressar ao seu país de origem.

223. O Comité felicitou o Director Regional e a sua equipa pela elaboração de um documento abrangente e pertinente sobre o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.

224. Os delegados expressaram a sua satisfação pelo número de bolsas concedidas aos seus países. No entanto, sugeriram que se efectuasse uma análise, se o montante das bolsas pagas pela OMS influencia a decisão dos bolseiros de não regressarem no fim da sua formação, face aos salários da administração pública dos seus países.

225. O Comité manifestou preocupação pelas numerosas discussões realizadas sobre a fuga de quadros, sem que se tenham realizado quaisquer progressos. Assim, o Comité sugeriu o seguinte, como forma de diminuir a fuga de profissionais médicos e da saúde, que atingiu níveis críticos na Região:

- a) Criar uma base de dados dos profissionais de saúde formados nos países da Região Africana, mas que se encontram presentemente a trabalhar no estrangeiro.
- b) Estabelecer acordos intergovernamentais para que a formação dos profissionais de saúde se realize na Região.
- c) Implementar um código de boas práticas para recrutamento dos profissionais de saúde.
- d) Compensar os países pelos custos dos investimentos referentes à formação dos profissionais recrutados.
- e) A OMS deverá encomendar um estudo sobre a migração dos profissionais de saúde no seio da Região e apresentar os respectivos resultados à próxima sessão do Comité Regional.
- f) Implementar um pacote de incentivos para encorajar os profissionais de saúde africanos cuja formação foi realizada no estrangeiro, a regressarem aos seus países. Tais incentivos poderiam consistir na aquisição de terras estatais, concessão de empréstimos para compra de habitação e de carro, e concessões livres de impostos.
- g) Criar um fundo regional para apoiar os Estados-Membros a estabelecerem esquemas de incentivos, para retenção dos profissionais de saúde.
- h) Definir indicadores apropriados para monitorizar os progressos realizados na implementação da estratégia regional e apresentar um relatório sobre esses progressos à próxima sessão do Comité Regional.

226. Em reconhecimento dos esforços realizados pela OMS no sentido de formar profissionais da saúde nas instituições africanas, os delegados exortaram o Escritório Regional a incentivar os Estados-Membros a utilizarem as instituições regionais para esse efeito.

227. Atendendo à magnitude da fuga de quadros na Região e à experiência ganha pela OIM, o Comité propôs que a OMS trabalhasse em conjunto com esta organização, para que sejam encontradas soluções concretas.

228. O Comité expressou a sua preocupação pela falta de especialistas, ao mesmo tempo que as demandas de cuidados especializados aumentam tal como demonstrado pelo número de doentes que procuram tratamento fora de África.

229. No entanto, os delegados sublinharam que a implementação destas recomendações não deveria comprometer os direitos humanos dos profissionais de saúde.

230. O Comité Regional aprovou o documento com as emendas e a Resolução AFR/RC52/R5.

### **MESAS-REDONDAS**

(documentos AFR/RC52/RT/1 e AFR/RC52/RT/2/Rev.1 e AFR/RC52/RT3)

#### **Relatórios das Mesas-Redondas** (documento AFR/RC52/14)

231. As discussões das Mesas-Redondas ocorreram em paralelo com a sessão do Comité Regional, sobre os seguintes tópicos:

- a) **Mesa-Redonda nº 1:** Resposta do sector da saúde à dupla epidemia da Tuberculose e do HIV/SIDA  
(documento AFR/RC52/RT/1)
- b) **Mesa-Redonda nº 2:** Abordagem das doenças cardiovasculares através da redução dos factores de risco  
(documento AFR/RC52/RT/2/Rev.1)
- c) **Mesa-Redonda nº 3:** Financiamento da saúde (documento AFR/RC52/RT/3)

232. Os Presidentes das Mesas-Redondas apresentaram os respectivos relatórios pela seguinte ordem:

- O Dr. David Parirenyatwa, Ministro da Saúde e do Bem-Estar da Criança do Zimbabwe, da Mesa-Redonda nº1;
- A Dra. Amina Ndalolo, Ministra da Saúde da Nigéria, da Mesa-Redonda nº 2;
- O Sr. Sahanaye Maina Touka, Ministro da Saúde do Chade, da Mesa-Redonda nº3.

Os relatórios das Mesas-Redondas encontram-se nos Anexos 4a, 4b e 4c do presente relatório.

233. O Comité Regional exprimiu o seu apreço pela excelente qualidade das discussões e tomou nota das recomendações das Mesas-Redondas.

### **ESCOLHA DOS TEMAS PARA AS MESAS-REDONDAS EM 2003**

(documento AFR/RC52/15)

234. A Dr. Doyin Oluwole, do Secretariado, apresentou este documento, onde eram sugeridos dois temas principais para as discussões das Mesas-Redondas durante a Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional.

235. Após algumas intervenções, foram aprovados os seguintes temas:

- Mesa-Redonda nº1: Papel dos serviços laboratoriais na prestação de cuidados de saúde de qualidade;
- Mesa-Redonda nº2: Maternidade segura: Melhoria do acesso a cuidados obstétricos de emergência.

#### **NOMEAÇÃO DO PRESIDENTE E PRESIDENTE SUBSTITUTO DAS MESAS-REDONDAS EM 2003** (documento AFR/RC52/16)

236. O Comité designou para Presidente e Presidente substituto das Mesas-Redondas em 2003:

##### **Mesa-Redonda nº 1**

Presidente: Côte d'Ivoire  
Presidente Substituto: Eritreia

##### **Mesa-Redonda nº 2**

Presidente: Moçambique  
Presidente Substituto: Gana

#### **DATAS E LOCAIS DA QUINQUAGÉSIMA-TERCEIRA E QUINQUAGÉSIMA-QUARTA SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL** (documento AFR/RC52/17)

237. O Sr. B. Chandra, do Secretariado, apresentou este documento.

238. O Presidente do Comité, Sr. Urbain Olanguena Awono, informou os delegados de que o Escritório Regional recebera apenas uma oferta, da África do Sul, para acolher a Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional. Convidou o Director Regional a explicar as condições a preencher por um Estado-Membro que pretenda acolher a sessão.

239. O Dr. Samba explicou que, de acordo com o Regulamento da OMS qualquer Estado-Membro pode oferecer-se para acolher uma sessão do Comité Regional. Alertou, no entanto, para os elevados custos inerentes à realização da sessão fora do Escritório Regional. Esclareceu ainda que o país que se oferecesse para acolher a sessão deveria celebrar um acordo com a Organização, e exortou os delegados a, antes de decidirem sobre que país acolheria a sessão, assegurarem-se de que o mesmo preenchia os seguintes requisitos:

- Disponibilidade de instalações, mobiliário e equipamento adequados (incluindo equipamento de interpretação);
- Iluminação e ventilação adequadas nas instalações;
- Disponibilidade adequada de pessoal de manutenção, limpeza e outro necessário;
- Disponibilidade de serviços postais e telefónicos;
- Pagamento das despesas de alojamento e deslocação do Secretariado;
- Organização de um plano para transportar o Secretariado (cerca de 70 pessoas) durante a sessão, incluindo secretários, que frequentemente têm de trabalhar até tarde;
- Disponibilidade de veículos na cidade onde a sessão terá lugar, para transporte de ministros, do Secretariado, de equipamento, suprimentos e documentos;

- Moeda local à taxa de câmbio mais favorável.

240. O Comité Regional acordou que o local da sua Quinquagésima-terceira sessão seria a África do Sul, e que teria lugar de 1 a 5 de Setembro de 2003. O local da Quinquagésima-quarta sessão seria determinado na Quinquagésima-terceira sessão.

#### **APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL** (documento AFR/RC52/19)

241. O Relatório da Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional, foi aprovado com pequenas alterações (documento AFR/RC52/19).

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

##### **Observações de encerramento pelo Director Regional**

242. Nas suas observações de encerramento, o Director Regional, Dr. Ebrahim M. Samba manifestou a sua gratidão a Sua Excelência o Presidente da República do Zimbabwe, por ter acolhido o Comité Regional na cidade de Harare, apesar da forma tardia como lhe foi comunicada a alteração do local de realização desta reunião.

243. Exprimiu ainda o seu reconhecimento aos delegados, pelo notável apoio e pelas contribuições que auxiliarão a melhorar o trabalho do Secretariado. Seguidamente, agradeceu ao Presidente do Comité Regional, pelo excelente domínio demonstrado na condução dos trabalhos. Os agradecimentos foram também extensivos ao Ministro da Saúde do Zimbabwe, por ter permitido aos membros do Comité a visita à cidade de Harare, possibilitando que apreciassem a sua beleza, apercebendo-se também da segurança reinante.

244. O Dr. Samba agradeceu também a todo o pessoal do hotel, em funções durante os trabalhos da 52ª sessão do Comité Regional, pela qualidade das suas prestações, referindo não ter recebido nenhuma reclamação por parte dos Ministros da Saúde, ou dos outros participantes desta sessão.

245. Notou com orgulho e satisfação a qualidade do relatório desta sessão, o que foi apreciado positivamente pelos Ministros da Saúde. Felicitou os Relatores pela dedicação com que cumpriram as funções e exprimiu igualmente a sua satisfação a todo o pessoal da OMS pelo trabalho realizado. Finalmente, felicitou os Representantes da OMS, sublinhando que todos os Ministros da Saúde louvaram a sua participação no Comité Regional, e apreciaram o notável trabalho por eles realizado nos países, bem como o eficaz apoio prestado aos Ministérios da Saúde.

246. Para terminar, o Dr. Samba exprimiu os seus agradecimentos aos Ministros da Saúde pelas orientações efectuadas e que tinham como objectivo, o bom desenrolar da presente sessão. Prometeu que no próximo Comité Regional na África do Sul, o Secretariado do Comité Regional Africano da OMS, fará ainda melhor.

### **Moção de agradecimento**

247. A moção de agradecimento do Presidente da sessão, ao Governo e ao povo do Zimbabwe, (por terem acolhido o Comité Regional, apesar do curto-prazo de que dispuseram) foi apresentada em nome dos delegados, pela Dra. Theodomira de Nobreza Limbombo, Vice-Ministra da Saúde de Moçambique. A moção foi aprovada pelo Comité Regional.

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

248. O Presidente da 52ª sessão do Comité Regional, Sr. Urbain Olanguen Awono, exprimiu o seu reconhecimento aos representantes dos Estados-Membros e ao Escritório Regional da OMS, pela confiança e honra depositadas nos Camarões, ao ser-lhe entregue a Presidência desta importante reunião, bem como a condução das actividades do Comité Regional durante os próximos doze meses.

249. Seguidamente, testemunhou a gratidão do Comité Regional a Sua Excelência, o Presidente Robert Mugabe e ao seu Governo, por terem facilitado a organização em Harare, desta reunião anual em condições de excelência. Agradeceu finalmente ao Ministro da Saúde do Zimbabwe, pela sua contribuição pessoal para o sucesso desta sessão.

250. Felicitou ainda o Dr. Samba, reconhecendo nele um grande filho de África. Precisou que os seus colegas Ministros, e ele próprio, estão profundamente convencidos de que graças ao seu trabalho bem executado e às suas realizações positivas como responsável pela OMS/AFRO, a África dispõe agora de abordagens claras e de estratégias para enfrentar os numerosos desafios e para melhorar as condições de saúde dos povos do continente. Estendeu as suas felicitações à sólida equipa que o Dr. Samba construiu e cujo trabalho impressionou verdadeiramente os Ministros. Encorajou esta equipa a continuar a trabalhar com ardor e competência.

251. O Presidente da 52ª sessão do Comité Regional felicitou, por sua vez, os Ministros da Saúde, pelo excelente, produtivo e impressionante trabalho realizado, e cuja qualidade foi igualmente exaltada pela Dra. Gro Brundtland, e pela sua contribuição para os relatórios do Secretariado, onde se incluem todas as questões da ordem do dia do Comité, as mesas-redondas, o NEPAD e o Fundo Mundial. Referiu a vontade dos Ministros e a sua determinação em agir para modificar a situação da saúde na Região, convidando-os a permanecer nesta via, a fim de colocarem em prática as estratégias adoptadas e a fazê-lo de forma a que os balanços anuais revelem a realização permanente de progressos tangíveis.

252. Propôs que as questões relativas ao acesso ao Fundo Mundial, à fuga de quadros, e às estratégias africanas para atingir os objectivos do milénio, sejam inscritas na ordem do dia da próxima Assembleia Mundial da Saúde e sejam discutidas em sessão plenária.
253. O Presidente deu em seguida por encerrada a Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional.

**PARTE III**

**ANEXOS**

**LISTA DOS PARTICIPANTES**

**1. REPRESENTANTES DOS  
ESTADOS-MEMBROS**

**ARGÉLIA**

M. Ali Chaouche  
Directeur d'Etudes, Ministère de la Santé,  
de la Population et de la Réforme  
hospitalière  
Chef de Délégation

M. Rachid Bouakaz  
Conseiller du Ministre de la Santé,  
de la Population et de la Réforme  
hospitalière

M. M. C. Kourta  
Conseiller à l'Ambassade d'Algérie  
au Zimbabwe

**ANGOLA**

Dr. José Vieira Dias Van-Dúnem  
Vice-Ministro da Saúde  
Chefe da Delegação

Dr. Augusto Rosa M. Neto  
Director do Gabinete de Cooperação  
Internacional

Dra. Adelaide F. dos Santos F. de  
Carvalho  
Directora Nacional de Saúde Pública

Dra. Maria José de Sousa G. Alfredo  
Directora do Gabinete do Vice-Ministro  
da Saúde

Dr. Carlos Alberto Massela  
Director Provincial da Saúde do Moxico

Dr. Elias Finde  
Director Provincial da Saúde do Huambo

**BENIM**

Dr (Mme) Y. C. Seignon Kandissounon  
Ministre de la Santé publique  
Chef de Délégation

Dr Pascal Dossou-Togbe  
Secrétaire général du Ministère de  
la Santé publique

Dr Dorothee Yevide  
Directrice nationale de la Protection  
sanitaire

Dr Yessoufou Tchabi  
Cardiologue au CNHU-Hubert Maga de  
Cotonou

**BOTSUANA**

Hon. Johannah-Joy Phumaphi  
Minister of Health  
Head of Delegation

Dr Themba L. Moeti  
Deputy Director of Health Services

Dr L. Mazhani  
Senior Consultant-Paediatrics

### **BURKINA FASO**

Dr Arlette Sanou/Ira  
Conseiller technique du Ministre de la  
Santé  
Chef de Délégation

Dr Sosthène Zombre  
Directeur général de la Santé publique

Dr Joseph-André Tiendrebeogo  
Secrétaire permanent du Conseil national  
de Lutte contre le SIDA

Dr Boniface Issa Ouedraogo  
Directeur des Etudes et de la Planification  
Ministère de la Santé

### **BURUNDI**

Dr Jean Kamana  
Ministre de la Santé publique  
Chef de Délégation

Dr Louis Mboneko  
Inspecteur général de la Santé publique

### **CAMARÕES**

M. U. Olanguena Awono  
Ministre de la Santé publique  
Chef de Délégation  
Dr Yaou Boubakari

Inspecteur général de la Santé

Dr Basile Kollo  
Directeur de la Santé Communautaire

Dr Sinata Koulla  
Vice-Président du Comité national de  
Lutte contre le SIDA

Mme C. Ndim  
Chef de Division a.i. de la Coopération

Dr Yessoufou Tchabi  
Cardiologue  
s/c Ministère de la Santé

### **CABO VERDE**

Dr. Dario L. Dantas dos Reis  
Ministro da Saúde  
Chefe da Delegação

Dra. Maria do Rosário Rodrigues  
Médica Infeciologista  
Hospital Dr. Baptista de Sousa

### **REPÚBLICA CENTRAFRICANA**

Dr Joseph Kalite  
Ministre de la Santé publique et de la  
Population, Chef de Délégation

Dr Gilbert Nzil= Koué-Dimanche  
Chargé de Mission au Ministère de la  
Santé publique et de la Population

### **CHADE**

M. Sahanaye Maïna Touka  
Ministre de la Santé publique  
Chef de Délégation  
Prof. Mouanodji Mbaissouroum  
Point focal des Maladies  
cardiovasculaires  
du Ministère de la Santé publique  
Dr Hamid Djabar  
Coordonnateur du Programme national  
contre le SIDA

Mr Mahamat Adjid Oumar  
Directeur de la Planification et de la  
Formation  
Ministère de la Santé publique

### **COMORES**

Dr Ahamada Msa Mliva  
Directeur national de la Santé  
Chef de Délégation

### **REPÚBLICA DO CONGO**

Dr Alain Moka  
Ministre de la Santé et de la Population  
Chef de Délégation

M. Damase Bodzongo  
Directeur général de la Santé

M. André Enzanza  
Conseiller à la Santé du Ministre de la  
Santé et de la Population

M. Paul-Hervey Kengouya  
Conseiller administratif et juridique  
du Ministre de la Santé et de la

Population

M. Rock Wilfrid Mokolinguinia  
Attaché à la Coopération près du Cabinet  
du Ministre de la Santé et de la  
Population

### **CÔTE D'IVOIRE**

Prof. Jeanne Alimata Diarra-Nama  
Directeur de l'Institut national de Santé  
publique

### **REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CONGO**

Prof. Dr L Mashako Mamba Nyenya  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation

Dr Mampunza Mia Miezi  
Directeur de Cabinet du Ministre de la  
Santé

Dr C. Miaka Mia Bilenge  
Secrétaire général, Ministère de la Santé

M. P. Tchelo Mazombo  
Conseiller du Ministre de la Santé chargé  
du Partenariat et du financement  
communautaire

Dr F. Bompeka Lepira  
Directeur, Programme national de Lutte  
contre le SIDA

## **GUINÉ EQUATORIAL**

Dr S. Abia Nseng  
Directeur général de la Santé publique et  
de la Planification

## **ERITREIA**

Dr Ghermai Tesfaslassie  
Head of International Cooperation Office  
Ministry of Health  
Head of Delegation  
Dr Zemui Alemu Tsadik  
Director of Primary Health Care

## **ETIÓPIA**

Dr Girma Azene  
Head, Department of Planning and  
Programming, Federal Ministry of Health  
Head of Delegation

## **GABÃO**

M. Faustin Boukoubi  
Ministre de la Santé publique  
Chef de Délégation

Prof. Pierre André Kombila  
Directeur général de la Santé

Dr Jean Baptiste Ndong  
Inspecteur général de la Santé  
M. Abel Lengota  
Aide de Camp du Ministre de la Santé

## **GUINÉ-BISSAU**

## **GÂMBIA**

Dr Yankuba Kassama  
Secretary of State for Health and Social  
Welfare  
Head of Delegation

Dr Omar Sam  
Director of Health Services

## **GANA**

Dr Kwaku Afriyie  
Minister of Health  
Head of Delegation

Dr Ahmed Kofi  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health

Prof. Agyeman Badu Akosa  
Director General of Ghana Health  
Services

## **GUINÉ**

Prof. Mamadou Saliou Diallo  
Ministre de la Santé publique  
Chef de Délégation

Dr Johana Lucinda Austin  
Conseiller chargé de la Coopération

Dr Mahi Barry  
Directeur national de la Santé publique

Dr. António Serifo Embaló  
Ministro da Saúde

Chefe da Delegação

Dr. Júlio César Sá Nogueira  
Director-Geral da Saúde

### **QUÉNIA**

Prof. Julius S. Meme  
Permanent Secretary  
Ministry of Health

Dr T. Gakuruh  
DDMS/Health Sector Reforms Secretariat

Dr Francis M. Kimani  
Provincial Medical Officer, Embu

Mrs Grace Kandi  
Chief Nursing Officer

Dr Mohamed Said Abdulah  
AG .A. Khan Hospital  
Vice-Chairman of AACHRD

### **LESOTO**

Mr Motloheloa Phooko  
Minister of Health and Social Welfare  
Head of Delegation

Mrs Mahali C. Lebesu  
Principal Secretary, Ministry of Health  
and Social Welfare

Dr Thabelo Ramatlapeng  
Director General of Health Services

### **MALI**

Comité Regional: Quinquagésima-segunda sessão (Anexo 1)

Dr L. Nyane Lebie  
Head, Family Health Division

Mr N. S. Theko Head, Environmental  
Health Division  
Ministry of Health and Social Welfare

### **LIBÉRIA**

Dr Nathaniel S. Bartee  
Deputy Minister/Chief Medical Officer  
Head of Delegation

### **MADAGÁSCAR**

Dr Andry Rasamindrakotroka  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation

Dr Charles Ravaonjanahary  
Directeur de Cabinet du Ministre de la  
Santé

### **MALAWI**

Mrs E. Lamba  
Deputy Ministry, Health and Population  
Head of Delegation

Mrs Lilian D. Ngoma  
Director of Nursing Services

Dr F. M. Salaniponi  
National TB Programme Manager

Dr Fatoumata Nafo Traoré  
Ministre de la Santé

Página 69

Chef de Délégation

Dr Mamadou Adama Kane  
Conseiller technique au Ministère de la Santé

Dr Samake Salif  
Directeur national de la Santé

M. Ballo Mamadou Bassery  
Directeur de la Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé

### **MAURITÂNIA**

Prof. Mohamed Lemine Ba  
Conseiller technique du Ministre de la Santé et des Affaires sociales  
Chef de Délégation

Dr Mohamed Idoumou Ould Mohamed Vall  
Directeur de la Protection sanitaire

### **MAURÍCIAS**

Mrs Rajamanee Veerapen  
Permanent Secretary, Ministry of Health and Quality of Life  
Head of Delegation

Dr R. S. Sungkur  
Chief Medical Officer

### **MOÇAMBIQUE**

Ms Miryam Kaarina Muye  
Control Registered Nurse

Dra. Aida Theodomira de Nobreza Libombo  
Vice-Ministro da Saúde  
Chefe da Delegação

Dr. Alexandre Manguele  
Director Nacional de Saúde

Dr. Jorge Fernando M. Tomo  
Director Nacional de Recursos Humanos  
Ministério da Saúde

Dra. Leila Adriano Monteiro  
Médica Chefe  
Direcção Provincial da Saúde de Inhambane

Dra. Maria de Fátima Simão  
Directora do Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário (CRDS)

### **NAMÍBIA**

Dr Richard Nchabi Kamwi  
Deputy Minister of Health and Social Welfare  
Head of Delegation

Dr Norbet P. Forster  
Under Secretary, Health and Social Welfare Policy

Ms Ella K. Shihepo  
Deputy Director, Ministry of Health and Social Services  
Miss Linda Nambundenga  
Chief Health Programme Administrator

## NÍGER

Mme Ousseini Halimatou Abdoulwahid  
Ministre de la Santé publique et de la  
Lutte contre les Endémies  
Chef de Délégation

Dr Alarou Aboubacar  
Directeur général de la Santé publique

Dr Mamadou Moctar Hassane  
Directeur régional de la Santé publique de  
Maradi

## NIGÉRIA

Dr (Mrs) Amina Ndalolo  
Minister of Health  
Head of Delegation

Mr R. Omotayo  
Director, Food and Drugs Administration  
and Control

Dr Garba Idris  
Technical Assistant to Honourable  
Minister

Dr Shehu Mahdi  
ED/CEO - NPHCDA

Mrs T. I. Koleoso-Adelekan  
Director, Health Systems Development  
Dr Lola Dare  
African Council for Sustainable Health  
Development (ACOSHED)

Mr Issah Tauheed

Comité Regional: Quinquagésima-segunda sessão (Anexo 1)

Personal Assistant to Honourable  
Minister of Health

## RUANDA

Dr Ezechias Rwabuhiri  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation

Dr Etienne Gasana  
Directeur de la Santé

Mme Shema C. Mukandoli  
Pharmacienne, Ministère de la Santé

## SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE\*

## SENEGAL

Prof. Awa Marie Coll-Seck  
Ministre de la Santé et de la Prévention  
Chef de Délégation

Prof. Seydou Boubakar Badiane  
Conseiller technique N°1  
du Ministre de la Santé et  
de la Prévention

Mme Caty Cissé Wone  
Conseiller technique, Ministère de la  
Santé et de la Prévention

---

\* Não pôde participar

## SEYCHELLES

Mr Patrick Pillay  
Minister of Health  
Head of Delegation

Mrs Jeannette Samson  
Director General Primary Health Care

Dr Rubell E. Brewer  
Commissioner of Health Services

#### **SERRA LEOA**

Mrs V. Agnes Taylor-Lewis  
Minister of Health  
Head of Delegation

Dr Noah Conteh  
Director General of Medical Services

#### **ÁFRICA DO SUL**

Dr M. Tshabalala-Msimang  
Minister of Health  
Head of Delegation

Dr K. S. Chetty  
Deputy Director, International Health  
Liaison,  
Pretoria

Mr I. Mayeng  
Deputy Director International Health  
Liaison,  
Pretoria

Mrs Thembisile Rose Mdhlalose  
Director, Human Resource Development  
Department of National Health

#### **SUAZILÂNDIA**

Dr Phetsile K. Dlamini  
Minister of Health and Social Welfare  
Head of Delegation

Dr John M. Kunene  
Principal Secretary, Ministry of Health  
and Social Welfare

Mrs Gladys N. Matsebula  
Acting Chief Nursing Officer

#### **TOGO**

Mme Suzanne Aho  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation

Dr Potougnima Tchamdja  
Directeur général de la Santé

#### **UGANDA**

Brigadier General J. M. Katugugu  
Minister of Health  
Head of Delegation

Dr Patrick Kadama  
Commissioner of Health Services  
(Planning)

#### **REPÚBLICA UNIDA DA TANZÂNIA**

Dr Mwinyihaji Makame

Minister of Health and Social Welfare,  
Zanzibar

#### **ZIMBABWE**

Head of Delegation

Hon. Dr Hussein A. Mwinyi  
Deputy Minister of Health, Tanzania,  
Dar-es-Salaam

Dr Ali Alhaji Mzige  
Director of Preventive Services  
Ministry of Health, Tanzania

Mr R. Juma  
Director of Preventive Services  
Ministry of Health and Social Welfare,  
Zanzibar

Mrs Regina L. Kikuli  
Senior Economist and Head of Budget  
Section, Ministry of Health  
Tanzania

Dr Farid S. Zam  
Medical Superintendent, Mnazi Mmoja  
Hospital, Zanzibar

#### **ZÂMBIA**

Mr Ganda G. Chulumanda  
Deputy Minister of Health  
Head of Delegation

Dr Benson. U. Chirwa  
Director General, Central Board of Health  
Dr David Parirenyatwa  
Minister of Health and Child Welfare  
Head of Delegation

Dr Dickson D. Chifamba

Dr E. Xaba  
Permanent Secretary, Ministry of Health  
and Child Welfare

Dr Josephine Zvemusi Chiware  
Deputy Chief Nursing Officer

Mrs Josephine Brigett Matare  
Project Manager Tambanevana Children's  
Association

Dr Simon Chihanga  
Provincial Epidemiology and Disease  
Control Officer

Dr Max Hove  
Assistant Director, Public Health  
Laboratories

Dr J. Musengi  
Non-Communicable Disease Control  
Office

Dr M. Murwira  
National Coordinator, Epidemiology and  
Disease Control

Mr A. Chigumbu  
Environmental Health Coordinator  
Ministry of Health and Child Welfare  
Dr W. Nyamayaro  
Provincial Medical Director

Medical Superintendent, Chitungwiza  
Hospital

Dr C. M. Mbiriri  
Obstetrician and Gynecologist

Mrs Marina Chiteka  
Matron (III), Registered General Nurse

Mr G. Tinarwo  
Executive Director  
Zimbabwe National Family Planning  
Council

Colonel (Dr) G. Guindji  
Director General, Health Services  
Ministry of Defense

Mr Julius M. Toringepi  
Principal Training and Development  
Officer  
Ministry of Health and Child Welfare

## **2. REPRESENTANTES DAS NAÇÕES UNIDAS E AGÊNCIAS ESPECIALIZADAS**

### **Fundo das Nações Unidas para as Populações (FNUAP)**

Dr M. G. L. Derveeuw  
Regional Adviser RH/UNFPA/CST  
P.O. Box 4775  
Harare  
Zimbabwe

### **ONUSIDA**

Mr Bunmi Makinwa  
Team Leader, UNAIDS  
P.O. Box 6541  
Pretoria 0001  
South Africa

### **Organização Internacional para a Migração (OIM)**

Dr Robin Dubow  
Migration Health System  
P.O. Box 9305

Mrs Ndioro Ndiaye  
Deputy Director General  
P.O. Box 71

Mr Hassan Abdel Moneim Mostafa  
Regional Advisor for Africa,  
Middle East, S.E. Asia

Pretoria  
South Africa

CH 1211 Geneva 19  
Switzerland

P.O. Box 71  
CH 1211 Geneva 19  
Switzerland

### **3. REPRESENTANTES DAS ORGANIZAÇÕES GOVERNAMENTAIS**

#### **União Africana**

Mr Mohamat Doutoum  
Interim Commissioner  
P.O Box 3243  
Addis Ababa  
Ethiopia

Mr Laban Masimba  
Senior Policy Officer  
P.O. Box 3243  
Addis Ababa  
Ethiopia

#### **União Económica e Monetária da África do Oeste**

Dr Amadou Moctar Mbaye  
Directeur de la Santé  
UEMOA Commission  
01 B.P. 543  
Ougadougou 01  
Burkina Faso

#### **Secretariado Regional da Commonwealth para a Saúde na África do Leste, Central e Austral**

Mrs Olive Kopolu Munjanja  
Coordinator, Human Resources Development and Capacity Building  
P.O. Box 1009

Comité Regional: Quinquagésima-segunda sessão (Anexo 1)

Página 75

Arusha  
Tanzania

Dr Bannet Ndyanabangi  
Coordinator, HIV/AIDS Programme  
P.O. Box 1009  
Arusha  
Tanzania

### **Organização da Saúde da África do Oeste**

Dr Kabba Joiner  
Director-General  
01 B.P. 153  
Bobo-Dioulasso  
Ouagadougou

### **Comunidade para o Desenvolvimento dos Países da África Austral (SADC)**

Dr T. M. Balfour  
Head, Internatiional Health Liaison Office  
Pretoria 0001  
South Africa

### **Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD)**

Professor Eric Buch  
Health Adviser, NEPAD  
School of Health Systems and Public Health  
P.O. Box 667  
Pretoria 0001  
South Africa

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

### **International Planned Parenthood Federation (IPPF)**

Dr M P Ngatare

IPPF, African Region

## 5. OBSERVADORES E DISTINTOS CONVIDADOS

Dr Pierre-Claver Bigirimana  
Spécialiste de la santé  
CNADA/CIDA  
200, Promenade du Portage  
Hull/Québec K 1A 0G4  
Canada

Dr Michel Lavollay  
Head, Africa Cluster, GFATM  
9, rue de Varembe  
Geneva  
Switzerland

Mr Clemence A. Tashaya  
Journalist, Herald Correspondent,  
The Herald  
18 - 5th Avenue Mabelereign  
Harare  
Zimbabwe

## ANEXO 2a

### ORDEM DO DIA DA 52ª 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 (AFR/RC52/1/Rev.1)
5. Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes
6. Actividades da OMS na Região Africana em 2000 - 2001: Relatório bienal do Director Regional (documento AFR/RC52/2)
  - Execução do Orçamento-Programa para 2000-2001
  - Progressos realizados em determinadas áreas programáticas:
    - Estratégia regional para a promoção do papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde
    - Estratégia de luta contra o HIV/SIDA na Região Africana
    - Fazer Recuar o Paludismo na Região Africana
    - Estratégia regional para as acções humanitárias e de emergência
    - Estratégia regional de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde
    - Plano estratégico de investigação em saúde na Região Africana
    - Reforma do sector da saúde na Região Africana: Análise da implementação e perspectivas
    - Análise da implementação da Iniciativa de Bamaco
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 para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo (documento AFR/RC52/4)
- 7.2 Incidências regionais das ordens do dia da 111ª sessão do Conselho Executivo e da 56ª Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC52/5)
- 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC52/6)
- 8. Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC52/8)
  - 8.1 -Orçamento-Programa da OMS para 2004-2005 (Projecto PPB/2004-2005)  
-Proposta de Orçamento-Programa para 2004-2005 contribuição regional (documento AFR/RC52/3)  
-Adenda à Proposta de Orçamento-programa: contribuição regional (documento AFR/RC52/3 Ad.1)
  - 8.2 Estratégia regional sobre a vacinação para o período de 2003-2005 (documento AFR/RC52/9)
  - 8.3 Saúde e ambiente: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC52/10)
  - 8.4 Pobreza e saúde: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC52/11)
  - 8.5 Implementação das reformas do sector da saúde na Região Africana: Reforço da função de administração geral do governo (documento AFR/RC52/12)
  - 8.6 Desenvolvimento de recursos humanos para a saúde: Acelerar a implementação da Estratégia na Região Africana (documento AFR/RC52/13)
- 9. Mesas-Redondas
  - 9.1 Resposta do sector da saúde à dupla epidemia da Tuberculose e do HIV/SIDA (documento AFR/RC52/RT/1)

- 9.2 Controlo das doenças cardiovasculares através da redução dos factores de risco (documento AFR/RC52/RT/2)
- 9.3 Financiamento na saúde (documento AFR/RC52/RT/3)
- 10. Relatórios das Mesas-Redondas (documento AFR/RC52/14)
- 11. Escolha dos temas das Mesas-Redondas de 2003 (documento AFR/RC52/15)
- 12. Nomeação do Presidente e Presidente Substituto das Mesas-Redondas em 2003 (documento AFR/RC52/16)
- 13. Decisões processuais
- 14. Datas e locais da 53ª e 54ª sessões do Comité Regional (documento AFR/RC52/17)
- 15. Aprovação do relatório do Comité Regional (documento AFR/RC52/19)
- 16. Encerramento da 52ª sessão do Comité Regional

## PROGRAMA DE TRABALHO

**1º DIA Terça-feira, 8 de Outubro de 2002***Primeira sessão*

10h00 - 12h00	<b>Ponto 1 da ordem do dia:</b>	<b>Cerimónia oficial de abertura</b>
12h00 - 14h00	<b>Almoço</b>	
Segunda sessão	<b>Pontos 2, 3, 4, 5 e 6 da ordem do dia</b>	
14h00 - 14h05	<b>Observações iniciais</b>	
14h05 - 14h15	<b>Ponto 2 da ordem do dia:</b>	Composição da Comissão de Designações
14h15 - 14h30	<b>Ponto 3 da ordem do dia:</b>	Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
	<b>Ponto 4 da ordem do dia</b>	Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC52/1 Rev.1)
	<b>Ponto 5 da ordem do dia</b>	Designação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes
14h30-15h30	<b>Ponto 6 da ordem do dia</b>	Actividades da OMS na Região Africana no ano 2000-2001: Relatório Bienal do Director Regional (documento AFR/RC52/2)
15h30-16h00	<b>Intervalo</b>	
16h00-17h30	<b>Ponto 6 da ordem do dia (cont.)</b>	
18h00	<b>Cocktail – recepção</b>	

**2º DIA, quarta-feira, 9 de Outubro de 2002**

**Terceira sessão      Pontos 7 e 8 da ordem do dia**

09h00 - 10h30      **Ponto 7 da ordem do dia**      Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde

**Ponto 7.1**      Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo (documento AFR/RC52/4)

**Ponto 7.2**      Incidências regionais das ordens do dia da 111ª sessão do Conselho Executivo e da 56ª Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC52/5)

**Ponto 7.3**      Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC52/6)

10h30 - 11h00      **Intervalo**

11h00 - 12h30      **Ponto 8 da ordem do dia**

**Ponto 8**      Relatório do Subcomité do Programa (Documento AFR/RC52/8)

**Ponto 8.1**      -Orçamento-Programa da OMS para 2004-2005 (documento AFR/RC52/3)

-Proposta de Orçamento-Programa para 2004-2005 (documento AFR/RC52/3)

-Adenda à Proposta de Orçamento-Programa para 2004-2005 (documento AFR/RC52/RC2/3 Ad. 1)

12h30 - 14h00	<b>Almoço</b>
14h00 - 15h30	<b>Ponto 8.2 da ordem do dia</b>
	<b>Ponto 8.2</b> Estratégia Regional para a vacinação durante o período de 2003-2005 (documento AFR/RC52/9)
15h30 - 16h00	<b>Intervalo</b>
16h00 - 17h30	<b>Continuação do ponto 8.2</b>

**3º DIA Quinta-feira, 10 de Outubro de 2002**

*Quarta Sessão*

09h00-10h30	<b>Pontos 8.3 e 8.4 da ordem do dia</b>
	<b>Ponto 8.3</b> Saúde e ambiente: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC52/10)
	<b>Ponto 8.4</b> Pobreza e saúde: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC52/11)
10h30 - 11h00	<b>Intervalo</b>
11h00 - 12h30	<b>Ponto 8.5 da ordem do dia</b>
	<b>Ponto 8.5</b> Implementação das reformas do sector da saúde na Região Africana: Reforço do papel de administração-geral do governo (documento AFR/RC52/12)
12h30 - 14h00	<b>Almoço</b>
14h00 - 15h30	<b>Ponto 8.6</b> Desenvolvimento de recursos humanos para a saúde: Aceleração da implementação da estratégia regional (documento AFR/RC52/13)

15h30 - 16h00 **Intervalo**

16h00 - 17h30

Sessão de informação sobre o Fundo Mundial  
contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo

**4º DIA Sexta-feira, 11 de Outubro de 2002**

**Quinta Sessão Pontos 9, 10, 11, 12, 13 e 14 da ordem do dia**

09h00-10h30 **Ponto 9 da ordem do dia Mesas-Redondas:**

**Ponto 9.1** Resposta do sector da saúde à epidemia dupla de  
Tuberculose e HIV/SIDA  
(documento AFR/RC52/RT/1)

**Ponto 9.2** Combate às doenças cardiovasculares através da  
redução dos factores de risco  
(documento AFR/RC52/RT/2)

**Ponto 9.3** Financiamento da saúde  
(documento AFR/RC52/RT/3)

10h30-11h00 **Intervalo**

11h00-12h30 **Sessão de informação sobre a componente Saúde do NEPAD**

12h30-14h00 **Almoço**

14h00-15h30 **Ponto 10 da ordem do dia** Relatório das Mesas-Redondas  
(documento AFR/RC52/14)

**Ponto 11 da ordem do dia** Escolha dos temas para as Mesas-Redondas de  
2003 (documento AFR/RC52/15)

**Ponto 12 da ordem do dia** Nomeação do Presidente e Presidente Substituto das Mesas-Redondas de 2003 (documento AFR/RC52/16)

**Ponto 13 da ordem do dia** **Decisões processuais**

**Ponto 14 da ordem do dia** Datas e locais da Quinquagésima-terceira e Quinquagésima-quarta sessões do Comité Regional (documento AFR/RC52/17)

15h30-16h00 **Intervalo**

**5º DIA Sábado, 12 de Outubro de 2002**

*Sexta sessão Pontos 15 e 16 da ordem do dia*

10h00- 11h00 **Ponto 15 da ordem do dia** Aprovação do relatório do Comité Regional (documento AFR/RC52/19)

**Ponto 16 da ordem do dia** Encerramento da Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional

## ANEXO 3

### RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

#### ABERTURA DA SESSÃO

1. O Subcomité do Programa reuniu-se em Harare, Zimbabwe, de 1 a 4 de Outubro de 2002. A constituição da Mesa foi a seguinte:

Presidente:	Professora Jeanne Diarra-Nama (Côte d'Ivoire)
Vice-Presidente:	Professor Pierre-André Kombila-Koumba (Gabão)
Relatores:	Dr. Ghermai Tesfa Sellasie (Eritreia)
	Dr. André Enzanza (Congo)

2. A lista dos participantes encontra-se no Anexo 1.

3. O Director Regional, Dr. Ebrahim M. Samba, deu as boas-vindas aos membros do Subcomité do Programa (PSC), aos membros do Conselho Executivo da OMS da Região Africana, e ao Vice-Presidente da Comissão Consultiva Africana para a Investigação e Desenvolvimento em Saúde (CCAIDS). Relativamente à alteração do local da reunião, o Director Regional informou os participantes de que a situação prevalecente na República do Congo tinha determinado a declaração da Fase III de Segurança das Nações Unidas na cidade de Brazzaville. Esclareceu que a fase de segurança é decidida pelas Nações Unidas em Nova Iorque, e que a OMS, enquanto membro do sistema das Nações Unidas, é obrigada a cumprir e implementar essa decisão. Informou ainda os membros do Subcomité que, decorrente da Fase III, todos os familiares do pessoal da OMS tiveram que abandonar Brazzaville, não sendo igualmente possível aí realizar qualquer reunião. Apesar dos esforços do Escritório Regional nesse sentido, não foi possível obter qualquer autorização especial das Nações Unidas para a realização das sessões do Subcomité do Programa e do Comité Regional no Congo. O Dr. Samba agradeceu especialmente ao Governo do Zimbabwe por ter acolhido estas reuniões e disponibilizado as instalações necessárias, em tão curto espaço de tempo.

4. O Director Regional frisou com satisfação a tendência para o aumento do orçamento da Região Africana da OMS, tendo exprimido os seus sinceros agradecimentos à Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora-Geral da OMS, por ter atribuído à Região verbas acrescidas do Orçamento Ordinário e de fundos de Outras Fontes. Agradeceu igualmente aos Estados-

Membros e aos Representantes da OMS nos países pelo seu contributo para a eficiência na gestão dos recursos e na implementação dos programas. Elogiou ainda o pessoal da OMS da Região pelo seu excelente desempenho.

5. O Dr. Samba lembrou que a tarefa do Subcomité do Programa se tornou mais abrangente, desde o Comité Regional de Sun City, na África do Sul, em 1997, quando se decidiu incluir a análise, discussão e aconselhamento sobre todos os pontos técnicos da agenda do Comité Regional, para além do debate do Orçamento-Programa. Agradeceu aos membros do Subcomité por terem aceite participar nesta reunião, apesar da pouca antecedência com que a informação sobre a alteração do local fora comunicada. Como conclusão, o Dr. Samba afirmou que, “não obstante a difícil situação na Região, a África é a nossa terra, pelo que temos obrigação de enfrentar as suas dificuldades com optimismo por forma a marcar a diferença”.

6. A Professora Jeanne Diarra-Nama agradeceu a honra concedida a ela e ao seu país, pela sua eleição para o cargo de Presidente do Subcomité. Relembrando o objectivo do Subcomité, apelou aos membros para que prestassem especial atenção à pertinência e à viabilidade das estratégias regionais. No que respeita ao Orçamento-Programa, a Professora Diarra-Nama lembrou aos membros do Subcomité a importância de se garantir que o Subcomité tome em consideração as decisões dos Órgãos Directivos da OMS e as necessidades dos Estados-Membros. Concluiu sublinhando as responsabilidades acrescidas do Subcomité e apelou aos seus membros para o intercâmbio de ideias e experiências visando a melhoria da qualidade das deliberações.

7. A agenda e o programa de trabalho provisório (Anexos 2 e 3) foram aprovados sem emendas.

## **ORÇAMENTO-PROGRAMA DA OMS PARA 2004-2005**

(documento AFR/RC52/3)

8. O Dr. Luis Gomes Sambo, do Secretariado, apresentou uma visão de conjunto deste ponto da ordem do dia.

9. Informou o Subcomité de que o Projecto de Orçamento-Programa (PPB) para 2004-2005 tinha três características principais: era mais estratégico; punha uma ênfase acrescida nos países; e estava centrado em 35 áreas de actividade que constituem a pedra angular do conjunto da Organização.

10. Relativamente à natureza estratégica do actual Orçamento-Programa, fez notar que o mesmo reflectia as responsabilidades estratégicas do pessoal da OMS, dado que foi elaborado conjuntamente pelas Representações nos países, Escritórios Regionais e Sede da OMS, promovendo assim a apropriação e o empenhamento a todos os níveis da Organização, com uma tónica acrescida nos resultados esperados e nos indicadores de desempenho.

11. Como exemplo da ênfase acrescida posta nos países, informou que tinha sido criada uma nova área de actividade, designadamente “Presença da OMS nos países”, tendo por objectivo: reforçar as capacidades operacionais das Representações da OMS nos países, impulsionar as funções normativas e de cooperação técnica da OMS, a nível dos países; contribuir para as prioridades nacionais essenciais de saúde; recolher e compilar dados e informações pertinentes sobre saúde, conjuntamente com os Ministérios da Saúde.

12. Informou o Subcomité de que as 35 áreas de actividade constituíam a pedra angular do conjunto da Organização, estando agrupadas nas nove secções do orçamento. Cada área de actividade aborda os seguintes aspectos: problemas e desafios, meta, objectivos da OMS, abordagens estratégicas, resultados esperados e indicadores de desempenho e recursos.

13. Recordou as 11 prioridades mundiais, designadamente: Paludismo; Tuberculose; HIV/SIDA; Saúde mental; Cancro; Doenças cardiovasculares e diabetes; Sistemas de saúde e medicamentos essenciais; Tornar a gravidez mais segura e saúde da criança; Saúde e ambiente (nova); Higiene dos alimentos; Segurança do sangue; Tabaco. Também mencionou que a área prioritária “Investir na mudança na OMS” tinha sido retirada da lista de prioridades para 2004-2005.

14. O Dr. Sambo apresentou a decomposição do orçamento ordinário para cada uma das seis regiões da OMS. Fez notar que à Região Africana tinha sido afectada uma percentagem maior do orçamento (23%), em comparação com as outras regiões.

15. Referindo-se às contribuições regional e a nível dos países para o Orçamento-Programa de 2004-2005, recordou que a Quinquagésima-primeira sessão do Comité Regional aprovou quinze prioridades regionais, designadamente: Preparação e resposta a situações de emergência; Vigilância, prevenção e tratamento das doenças não-transmissíveis; Promoção da saúde; Saúde mental e dependência de substâncias psicoactivas; Tornar a gravidez mais segura; Saúde e ambiente; Acesso, qualidade e utilização racional dos medicamentos essenciais; Segurança do sangue e tecnologias clínicas; Organização dos serviços de saúde;

Paludismo; Tuberculose; HIV/SIDA; Saúde e desenvolvimento sustentável; Nutrição; Saúde das crianças e dos adolescentes.

16. No respeitante à Análise do Orçamento-Programa, o Dr. Sambo informou o Subcomité de que a dotação total do orçamento ordinário para a Região Africana elevava-se a 192,7 milhões de dólares americanos, dos quais 64% (123,3 milhões) tinham sido afectados aos Estados-Membros. Os restantes 36% (69,4 milhões) seriam utilizados no Escritório Regional para alcançar os resultados esperados planificados aos níveis regional e interpaíses.

17. Frisou que tinham sido afectados 83,63 (73%) milhões de dólares americanos às prioridades regionais. Também mencionou que as áreas de actividade "*Presença da OMS nos países*" e "*Organização dos serviços de saúde*" tinham sido escolhidas por todos os países, dada a sua importância para o êxito da implementação das outras áreas de actividade. As áreas de actividade "*Promoção da saúde*", "*HIV/SIDA*", "*Paludismo*", "*Nutrição*", "*Vigilância das doenças transmissíveis*", e "*Saúde e ambiente*", foram escolhidas por mais de 80% dos países.

18. O Dr. Sambo informou o Subcomité de que, a fim de reforçar a presença da OMS a nível dos países, a Directora-Geral decidiu: transferir, no âmbito do orçamento ordinário, 5 milhões de dólares americanos das verbas mundiais e 10% dos fundos de todas as áreas de actividade a nível dos países, no valor de 24 milhões de dólares americanos a nível mundial e de 7,8 milhões da Região Africana; e destinar 1% (37,5 milhões de dólares americanos) das verbas da rubrica Outras Fontes para a área "*Presença da OMS nos países*".

19. Para concluir, o Dr. Sambo enfatizou: a alocação de recursos financeiros para a Região Africana estava a aumentar; que o crescimento esperado provinha de Outras Fontes e não do Orçamento Ordinário; as verbas do orçamento ordinário estimadas provenientes de Outras Fontes eram mais elevadas para a África em comparação com as outras regiões; registava-se um esforço no sentido de aumentar a afectação e a descentralização de recursos dos níveis mundial e regional para os países; 43% das verbas regionais previstas de Outras Fontes destinavam-se às prioridades de saúde regionais; que 73% do Orçamento Ordinário regional foi atribuído às prioridades de saúde regionais. No entanto há necessidade de aumentar o financiamento geral para a Região Africana, em particular em áreas de actividade insuficientemente financiadas, como *HIV/SIDA*, *Tornar a gravidez mais segura*, *Saúde e ambiente*, *Doenças não-transmissíveis* e *Preparação e resposta a situações de emergência*.

20. O Subcomité foi convidado a analisar o documento, que será apresentado ao Comité Regional para aprovação com vista a orientar a planificação operacional e a implementação na Região Africana, durante 2004-2005.

### **Desenvolvimento e gestão do conjunto dos programas**

21. Esta secção do documento também foi apresentada pelo Dr L. G. Sambo, do Secretariado.

22. Informou o Subcomité da existência de seis áreas de actividade no âmbito do Desenvolvimento e gestão do conjunto dos programas, a saber: *Presença da OMS nos países; Mobilização de recursos e cooperação externa e parcerias; Bases factuais para a política de saúde; Política e promoção da investigação; Planeamento, monitorização e avaliação dos programas (anteriormente conhecida por Reforma orçamental e administrativa); Órgãos directivos.*

23. O Dr. Sambo destacou o objectivo e o âmbito de intervenção de cada área de actividade acima mencionada, bem como a correspondente dotação orçamental. Para o período de 2004-2005, foi afectado a essas áreas um total de 71.653.000 dólares americanos, conjuntamente para o Escritório Regional e para os Estados-Membros.

24. Indicou os países da Região que seleccionaram as áreas de actividade atrás mencionadas, designadamente: *Presença da OMS nos países: 46 países; Mobilização de recursos e Cooperação externa e parcerias: 10 países; Bases factuais para uma política da saúde: 9 países; Política e promoção da investigação: 8 países.*

### **Divisão de Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis**

25. O Dr. A. Kaboré, do Secretariado, apresentou esta secção.

26. Informou o Subcomité de que, para o biénio de 2004-2005, a Divisão contemplara no orçamento sete áreas de actividade, designadamente: *Vigilância das doenças transmissíveis; Prevenção, erradicação e controlo das doenças transmissíveis; Investigação e desenvolvimento de produtos para as doenças transmissíveis; Paludismo; Tuberculose; HIV/SIDA; Vacinação e desenvolvimento de vacinas.*

27. O Dr. Kaboré descreveu brevemente os principais objectivos e resultados esperados da OMS para cada área de actividade e referiu a verba orçamentada. No conjunto das sete

áreas de actividade, foi orçamentado um total de 263.339.000 de dólares americanos para o Escritório Regional e os Estados-Membros. Esta verba corresponde a 53% do total da dotação orçamental para a Região Africana durante o período de 2004-2005.

28. Indicou o número de países da Região que seleccionaram as várias áreas de actividade para o biénio, designadamente: *Vigilância das doenças transmissíveis*: 40 países; *Prevenção, Erradicação e Controlo das Doenças Transmissíveis*: 33 países; *Investigação e Desenvolvimento de Produtos para as Doenças Transmissíveis*: 4 países; *Paludismo*: 41 países; *Tuberculose*: 36 países; *HIV/SIDA*: 43 países; *Vacinação e Desenvolvimento de Vacinas*: 35 países.

### **Divisão de Prevenção e Controlo das Doenças Não-Transmissíveis**

29. O Dr M.Belhocine, do Secretariado, apresentou esta secção.

30. Informou que, para o biénio de 2004-2005, foram identificadas para a Divisão seis áreas de actividade: *Promoção da saúde*; *Doenças não-transmissíveis*; *Saúde mental e abuso de substâncias psicoactivas*; *Tabaco*; *Nutrição*; *Traumatismos e Incapacidades*.

31. Descreveu brevemente os principais objectivos e resultados esperados da OMS para cada área de actividade e referiu a verba orçamentada. No seu conjunto, e para o período de 2004-2005, foram orçamentados 24.932.000 dólares americanos para o Escritório Regional e os Estados-Membros. Este montante representa 5,1% do total da dotação orçamental para a Região Africana.

32. O Dr. Belhocine indicou os países da Região que tinham seleccionado diferentes áreas de actividade para o biénio, designadamente: *Promoção da Saúde*: 45 países; *Nutrição*: 38 países; *Doenças não-transmissíveis*: 36 países; *Saúde mental*: 33 países; *Tabaco*: 14 países; *Traumatismos e incapacidades*: 15 países.

### **Divisão da Saúde Reprodutiva e da Família**

33. Dra. D. Oluwole, do Secretariado, apresentou esta secção.

34. Informou o Subcomité de que para o biénio de 2004-2005 a Divisão afectou verbas orçamentais às seguintes áreas de actividade: *Saúde das crianças e dos adolescentes*; *Investigação e elaboração de programas em saúde reprodutiva*; *Tornar a gravidez mais segura*; *Saúde da mulher*.

35. A Dra. D. Oluwole descreveu resumidamente os principais objectivos e resultados esperados da OMS para cada área de actividade e indicou o valor orçamental afectado a estas áreas. Foi afectado um total de 28.255.000 dólares americanos a todas as áreas de actividade, para o Escritório Regional e os Estados-Membros, constituindo este valor cerca de 5.7% do total da dotação orçamental para a Região Africana.

36. A Dra. Oluwole indicou os países da Região que tinham escolhido as diferentes áreas de actividade para o biénio de 2004-2005, designadamente: *Saúde das crianças e dos adolescentes*: 39 países; *Investigação e elaboração de programas em saúde reprodutiva*: 21 países; *Tornar a gravidez mais segura*: 36 países; *Saúde da mulher*: 15 países.

### **Divisão dos Ambientes Saudáveis e do Desenvolvimento Sustentável**

37. A Sra. E. Anipko-Ntame, do Secretariado, apresentou esta secção.

38. Declarou que a Divisão abrangia quatro áreas de actividade: *Saúde no desenvolvimento sustentável*; *Saúde e ambiente*; *Higiene dos alimentos*; *Acção humanitária e situações de emergência*.

39. A Sra. Anipko descreveu resumidamente os principais objectivos e resultados esperados da OMS, e a dotação orçamental para cada área de actividade. Declarou ainda que tinham sido afectados 26.025.000 dólares americanos para todas as áreas de actividade para o Escritório Regional e para os países, o que representava 5.3% da dotação orçamental total para a Região Africana.

40. Finalmente, indicou os países na Região Africana que tinham seleccionado as diferentes áreas de actividade, designadamente: *Saúde no desenvolvimento sustentável*: 32 países; *Saúde e ambiente*: 39 países; *Higiene dos alimentos*: 25 países; *Situações de emergência e ajuda humanitária*: 35 países.

### **Divisão do Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde**

41. O Dr. R. Chatora, do Secretariado, apresentou esta secção.

42. Enumerou as seguintes áreas de actividade da Divisão: *Segurança do sangue e tecnologia clínica*; *Acesso, qualidade e utilização racional de medicamentos essenciais*; *Organização dos serviços de saúde*.

43. Destacou os principais objectivos e resultados esperados, bem como a dotação orçamental para cada área de actividade. Para o biénio de 2004-2005 foram afectados 39.239.000 de dólares americanos a todas as áreas de actividade, para o Escritório Regional e os Estados-Membros. Este valor representa 8% da dotação orçamental total para a Região Africana.

44. O Dr. Chatora indicou os países da Região que tinham seleccionado cada uma das áreas de actividade para o biénio de 2004-2005, designadamente: *Segurança do sangue e tecnologia clínica*: 28 países; *Acesso, qualidade e utilização racional de medicamentos essenciais*: 30 países; *Organização dos serviços de saúde*: 46 países.

### **Divisão de Administração e Finanças**

45. O Sr. B. Chandra, do Secretariado, apresentou esta secção.

46. Mencionou que a Divisão abrangia as seguintes áreas de actividade: *Gestão e difusão da informação de saúde*; *Desenvolvimento de recursos humanos*; *Gestão financeira*; *Serviços de informática e infra-estruturas*.

47. Referiu que os objectivos e resultados esperados desta área de actividade visavam assegurar a disponibilização atempada de informação de saúde actualizada às partes interessadas, maximizar a motivação e produtividade do pessoal, fornecer apoio administrativo e financeiro efectivo e eficaz na Região, e melhorar as operações de logística e as comunicações.

48. O Sr. Chandra informou o Subcomité de que às quatro áreas de actividade tinham sido afectados 38.6 milhões de dólares, isto é, 7.8% da dotação orçamental total na Região Africana. Esclareceu que as áreas de actividade *Desenvolvimento dos recursos humanos*, *Gestão financeira e serviços de informática e infra-estruturas* eram áreas específicas do Escritório Regional e não tinham dotações nos países. No entanto, a área de actividade *Gestão e difusão da informação da saúde* incluía algumas dotações para os países.

49. O Director Regional realçou as melhorias-chave que a OMS efectuou na preparação do seu orçamento, desde que a Dra. Gro Harlem Brundtland tomou posse como Directora-Geral. Entre estas melhorias contam-se: uma maior colaboração entre todos os níveis da Organização na preparação do Orçamento-Programa; uma cooperação mais centrada e direccionada para os países-membros; aumento das verbas para a Região Africana, quer do

orçamento ordinário quer de outras fontes; reforço das parcerias com os governos, outras agências das Nações Unidas, instituições de Bretton Woods; participação plena de todos os níveis da OMS. O Director Regional afirmou que, como resultado destas iniciativas, o orçamento da OMS é agora mais transparente e mais bem gerido, monitorizado e avaliado.

50. O Subcomité manifestou a sua apreciação pelo modo participativo como o documento de Orçamento-Programa tinha sido preparado. Os membros tomaram nota do aumento dos fundos, tanto do orçamento ordinário como de outras fontes, atribuídos à Região Africana. Sublinharam igualmente a necessidade de um melhor fluxo da informação dos países para os níveis regional e central (sede), assim como a de reforçar a capacidade dos Estados-Membros de acederem às verbas para a saúde disponíveis a nível internacional. Os membros do Subcomité expressaram a sua satisfação com o orçamento atribuído aos *Serviços de Informática e Infra-Estruturas*. Reconheceram a importância de uma boa comunicação para a melhoria da troca de informações em toda a Organização e com os parceiros. O Subcomité felicitou o Director Regional pela criação de um mecanismo adequado de monitorização e avaliação, o que contribui para dar maior visibilidade à imagem do Escritório Regional, e aumentar a confiança dos doadores. Recomendou que, relativamente ao período anterior, a apresentação da implementação do orçamento fosse feita por áreas de actividade e por nível da Organização, para uma melhor compreensão das variações na atribuição de recursos. Os membros do Subcomité propuseram a inclusão nos dois documentos de uma lista de abreviaturas. O Subcomité quis saber por que motivo uma grande fatia do orçamento tinha ficado retida na Sede e se a mesma se destinaria à compra de equipamento e material a nível central.

51. Os membros fizeram as seguintes propostas específicas para melhorar o documento do Orçamento-Programa para 2004-2005:

- a) As “*Orientações*” da Directora-Geral deveriam ter sido incluídas para guiarem a preparação do Orçamento-Programa;
- b) Relativamente ao décimo indicador para a *Investigação e desenvolvimento de produtos para as doenças transmissíveis*, os membros perguntaram se seria possível avaliar o “número de visitas às páginas do *website* da OMS”. Expressaram preocupação em relação à redução do orçamento dedicado a esta área de actividade, reconhecendo que outros parceiros não tinham manifestado interesse nela. Notaram igualmente a ênfase excessiva posta nos esforços mundiais na área da investigação em detrimento da investigação em

tecnologias locais. Chamaram ainda atenção para a fraca ligação entre as comunidades de investigação nacionais e os decisores dos ministérios da saúde;

- c) A caixa “Problemas e Desafios” da área de actividade *Tuberculose*, deveria referir “abastecimento irregular de medicamentos em alguns países”.
- d) No que diz respeito à *Promoção da saúde*, os membros expressaram a sua preocupação relativamente à parcialidade na atribuição do orçamento para esta área de actividade a nível mundial em relação aos países, onde há realmente necessidade de actividades para a promoção da saúde;
- e) Quanto à área de actividade *Traumatismos e incapacidades*, no capítulo “Problemas e Desafios”, o quarto parágrafo deverá ser modificado para facilitar a sua compreensão. Os membros propuseram que a atribuição de recursos reflectisse a importância crescente desta área de actividade na Região;
- f) Relativamente à “*Saúde mental e abuso de substâncias psicoactivas*”, o Subcomité recomendou a harmonização das actividades referentes às substâncias psicoactivas com as dos programas “*Saúde das crianças e dos adolescentes*” e “*Promoção da saúde*”;
- g) Na área de actividade “*Saúde da mulher*” em Abordagens estratégicas, na última frase, apagar “ e saúde”, para evitar a repetição;
- h) O título da área de actividade “Saúde e ambiente” deve ser mudado para “*Ambiente e saúde*”, de modo a reflectir o debate realizado no Subcomité sobre a estratégia regional;
- i) Relativamente à “*Preparação e resposta às situações de emergência*”, os membros sugeriram que a OMS e outras agências deveriam prestar apoio técnico aos países para que estes elaborem políticas e quadros legais que lhes permitam fazer face às situações de emergência.

52. O Subcomité fez as seguintes propostas específicas para melhorar o Orçamento-Programa Regional (documento AFR/RC52/3) e respectiva adenda:

- a) As duas decisões da Directora-Geral relativas à transferência de verbas para a área de actividade “*Presença da OMS nos países*” ainda não tinham sido implementadas e que havia necessidade de reflectir a distribuição esperada dessas verbas aos países.
- b) Relativamente à “*Nutrição*”, no segundo resultado esperado, substituir “um programa para” por “*o aspecto nutricional de*”.
- c) Na versão francesa, a tradução da secção “Análise do Orçamento-Programa (VI)”, deverá ser revista.

53. No que respeita à secção sobre as “Orientações” da Directora-Geral no Orçamento-Programa, o Subcomité notou que esta última decidiu esperar pelas reacções dos Comités Regionais antes de preparar o texto respectivo. Ao apresentar este ponto da ordem do dia, o Secretariado realçou as decisões políticas essenciais da Directora-Geral que nortearam a elaboração do orçamento-programa. Sobre a questão de saber se era possível avaliar o “Número de visitas efectuadas às páginas pertinentes do *Website* da OMS”, o Subcomité considerou que, atendendo aos avanços registados na tecnologia da informação, era tecnicamente possível conhecer o número de visitas efectuadas aos vários *Websites*. Os membros do Subcomité registaram ainda que, embora as verbas do Orçamento Ordinário consagradas à *Investigação e desenvolvimento de produtos para as doenças transmissíveis* tenham diminuído em comparação com o biénio anterior, as dotações de fundos de outras fontes tinham, na realidade, aumentado. Relativamente à decisão da Directora-Geral acerca das verbas provenientes de Outras Fontes, o Subcomité foi informado de que essas verbas ainda não tinham sido distribuídas às regiões e, por esse facto, tornava-se muito difícil prever o valor das dotações atribuídas ao Escritório Regional e aos países da Região Africana. No entanto, referiu-se que esta questão deveria ser debatida durante a próxima reunião do Gabinete Executivo da OMS, em Novembro de 2002, em Genebra, devendo o resultado dessa reunião ser comunicado aos Estados-Membros. No que respeita à necessidade de se elaborarem protocolos para testar a eficácia dos medicamentos tradicionais, o Subcomité salientou as medidas que têm sido tomadas pelo Escritório Regional para implementar a Estratégia Regional sobre Medicina tradicional, aprovada pela Quinquagésima sessão do Comité Regional. No tocante às relações entre estas três áreas de actividade “Abuso de substâncias psicoactivas”, “*Saúde das crianças e dos adolescentes*” e “*Promoção da saúde*”, o Subcomité notou a colaboração existente entre estas três áreas de actividade.

54. O Director Regional agradeceu aos membros do Subcomité pelos seus comentários e sugestões e garantiu que as alterações ou correcções seriam tidas em conta na revisão dos documentos. Relativamente à angariação de verbas por parte dos países, afirmou que os doadores estavam mais dispostos a financiar directamente os países. Assim, encorajou os Estados-Membros a organizar reuniões com os doadores, para mobilizar mais recursos para a saúde. Simultaneamente, incentivou os países a aumentar o nível de execução orçamental no sector da saúde, de forma a assegurar uma eficaz implementação dos programas. Salientou no entanto a necessidade de se garantir transparência e responsabilidade no uso dos fundos públicos e privados. No que respeita à utilização dos resultados da investigação para a tomada de decisões, o Director Regional concordou com o Subcomité sobre a necessidade de colaboração entre as instituições nacionais de formação e os ministérios da saúde.

### **ESTRATÉGIA REGIONAL DE VACINAÇÃO PARA O PERÍODO 2003-2005** (documento AFR/RC52/9)

55. Este documento foi apresentado pelo Dr. A. Kaboré, do Secretariado.

56. Relembrou que o plano de acção estratégico para o Programa Alargado de Vacinação (PAV), aprovado durante a Quadragésima-quinta sessão do Comité Regional, em 1995, continha orientações para o período compreendido entre 1996 e 2000. Desde essa altura, a transmissão do poliovírus selvático esteve na eminência de ser interrompido; 12 países tinham eliminado o tétano neonatal; e desde 1999 até 2001 sete países da África Austral tinham mantido o estado de controlo do sarampo.

57. O Dr. Kaboré afirmou que a Estratégia visava alcançar três objectivos principais: otimizar a prestação de serviços de vacinação sustentáveis e com qualidade; acelerar os esforços para alcançar a erradicação da poliomielite; a eliminação do tétano neonatal; e o controlo do sarampo e da febre amarela; acelerar a introdução de novas vacinas e de tecnologias apropriadas para a vacinação.

58. Ele afirmou que para que os objectivos fixados sejam atingidos, seria necessário o seguinte: reforço do empenhamento político; promoção de advocacia, comunicação e mobilização social de modo sustentável; desenvolvimento de processos de planeamento a nível nacional e distrital; criação de mecanismos de coordenação a todos os níveis para os parceiros do PAV; garantia da melhoria das capacidades e da formação a nível nacional, intermédio e periférico.

59. Finalmente, o Dr. Kaboré sublinhou a necessidade de a OMS e os outros parceiros vocacionados para a saúde e desenvolvimento colaborarem com os Estados-Membros com vista a reforçar os sistemas nacionais de vacinação e a assegurar a erradicação do poliovírus selvático, a eliminação do tétano neonatal, o controlo do sarampo e da febre amarela, e o suplemento de vitamina A. Como se afirma claramente na estratégia, seria necessário reforçar os sistemas nacionais de vigilância e as redes laboratoriais, a fim de proporcionar os dados necessários à orientação das intervenções.

60. Os membros do Subcomité consideraram que a Estratégia era relevante, pertinente, e que se fosse correctamente implementada, poderia fazer a diferença. Uma implementação bem sucedida desta estratégia dependerá da afectação de recursos adequados, em especial a nível da periferia. Alguns membros referiram a necessidade de uma certa precaução na introdução de novas vacinas, devido ao facto de muitos países sentirem dificuldades em levar a cabo PAV, incluindo o financiamento das suas Jornadas Nacionais da Vacinação (JNV). Sublinharam que a vacinação de rotina não deveria ser prejudicada.

61. Os membros do Subcomité fizeram as seguintes sugestões específicas para melhorar o documento: (a) Que ao longo de toda a versão francesa do documento, o vocábulo “*endiguer*” seja substituído por “*controler*”; (b) no parágrafo 3, a questão de «JNV sincronizadas» realizadas por alguns grupos de países deveria ser mencionada; (c) no parágrafo 7 (b), primeira frase, «*instabilidade civil*» deve ser substituída por «*crises político-sociais*»; (d) no parágrafo 8, segunda frase da versão francesa, «*ecoliens*» deve ser substituído por «*enfants en âge pré-scolaire*»; Na terceira frase, «*o financiamento inadequado é a principal barreira*» deve ser substituído por «*os inadequados financiamento e afectação de pessoal inadequados são as principais barreiras*». Deverá ser clarificado se os números citados no documento resultam de estudos ou de dados da vigilância; (e) no parágrafo 11, segunda frase, os membros formularam perguntas sobre a possibilidade de, no âmbito da Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação (GAVI), se dar apoio aos países que, apesar de terem um PIB elevado, estão a braços com sérios problemas orçamentais. Na terceira frase, deve-se substituir a palavra «*Iniciativa*» por «*Vacinação*»; (f) no parágrafo 15 (c), substituir «*todos os países*» por «*pelo menos 90% dos países*» e, no fim da frase, acrescentar «*incluindo uma disponibilização atempada e eficaz dos fundos*»; (g) no parágrafo 17, deverá ser especificado o número de países correspondente a cada categoria, para facilitar a avaliação; (h) no parágrafo 21, acrescentar dois novos sub-parágrafos: (d) «*a paz deverá ser a base para o desenvolvimento*» e (e) «*todos os países elegíveis deverão aproveitar a iniciativa HIPC (Países Pobres Fortemente Endividados) no sentido de mobilizarem fundos para o PAV e outras necessidades relacionadas com a saúde*». No parágrafo 21 (b) acrescentar «*e dos pais*» depois da palavra «*parlamento*»; (i) Foi proposto que antes do

parágrafo 23 no subtítulo o termo “intermédio” seja acrescentado após “nacional”; (j) o subtítulo que precede o parágrafo 25, remover a palavra «garantia» do título e acrescentar um sub-parágrafo (c): «prestação de apoio logístico e manutenção da cadeia de frio»; (k) no parágrafo 26, na última frase, acrescentar «e comunidades» após «profissionais da saúde»; (l) substituir o parágrafo 40 por: «A OMS providenciará apoio técnico e financeiro aos países, onde necessário, para o planeamento, implementação, monitorização e avaliação do PAV. A OMS negociará fundos GAVI para os países actualmente excluídos, apoiando também a introdução de novas vacinas».

62. O Director Regional manifestou o seu apreço pelos comentários e sugestões do Subcomité e garantiu aos membros que seriam tidos em conta nos documentos revistos. Referiu que, atendendo aos recursos afectados à luta contra a poliomielite, a sua eliminação poderia ser possível. Sublinhou que a decisão de introduzir novas vacinas caberá a cada Estado-Membro. Se solicitada, a OMS apoiará os países tanto na introdução de novas vacinas como na aceleração do PAV de rotina.

63. Em resposta à questão sobre as fontes dos dados apresentados relativamente à hepatite B e HiB, o Secretariado informou o Subcomité de que tinham sido efectuados estudos em pelo menos, 70% dos Estados-Membros e que a vigilância seria reforçada em conformidade.

64. No que respeita às verbas para a vacinação em geral e as JNV em particular, o Subcomité foi informado de que as mesmas tinham sofrido efectivamente uma redução, mas que estavam a ser desenvolvidos esforços junto da Sede da OMS e dos parceiros, para obter as verbas necessárias.

65. O Subcomité aprovou o documento com emendas e preparou um projecto de resolução sobre este assunto, que será submetido ao Comité Regional para análise e aprovação.

#### **SAÚDE E AMBIENTE: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA** (documento AFR/RC52/10)

66. O documento foi apresentado pela Sra. E. Anikpo-Ntame, do Secretariado.

67. Ela explicou que a finalidade do documento era informar os ministros da saúde sobre a resposta do Escritório Regional aos seus pedidos de ajuda para criar mecanismos

destinados a melhorar a saúde das populações na Região, fazendo face a certos determinantes ambientais que se repercutem nos indicadores da saúde.

68. A Sra. Anikpo-Ntame afirmou que a Introdução do documento fornecia uma perspectiva global da influência do ambiente sobre a saúde, a pobreza e o desenvolvimento em geral, e ainda a forma como esta estratégia poderia motivar os países a criarem políticas de saúde ambiental no contexto do sector da saúde. A análise da situação resumia o actual estado do ambiente na Região, bem como as suas implicações na saúde e no desenvolvimento. O documento descrevia igualmente três cenários para apoiar a planificação a longo prazo.

69. Foram apresentados a visão da estratégia, os seus objectivos e os princípios orientadores para elaboração das políticas desejadas. Além disso, foram identificadas algumas intervenções prioritárias capazes de tornar operacionais essas políticas, bem como o papel dos principais intervenientes.

70. Por fim, o documento especificava as etapas que deveriam orientar o Escritório Regional da OMS para garantir que os países sejam apoiados a fim de atingirem a meta pretendida com a estratégia.

71. O Subcomité reconheceu a pertinência e a relevância deste complexo assunto, que exigia uma resposta multisectorial, capaz de definir com clareza os papéis e responsabilidades de cada sector, tendo em consideração que o sector da saúde tinha um importante papel de advocacia a desempenhar. Referiu-se que era importante reconhecer que não se tratava apenas de elaborar políticas de saúde ambiental, mas mais importante ainda seria de as implementar e gerir os principais determinantes da saúde ligados ao ambiente. O Subcomité lamentou as desoladoras condições ambientais na maioria das cidades da Região, assinalando em especial a proliferação de barracas e bairros-de-lata, que são uma manifestação da crescente prevalência da pobreza e da má gestão ambiental. O Subcomité sugeriu que a estratégia desse relevo à necessidade de se melhorar os comportamentos face ao ambiente, através da educação.

72. Os membros do Subcomité sugeriram que o título da estratégia fosse emendado para *“Saúde e ambiente: Estratégia para a Região Africana”*.

73. Os membros do Subcomité apresentaram as seguintes propostas específicas para melhoria do documento: (a) no parágrafo 1 da Introdução, a segunda frase deveria ser

reformulada para ler-se: *“Os custos dos tratamentos dos recursos hídricos e o controle dos vectores tornam-se elevados devido a: excessiva propagação dos vectores das doenças; poluição das escassas fontes de água; contaminação dos solos por resíduos industriais, municipais e agrícolas contendo produtos tóxicos e perigosos; o uso generalizado de veículos muito velhos causando a poluição atmosférica e a acumulação de detritos que agrava as dificuldades já existentes do tratamento dos resíduos sólidos”*; (b) no parágrafo 6, primeira frase, acrescentar *“e implementação”* a seguir a *“desenvolvimento”*; (c) no parágrafo 8, acrescentar a febre hemorrágica por vírus Ébola como uma das doenças emergentes; (d) Reformular o parágrafo 14 de modo a incluir factores que provocam doenças emergentes, como o Ébola; (e) no parágrafo 15 (versão francesa), encontrar um substituto adequado para *“moralité”*; (f) no parágrafo 19, reformular o objectivo do seguinte modo: *“Criar e manter, até 2020, um ambiente propício à promoção da saúde e que contribua para um desenvolvimento sustentável; ao mesmo tempo, assegurar a promoção de comportamentos adequados, no que respeita à gestão do ambiente”*; (g) O sub-parágrafo 20 (a) deveria ser reformulado do seguinte modo: *“elaborem as suas próprias políticas sobre a gestão do ambiente e saúde, até 2010”*; (h) Emendar o sub-parágrafo 20 (d), para o seguinte: *“fomentem a colaboração inter e intra-sectorial, bem como parcerias”*. (i) Acrescentar um novo sub-parágrafo 20 (e): *“Promovam um comportamento compatível com a gestão ambiental”*; (j) no parágrafo 21, acrescentar um novo sub-parágrafo 21 (e) *“promoção de uma alteração comportamental no respeitante ao ambiente”*; (k) no sub-parágrafo 21 (d), substituir *“serviços do sector social”* por *“sectores sociais”* acrescentar *“e florestais”* depois de *“hídricos”*; (l) no parágrafo 22 (a), depois da palavra *“institucionais”* acrescentar *“de todos os sectores abrangidos”*; (m) na primeira frase do parágrafo 24, depois de *“ministérios da saúde”*, inserir *“em parceria com os ministérios do ambiente”*; (n) o parágrafo 25 deveria fazer referência à Cimeira Mundial sobre Ambiente e Desenvolvimento Sustentável, realizada em Joanesburgo, em 2002; (o) na primeira frase do parágrafo 3 do Resumo, depois de *“políticas”* acrescentar *“e também da gestão ambiental”*.

74. O Director Regional concordou que a relação entre a saúde e o ambiente era uma questão importante para África e que ultrapassa o âmbito do sector da saúde. Garantiu ao Subcomité que o Escritório Regional Africano criara a Divisão dos Ambientes Saudáveis e Desenvolvimento Sustentável, especificamente para dar aos Estados-Membros apoio e orientação adequados.

75. O Secretariado concordou com a alteração do título do documento para Saúde e Ambiente: uma Estratégia para a Região Africana.

76. O Subcomité foi informado de que o Escritório Regional Africano da OMS, em colaboração com o Programa das Nações Unidas para o Ambiente (UNEP), acolherá em 2003

uma conferência dos ministros da saúde e do ambiente dos países africanos, para assegurar a sinergia entre saúde e ambiente.

77. O Subcomité preparou um projecto de resolução sobre este assunto, a ser apresentado ao Comité Regional para análise e aprovação.

**IMPLEMENTAÇÃO DAS REFORMAS DO SECTOR DA SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA: REFORÇO DA FUNÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO-GERAL DO GOVERNO**  
(documento AFR/RC52/12)

78. O Dr. R. Chatora, do Secretariado, apresentou este documento.

79. Explicou que o objectivo do documento é dar orientações sobre como a implementação das reformas do sector da saúde poderia ser melhorada graças ao reforço da função de administração-geral do governo.

80. O Dr. Chatora informou que a Introdução do documento define o conceito de administração-geral. Explicou que os conceitos de administração-geral e liderança nas actuais reformas do sector de saúde apresentam uma série de semelhanças embora o conceito de administração-geral seja mais abrangente que o de liderança. Os parágrafos 4-14 descrevem a actual situação no que respeita às reformas do sector da saúde na Região. Referiu que, na realidade, apesar de se terem verificado alguns progressos na implementação das reformas do sector da saúde, o estado de saúde das pessoas na Região estava a piorar.

81. Os parágrafos 15-31 do documento propõem um quadro para reforçar a função administração-geral do governo, tendo por base três componentes, nomeadamente, a administração-geral *na* saúde, a administração-geral da saúde e a administração-geral *para* a saúde. Os papéis e responsabilidades dos parceiros, incluindo os da OMS, em várias fases de formulação, implementação, monitorização e avaliação, foram destacados nos parágrafos 32-35.

82. Na conclusão, o documento realçou a importância crítica do reforço da função de administração-geral dos governos, a fim de garantir a aceleração e a eficácia da reforma do sector da saúde. Para o efeito, os Ministros da Saúde são especificamente exortados a assumir por completo o papel de liderança e também a mobilizar todos os outros sectores, nomeadamente público, privado e sociedade civil.

83. Os membros do Subcomité felicitaram o Secretariado por ter desenvolvido uma orientação estratégica concernente ao reforço da função de administração-geral do governo para apoiar a implementação de reformas no sector da saúde, o que foi considerado pertinente e atempado.

84. Durante a discussão que se seguiu, foram feitas várias observações:

- a) A advocacia deve ser um pré-requisito para a implementação das reformas no sector da saúde;
- b) As reformas no sector de saúde devem ser efectuadas em conjunto com os outros sectores e não pelo sector da saúde de uma forma isolada ;
- c) É necessário definir claramente o conceito de administração-geral à luz da descentralização e das reformas no sector da saúde.
- d) A descentralização administrativa deverá estar aliada à descentralização de recursos;
- e) Foi expressa preocupação quanto à sustentabilidade das reformas;
- f) Os aspectos de investigação não estavam explicitamente indicados no documento;
- g) Foi manifestada preocupação relativamente aos parceiros que frequentemente usurpam a função de administração-geral dos governos;
- h) Referiu-se que era necessário evitar o uso dos termos “Estado” e “Governo” de uma forma indiscriminada no documento;
- i) A elevada rotatividade a nível dos decisores destabiliza as reformas do sistema de saúde.

85. Os membros do Subcomité efectuaram as seguintes sugestões para melhorar o documento: a) foi manifestada preocupação de que a afirmação no parágrafo 8 não reflectia os aspectos negativos das reformas, tal como identificados através de alguns estudos que

demonstraram uma deterioração na qualidade de prestação dos cuidados de saúde; b) no parágrafo 11, os membros sublinharam a importância e complexidade de algumas questões políticas como separatismo e federalismo em relação à função de administração-geral do governo; c) no parágrafo 15, linha 3, substituir “*conduzindo*” por “*coordenando*”; d) o diagrama no anexo deverá ser transferido para a página 4, de forma a fazer parte do parágrafo 18, para clarificar a relação entre a função administração-geral e as outras funções do sistema de saúde; e) no parágrafo 24, na última linha, a expressão “*operacionalização dos sistemas distritais de saúde*” usada nas versões inglesa e portuguesa deve ser esclarecida; f) no parágrafo 26, na penúltima linha, foi solicitado um esclarecimento relativamente à utilização da frase “*níveis de corrupção*” em vez da utilização apenas da palavra “*corrupção*”; g) no parágrafo 28, os membros sugeriram que poderia ser útil esclarecer quando é que o governo deveria exercer ou delegar a função de administração-geral; h) no parágrafo 32, linha 4, substituir a palavra “*sensibilizar*”, por “*envolver*”; i) no parágrafo 39, dada a natureza do documento e a orientação que fornecia, os membros consideraram que o mesmo deveria ser apresentado ao Comité Regional para que seja anotado, e não para aprovação.

86. O Director Regional exprimiu total concordância com as preocupações apresentadas pelo Subcomité, no que respeita à necessidade de inclusão da componente Investigação, para que seja dada resposta às questões relacionadas com as reformas no sector da saúde.

87. Algumas das questões às quais podia ser dada resposta incluíam a acessibilidade dos serviços de cuidados de saúde envolvendo custos elevados, especialmente à luz dos crescentes níveis de pobreza existentes na Região. Para mais, a investigação poderia contribuir para o esclarecimento do impacto negativo no sector da saúde resultante dos ajustamentos estruturais implementados desde a década de 80. O Director Regional subscreveu as opiniões expressas pelos membros, segundo as quais a descentralização sem uma atribuição adequada de recursos poderia colocar em risco o desenvolvimento do sector da Saúde.

88. O Secretariado clarificou de forma pormenorizada a utilização das expressões “*nível de corrupção*” em vez de “*corrupção*”, “*sistemas distritais de saúde*” e não apenas “*sistemas de saúde*” e explicou a implicação da função de administração-geral dos governos nos Estados federados.

89. O Subcomité endossou o documento com emendas, tendo decidido recomendar ao Comité Regional que tomasse nota do seu conteúdo.

## **POBREZA E SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA**

(documento AFR/RC52/11)

90. A Sra. E. Anikpo-Ntame, do Secretariado, apresentou o documento.

91. Referiu que o objectivo do documento era o de esclarecer os Ministros da Saúde da Região Africana quanto ao papel da saúde no desenvolvimento, bem como na redução da pobreza.

92. O documento continha informação sobre a incidência e as tendências da pobreza na Região, elucidando quanto às relações existentes entre pobreza e má-saúde. Descrevia também várias iniciativas levadas a cabo pelo sector da saúde no sentido de reduzir a pobreza.

93. A Sra. Anikpo-Ntame destacou os objectivos e os princípios orientadores da estratégia regional, bem como das intervenções propostas no âmbito do sector da saúde e fora dele. Estas incluíam, entre outras: gerar mais dados factuais sobre as relações entre o sector da saúde e os outros sectores; alargar as infra-estruturas e serviços de saúde a zonas mal servidas; reforçar os programas de vacinação existentes; reforçar os serviços de saúde ambiental; intensificar as intervenções contra as doenças relacionadas com a pobreza tais como o paludismo, o HIV/SIDA, a tuberculose e as doenças da infância.

94. O documento identificava os papéis e responsabilidades dos diversos intervenientes, incluindo a OMS, apresentava um conjunto de indicadores para monitorização e avaliação em harmonia com a política Saúde para Todos na Região Africana, e concluía reiterando as vantagens comparativas do sector da saúde na abordagem dos aspectos da redução da pobreza relacionados com a saúde.

95. O Subcomité reconheceu a pertinência e a oportunidade do tema. Os membros consideraram as ligações entre as várias estratégias apresentadas nesta reunião como um contributo crucial para a redução da pobreza. Em comparação com o passado, a impressão geral foi de que os decisores estariam agora mais sensíveis a este tema e mais conscientes da magnitude do problema da pobreza e da necessidade de uma abordagem multisectorial para o enfrentar. O Subcomité apelou a uma maior compreensão dos mecanismos de luta contra a pobreza disponíveis a nível comunitário, e recomendou o uso destes dados para formular políticas e intervenções adequadas.

96. O Subcomité reconheceu o facto de a pobreza não ser homogénea (rendimento, consumo, aspecto social) nem estar equitativamente distribuída (fosso entre ricos e pobres e grau de pobreza), daí resultando a necessidade de se conceberem intervenções adaptadas aos contextos locais. Os membros destacaram a necessidade de se criarem mecanismos para a afectação de recursos, que tenham em conta as preocupações dos pobres. Para além do contributo indirecto que o sector da saúde dá para a redução da pobreza, o que foi reconhecido, seria necessário pôr em evidência os seus contributos directos, como o facto de restaurar a capacidade de produção das populações. Tal permitirá capacitar as pessoas para desenvolverem a sua própria capacidade de lutarem contra a pobreza. Os membros do Subcomité afirmaram-se preocupados pelo facto de a globalização ter exacerbado o grau de pobreza em África, ao longo da última década.

97. Os membros do Subcomité fizeram as seguintes propostas específicas para melhorar o documento: (a) Reformular as frases 3 e 4 do parágrafo 2 da Introdução, do seguinte modo: *“Infelizmente, durante os últimos anos, o número de pobres tem aumentado continuamente, tanto nas zonas rurais como nas urbanas como testemunha a proliferação de habitações precárias, à volta dos grandes centros urbanos. Esta situação arrasta consigo o agravamento dos indicadores sociais e de saúde, nomeadamente a esperança de vida, a mortalidade infantil, a mortalidade materna e a morbilidade devido ao paludismo, tuberculose e HIV/SIDA”*; b) no parágrafo 7, acrescentar no fim da primeira frase: *“...que inclua o contributo de outros sectores”*; c) no parágrafo 11, acrescentar no fim da última frase: *“...e também realçou a necessidade de combater a vulnerabilidade das mulheres e crianças”*; (d) no parágrafo 12, reformular a primeira frase deste modo: *“No entanto, o sector da saúde, apesar de ter formulado diversas estratégias (por exemplo, Alma-Ata, Iniciativa de Bamaco), ainda não implementou intervenções concretas contra a pobreza”*; e) no sub-parágrafo 15 a), linha 4, acrescentar entre os parênteses, as palavras *“alojamento/habitação, água, saneamento...”*; f) no sub-parágrafo 16 b), linha 3, inserir *“e universal”* depois de *“sustentável”*; g) no parágrafo 18, linha 1, introduzir a ideia de participação comunitária após *“o aumento”*; na linha 2, não constante da versão francesa, substituir *“nacional”* por *“comunitário”*; h) no parágrafo 19, a) linha 2, inserir a palavra *“habitação”* depois de *“químico”*; i) no sub-parágrafo 19 b) linha 1, depois de *“dotação”* inserir *“ e utilização”*; j) no sub-parágrafo 19 c) acrescentar no fim: *“e melhorando a produção local de medicamentos tradicionais”*; k) no sub-parágrafo 19 e), linha 1, acrescentar *“tratamento de lixos”* depois de *“alimentos seguros”*; l) no sub-parágrafo 19 f), primeira linha, inserir *“incluindo comportamentos saudáveis”* depois de *“promoção da saúde”* e acrescentar *“prioritárias”* depois de *“doenças”*; m) no sub-parágrafo 19 g) acrescentar *“e outras doenças prioritárias”* depois de *“HIV/SIDA”*; n) no parágrafo 20, última linha, acrescentar *“a família”* depois de *“o indivíduo”*; o) no sub-parágrafo 22, acrescentar três novos subparágrafos: *“d) reforçar as competências técnicas dos praticantes a nível*

*da comunidade, por exemplo, parteiras tradicionais, prestadores de cuidados à comunidade; e) documentar as melhores práticas locais; p) conceber indicadores com base nos desempenhos para atrair contributos da comunidade"; q) reformular o parágrafo 25, de modo a incluir indicadores de processo e de resultados; (l) no parágrafo 27, inserir as datas da criação da Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano NEPAD e da União Africana.*

98. O Director Regional reiterou a ideia de a pobreza se encontrar na origem de todos os problemas, insistido em que todos são responsáveis por a combater. Acrescentou que a pobreza é a doença número um em África, sendo necessária uma mudança paradigmática radical, apoiada por uma visão a longo prazo, transparência e responsabilidade. Referiu que o maior desafio consiste em como implementar com sucesso todas as estratégias adoptadas. Afirmou-se preocupado por a África ser a única parte do mundo em desenvolvimento onde as previsões apontam para um aumento da pobreza. Prestou homenagem aos Chefes de Estado e de Governo africanos pela criação da NEPAD, acrescentando que a África deveria assumir a respectiva liderança.

99. O Secretariado agradeceu ao Subcomité os valiosos comentários e sugestões, que seriam integrados na revisão do documento. Foi ainda referido que as orientações estratégicas implicam uma transição de uma opção eminentemente curativa para uma abordagem mais preventiva e promocional. Contudo, quanto à questão de promoção de capacidades assim como à relativa protecção dos grupos vulneráveis, embora sejam ambas importantes, especial prioridade é concedida à promoção da capacidade dos pobres para os tornar capazes de, por si, lutar contra a pobreza.

**DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE:  
ACCELERAR A IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA NA REGIÃO AFRICANA**  
(documento AFR/RC52/13)

100. O Dr. R. Chatora, do Secretariado, apresentou este documento.

101. Informou o Subcomité de que o documento foi elaborado para responder às preocupações expressas pelos Estados-Membros durante a Quinquagésima-primeira sessão do Comité Regional. Forneceu orientações e centrou-se nas acções prioritárias susceptíveis de conduzir a modificações reais e positivas no desenvolvimento dos recursos humanos para a Saúde na Região.

102. O Dr. Chatora afirmou que os parágrafos 1-5 da Introdução salientavam a importância dos recursos humanos nos sistemas de saúde, bem como algumas resoluções importantes aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e a Resolução AFR/RC48/R3, aprovada pelo Comité Regional em 1998.

103. A análise situacional contida nos parágrafos 6-14 descreve o estado de implementação da estratégia regional e o seu impacto nos recursos humanos para a saúde na Região. Reconhece o facto de estar a ser prestada maior atenção à componente Formação do que a quaisquer outros assuntos, tais como a falta de abordagens estratégicas para as políticas e planos de recursos humanos para a saúde, a migração, a crescente falta de profissionais de saúde qualificados, e o fosso entre a formação teórica e o exercício dos profissionais de saúde.

104. Os parágrafos 14-34 apresentam os princípios orientadores e as acções prioritárias para acelerar a implementação da estratégia. As acções prioritárias incluem: planeamento e formulação de políticas de recursos humanos; educação, formação e desenvolvimento de capacidades; gestão dos recursos humanos; gestão da migração dos profissionais de saúde qualificados; advocacia e afectação de recursos.

105. Os parágrafos 35-39 especificam os papéis e responsabilidades dos vários parceiros, incluindo a OMS, para assegurar o sucesso da implementação, monitorização e avaliação de acções prioritárias. Na conclusão, o documento sublinha a necessidade dos países traduzirem as acções prioritárias em planos operacionais realistas.

106. Os membros do Subcomité expressaram satisfação pela relevância e coerência do documento. Salientaram a importância do desenvolvimento de recursos humanos para a saúde na Região, um tema discutido em sessões anteriores do Comité Regional, na reunião conjunta dos parceiros realizada em Adis Abeba, em Janeiro de 2002, e na Cimeira da União Africana, em Julho de 2002. Apesar de terem sido elaboradas muitas propostas, não se realizaram grandes progressos no que respeita à sua implementação. O compromisso dos governos não se traduziu em acções concretas.

107. O Subcomité considerou que as políticas e os planos de recursos humanos para a saúde deverão estar em conformidade com as políticas e planos nacionais de saúde, que por sua vez respondem às necessidades identificadas pelos planos nacionais de desenvolvimento. Foi salientada a falta das competências necessárias na área da gestão dos sistemas de saúde, nomeadamente em matéria de elaboração e de gestão das políticas de

recursos humanos. Assim, os membros do Subcomité recomendaram que se prestasse especial atenção à formação nesta área. Destacaram a importância de os países se apropriarem das acções do desenvolvimento de recursos humanos, que passa pela atribuição de uma linha orçamental, em vez de dependerem exclusivamente dos recursos externos. Tendo em conta os actuais níveis de fuga de quadros, os membros sublinharam a necessidade de, a nível nacional se desenvolver as capacidades institucionais, para formação, garantir o recrutamento, a retenção e a motivação dos profissionais, assim como assegurar a gestão adequada dos recursos humanos.

108. Os membros do Subcomité propuseram as seguintes alterações para melhorar o documento: a) No parágrafo 4 da Introdução, linha 2, sugeriu-se acrescentar *“e não foi iniciada ao mesmo tempo”*, a seguir a *“tem sido lenta”* e substituir *“com”* por *“tendo”*, b) no parágrafo 16 a penúltima frase deverá ler-se do seguinte modo: *“As acções propostas são: planeamento e a formulação de políticas de recursos humanos; educação ... mobilização de recursos”*, c) o subtítulo antes do parágrafo 17 deverá ser alterado para *“Formulação de políticas e planos de recursos humanos”*; d) no parágrafo 17 linha 5, substituir *“elaborar”* por *“formular e aplicar”*; e) no parágrafo 23, na última frase, substituir a palavra *“centros”* por *“mecanismos”*; f) no parágrafo 27, primeira linha, substituir *“com especial atenção para os prestadores de cuidados de saúde de nível médio”*, por *“para os prestadores de cuidados de saúde a todos os níveis”*; g) o Secretariado deverá reformular o parágrafo 32 e a segunda frase do parágrafo 34, para reflectir os comentários e sugestões efectuados pelos membros; h) no parágrafo 4 da versão francesa, apagar a última frase; i) no parágrafo 3 do resumo, linha 2, deverá acrescentar-se *“tanto em termos de quantidade como de qualidade”*, a seguir a *“frágeis recursos humanos para a saúde”*.

109. O Director Regional agradeceu aos membros do Subcomité pela pertinência dos seus comentários. Lamentou porém o facto de que desde as sessões do Comité Regional de 1996 se levantarem as mesmas questões sem que se tenham realizado progressos substanciais. Fez notar aos membros do Subcomité que estes tinham que recordar às autoridades nacionais que, sem recursos humanos, não seria possível efectuar grandes progressos no sector da saúde. Realçou ainda que as soluções estão disponíveis, mas, para que a situação melhore, é necessária uma acção mais eficaz por parte das autoridades.

110. Em resposta às questões colocadas pelos membros o Secretariado forneceu esclarecimentos e garantiu que as alterações seriam incorporadas no documento revisto.

111. O Subcomité elaborou um projecto de resolução a apresentar ao Comité Regional para análise e adopção.

#### **APROVAÇÃO DO RELATORIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA**

(documento AFR/RC52/8)

112. Após análise do documento, discussão e algumas emendas, o Subcomité do Programa aprovou o seu relatório.

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

113. O Subcomité do Programa decidiu que o seu Presidente e os Relatores apresentariam o Relatório ao Comité Regional e que, se qualquer dos Relatores estivesse impossibilitado de participar no Comité Regional, o Presidente apresentaria a respectiva secção do Relatório.

114. As responsabilidades para apresentação do relatório ao Comité Regional foram atribuídas do seguinte modo:

- a) Orçamento-Programa da OMS para 2004-2005 (documento AFR/RC52/ 3)  
Professora Janne Diarra-Nama, Presidente do Subcomité do Programa
- b) Estratégia regional para a vacinação para o período de 2003-2005  
(documento AFR/RC52/9)  
Professora Janne Diarra-Nama, Presidente do Subcomité do Programa
- c) Saúde e ambiente: Estratégia para a Região Africana  
(documento AFR/RC52/10)  
Dr. Ghermai Tesfa Sellasei, Relator
- d) Pobreza e Saúde: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC52/11)  
Dr. Ghermai Tesfa Sellasei, Relator
- e) Implementação das reformas do sector da saúde na Região Africana: Reforço da função da administração-geral do governo (documento AFR/RC52/12)  
Dr. André Enzanza, Relator

- f) Desenvolvimento de recursos humanos para a saúde: Acelerar a implementação da estratégia regional para a Região Africana (documento AFR/RC52/13)  
Dr. André Enzanza, Relator

## ENCERRAMENTO DA SESSÃO

115. A Professora Jeanne Diarra-Nama expressou o seu profundo apreço por ter sido eleita Presidente da sessão e agradeceu aos membros do Subcomité por terem facilitado o seu trabalho. Notou, com satisfação, que a tarefa do Subcomité tinha sido levada a cabo com êxito. No entanto, lamentou a ausência de mais mulheres no Subcomité.

116. A Presidente informou que o mandato de Cabo Verde, Chade, República Centrafricana, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, como membros do Subcomité, cessava com a presente sessão. Agradeceu-lhes pelo respectivo contributo para os trabalhos, tendo informado que seriam substituídos pelo Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto e Libéria.

117. O Director Regional agradeceu aos membros do Subcomité pelo seu trabalho exemplar e felicitou o Presidente pela excelente forma como dirigiu os trabalhos da sessão. Exortou os membros do Subcomité a envidarem esforços no sentido de garantir que mais mulheres sejam designadas para representantes do Subcomité pelos Ministérios da Saúde. Acrescentou que mais de 52% da população africana são mulheres e que as mesmas deveriam fazer parte do processo de tomada de decisões para o processo de desenvolvimento de África.

118. O Director Regional expressou o seu apreço ao Presidente da República do Congo pelos esforços envidados para apoiar as actividades do Escritório Regional em Brazzaville. Esclareceu uma vez mais que a Fase III de Segurança no Congo foi decidida pelo Sistema das Nações Unidas em Nova Iorque, tendo realçado que a OMS, enquanto agência especializada do sistema, tinha de respeitar essa decisão. O Dr. Samba declarou ainda que, dado que o Orçamento para 2004-2005 tinha de ser discutido e aprovado num dado período para permitir a sua implementação, tinha-se decidido encontrar um outro local para a sessão do Comité Regional.

119. Exprimiu os seus sinceros agradecimentos ao Presidente e ao Governo do Zimbabwe por terem aceite acolher a sessão do Comité em Harare, apesar de terem sido informados com pouca antecedência.

120. O Director Regional agradeceu ao Secretariado e aos intérpretes pelo seu excelente trabalho.

121. A Presidente declarou em seguida a sessão encerrada.

LISTA DOS PARTICIPANTES

1. ESTADOS-MEMBROS DO  
SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

**CABO VERDE\***

**REPÚBLICA CENTRAFRICANA**

Dr. Gilbert Nzil'Koue-Dimanche  
Directeur Général de la Santé Publique

**CHADE**

Monsieur Mahamat Adjid Oumar  
Directeur de la Planification et de la  
Formation  
Ministère de la Santé Publique  
B.P. 674 N'Djamena  
Tel. 51 58 17 Fax: 51 86 42

**COMORES**

Dr. Ahamada Msa Mliva  
Directeur Général de la Santé

**REPÚBLICA DO CONGO**

Dr. André Enzanza  
Conseiller à la Santé du  
Ministre de la Santé et de la Population  
B.P. 461  
Brazzaville

**REPÚBLICA DEMOCRÁTICA  
DO CONGO**

Dr. Miaka Mia Bilenge  
Secrétaire Général  
Ministère de la Santé  
Kinshasa

**CÔTE D'IVOIRE**

Prof. Jeanne Diarra-Nama  
Directeur de l'Institut National  
de Santé Publique  
B.P. V47 Abidjan  
Tel. (225) 30 22 42 86

**GUINÉ EQUATORIAL**

Dr. Salvador Abia Nseng  
Directeur de la Santé  
publique et de la Planification

**ERITREIA**

Dr. Ghermai Tesfa Sellasie  
Head of International Cooperation Office  
Ministry of Health  
P.O. Box 212  
Asmara  
Fax: 291-1-122899

---

\*Não pôde participar

## ETIÓPIA

Dr. Girma Azene Chere  
Head, Department of  
Planning & Programming  
Federal Ministry of Health  
P.O. Box 1234, Addis Abeba  
Tel: (+251-1) 50 43 65, Fax: (+251-1) 51 26 91  
E-mail: [moh@telecom.net.et](mailto:moh@telecom.net.et).  
Etiopy

Dr. Girma Azene Chere  
Health, Department of Planning and  
Programming  
Federal Ministry of Health  
P.O. Box 1234  
Addis Abeba  
Ethiopia  
Tel: (+251-1) 50 43 65 Fax: (+251-1) 51 26 91  
E-mail: [mon@telecom.net.et](mailto:mon@telecom.net.et).

## GABÃO

Prof. Pierre-André Kombila-Koumba  
Directeur Général de la Santé  
B.P. 861, Libreville  
Tel: (241) 704896 - (241) 268282  
Gabon

Dr. Momo Camara  
Secrétaire général du  
Ministère de la Santé  
B.P. 585  
Guiné

## GÂMBIA

Dr. Omar Sam  
Director of Health Services  
Department of State of Health  
The Ouadrangle  
Banjul

### 2. MEMBROS DO CONSELHO EXECUTIVO

Dr. Zemui Alemu  
Director, Primary Health Care  
Eritreia

### 3. COMISSÃO CONSULTIVA AFRICANA PARA A INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE (CCAIDS)

Dr Mohamed Abdullah  
Vice Presidente  
c/o WR, Quénia  
Nairobi

ORDEM DO DIA

1. Abertura da sessão
2. Eleição do Presidente, Vice Presidente e Relatores
3. Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC52/7)
4. Orçamento-Programa da OMS para 2004-2005 (documento AFR/RC52/3)
5. Estratégia regional sobre a vacinação para o período de 2003-2005 (documento AFR/RC52/9)
6. Saúde e ambiente: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC52/10)
7. Implementação das reformas do sector da saúde na Região Africana: Reforço da função de administração geral do governo (documento AFR/RC52/12)
8. Pobreza e saúde: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC52/11)
9. Desenvolvimento de recursos humanos para a saúde: Acelerar a implementação da Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC52/13)
10. Aprovação do relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC52/8)
11. Apresentação do Relatório do Subcomité do Programa ao Comité Regional
  - Atribuição de responsabilidades
12. Encerramento da sessão

## APÊNDICE 3

### PROGRAMA DE TRABALHO

1º DIA:

TERÇA-FEIRA, 1 DE OUTUBRO DE 2002

#### *1ª Sessão*

10h00-10h10	<b>Ponto 1:</b>	Abertura da sessão
10h10-10h20	<b>Ponto 2:</b>	Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relatores
10h20-10h30	<b>Ponto 3:</b>	Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC52/7)
10h30-11h00	<b>Intervalo</b>	
11h00-12h30	<b>Ponto 5</b>	Estratégia regional sobre a vacinação para o período 2003-2005 (documento AFR/RC52/9)
12h30-14h00	<b>Almoço</b>	

#### *2ª Sessão*

14h00-15h30	<b>Ponto 6</b>	Saúde e ambiente: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC52/10)
15h30-16h00	<b>Intervalo</b>	
16h00-17h00	<b>Ponto 7</b>	Implementação das reformas do sector da saúde na Região Africana: Reforço da função da administração geral do governo (documento AFR/RC52/12)

**2º DIA: QUARTA-FEIRA, 2 DE OUTUBRO DE 2002**

*3ª Sessão*

09h00-10h30	<b>Ponto 7:</b>	(Continuação)
10h30-11h00	<b>Intervalo</b>	
11h00-12h30	<b>Ponto 8</b>	Pobreza e saúde : Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC52/11)
12h30-14h00	<b>Almoço</b>	

*4ª Sessão*

14h00-15h00	<b>Ponto 8:</b>	(Continuação)
5h00-15h30	<b>Intervalo</b>	
15h30-17h00	<b>Ponto 9</b>	Desenvolvimento de recursos humanos para a saúde: Acelerar a implementação da Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC52/13)

**3º DIA: QUINTA-FEIRA, 3 DE OUTUBRO DE 2002**

*5ª Sessão*

09h00-10h30	<b>Ponto 4:</b>	Execução do Orçamento-Programa para a Região Africana 2004-2005 (documento AFR/RC52/3)
10h30-11h00	<b>Intervalo</b>	

*Apêndice 3*

11h00-12h30	<b>Ponto 4</b>	(Continuação)
12h30-14h00	<b>Almoço</b>	

*6ª Sessão*

14h00-15h00	<b>Ponto 4</b>	(Continuação)
-------------	----------------	---------------

15h00-15h30	<b>Intervalo</b>
15h30-17h00	<b>Ponto 4</b> (Continuação)
18h30-	<b>Recepção</b>

**4º DIA: SEXTA-FEIRA, 4 DE OUTUBRO DE 2002**

**7ª Sessão**

07h00-11h00	<b>Trabalho do Secretariado</b>
11h00	<b>Distribuição do Relatório provisório</b>

**8ª sessão**

15h30h-	<b>Ponto 10, 11 e 12 da Ordem do Dia</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adopção do relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC52/8)</li> <li>• Repartição das responsabilidades para a apresentação do relatório do Subcomité do Programa</li> <li>• Encerramento da sessão</li> </ul>

## RELATÓRIO DA MESA REDONDA 1

### Resposta do sector da saúde à dupla epidemia da tuberculose e do HIV/SIDA

#### INTRODUÇÃO

1. A discussão da Mesa-Redonda sobre a *Resposta do sector da saúde à dupla epidemia da tuberculose e do HIV/SIDA* realizou-se a 11 de Outubro de 2002. O objectivo da Mesa-Redonda era identificar as acções-chave necessárias tanto a nível regional como dos países, por forma a melhorar e acelerar a resposta do sector da saúde à dupla epidemia. A Mesa-Redonda foi presidida pelo Dr. David Parirenyatwa, Ministro da Saúde e Bem-Estar da Criança do Zimbabwe, teve como Facilitador o Professor Ahmed Latif, do Zimbabwe e participaram na discussão cerca de 80 delegados.

#### PONTOS DE DISCUSSÃO

2. A Mesa-Redonda deliberou sobre os seguintes assuntos:
- a) Aumentar o acesso aos medicamentos e à terapia antiretroviral de elevada eficácia (HAART), para o tratamento das infecções oportunistas e da tuberculose;
  - b) Melhorar a capacidade, em termos de recursos humanos, de implementação das intervenções para controlar a dupla epidemia da Tuberculose/HIV.
  - c) Reduzir o estigma e a discriminação associados à tuberculose e ao HIV/SIDA.
  - d) Elaborar políticas-chave e programas de acção, que permitam uma abordagem coordenada a esta dupla epidemia.

#### Questões levantadas

3. *Melhorar o acesso aos medicamentos e ao HAART para o controlo da tuberculose, do HIV/SIDA e das infecções oportunistas.*
- a) São necessários mais recursos financeiros para o controlo da tuberculose e do HIV/SIDA, para além dos já disponibilizados pelo Fundo Mundial. Deverão ser empreendidas formas inovadoras de mobilização de recursos, por forma a ajudar a complementar os já existentes;
  - b) Como forma de melhorar o acesso aos medicamentos, deve-se explorar a possibilidade da sua aquisição ao nível regional. Sobre este tema, a Mesa-Redonda reconheceu os esforços realizados pela Comunidade para o Desenvolvimento dos Países da África Austral (SADC) e a Comunidade

Económica dos Estados Oeste-Africanos (ECOWAS), para que se efectue a aquisição de medicamentos, incluindo antiretrovirais em grandes quantidades;

- c) A problemática do acesso aos medicamentos deve ser associada aos serviços de diagnóstico e de acompanhamento;
- d) A descentralização dos cuidados como forma de aproximar os serviços das comunidades, é importante para garantir o acesso destas aos medicamentos;
- e) A fim de melhorar o acesso geográfico aos medicamentos, deve encorajar-se a produção local dos mesmos.

4. *Melhoria da capacidade dos recursos humanos na aplicação de intervenções para controlar a dupla epidemia da tuberculose e do HIV/SIDA.*

- a) Reconheceu-se a necessidade de aumentar a formação do pessoal para o aconselhamento e teste voluntários (VCT);
- b) A fim de apoiar os serviços de aconselhamento, cuidados domiciliários e tratamento da tuberculose e HIV/SIDA, deve ser dada formação de diferentes níveis aos diferentes quadros;
- c) Deve adoptar-se uma abordagem holística da formação, por forma a assegurar de que tanto a tuberculose como o HIV/SIDA sejam considerados;
- d) É necessário rever a questão das enfermeiras e outros quadros inferiores, que em alguns países tinham sido suspensos, sem negligenciar a existência de oportunidades de formação para esses quadros;
- e) Deve ter-se em consideração a utilização de conselheiros não-especializados e de pessoal não ligado ao laboratório, na prestação dos serviços de VCT;
- f) A formação de conselheiros deve ser institucionalizada;
- g) Uma estratégia de mercado que estimula, aprecia e valoriza o pessoal, deve ser explorada, como forma de retenção.

5. *Redução do estigma e da discriminação associados à Tuberculose e ao HIV/SIDA*

- a) É necessária uma estratégia de comunicação vocacionada para a alteração de comportamentos, relativamente às atitudes negativas para com as pessoas que vivem com o HIV/SIDA (PLWHA) e aqueles que sofrem de tuberculose;
- b) Um grande envolvimento por parte da comunidade pode desmistificar o HIV/SIDA;

- c) Poderá ser necessário mobilizar os líderes religiosos e outros membros da comunidade de forma a abordar a problemática do estigma e da discriminação;
- d) É necessário desenvolver uma estratégia de comunicação, de forma a enfatizar a acção da comunidade no controlo do HIV/SIDA.

6. *Políticas-chave e programas de acção para uma abordagem coordenada da dupla epidemia da Tuberculose e do HIV/SIDA*

- a) Os Estados-Membros devem considerar diferentes opções para a melhoria da acessibilidade aos medicamentos, incluindo o tratamento gratuito e o pagamento, quando este é possível;
- b) Os aspectos nutricionais, incluindo os micronutrientes, devem constar dos programas de tratamento e da prestação de cuidados da tuberculose e do HIV/SIDA;
- c) A capacidade laboratorial deve ser reforçada de forma a incluir a monitorização da resistência aos medicamentos;
- d) Os países devem acelerar a implementação das resoluções aprovadas pelos Chefes de Estado e de Governo Africanos sobre o levantamento dos impostos e das taxas, e rever os regulamentos tarifários dos medicamentos e bens essenciais de luta contra a tuberculose e o HIV/SIDA;
- e) É necessário rever e harmonizar os regulamentos referentes aos Direitos Internacionais da Propriedade Comercial (TRIPS) e temas relacionados;
- f) Para uma prestação de serviços coordenada e integrada contra a tuberculose e o HIV/SIDA, a advocacia deve ser realizada ao mais alto nível;
- g) Devem ser desenvolvidos mecanismos para partilha de informação e das melhores práticas, por parte dos países onde os programas integrados de tuberculose e HIV, estejam em implementação.
- h) Os países devem coordenar a acção das ONG e do governo no que respeita ao planeamento e à implementação das intervenções contra a tuberculose e o HIV.

## **RECOMENDAÇÕES**

7. *Para os Estados-Membros:*

- a) Adoptar uma abordagem coordenada e integrada no controlo da dupla epidemia da Tuberculose e do HIV;

- b) Formar os profissionais da saúde para que estes utilizem abordagens inovadoras e melhorem a sua capacidade de prestação de serviços a nível da tuberculose e do HIV;
- c) Rever as leis das patentes e do comércio, de forma a facilitar tanto a importação como a produção local de medicamentos genéricos;
- d) Descentralizar os programas de prevenção e de cuidados a nível dos distritos e da comunidade.

8. *Para a OMS:*

- a) Desenvolver uma estratégia regional e orientações sobre o controlo conjunto da tuberculose e do HIV/SIDA e difundi-la a todos Estados-Membros;
- b) Facilitar uma abordagem regional à produção local de medicamentos e bens essenciais;
- c) Continuar a fornecer apoio técnico para a implementação das actividades referentes à tuberculose e ao HIV/SIDA.

## **CONCLUSÃO**

9. A Mesa-Redonda reconheceu a importância da dupla epidemia da tuberculose e do HIV/SIDA, e a necessidade urgente de se empreenderem as acções apropriadas. Acordou também sobre a importância da prevenção para o controlo desta dupla epidemia.

## RELATÓRIO DA MESA-REDONDA 2

### Controlar as doenças cardiovasculares através da redução dos factores de risco

#### INTRODUÇÃO

1. A Mesa-Redonda subordinada ao tema *Controlar as doenças cardiovasculares através da redução dos factores de risco*, foi co-presidida pela Dra. Amina Ndalolo, Ministra de Estado para a Saúde da Nigéria e pela Dra. Céline Seignon-Kandissounon, Ministra da Saúde do Benim. A Mesa-Redonda teve como moderador o Dr. Hipolyte Agboton, Professor de Cardiologia do Benim. Foram eleitos três relatores: Dr. Garba Idris (Nigéria), Dr. Alexandre Manguela (Moçambique) e o Professor Mohamed Lamine Ba (Mauritânia). Interviram activamente na discussão cerca de 50 participantes (muitos dos quais ministros da saúde). Depois de uma breve apresentação por parte do Secretariado e da Dra. Amina Ndalolo, foi realizada uma apresentação pelo Moderador.

#### PONTOS DE DISCUSSÃO

2. *Como reforçar as capacidades dos Ministérios da saúde, de forma a permitir-lhes desempenhar a função de administração geral numa abordagem multisectorial da redução dos factores de risco das doenças cardiovasculares (DCV)?*

3. Os participantes acordaram nas seguintes recomendações:

- a) Deveria criar-se no seio dos ministérios da saúde uma unidade, departamento ou divisão para a prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis (DNT);
- b) As políticas e planos de acção nacionais para a vigilância, prevenção e controlo das DNT em geral, e as DCV em particular, devem ser formulados e implementados, tendo em especial atenção a redução dos factores de risco;
- c) Uma abordagem multisectorial para prevenção das DCV, deve envolver outros sectores, com os Ministérios da saúde a desempenharem um papel de liderança;
- d) A formação dos profissionais da saúde, sobre a prevenção das DCV, deve ser realizada de forma contínua;
- e) São necessárias medidas legislativas e reguladoras, onde se incluem os impostos, para a redução do consumo do álcool e do tabaco e para o financiamento dos programas de luta contra as DCV.

- f) As actividades de informação, educação e comunicação (IEC), deverão centrar-se nas comunidades, para que estas adoptem estilos de vida saudáveis.
4. *Como obter dados mais fidedignos sobre os factores de risco das DCV na Região e como tirar partido da abordagem passo-a-passo da OMS (STEPS), para a vigilância das DNT ?*
5. Após a discussão, os delegados acordaram sobre os seguintes pontos:
- a) Os Estados-Membros devem organizar periodicamente inquéritos nacionais, utilizando instrumentos, tais como a abordagem passo-a-passo da OMS (STEPS), que forneçam um método de vigilância sequencial, flexível e com uma boa relação custo-eficácia.
  - b) A OMS deve ainda desenvolver e disseminar um *software* e orientações padronizados, para a obtenção e gestão de dados;
  - c) Os Estados-Membros devem criar uma cultura institucional de verificação e notificação sistemáticas dos factores de risco das DCV, em todas as instituições de saúde;
  - d) A OMS deve prestar assistência aos Estados-Membros na melhoria das capacidades nacionais, de colheita e gestão de dados relativos aos programas das DNT;
  - e) Os Governos devem encorajar a investigação operacional no que respeita à incidência dos factores de risco e as DCV nas comunidades;
  - f) Os sistemas de vigilância das DNT devem ser integrados nos sistemas de vigilância existentes para as doenças transmissíveis.
6. *Como garantir a existência de instituições de saúde, bem como de profissionais de saúde e de médicos em número suficiente, para ultrapassar os desafios colocados pelos factores de risco das DNT e das DCV?*
7. As principais recomendações das Mesas-Redondas sobre este tema, foram:
- a) Os governos devem comprometer-se a criar orientações apropriadas e a integrar serviços de DCV nos serviços de saúde existentes;
  - b) Os governos devem melhorar o funcionamento das instituições de saúde e as competências dos profissionais de saúde no que respeita à avaliação e à gestão dos factores de risco;
  - c) Os medicamentos devem ser disponibilizados nas instituições de saúde, para todos aqueles que deles necessitam;

- d) É necessária a cooperação e a colaboração interpaíses, para a gestão das DCV e da cardiopatia reumática;
- e) Os Estados-Membros devem garantir a disponibilidade dos equipamentos mínimos para a avaliação dos factores de risco das DCV ao nível dos cuidados primários de saúde;
- f) Deve melhorar-se o acesso e a igualdade dos cuidados de saúde, através da criação de mecanismos de seguros de saúde;
- g) O diálogo e a comunicação sistemáticos entre os especialistas e outros profissionais de saúde, deverão ser melhorados.

8. *Como garantir uma afectação ou reafectação apropriada de recursos para a redução dos factores de risco das DCV?*

9. Cada país deve criar uma linha de orçamentação para as DNT que seja o reflexo da magnitude do problema, permitindo o respectivo controlo.

10. *Como garantir a implementação e o reforço dos programas nacionais para a prevenção e luta contra a febre reumática e a cardiopatia reumática?*

11. Para além de algumas propostas efectuadas anteriormente, os participantes acordaram sobre o seguinte:

- a) A febre reumática é uma doença infecciosa fortemente relacionada com a pobreza, requerendo assim, uma atenção e recursos semelhantes aos de outras doenças relacionadas com a pobreza, (por exemplo, através da iniciativa a favor dos Países Pobres Fortemente Endividados);
- b) A detecção e gestão precoces (envolvendo os pais, professores e profissionais de saúde), da infecção estreptocócica e das suas complicações, são necessárias para todas as crianças em idade escolar e pré-escolar.

## **CONCLUSÃO**

12. Foi reconhecida a relação existente entre a crescente incidência das doenças cardiovasculares e os estilos de vida não-saudáveis. O potencial para fazer diminuir as tendências actuais através da redução dos factores de risco, foi enfatizada como uma abordagem exequível e com uma boa relação custo-eficácia. As actuais tendências requerem uma melhor e maior alocação de recursos.

## RELATÓRIO DA MESA-REDONDA 3

### Financiamento da saúde

#### INTRODUÇÃO

1. A Mesa-Redonda sobre o financiamento da saúde, que contou com a participação de 80 delegados, teve lugar a 11 de Outubro de 2002, sob a Presidência e a Vice-Presidência de Sua Excelência, o Sr. Maina Touka Sahawaye, Ministro da Saúde do Chade, e do Prof. Julius Meme, Chefe da delegação do Quênia, respectivamente.

#### DISCUSSÃO

2. Após a apresentação do tema pelo Dr. Chatora, Director da Divisão dos Serviços e Sistemas de Saúde do Escritório Regional Africano da OMS, o Presidente contextualizou e enquadrou o debate sobre o financiamento da saúde em África, assim como os grandes desafios com os quais o Continente Africano está confrontado, e que fazem desse financiamento uma questão de grande actualidade. A esta apresentação seguiu-se uma intervenção dos moderadores da sessão, que prestaram de seguida esclarecimentos sobre o documento informativo que tinha sido distribuído aos participantes, mais especificamente sobre as seguintes questões:

- a) Como poderá a Região gerar dados fiáveis sobre o financiamento da saúde?
- b) Existe um montante mínimo a ser gasto anualmente com a saúde nos países da Região?
- c) Como podem os Estados-Membros assegurar um financiamento equitativo da saúde, continuando ao mesmo tempo a aumentar a mobilização de recursos adicionais?
- d) Como conceber mecanismos de isenção, por forma a melhorar o acesso dos pobres aos serviços de saúde?
- e) Como minimizar os pagamentos directos e otimizar os sistemas de pré-pagamento?
- f) Como melhorar a eficiência e eficácia dos fundos provenientes dos doadores?
- g) Quais foram as alterações institucionais empreendidas pelos países, para melhorar a equidade e a eficácia na atribuição e utilização dos fundos disponíveis?

3. Em resposta a estas questões, os delegados lembraram as experiências dos seus países e salientaram os resultados obtidos ao longo destes últimos anos.

4. Vários delegados sublinharam a escassez de dados sobre o financiamento da saúde, bem como a falta de fiabilidade dos dados fornecidos pelas agências internacionais. Alguns países prepararam ou estavam em vias de preparar as suas contas nacionais da saúde, enquanto outros efectuaram a revisão das suas despesas públicas. Os dados recolhidos foram utilizados para auxiliar o processo de tomada de decisão.

5. Relativamente à questão de saber qual o montante mínimo a gastar com a saúde, os delegados consideraram que este depende da situação específica de cada país e deverá ter em linha de conta situações como o fardo da morbilidade, a existência de potenciais recursos e a capacidade para os mobilizar.

6. No que respeita à existência de mecanismos de isenção para os pobres, os delegados afirmaram-se convencidos de que a criação de um sistema de gratuidade no contexto actual dos países não era realista e que, de qualquer modo, os custos deveriam ser suportados por alguém. Evocaram também as dificuldades para identificar quem são os pobres, de forma a melhor direccionar as intervenções. Entre as várias experiências reportadas, figuram a implementação de programas destinados a cuidar dos mais pobres, pelas colectividades locais, e a criação de sistemas de isenção específicos vocacionados para determinadas doenças e para prestações específicas dirigidas a determinados grupos vulneráveis.

7. Relativamente à maximização da utilização dos fundos provenientes dos financiadores e dos doadores do sector da saúde, foram reportadas experiências interessantes, tais como a aplicação de fundos comuns no âmbito das abordagens sectoriais. No entanto, em inúmeros casos, os parceiros do desenvolvimento sanitário deparam-se com dificuldades para verem as suas intervenções colocadas entre as prioridades nacionais e para cumprirem com as exigências das políticas nacionais. Os delegados mencionaram igualmente a questão das doações de equipamentos inadequados que ocasionam custos recorrentes muito elevados.

8. No que respeita à aplicação de esquemas que permitem reduzir os pagamentos directos, os participantes na mesa-redonda afirmaram-se preocupados com os efeitos dos sistemas de cobrança dos custos, que por vezes originam uma diminuição da utilização dos serviços de saúde. No entanto, para muitos países, tais sistemas constituem um meio de complementar ou de suplementar os recursos públicos que foram diminuindo ao longo destes últimos anos.

9. Os participantes exprimiram ainda a sua preocupação a propósito da aplicação de mecanismos de seguros sociais e de segurança social, e do aumento da prática dos seguros de saúde. Afirmaram-se também conscientes da complexidade desta actividade e da necessidade de solicitar os apoios necessários para empreender as reformas devidas.

10. No quadro da melhoria da igualdade e da eficácia no que respeita à dotação e utilização de recursos financeiros, os delegados disseram-se preocupados com a lentidão da aplicação dos orçamentos do Estado e o fosso existente entre os fundos orçamentados e os fundos atribuídos. Sublinharam a necessidade de melhor orientar as despesas efectuadas a favor dos grupos vulneráveis, maximizar a utilização de fundos, escolhendo intervenções com boa relação custo-eficácia e que sejam acessíveis às populações que vivem nas zonas periféricas. Relativamente a estas abordagens, sugeriram a celebração de acordos contratuais com o sector privado e as ONG, por forma a permitir a prestação de determinados serviços.

## LIÇÕES APRENDIDAS

11. Na maioria dos países, o Estado constitui o principal financiador da saúde, graças aos impostos e às taxas cobrados.

12. A participação das comunidades no financiamento, promovida no quadro da Iniciativa de Bamaco, permitiu mobilizar recursos substanciais para o financiamento da saúde. No entanto, a pobreza generalizada limita as possibilidades de contribuição deste grupo populacional, tornando indispensável uma reflexão sobre as formas de melhorar essa contribuição.

13. Os países têm necessidade de melhor compreenderem o processo de financiamento, para poderem efectuar a planificação orçamental e a utilização racional dos fundos.

14. A forte prevalência da pobreza e o aumento de doenças tais como o HIV/SIDA, são factores importantes que influenciam o nível de financiamento.

15. As inúmeras iniciativas sanitárias promovidas ao longo dos últimos anos não foram suficientemente exploradas, apesar de permitirem a mobilização de importantes recursos para o financiamento de acções no domínio da saúde.

## RECOMENDAÇÕES

### **A mesa-redonda recomendou**

16. *Aos Estados-Membros:*

- a) Prestem uma atenção especial à produção de dados sobre o financiamento da saúde, recorrendo, se possível, a equipas multidisciplinares;
- b) Tirem o máximo partido das novas iniciativas (tais como HIPC, GAVI, Fundo Mundial de luta contra a SIDA, tuberculose e paludismo, etc) e mobilizem o máximo de recursos para financiar as acções a favor dos mais carenciados;
- c) Considerem a utilização de mecanismos de financiamento comuns, no quadro das abordagens sectoriais, como forma de melhorar o financiamento do sector, recorrendo ao mesmo tempo às capacidades nacionais existentes para mobilizar e administrar esses fundos a favor dos grupos vulneráveis e dos serviços de saúde periféricos (distritos sanitários);

- d) Implementem mecanismos de monitorização do financiamento da saúde, com indicadores apropriados, incluindo as Contas Nacionais da Saúde;
- e) Empreendam estudos com vista a obter uma categorização dos pobres e dos mais desfavorecidos, por forma a melhor direccionar as intervenções.

17. À OMS:

- a) Forneça apoio para facilitar o processo de concepção, aplicação e avaliação dos sistemas de seguros sociais e de segurança social, e que elabore guias apropriados para o efeito;
- b) Organize, o mais cedo possível, uma reunião de peritos sobre financiamento da saúde, para que sejam identificadas as abordagens que melhor se adaptem ao contexto dos países da Região. Nessa reunião deverão estar representadas instituições de financiamento, tais como: Banco Mundial, Fundo Monetário e Banco Africano de Desenvolvimento.

**RELATÓRIO DA SESSÃO DE APRESENTAÇÃO SOBRE A  
NOVA PARCERIA PARA O DESENVOLVIMENTO AFRICANO (NEPAD):  
A COMPONENTE SAÚDE**

**INTRODUÇÃO**

1. O presidente da sessão de apresentação, sublinhou a importância da Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD) no que respeita ao desenvolvimento da saúde em África, e afirmou que os ministros da saúde têm um papel a desempenhar na sua implementação. A relação existente entre saúde e desenvolvimento é bem conhecida e foi devidamente destacada nas deliberações da Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional. Instou os Ministros da Saúde para que contribuam de forma significativa para o debate da componente saúde do NEPAD.

**Comentários do Director-Regional**

2. O Director Regional informou a reunião que no decorrer da Assembleia-Geral das Nações Unidas, em Setembro de 2002, os Chefes de Estado afirmaram que o NEPAD era uma iniciativa *dos africanos para os africanos* e enfatizou a necessidade de parcerias para o desenvolvimento do continente, tendo expressado o seu total apoio a esta nova iniciativa.

3. Referiu que nos seus comentários sobre o NEPAD, sublinhava as dificuldades em tornar realidade as parcerias para a implementação de muitos programas e iniciativas. Definiu parceria como sendo um conceito de respeito mútuo entre os países e os parceiros, que em conjunto criam e avaliam programas e afirmou que apesar de a criação das parcerias levar o seu tempo, no final, dá bons resultados. Reiterou assim, que nenhum país sózinho poderia implementar o NEPAD.

4. O Director Regional informou os Ministros da saúde e os delegados, que o Escritório Regional da OMS irá: a) apoiar a organização de seminários, onde o pessoal da OMS irá prestar assistência aos governos, para que seja realizada uma apresentação das iniciativas do NEPAD a todos os intervenientes; b) trabalhar com os representantes da OMS nos países, para a união de todos os outros parceiros numa base comum. Concluiu dizendo que todos tinham um papel a desempenhar para a concretização da iniciativa do NEPAD.

5. O Dr. S. S. Mokoena, Sub-Director-Geral da Comissão Orientadora do NEPAD, apresentou a iniciativa do NEPAD, destacando o seu conceito, evolução, visão, objectivos e estratégia. Mencionou que a criação da componente saúde do NEPAD, se inspirou no fraco desenvolvimento humano, resultante da pobreza, exclusão social, marginalização e da falta de desenvolvimento sustentável em África. Enfatizou que os problemas de saúde com que o continente se depara, tinham as suas origens nestes contextos, assim como os potenciais benefícios para a saúde, subsequentes de uma estratégia mais vasta para o desenvolvimento humano. Apresentou o vasto número de fóruns mundiais e regionais de onde tinha resultado a iniciativa do NEPAD, e a resposta positiva que tinha sido obtida. Explicou que a maioria da mobilização a nível mundial para o desenvolvimento e concretização do NEPAD, foi realizada com os países G8 e a União Europeia (UE), pois 90% dos fundos recebidos pelo NEPAD, provinham de programas externos de auxílio ao desenvolvimento. Concluiu reconhecendo o papel significativo que o Escritório Regional Africano da OMS estava a desempenhar, ao trabalhar em conjunto com o Secretariado do NEPAD para o desenvolvimento e promoção da sua componente saúde.

### **Apresentação da componente saúde do NEPAD**

6. O Professor Erich Buch do Secretariado do NEPAD efectuou a apresentação detalhada da componente saúde do NEPAD. Afirmou que a África não tinha permanecido na via correcta para atingir as suas metas devido à contínua pobreza, marginalização e deslocação das populações, programas de controlo das doenças incapazes de igualar a magnitude dos problemas, serviços de saúde incapazes de reduzir eficazmente as doenças, incapacidade de desenvolver os sistemas de saúde, populares com meios insuficientes para melhorar a sua saúde e distribuição desigual dos benefícios do desenvolvimento.

### **DISCUSSÃO**

7. Os delegados felicitaram o Secretariado do NEPAD pela apresentação detalhada e reconheceram que o NEPAD era a primeira iniciativa liderada por africanos, que tentava abordar os problemas prioritários em África. Felicitaram o Escritório Regional pela inclusão da discussão sobre o NEPAD no Programa do Comité Regional, e pelo seu papel em colaborar com o Secretariado do NEPAD no desenvolvimento da sua componente saúde. Instaram os Estados-Membros a participarem activamente nas actividades do NEPAD.

8. Os delegados procuraram informação sobre o período de tempo necessário para a implementação da estratégia, processos de implementação, fontes de financiamento e expectativas de utilização da estrutura existente. Foi também solicitado um esclarecimento sobre a relação entre o NEPAD, a União Africana (UA) e os programas de saúde actualmente em curso e em aplicação no continente.

9. O Secretariado do NEPAD foi fortemente instado a utilizar as estruturas existentes para a implementação da sua estratégia. A OMS foi identificada como um grande parceiro devido à sua vantagem comparativa nas áreas relacionadas com a saúde constantes da estratégia do NEPAD. Foi sugerido que o Conselho Africano para a Saúde Sustentável fosse tido como outro possível colaborador.
10. Foi sugerido que a estratégia enfatize o papel das comunidades e o seu envolvimento activo para o desenvolvimento, implementação e avaliação da estratégia a nível do país, pois sem a sua cooperação, é improvável que a componente saúde do NEPAD tenha sucesso. Assim, a estratégia deverá identificar uma abordagem para o envolvimento das comunidades.
11. A estratégia é omissa no que respeita aos assuntos de saúde ambiental, mesmo que o seu papel sobre a saúde e o desenvolvimento tenha sido discutido na análise situacional. Foi também importante a inclusão dos temas prevenção e controlo das doenças na estratégia.
12. Os delegados expressaram preocupação sobre a declaração efectuada no documento, respeitante à falta de investigação na área do HIV/SIDA. Mencionaram que os países, em colaboração com os parceiros, estavam a realizar alguma investigação. Assim, era necessário modificar esta declaração. O Secretariado do NEPAD foi encorajado a registar a investigação que estava a ser realizada em África efectuando então uma análise apropriada.
13. A advocacia activa realizada a todos os níveis foi identificada como uma das áreas-chave que necessitavam de ser abordadas. A informação sobre o NEPAD e a sua institucionalização aos níveis regional, nacional e sub-nacional, incluindo as suas actividades onde estavam envolvidas as comunidades, foi tida como extremamente importante. Alguns delegados expressaram a sua preocupação sobre a advocacia do NEPAD ter permanecido principalmente ao nível dos Chefes de Estado e Ministros, não tendo ainda atingido o nível operacional.
14. Referiu-se que a estratégia saúde do NEPAD era de natureza regional e, para a sua realização, era necessário transpô-la para as estratégias sub-regionais e nacionais, que iriam incidir sobre áreas específicas.
15. O Secretariado do NEPAD respondeu a estes temas e às preocupações levantadas pelos delegados, da seguinte forma:

- a) Os temas identificados para constarem da estratégia, são de importância crítica, e seriam considerados. O Secretariado recebeu comentários por parte do Escritório Regional, da ONUSIDA e de outros parceiros que serão considerados aquando da revisão da estratégia.
- b) No que respeita ao financiamento das actividades do NEPAD, o Secretariado mencionou que as campanhas para o financiamento iriam continuar. Como é indicado no documento, era necessário que os países demonstrassem o seu compromisso através da alocação de mais fundos, apesar do reconhecimento da limitação dos seus meios.
- c) Foram dadas explicações sobre as relações existentes entre o NEPAD, e a União Africana, a OMS e outros parceiros. Os delegados foram aconselhados a terem como referência o documento principal, para a obtenção de mais pormenores.

## ANEXO 5b

### RELATÓRIO DA SESSÃO ESPECIAL DO FUNDO MUNDIAL DE LUTA CONTRA A SIDA, TUBERCULOSE E PALUDISMO

#### INTRODUÇÃO

1. O Fundo Mundial para o combate ao HIV/SIDA, Tuberculose e Paludismo foi criado de forma a atrair, gerir e disponibilizar recursos adicionais, através de um nova parceria entre o sector público e o sector privado, contribuindo de forma sustentável e significativa para a redução das infecções, doenças e óbitos, mitigando assim o impacto do HIV/SIDA, tuberculose e paludismo nos países carenciados e concorrendo para a redução da pobreza, de acordo com os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

2. Durante a primeira e segunda rondas de apresentação das propostas, a OMS prestou apoio aos países, na elaboração de propostas que posteriormente seriam apresentadas ao Fundo Mundial para financiamento. O apoio iria continuar durante as rondas subsequentes, em linha com a resolução aprovada pelos Ministros da Saúde africanos durante a Assembleia Mundial da Saúde. Os países cujas propostas foram aprovadas durante a primeira ronda iriam receber brevemente os primeiros fundos. No entanto, o financiamento subsequente iria depender da adequada implementação das intervenções contidas nas propostas. Devido à sua experiência e competência técnica na implementação de programas no sector da saúde, a OMS iria ser um parceiro de extrema importância no apoio aos países durante as acções de implementação, possibilitando assim que os países continuassem a beneficiar do Fundo.

3. Durante a Quinquagésima-quinta sessão da Assembleia Mundial da Saúde, os Ministros africanos da Saúde solicitaram a elaboração de um relatório sobre o estado do Fundo Mundial, a ser apresentado durante a Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional Africano da OMS. O relatório tinha como objectivo abordar as várias questões levantadas pelos ministros na sua intervenção sobre o Fundo Mundial, durante a Quinquagésima-quinta sessão da Assembleia Mundial da Saúde.

4. À luz do anteriormente referido, sentiu-se a necessidade de realizar uma sessão especial sobre o Fundo Mundial, a decorrer durante a Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional, cujo objectivo seria apresentar aos ministros o apoio dado pela OMS aos países na preparação das propostas para o Fundo Mundial e permitir ao Secretariado do Fundo que apresentasse um relatório sobre a situação do mesmo, actualizando simultaneamente as propostas de disposições fiduciárias para a gestão do Fundo.

## **OBJECTIVO**

5. A sessão teve como objectivo esclarecer os Estados-Membros sobre o estado e as actividades do Fundo Mundial e o papel do Escritório Regional Africano da OMS no apoio prestado aos países.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

6. Esperava-se que esta sessão especial tivesse os seguintes resultados:
- a) Actualização dos Estados-Membros sobre o papel do Escritório Regional da OMS no apoio prestado aos países.
  - b) Actualização dos Estados-Membros sobre o estado de implementação do Fundo Mundial.
  - c) Esclarecimento sobre a elegibilidade e participação dos Estados-Membros nas Reuniões do Conselho e nos grupos de trabalho
  - d) Clarificação das disposições fiduciárias para o Fundo Mundial.

## **PROCEDIMENTOS**

7. A sessão foi presidida por Sua Excelência o Ministro da Saúde dos Camarões e foi apresentada pelo Dr. E. M. Samba, Director Regional da OMS África.

### **Apresentação do Dr. A. B. Kaboré, Director da Divisão de Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis**

8. O Dr. Kaboré afirmou que o Fundo, como instrumento de financiamento, oferecia uma oportunidade real para o reforço dos sistemas de saúde e o aumento das intervenções de luta contra o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo tendo, para o efeito, disponibilizado recursos financeiros substanciais ao nível dos países. Durante a primeira ronda, a OMS apoiou os países no desenvolvimento de propostas; em resultado, o Fundo tinha atribuído a 18 países africanos financiamentos que totalizavam 346 milhões de dólares EUA ao longo de mais de dois anos. Desse valor, 198 milhões de dólares destinavam-se aos programas do HIV/SIDA, 47 milhões ao paludismo, 41 milhões à tuberculose e 60 milhões à resposta integrada para a luta contra o HIV e a tuberculose. Conseguiram-se assim recursos adicionais para o planeamento da resposta a estas doenças.

9. O apoio específico fornecido pela OMS efectuou-se nas seguintes áreas:
- a) Partilha e disseminação da informação sobre o Fundo Mundial, a fim de manter actualizados todos aqueles que se encontram envolvidos no apoio aos países e em todas as questões relativas ao Fundo Mundial. O Escritório Regional forneceu informação aos Representantes da OMS nos países sobre os anúncios para recepção de propostas e os prazos estabelecidos.
  - b) Realização de uma reunião consultiva interpaíses sobre o Fundo Mundial, para esclarecer e actualizar os participantes dos países, os profissionais da OMS envolvidos nos programas regionais sobre o Paludismo, tuberculose e HIV/SIDA, bem como os potenciais consultores, sobre o Fundo Mundial. Desta reunião resultou também um fórum para a partilha de experiências sobre a primeira ronda do Fundo Mundial. As recomendações emanadas dessa reunião contribuíram para a revisão das orientações do Fundo Mundial que viriam a ser usadas na segunda ronda.
  - c) Prestação de apoio técnico e assistência financeira directamente aos países, durante a primeira ronda. O apoio directo aos países foi prestado pelo Escritório Regional e pelas Representações da OMS nos países no plano técnico, bem como através do recrutamento de consultores, com o objectivo de prestar assistência específica. Em alguns casos, foi também dada assistência financeira, para suportar os custos locais envolvidos nos processos de implementação das propostas nos próprios países. O apoio técnico directo teve continuidade, por forma a ajudá-los a respeitar a data limite de 27 de Setembro, para apresentação da segunda ronda das propostas.
  - d) Prestação de apoio técnico aos países durante a primeira e segunda rondas, em termos de revisão documental e preparação dos comentários sobre as propostas apresentadas, com o objectivo de melhorar a qualidade das mesmas.

10. Com a prestação do apoio, a OMS empenhou substanciais recursos financeiros e muito tempo. No entanto, o apoio da OMS continuou durante as rondas subsequentes e ao longo da implementação das propostas já aprovadas.

#### **Apresentação do Dr. M. Lavollay, do Secretariado do Fundo Mundial**

11. A apresentação efectuada pelo Secretariado do Fundo Mundial centrou-se nas seguintes áreas:

### *Financiamentos aprovados na primeira ronda*

12. Durante a primeira ronda do Fundo Mundial, foram aprovados financiamentos a 37 países, totalizando 616 milhões de dólares EUA. Os programas de longo prazo aprovados perfaziam um total de 1.6 mil milhões de dólares ao longo de mais de 5 anos, mas o financiamento estava assegurado apenas para dois anos. O Plano de desbloqueio de verbas para a primeira ronda estava a decorrer e os países pertencentes à categoria 1 estavam prestes a finalizar as especificações requeridas pelo Painel de Revisão Técnica (TRP). No grupo de países da categoria 2, dez candidatos tinham ainda que finalizar as especificações para o TRP. O Secretariado do Fundo Mundial deveria iniciar dentro de poucas semanas a negociação para atribuição de fundos aos primeiros candidatos. O primeiro passo seria garantir parceiros-chave de financiamento a nível dos países, por exemplo, o Beneficiário Principal (PR) e o Agente de Financiamento Local (LFA). Em paralelo com os preparativos de negociação para a atribuição de fundos, o Secretariado deveria agir no sentido de desenvolver o mecanismo de desbloqueio, os requisitos de notificação e outros elementos-chave das disposições monetárias constantes da primeira ronda.

### *Beneficiário Principal (PR) e Agente de Financiamento Local (LFA)*

13. Para a implementação dos projectos, o Fundo Mundial iria confiar nos parceiros dos Mecanismos de Coordenação dos Países (CCM). Como o CCM não constituía ainda uma entidade legal, deveriam ser nomeados um ou mais Beneficiários Principais entre os seus membros. Estes seriam responsáveis, perante o Fundo Mundial, pela implementação das propostas aprovadas. Cerca de dois terços dos candidatos aprovados tinham nomeado um ou mais beneficiários principais e a maioria de entre eles tinha já designado para essa função o Ministério da Saúde ou outro organismo do sector público, como o Ministério das Finanças.

14. Com base nas decisões emanadas do Conselho do Fundo Mundial em Abril, cuja prioridade era um desbloqueio rápido de fundos, o Secretariado do Fundo Mundial identificou os LFA que iriam actuar como representantes do Fundo Mundial ao nível do país. Até ao presente, o Secretariado confirmou a Price Water House Coopers, KPMG e a Crown Agents como Agentes de Financiamento Local. Chegou-se a um consenso de que a maioria das agências das Nações Unidas estavam mais vocacionadas para prestar apoio como Mecanismos de Coordenação dos Países e como Beneficiários Principais do que para actuarem como LFA.

## Desbloqueio Financeiro

15. O Fundo Mundial é um instrumento de financiamento e não um parceiro de implementação; o seu financiamento será efectuado com base nos resultados e num desbloqueio gradual dos fundos, dependendo do desempenho do país ou do candidato. Este financiamento com base nos resultados caracteriza-se por um rápido desbloqueio dos fundos para os beneficiários. A primeira prestação estará dependente dos requisitos programáticos iniciais e pode totalizar cerca de um terço das necessidades financeiras para o primeiro ano. O subsequente desbloqueio do financiamento durante o período de dois anos é determinado com base nas necessidades programáticas e financeiras, bem como nos relatórios de progressos dos mesmos. Após dois anos, o desbloqueio terá uma relação directa com a avaliação dos indicadores em termos dos resultados e do impacto demonstrados.

16. Os passos importantes a serem finalizados antes do desbloqueio inicial de fundos para as propostas aprovadas incluem:

- a) Os Mecanismos de Coordenação dos Países (CCM) devem fornecer os dados adicionais requeridos pelo Painel de Revisão Técnica.
- b) Os CCM devem nomear o(s) Beneficiário(s) Principal(ais) e o Fundo Mundial deve contratar os LFA.
- c) O Secretariado do Fundo Mundial e o LFA, em colaboração com os outros parceiros, devem efectuar uma avaliação da gestão financeira e programática, bem como dos sistemas de compra e avaliação implementados pelos beneficiários principais.
- d) O Secretariado do Fundo Mundial, Beneficiários Principais, LFA e os outros parceiros devem, tal como é requerido, elaborar um programa e um orçamento detalhados, para implementação.
- e) O Secretariado do Fundo Mundial, os Beneficiários Principais e os LFA devem negociar e assinar um acordo de concessão.
- f) O Banco Mundial, que actua como depositário, deve efectuar a transferência da primeira prestação dos fundos.

## **Temas para discussão**

### *Financiamento disponível para o Fundo Mundial*

17. Os delegados solicitaram que fosse divulgado o valor dos fundos disponíveis para o Fundo Global. Foi clarificado que os valores orçavam um total de cerca de 1,6 mil milhões de dólares EUA, o que seria quase equivalente ao valor total para os programas quinquenais aprovados. O valor actualmente disponível para o Secretariado do Fundo Mundial era suficiente para cumprir com os compromissos assumidos. O Fundo iria crescer se conseguisse provar a sua capacidade para desbloquear os fundos, e se estes fossem eficazmente aplicados pelos países.

### *Custos da elaboração das propostas*

18. A elaboração das propostas a serem submetidas ao Fundo Mundial seria uma operação dispendiosa. Os delegados demonstraram interesse em saber se o Fundo Mundial podia prestar apoio à formulação de propostas. Foi esclarecido que, com as actuais regras de funcionamento, não seria possível a prestação desse apoio por parte do Fundo Mundial.

### *Critérios para aprovação das propostas*

19. Os delegados pediram informações sobre os critérios para aprovação de propostas, solicitando que fosse dada prioridade aos países onde a incidência do fardo das doenças é maior, para que o Fundo cumpra com o objectivo para o qual foi criado.

### *Agentes de Financiamento Locais*

20. Os delegados colocaram inúmeras questões relativas aos LFA. Foi solicitado esclarecimento sobre quem paga os LFA, qual a parcela do Fundo Mundial que seria encaminhada para esse efeito e se esta parcela provinha do programa aprovado para o país. Houve perguntas sobre a capacidade dos LFA para avaliarem os elementos programáticos das propostas. Os esclarecimentos sobre os LFA foram considerados insatisfatórios, pelo que houve necessidade de maior informação por parte do Secretariado do Fundo Mundial, de forma a esclarecer os delegados sobre a forma correcta como os Agentes deveriam ser pagos, assim como a questão da sua capacidade para efectuar uma avaliação programática dos progressos na implementação das propostas aprovadas.

### *Processo de aprovação das propostas*

21. Os delegados expressaram graves preocupações sobre o longo processo necessário, desde a apresentação das propostas e sua aprovação até à liberação dos fundos. Devido à lentidão do processo, nenhuma das propostas da primeira ronda aprovadas em Abril deste ano tinha recebido o financiamento. A urgência na liberação de fundos estava comprometida e o Fundo Mundial não estava a cumprir com um dos principais requisitos subjacentes à sua criação: encontrar uma forma simples e rápida de desbloqueio de fundos. Os delegados recomendaram que este longo processo fosse simplificado, à semelhança dos procedimentos do Fundo Mundial para as Vacinas e a Vacinação (GAVI).

### *Financiamento das ONG*

22. Os delegados solicitaram mais esclarecimentos sobre o financiamento de propostas provenientes das ONG e se estas já não eram elegíveis para serem financiadas fora dos Mecanismos de Coordenação do País. Durante a sessão, essa questão pareceu não ter ficado clarificada de forma a satisfazer os delegados.

### *Papel dos Ministérios da Saúde*

23. Tendo em vista a função de administração geral dos ministérios da saúde, os delegados foram de opinião que os Ministros da Saúde deveriam desempenhar um papel mais activo no Conselho do Fundo Mundial. Este assunto necessita também de mais esclarecimentos.

### **CONCLUSÃO**

24. Os delegados congratularam-se com o facto de o Escritório Regional da OMS ter organizado uma sessão especial sobre o Fundo Mundial, por forma a permitir mais esclarecimentos sobre o estado e o funcionamento do mesmo. Registaram com satisfação o apoio que o Escritório Regional tinha prestado e iria continuar a prestar aos países para a elaboração de propostas, bem como para a sua implementação após a atribuição do financiamento pelo Fundo Mundial. A Sessão permitiu clarificar alguns dos temas, mas deixou por esclarecer um determinado número de questões. A OMS iria assim procurar esses esclarecimentos junto do Fundo Mundial, transmitindo-os posteriormente aos delegados.

**ALOCUÇÃO DE BOAS-VINDAS DE SUA EXCELÊNCIA  
O MINISTRO DA SAÚDE E DO  
BEM-ESTAR DA CRIANÇA DO ZIMBABWE,  
DR. DAVID PARIRENYATWA**

Excelentíssimo Senhor Presidente da República do Zimbabwe, Camarada R. G. Mugabe  
Excelentíssimos Senhores Ministros da Saúde e outros Ministros,  
Excelentíssimo Senhor Representante da Organização da Unidade Africana,  
Excelentíssima Senhora Directora-Geral da OMS,  
Excelentíssimo Senhor Director Regional da OMS,  
Distintos Convidados,  
Senhoras e Senhores,

Em nome dos meus colegas, os Ministros da Saúde, dos Chefes de Delegação e da OMS, desejo dar as boas-vindas a Sua Excelência o Camarada R. G. Mugabe, Presidente da República do Zimbabwe, que gentilmente aceitou a proceder à abertura oficial da Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional Africano da OMS.

É meu honroso privilégio acolher todos os participantes na Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional Africano, que tem lugar em Harare, no Zimbabwe, a todos desejando uma feliz estada. Em diligente e íntima colaboração com o Escritório Regional e a Representação local da OMS, esforçamo-nos por garantir o sucesso desta reunião. Tanto aquelas entidades como eu próprio estamos plenamente disponíveis para fazer com que a Vossa permanência neste país seja tão confortável quanto possível.

Apraz-me também notar o facto de a Directora-Geral da OMS, Dra. Gro Harlem Brundtland, que há poucos dias esteve aqui em Harare no âmbito dos preparativos da Cimeira Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável, se encontrar de novo entre nós. Tal é uma prova concludente da sua preocupação com os problemas e desafios com que nos confrontamos na Região Africana. Bem-vinda, Senhora Directora-Geral!

Como é de todos sabido, durante a Quinquagésima-primeira sessão do Comité Regional, realizada em Brazzaville, República do Congo, entre 27 de Agosto e 1 de Setembro de 2001, o Comité decidiu que a Quinquagésima-segunda sessão teria lugar na República do Congo. Por motivos que escapam ao controlo dos organizadores, não foi possível que esta sessão se realizasse na sede do Escritório Regional Africano da OMS, ou seja, em Brazzaville, na República do Congo. Esperamos que, caso as condições o permitam, a próxima sessão tenha lugar na República do Congo.

Resta-me fazer votos para que esta sessão, pelas suas deliberações, aborde decididamente os desafios que se colocam aos nossos países, propondo intervenções concretas. As intervenções que aqui forem propostas deverão ser capazes de melhorar o desempenho dos nossos sistemas de saúde e, em última análise, a qualidade de vida das nossas populações.

Seja-me permitido prestar, mais uma vez, homenagem a todos aqueles que ajudaram a organizar esta sessão. Espero que Vossas Excelências achem as condições técnicas, administrativas e de alojamento satisfatórias, e capazes de contribuir para o sucesso dos trabalhos.

Muito obrigado pela vossa atenção.

**ALOCUÇÃO DO EMBAIXADOR MAHAMAT H. DOUTOUM,  
COMISSÁRIO INTERINO DOS ASSUNTOS SOCIAIS  
DO DIRECTÓRIO DA COOPERAÇÃO AFRO-ARÁBE,  
DA UNIÃO AFRICANA**

Excelentíssimos Senhores Ministros,  
Excelentíssimo Senhor Director Regional,  
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Assumo com muita honra o convite que me foi dirigido para fazer uma curta alocução, em nome do Presidente Interino da União Africana que, devido a outros compromissos urgentes, se viu impedido de estar aqui presente.

Gostaria de agradecer ao Chefe de Estado, ao Governo e ao povo da República do Zimbabwe por terem acolhido esta sessão. A União Africana expressa também o seu apreço pelo excelente desempenho do Director Regional no reforço do papel do Escritório Regional da OMS no combate às doenças nesta Região.

Como é sabido de alguns, a OMS foi a primeira agência das Nações Unidas a subscrever um Acordo de Cooperação com a Organização da Unidade Africana (OUA), em 1969. Desde então, a colaboração entre as duas organizações tem vindo a estreitar-se cada vez mais, e a reforçar-se, ano após ano.

Esta colaboração tirou partido das vantagens políticas decorrentes do mandato de cada Organização. Por um lado, a OUA dedicou-se a advogar junto dos decisores dos Estados-Membros e a sensibilizá-los para a importância da saúde no desenvolvimento sócio-económico. Por outro lado, a OMS colaborou com os Estados-Membros na implementação das políticas de saúde.

Neste contexto, a Conferência dos Ministros Africanos da Saúde (CAMH) foi institucionalizada como evento anual. Em 1991, a CAMH decidiu que a sua reunião tivesse lugar de quatro em quatro anos. A última dessas reuniões ocorreu, sob os auspícios da colaboração OUA/OMS, no Cairo, Egipto, em Outubro de 1999.

É importante sublinhar aqui que os resultados da CAMH têm sido de grande importância na definição das prioridades de saúde do continente. O relatório da CAMH é com frequência submetido ao Conselho de Ministros para aprovação, antes de ser apresentado à Cimeira. Assim, muito do conteúdo das Declarações da Cimeira sobre a saúde provém, principalmente, das deliberações da Conferência dos Ministros Africanos da Saúde.

Além da CAMH, de quatro em quatro anos os Ministros têm tido sessões extraordinárias, provocadas por situações sanitárias de emergência. Além disso, as reuniões anuais do Comité Regional da OMS dão aos Ministros a possibilidade de partilharem experiências e discutir meios para incrementar o desenvolvimento da saúde. É sabido que, à luz do mandato da OMS na Região Africana, os resultados desta sessão serão um contributo para as actividades da Assembleia Mundial da Saúde.

A União Africana deseja recomendar a criação de um mecanismo graças ao qual as conclusões relevantes desta sessão do Comité Regional possam transformar-se também num contributo para as deliberações da Comissão da União Africana.

Excelências,  
Minhas Senhoras e meus Senhores,

A colaboração entre a OUA e a OMS abrangeu diversas áreas, incluindo os aspectos técnicos, financeiros e de desenvolvimento dos recursos humanos. O planeamento e a organização da Cimeira Africana sobre o HIV/SIDA, Tuberculose e outras Doenças Infecciosas Correlacionadas foi fruto de longas e intensas reuniões de consulta, sobretudo com a OMS e outras Agências das Nações Unidas. O seu apoio técnico e financeiro foi a chave do sucesso da Cimeira. Além disso, a colaboração vai prosseguindo na sequência da implementação da Declaração de Abuja e do respectivo Plano de Acção.

Os resultados da Cimeira Africana proporcionaram mais áreas de colaboração acrescida. A esse respeito, a União Africana expressa o seu profundo agradecimento à OMS, pelo apoio concedido nas seguintes áreas:

- A elaboração do Plano de Acção de Abuja;
- A formulação do mecanismo para monitorizar e notificar as acções empreendidas no âmbito da Declaração de Abuja e respectivo Plano de Acção;
- A definição de orientações sobre o modo como os Estados-Membros podem utilizar esse mecanismo.

Neste contexto, a Declaração de Abuja solicita ao Secretário-Geral da UA que, em colaboração com a OMS, UNICEF e ONUSIDA, crie na Sede da UA uma unidade que possa monitorizar dia-a-dia a implementação dos resultados da Cimeira de Abuja.

Tenho o prazer de informar que a OMS patrocinou um consultor que tem colaborado com os funcionários competentes da UA, na elaboração de uma proposta cuja finalidade é o reforço da componente Saúde na Comissão da UA.

A proposta está pronta, encontrando-se o consultor a finalizar a incorporação das recomendações da UA. A proposta será posteriormente enviada à OMS, UNICEF e ONUSIDA, para análise e comentários sobre o momento em que a Unidade poderá ser iniciada. O principal objectivo da Unidade será a colaboração com os Estados-Membros para garantir que, desta vez, a Declaração de Abuja e o seu Plano de Acção sejam implementados, de acordo com as expectativas da Cimeira.

Entre as outras grandes áreas de colaboração contam-se:

A Cimeira de Abuja sobre Fazer Recuar o Paludismo e a permanente advocacia junto dos decisores, para que o seu Plano de Acção seja implementado. Desde a Cimeira de Abuja, o conceito foi aceite e alterado no sentido de hoje se falar no Fundo Mundial contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo. É convicção da UA que estas três doenças representam uma grande percentagem do “fardo da doença” em África, pelo que deverão ser combatidas em simultâneo, de modo a diminuir o seu impacto negativo no desenvolvimento sócio-económico do continente.

A Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabágica é um importante tema da saúde. A UA considera que, em princípio, se torna necessária uma sua declaração que ajude os Estados-Membros a abordarem este problema de modo eficaz. A produção de tabaco é uma importante fonte de receitas para muitos Estados-Membros da UA, pelo que as negociações da convenção final devem dar resposta aos receios dos produtores de tabaco.

A este respeito, a OUA solicitou à OMS apoio técnico e financeiro para a realização de um Encontro de Peritos Africanos sobre “Tabaco e Saúde”. A UA está ainda a aguardar resposta. A nossa estratégia é a seguinte: logo que o relatório dos peritos seja aprovado pelo Conselho de Ministros competente e a Cimeira adopte uma Declaração (ou Decisão), os Estados-Membros ficarão vinculados a todos os aspectos relacionados com a convenção antitabágica.

Distintos Ministros,  
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Na primeira parte da minha alocução, referi-me à OUA. Não foi um lapso. A mudança da OUA para UA ainda está em curso. Consequentemente, as actividades iniciadas na era OUA continuam a afectar-nos na era da UA, e assim continuará a ser. Após 39 anos de existência, desejamos atribuir um elevado significado ao bem merecido adeus à OUA.

Entramos agora nos alvares da era da OUA, com um mandato muito mais sólido para abordar o desenvolvimento político e sócio-económico da África. Neste contexto, os objectivos da Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD) aumentaram as expectativas das populações africanas quanto à obtenção de melhor saúde. Isso faz-nos sentir mais intimamente vinculados à implementação da componente Saúde da NEPAD, tal como foi aprovada na Cimeira de Durban (Julho de 2002).

Todas as questões de saúde estão contempladas nas Decisões e Declarações de Durban (AHG/Dec.171-184 (XXXVIII)). Incluem as Decisões sobre o HIV/SIDA, Paludismo, Recursos Humanos, Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação (GAVI), Controlo da Hipertensão Arterial e Redução da Pobreza. Além disso, há a Decisão de Lusaca (2001) sobre Medicina Tradicional, cujo plano de acção está agora a ser completado.

Os objectivos da NEPAD exigem um maior papel das comunidades económicas regionais (CER) na realização da Comunidade Económica Pan-Africana. Neste contexto, a UA e a OMS colaboraram com a criação de um Grupo de Trabalho para a Definição dos Elementos da Plataforma de Cooperação entre a OMS, a União Africana e as CER. O relatório desse grupo de trabalho está a ser finalizado, para distribuição.

Distintos Ministros,  
Senhor Director Regional,  
Minhas Senhoras e meus Senhores,

A União Africana lança a todos o desafio de abandonarmos os velhos métodos de agir, que sempre sucumbiram sob o peso da burocracia. A UA pede-nos que sejamos mais pragmáticos e mais orientados para a acção na concepção de políticas viáveis, exequíveis e adequadas.

A menos que sejamos rápidos e ágeis, com os olhos postos nos resultados, o fardo das doenças continuará a minar as conquistas alcançadas até ao presente desde as independências políticas, no início dos anos 60. Esta não é a batalha de uma organização, mas sim de todas as organizações. A este respeito, recomendamos que passemos em revista os nossos Acordos de Cooperação (onde existam), de modo a preencher lacunas, reforçando as nossas parcerias, redes, consultas, acções e abordagens harmonizadas no apoio aos Estados-Membros para que combatam o fardo das doenças.

Recomendamos que o Escritório Regional da OMS crie um Gabinete da UA, que se ocupe da cooperação OMS/UA. Esse gabinete, actuando em colaboração com o Gabinete da OMS junto da União Africana e da Comissão Económica para África (WAC) em Adis Abeba, poderá acelerar as comunicações, a transmissão de dados solicitados, o aconselhamento em situações de emergência e a partilha de informações urgentes antes de negociações internacionais na área da saúde.

O resultado mais importante da nossa colaboração não será o que cada organização venha a fazer, mas a satisfação dos beneficiários por a sua saúde ter melhorado e por terem acesso ao que tanto desejam e merecem.

Muito obrigado pela vossa atenção.

## ANEXO 8

### COMUNICAÇÃO DA DRA. GRO H. BRUNDTLAND, DIRECTORA-GERAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

Excelentíssimo Senhor Presidente da República,  
Excelentíssimos Senhores Ministros,  
Distintos Delegados,  
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Desde o nosso encontro do ano passado em Brazzaville, tem vindo a comprovar-se cada vez mais claramente o papel crucial desempenhado pela saúde na garantia de um desenvolvimento pacífico das sociedades.

No final do ano passado, recebi o relatório da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde. O ponto de referência para a análise dos Comissários foi o extremo sofrimento a que estão sujeitas as pessoas mais pobres de todo o mundo, especialmente em África. As elevadas taxas de infecção pelo HIV/SIDA, doenças transmissíveis (particularmente o paludismo e a tuberculose), doenças materno-infantis e doenças não-transmissíveis minam o desenvolvimento deste continente. Os Comissários mostraram os benefícios, não apenas em termos humanos, mas também em termos económicos, da investigação em saúde. Defenderam o aumento de investimentos em intervenções com boa relação custo-eficácia, em sistemas de saúde e em pessoas empenhadas em obter resultados e numa melhor avaliação dos progressos. Apelaram a mais reformas em prol da equidade em saúde. Estamos, presentemente, na fase de comunicação dos resultados-chave do relatório, dando apoio aos países da Região que estão a analisar as suas mensagens e a elaborar as suas próprias respostas.

A saúde foi também tratada com grande relevância em conferências internacionais recentes, especialmente nos debates sobre Financiamento para o Desenvolvimento, em Monterrey, no México, e na abertura da recente Cimeira do Comércio, em Doha. Foi também crucial nas negociações durante a Cimeira Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável, que o Governo da África do Sul acolheu brilhantemente.

À medida que os líderes mundiais foram tomando maior consciência, também as expectativas atingiram o seu máximo: expectativas sobre sistemas de saúde operacionais e sobre uma redução substancial da falta de saúde. Temos que nos centrar nas prioridades e arranjar métodos de trabalho mais eficazes para alcançarmos os melhores resultados possíveis.

Há dois anos, os líderes mundiais acordaram em direccionar os seus esforços para as Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDG), muitas das quais se referem à saúde. As MDG ajudaram-nos a coordenar a acção multissectorial para a saúde: as agências internacionais - incluindo a OMS - estão a calcular o preço a pagar para atingir essas metas e a identificar e monitorizar indicadores dos progressos. Contamos também com a NEPAD (Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano) para levar avante esta tarefa em África.

Em África, investir na saúde significa encontrar novos recursos e utilizá-los adequadamente. Nós trabalhamos através de alianças, perseguindo, em conjunto, metas comuns. Temos que encontrar meios de tornar estas alianças realmente eficazes. Só assim conseguiremos quebrar as barreiras que impedem as pessoas de acederem aos sistemas de saúde e ao bem-estar de que necessitam.

Neste âmbito, os acordos internacionais podem ser úteis. Há três anos, iniciámos as negociações da Convenção-Quadro de Luta Antitabágica (FCTC). Espero que a próxima Assembleia Mundial da Saúde no próximo ano aprove uma forte Convenção, e assim que esta entrar em vigor, deveremos implementá-la com a maior celeridade.

Contudo, em muitas ocasiões, teremos de criar e manter parcerias mais informais. Trata-se de um desafio que os Governos, a sociedade civil e as entidades privadas terão de enfrentar, dentro deste espírito. Existem muitos bons exemplos nesta Região. A OMS ajudará a garantir que os êxitos notáveis de uns poucos constituam novos modelos que irão inspirar o trabalho de todos nós.

O Fundo Mundial contra a SIDA, Paludismo e Tuberculose é uma resposta sólida ao profundo impacto negativo destas doenças. Onde quer que eu me desloque, encontro um grande empenho em avançar decididamente com esta iniciativa.

Todos vós pediram o apoio da OMS. Na Assembleia Mundial da Saúde, definiram as vossas necessidades com toda a clareza. Estamos agora a responder-vos, colaborando com os países que estão a tentar angariar fundos. Se o conseguirem, nós ajudá-los-emos a transformar esses fundos em acções concretas. O que nós desejamos é ver mecanismos eficazes de aplicação dos novos recursos, disponibilizados através do Fundo Mundial, e de monitorização dos resultados. Encorajaremos também novos contributos, de forma a que o Fundo disponha de recursos suficientes para responder às necessidades dos países.

A nossa capacidade de contribuir para o êxito do Fundo assenta nos excelentes resultados das iniciativas Fazer Recuar o Paludismo, Travar a Tuberculose e das estratégias de resposta do sector da saúde ao HIV. Os governos dos países, em colaboração com a sociedade civil e as entidades privadas, colaboraram com a comunidade internacional para dar vida a estes movimentos inovadores na área da saúde. Nós temos o Fundo para os ajudarmos a crescer e a apresentar resultados.

A comunicação feita na semana passada sobre a sequência dos genomas do parasita e do mosquito do paludismo, representou um grande avanço científico. A investigação promovida pela OMS, em colaboração com muitos parceiros, permitiu chegar a estes resultados. Foram, assim, criadas novas oportunidades de prevenção e controlo desta enorme ameaça para a saúde pública.

Trabalhámos todos esforçadamente para conseguirmos reduzir o preço de alguns produtos essenciais para a saúde, incluindo os medicamentos. Após os intensos esforços destes últimos quatro anos, as diferenças de preço são agora correntemente usadas para alargar aos mais pobres o acesso a medicamentos. O custo de alguns anti-retrovirais baixou entre 80 e 90 % e os preços dos medicamentos contra a tuberculose diminuíram cerca de um terço. A Nevirapina, indicada para prevenir a transmissão vertical do HIV, assim como a terapia multimedicamentosa contra a lepra, são disponibilizadas gratuitamente.

Foram estabelecidas novas parcerias destinadas a desenvolver medicamentos para as doenças negligenciadas. Em Doha, foram reforçadas as salvaguardas do Acordo TRIPS, relativamente aos medicamentos essenciais.

Aos Governos, ONG, investigadores, empresas, imprensa e sistemas das Nações Unidas, cabe o mérito destas realizações. A situação mudou. O acesso aos medicamentos está agora no centro da agenda mundial, insistindo-se em que a saúde das populações beneficie da maior importância nos debates sobre o comércio.

Sou de opinião de que nenhuma cláusula, em nenhum acordo comercial, deve funcionar de tal modo que recuse àqueles que mais dele necessitam o acesso a medicamentos vitais para as doenças mais comuns. Isto aplica-se independentemente do local onde vivam e da sua possibilidade de pagar.

Temos um bom exemplo daquilo que se pode conseguir, através de esforços e parcerias focalizadas. Pensemos nos nossos programas de controlo da poliomielite. Neste momento, graças a um trabalho árduo, estamos quase a atingir os objectivos que fixámos. Pedir-vos-ia, Senhores Ministros, que continuem a dar-lhes a maior prioridade.

Senhores Ministros, Distintos Delegados,

Desde que estive no governo da Noruega, vi como os Ministros do Ambiente e da Saúde, trabalhando conjuntamente, podem abrir uma via para a saúde ambiental. Trata-se de um processo exigente que começa com uma análise de factos e formação de consensos, seguindo-se acordos políticos, códigos de conduta, planificação conjunta e programas comuns, e, finalmente, avaliação de resultados e sua comparação com os indicadores esperados.

Esse trabalho conjunto inspirou muito da ênfase dada aos ambientes saudáveis na Cimeira de Joanesburgo.

Encaremos os factos. Há muitas crianças que adoecem em virtude do meio-ambiente em que vivem, trabalham e brincam. Em 2000, quase 5 milhões de óbitos de crianças foram resultantes de ambientes insalubres. A maioria das crianças foi vítima de infecções respiratórias agudas e diarreia.

Sabemos que um ambiente insalubre provoca doenças nas crianças. Os resíduos humanos infiltram-se na água e nos alimentos. A água é também contaminada por agentes patogénicos e químicos. O ar é poluído com fumo proveniente das cozinhas interiores ou do tabaco. Outras toxinas vão para o ar e o solo. As crianças são mordidas por insectos portadores de doenças. Muitas crianças magoam-se em casa ou na rua.

Há quatro semanas, em Joanesburgo, a equipa da OMS trabalhou com a UNICEF, o PNUE e as principais ONG para alargar o círculo, começando por construir uma aliança mundial para promover ambientes mais saudáveis para as crianças.

Chegou a altura de os governos e as ONG, os cientistas e os políticos, as entidades privadas e os promotores das campanhas trabalharem juntos, para darem prioridade às crianças, enfrentando os riscos ambientais para a saúde, com intervenções de boa relação custo-eficácia, para adoptar estratégias e usar indicadores precisos. A OMS e os membros da aliança estão preparados para ajudar. Trabalhando juntos, contribuiremos para fazer a diferença na saúde pública e no futuro das nossas crianças.

Excelentíssimos Senhores Ministros,  
Minhas Senhoras e meus Senhores,

As nações desta Região estão a trabalhar arduamente para melhorarem os seus sistemas de saúde e para poderem apresentar resultados e servir as populações mais necessitadas.

Quanto a mim, o meu desejo é que a OMS preste o devido apoio aos sistemas nacionais de saúde para o seguinte: ajudar a pôr termo à fuga permanente de profissionais habilitados, aumentar a disponibilidade de medicamentos e equipamento essenciais, e construir uma base sólida para o financiamento da saúde. O desafio é grande. Precisamos de sistemas de saúde eficazes, devidamente apoiados pelos profissionais e pelas populações, aprovados pelos políticos e credíveis para os outros investidores. Isso significa que temos de centrar os nossos esforços colectivos em serviços essenciais de saúde que apresentem bons resultados, bem como na qualidade e eficiência dos serviços.

A vida seria muito fácil se os sistemas de saúde pudessem sofrer uma transformação apenas como resultado directo das palavras dos Ministros da Saúde, da Directora-Geral da OMS ou do Director Regional para África. Mas não é assim que as coisas funcionam. A acção para a saúde significa interacção entre profissionais, com o apoio de dados factuais provenientes da investigação, assim como interacções que envolvam associações profissionais, políticos, imprensa, promotores de campanhas, empresas privadas, organizações internacionais e doadores.

A OMS deveria estar em posição de ajudar os países a obter informação acerca da saúde das suas populações, das opções para prevenir ou combater as doenças e dos instrumentos necessários para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde. Nós aprendemos com as vossas experiências e partilhamos os exemplos das boas práticas. Trabalhando com parceiros como o Banco Mundial e os bancos regionais, procuramos ajudar-vos a comparar as vossas experiências com as dos outros.

Excelentíssimos Senhores Ministros,  
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Mais de um quarto da população africana vive em países que se encontram em crise, países em que os governos não conseguem trabalhar como desejariam e em que a violência e as doenças põem em risco a segurança das pessoas. As populações da África Austral foram atingidas por uma nova e ameaçadora tragédia, onde se conjugam a pobreza, o HIV/SIDA, a grave insuficiência de alimentos (e a seca), bem como a limitada capacidade dos serviços de saúde. Há quinze milhões de pessoas a viver em condições de extrema dificuldade, observando-se um crescimento das taxas de mortalidade. Durante o mês de Agosto, encontrei-me em Harare com Ministros da Saúde que elaboravam uma estratégia para responder a essa crise: a OMS está a dar apoio a uma resposta focalizada e a ajudar a mobilizar mais recursos para as populações que deles necessitam.

Trabalhando em conjunto, podemos fazer a diferença.

Excelentíssimos Senhores Ministros,  
Minhas Senhoras e meus Senhores,

O Relatório sobre a Saúde no Mundo deste ano lembra-nos que a água não potável, o mau saneamento e a falta de higiene, as relações sexuais de risco (em particular, no que diz respeito ao HIV/SIDA), as carências de ferro e outros nutrientes, e o fumo originado pelos combustíveis sólidos no interior das casas estão a cobrar um preço muito elevado.

Outros inimigos da saúde estão associados a hábitos de consumo não saudáveis. Em todo o mundo, o consumo não saudável está a substituir hábitos alimentares mais saudáveis. A vida sedentária substituiu a actividade regular. Estas alterações estão agora a começar a afectar a saúde de todos – jovens e idosos, ricos e pobres. O consumo de tabaco, o consumo excessivo de álcool a obesidade e a inactividade física conjugam-se para aumentar o risco de morte prematura e de incapacidade.

Sabemos que algumas afecções cardiovasculares, assim como alguns tipos de diabetes e de cancro, podem ser evitados através de uma mudança de regime alimentar e de mais exercício físico. A OMS encontra-se neste momento a dar resposta a uma resolução da Assembleia Mundial da Saúde, do mês de Maio último, através da formulação de uma estratégia mundial sobre regimes alimentares, actividade física e saúde. Os Estados-Membros debaterão essa questão em seis reuniões consultivas regionais, a realizar no próximo ano.

Temos trabalhado muito para conseguir uma acção concertada contra o tabaco, um produto que mata metade dos seus utilizadores regulares. Há décadas que sabemos qual é o modo de evitar cada um dos quatro milhões de óbitos anuais causados pelo consumo de tabaco. Não é difícil: aumento de impostos, proibição de publicidade e regulamentos para conservar limpo o ar nos espaços fechados.

Em 1998, eu estava convencida de que tínhamos de actuar.

Estudámos o artigo 19º da Constituição da OMS. Os Estados-Membros podem invocá-lo para negociar normas para todo o mundo. Decidimos usar o poder negocial da Organização para evitar as doenças associadas ao tabaco.

As negociações da Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica (FCTC) ilustraram também claramente o papel fundamental do Estado na saúde pública, especialmente criando normas e regulamentos e garantindo o seu respeito pelos cidadãos.

Mas esses esforços encontram oposição.

Em todas as Regiões, encontramos tabaqueiras que continuam a actuar no seu próprio interesse – salvaguardando a sua quota de mercado e os seus lucros, atraindo cada vez mais os jovens de ambos os sexos para o hábito de fumar. Como? Com ciência falseada e publicidade enganosa, muitas vezes disfarçada sob a capa de uma cidadania de empresa.

O primeiro projecto da FCTC está pronto para a próxima ronda de negociações, que se realizará no mês de Outubro. Define possíveis acordos sobre a publicidade, a promoção, o patrocínio, o comércio ilícito de produtos do tabaco, os impostos e a cooperação internacional.

Precisamos agora de determinação política nas importantes fases finais para determinar a força do primeiro tratado internacional da OMS.

A data marcada para a sua finalização é a Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2003. É nessa data que a FCTC entrará em vigor, trazendo benefícios para os países e as suas populações, de forma adequada às necessidades nacionais.

Sei que estão melhor preparados do que nunca. Sei que estão empenhados em fazer da FCTC um tratado ao serviço da saúde pública.

Este mês estamos igualmente atentos às consequências da violência para a saúde pública. Ora vejamos: em 2000, morreram 1,6 milhões de pessoas vítimas de violência. Metade foram suicídios, um terço homicídios e um quinto dessas pessoas foram vitimadas pela guerra. Muitos mais milhões ficaram marcados para toda a vida pela violência de que foram alvo: para muitos, as cicatrizes não saram. E muitos dos afectados são mulheres.

Temos de quebrar o silêncio e enfrentar a violência. Há alguns dias, lancei o primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Queremos levantar o problema da violência como um problema de saúde pública e fornecer aos Estados-Membros os instrumentos para o combater.

Distintos delegados,

A OMS é uma rede viva de muitas componentes, com um alcance muito vasto. Afecta as vidas de milhares de milhões de pessoas de muitas formas diferentes e estabelece a ligação – de modo particular – com cada um dos seus Estados-Membros.

A diversidade das necessidades dos países reflecte-se nas Regiões, alimentando os nossos programas de trabalho de âmbito alargado. Deste modo, as perspectivas regionais influenciam a posição que a OMS assume em todas as questões de âmbito mundial.

Desejo manifestar o meu apreço aos funcionários das nossas Representações nos países. Mas também quero prestar uma homenagem especial ao nosso dedicado pessoal dos Escritórios Regionais, particularmente desta Região. São muitas as exigências que lhes são feitas e as suas funções são de importância primordial.

O nosso desempenho nos países deve ser melhorado. Juntamente com os Directores Regionais, estou neste momento a procurar novas formas de melhorar o nosso funcionamento nos países. Foi por esse motivo que lançámos a Iniciativa Centrada nos Países.

A OMS está presente em 147 países em todo o mundo. Estamos a esforçar-nos por consolidar a nossa presença em todos os países, especialmente em África. A Iniciativa Centrada nos Países é particularmente importante. Ajudar-nos-á a prestar atenção às necessidades dos países, apoiando uma acção eficaz na área da saúde através da criação de normas e da cooperação técnica.

Tiraremos partido de estratégias de cooperação e de memorandos de entendimento entre cada país e a OMS. Toda a Organização responderá à agenda estratégica para a saúde em todos os países. Definiremos as competências das nossas equipas-país, para que elas consigam liderar essa resposta. Faremos o que estiver ao nosso alcance para transformar os sistemas administrativos da OMS, de forma a que as Representações da OMS funcionem com maior eficácia – quer utilizem fundos do Orçamento Ordinário ou de Outras Fontes. E encorajaremos as equipas-país da OMS a trabalhar melhor com as agências do sistema das Nações Unidas, o Banco Mundial e outros parceiros do desenvolvimento.

O esboço do nosso Projecto de Orçamento-Programa para 2004-2005 está este ano na ordem do dia de todos os Comités Regionais. Na sequência do debate sobre a definição de prioridades no Conselho Executivo, a saúde e o ambiente foram propostos como prioridade adicional. E duas outras prioridades já existentes foram agora alargadas: os sistemas de saúde incluirão actividades sobre medicamentos essenciais e a minha sugestão é que a saúde das crianças seja acrescentada à prioridade “Tornar a gravidez mais segura”.

O novo orçamento contém resultados esperados e indicadores que integram actividades a todos os níveis da OMS, contemplando todas as fontes de financiamento. Em resposta às solicitações de muitos Estados-Membros, as propostas de orçamento também mostram, pela primeira vez, o montante dos recursos provenientes de Outras Fontes, na nossa estimativa, será gasto nos países e a nível regional.

Apresentei propostas para reforçarmos a presença da OMS nos países. Isso é vital se quisermos alcançar os objectivos da Iniciativa Centrada nos Países e é necessário se quisermos administrar com eficácia o que esperamos ser um papel crescente das Representações, ou seja, lidar com recursos de Outras Fontes e com doadores. É também necessário se quisermos desenvolver competências em sistemas de saúde nas nossas Representações. Teremos também de recolher e compilar informação sanitária relevante, em conjunto com as autoridades sanitárias nacionais.

O próximo biénio será o terceiro em que procederemos à redistribuição do orçamento ordinário entre as Regiões, em conformidade com a decisão da Assembleia Mundial da Saúde de 1998. Como sabem, a Região Africana foi beneficiária desse processo e dele continuará a beneficiar em 2004-2005. Pela minha parte, proponho que o orçamento ordinário para a Região seja aumentado de 186 milhões para 193 milhões de dólares americanos. Recordam-se evidentemente, que está prevista para 2004 uma revisão dos procedimentos de redistribuição das verbas orçamentais.

Caros amigos e colegas,

Quando iniciei o meu mandato, em 1998, empenhei-me para que a OMS fizesse a diferença.

A nossa análise do Fardo Mundial das Doenças encorajou-nos a definir prioridades claras e foi isso que fizemos.

Agora temos uma abordagem centrada nas melhorias na saúde a nível mundial que reflecte a nossa estratégia institucional. Baseamo-nos nas nossas perspectivas e solidariedade regionais. Trabalhamos sempre com os nossos parceiros.

Trabalhando juntos,

- Estaremos a fazer frente aos riscos que provocam má-saúde a nível mundial.

- Estaremos a intensificar a acção destinada a resolver as questões de saúde que conduzem à pobreza e, inversamente, dela resultam.
- Estaremos a assegurar-nos de que o sector da saúde desempenha um papel central na redução da pandemia do HIV/SIDA, do paludismo e da tuberculose, assim como das doenças não-transmissíveis e da ameaça do tabaco.

Estaremos a ajudar a criar sistemas que sejam eficazes, justos e que respondam às necessidades das populações.

E, para complementar todos estes esforços, estamos a fazer tudo o que está ao nosso alcance para colocar a saúde no centro da atenção política.

Trata-se de um conjunto de desafios, que apenas poderemos vencer se prosseguirmos em conjunto este esforço focalizado.

Muito obrigado.

## ANEXO 9

### DISCURSO DE ABERTURA DE SUA EXCELÊNCIA O SENHOR ROBERT G. MUGABE, PRESIDENTE DA REPÚBLICA DO ZIMBABWE

Ilustres Ministros da Saúde,  
Senhores Membros do Governo,  
Senhora Directora-Geral da OMS, Dra. Gro H. Brundtland,  
Senhor Director Regional da OMS para África, Dr. Ebrahim M. Samba,  
Membros do Corpo Diplomático  
Chefes do Sistema das Nações Unidas,  
Representantes das Organizações não-governamentais,  
Distintos Delegados,  
Minhas Senhoras e meus Senhores,

É com muita honra que o Zimbabwe acolhe a Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional Africano da OMS e, por isso, gostaria de desejar a todos calorosas boas-vindas.

Esperamos sinceramente que tenham deliberações frutíferas para encontrar soluções para os inúmeros desafios com que se depara o nosso continente.

Lamentamos que, por motivos de segurança, esta reunião do Comité Regional não tenha podido realizar-se em Brazzaville, República do Congo, onde se situa a Sede do Escritório Regional Africano. Continuamos, no entanto, a fazer votos para que a segurança melhore, por forma a que futuramente, os Comités Regionais se possam realizar nessa cidade.

Senhores Ministros,

Nesta Região, deparamo-nos com muitos desafios à saúde. É nossa sincera esperança que Vossas Excelências dediquem a sua atenção às estratégias que temos de utilizar como instrumentos para resolver esses problemas.

Os países da África Austral enfrentam actualmente uma das secas mais graves de que há memória.

Esta seca, para além de causar uma grave falta de alimentos para as nossas populações, tem ainda graves consequências para a saúde. Em Agosto deste ano, o Zimbabwe teve o privilégio de acolher uma reunião dos Ministros de Saúde e de outros funcionários dos países afectados pela seca, de forma a chegarem a um acordo sobre como enfrentar estes problemas de saúde. Durante essa reunião, foram dados passos importantes para diminuir os efeitos desta crise humanitária sobre a saúde das nossas populações.

A crise humanitária decorrente desta seca tem sido ainda agravada pela pandemia do HIV/SIDA e tuberculose, que tem vindo a afectar principalmente os países da África Austral. A constante propagação do paludismo, com grave impacto nas crianças com menos de cinco anos e nas mulheres grávidas é também outra preocupação. Durante esta crise humanitária, a ocorrência de doenças de transmissão hídrica, tais como a cólera, tem tido efeitos catastróficos na maioria dos países da Região.

Devido à recessão económica em muitos dos países da Região, os já comprometidos sistemas de saúde não estão a conseguir dar uma resposta adequada e eficaz aos desafios na área da saúde.

É minha sincera esperança que os Ilustres Ministros de Saúde não poupem esforços para identificar as estratégias fundamentais que nos irão auxiliar a controlar estes graves problemas de saúde.

Assim, aprez-me registar que este Comité Regional se realize pouco tempo depois da reunião ministerial, o que permite que as consequências desta seca sobre a saúde, possam ser abordadas no âmbito da ordem do dia do Comité Regional.

Quero agradecer à Organização Mundial de Saúde pelo seu apoio, quando dele necessitámos. Foi a Organização Mundial de Saúde que nos apoiou na realização dessa reunião de Agosto, para analisar as consequências sobre a saúde da actual seca nos países da África Austral.

A Organização Mundial de Saúde continuou a prestar apoio técnico, financeiro e moral a todos os países da Região. Gostaríamos de solicitar à Organização Mundial de Saúde que mantenha esta postura, especialmente nesta altura em que temos mais necessidade.

A maioria de vós está consciente da revolução que o Zimbabwe está a realizar - a redistribuição da terra - que é a última fase da nossa luta pela libertação e para a completa independência.

Não existem dúvidas sobre as consequências que o nosso rápido programa de redistribuição tem sobre a saúde. Não há dúvidas de que nestas novas áreas de repovoamento, a fraca ou inexistente cobertura em termos de água e saneamento cria um clima favorável aos surtos epidémicos. Devemos ver nisto um desafio para, a par deste rápido processo de repovoamento, garantir o abastecimento de água potável e saneamento. O meu governo, consciente da importância que representa uma boa cobertura de saneamento, disponibilizou 80 milhões de dólares do Zimbabwe para iniciar este importante programa.

A Iniciativa Mundial Fazer Recuar o Paludismo, que parecia inalcançável, foi já iniciada na maioria dos países, tendo o Zimbabwe lançado a sua estratégia a 11 de Maio de 2001. Começámos já a receber algum do importante prometido apoio, sob a forma de veículos, computadores, mosquiteiros impregnados com insecticida, *kits* de tratamento, motorizadas, equipamento electrónico etc.. O meu governo gostaria de garantir a todos os parceiros que contribuem para a estratégia Fazer Recuar o Paludismo, de que todos esses recursos serão encaminhados directamente para os beneficiários previstos. Esperamos que isto encoraje mais parceiros a comprometerem-se de igual forma, sabendo que todos os recursos existentes serão usados de forma eficaz.

Esperamos que o apoio prometido por parte do Fundo Mundial contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo seja brevemente disponibilizado aos Estados-Membros, cuja primeira ronda de utilização das verbas desse fundo foi realizada com sucesso. A este apoio, Senhor Presidente da sessão, será dada a máxima utilização, como complemento do apoio prestado por outros governos africanos.

As doenças não-transmissíveis, desde há muito negligenciadas, dado que tidas como doenças dos ricos, emergem como parte das cinco doenças prioritárias nesta Região. Como os factores de risco de hoje são as doenças de amanhã, é importante que se dê a devida prioridade às doenças não-transmissíveis, pois estas ameaçam continuar a ser uma causa importante de morbilidade e mortalidade. Dado que as doenças não-transmissíveis são de tratamento muito mais dispendioso do que as doenças transmissíveis, não há melhor contexto para aplicar o velho ditado “Mais vale prevenir (menos dispendioso) do que remediar”.

O ressurgimento da tuberculose, exacerbado pela emergência da pandemia do HIV/SIDA, sobrecarregou muitos sistemas de prestação de cuidados de saúde, num contexto de cada vez menos recursos disponíveis em economias de fraco desempenho. No caso do Zimbabwe, este problema tem sido agravado pela grave falta de divisas. No entanto, as pressões internacionais continuam a frustrar os nossos esforços para encontrar soluções alternativas.

Minhas Senhoras e meus Senhores,

No caso do Zimbabwe, estamos extremamente gratos pelas disposições que foram tomadas pelos nossos sólidos parceiros na área da saúde, a OMS e a UNICEF. De facto, a OMS tem sido um verdadeiro amigo nos bons e nos maus momentos, um amigo em todas as situações. O meu governo está extremamente grato à OMS por ter facilitado parcerias de colaboração a todos os níveis, especialmente na aquisição de vacinas, para mencionar apenas esta.

Ilustres Ministros,

Por último, mas não menos importante, gostaria de convidá-los a utilizarem algum tempo do vosso sobrecarregado programa, para visitarem o nosso país e experimentarem algumas das nossas atracções turísticas.

Desejo-vos deliberações frutíferas e uma boa estadia no Zimbabwe.

É com muito prazer e honra que declaro aberta a Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional Africano.

Muito obrigado.

**ORDEM DO DIA PROVISÓRIA  
DA QUINQUAGÉSIMA-TERCEIRA 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 2002: Relatório Anual do Director Regional
  - Execução do Orçamento-Programa para 2002-2003
  - Relatório de actividades sobre resoluções específicas:
    - Saúde para Todos no Século XXI na Região Africana: Agenda 2020;
    - Doenças não-transmissíveis: Estratégia para a Região Africana;
    - Saúde dos adolescentes: Estratégia para a Região Africana;
    - Estratégia regional para a saúde mental;
    - Programa regional para a tuberculose;
    - Estratégia regional para as situações de emergência e ajuda humanitária;
    - Vigilância epidemiológica integrada das doenças: Estratégia regional para as doenças transmissíveis.
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 para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo
  - 7.2 Ordens do dia da 113ª sessão do Conselho Executivo e da 57ª sessão da Assembleia Mundial da Saúde: Implicações regionais
  - 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
8. Relatório do Subcomité do Programa
  - 8.1 Macroeconomia e saúde: Perspectivas futuras na Região Africana
  - 8.2 Reforçar o papel dos hospitais nos sistemas nacionais de saúde
  - 8.3 Prevenção e luta contra a violência e os traumatismos na Região Africana: Situação actual e programa de acção
  - 8.4 Saúde das mulheres: Estratégia para a Região Africana

- 8.5 Higiene dos alimentos e saúde: Análise da situação e perspectivas
- 8.6 Intensificação das intervenções relacionadas com o HIV/SIDA, paludismo e a tuberculose
9. Mesas-Redondas
  - 9.1 O papel dos serviços laboratoriais na prestação de cuidados de saúde de qualidade
  - 9.2 Maternidade segura: Melhoria do acesso aos cuidados obstétricos de emergência
10. Relatório das Mesas-Redondas
11. Escolha dos temas das Mesas-Redondas de 2004
12. Nomeação do Presidente e Presidente Substituto das Mesas-Redondas de 2004
13. Decisões processuais
14. Datas e locais das 54ª e 55ª sessões do Comité Regional
15. Aprovação do relatório do Comité Regional
16. Encerramento da 53ª sessão do Comité Regional.

## ANEXO 11

### LISTA DOS DOCUMENTOS

<b>Referência</b>		<b>Título</b>
AFR/RC52/1/Rev.1	-	Aprovação da ordem do dia
AFR/RC52/1 Rev.1 Add.1	-	Programa de trabalho
AFR/RC52/2	-	Actividades da OMS na Região Africana em 2000-2001: Relatório Bienal do Director Regional
AFR/RC52/3	-	Orçamento-Programa para 2004-2005: Contribuição Regional
AFR/RC52/3 Add.1	-	Adenda ao Projecto de Orçamento - Contribuição da Sede Mundial
AFR/RC52/4	-	Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo
AFR/RC52/5	-	Incidências regionais das ordens do dia da 111ª sessão do Conselho Executivo e da 56ª Assembleia Mundial da Saúde
AFR/RC52/6	-	Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
AFR/RC52/7	-	Ordem do dia do Subcomité do Programa
AFR/RC52/8	-	Relatório do Subcomité do Programa

AFR/RC52/9	-	Estratégia regional sobre vacinação para o período de 2003-2005
AFR/RC52/10	-	Saúde e ambiente: Estratégia para a Região Africana
AFR/RC52/11	-	Pobreza e saúde: Estratégia para a Região Africana
AFR/RC52/12	-	Implementação das reformas do sector da saúde na Região Africana: Reforço da função administração-geral do governo
AFR/RC52/13	-	Desenvolvimento de recursos humanos para a saúde: Acelerar a implementação da Estratégia na Região Africana
AFR/RC52/RT/1	-	Resposta do sector da saúde à dupla epidemia da Tuberculose e do HIV/SIDA
AFR/RC52/RT/2	-	Controlo das doenças cardiovasculares através da redução dos factores de risco
AFR/RC52/RT3	-	Financiamento na saúde
AFR/RC52/14.1	-	Resposta do sector da saúde à dupla epidemia da tuberculose e do HIV/SIDA (Relatório da Mesa-Redonda 1)
AFR/RC52/14.2	-	Abordagem das doenças cardiovasculares através da redução dos factores de risco (Relatório da Mesa-Redonda 2)
AFR/RC52/14.3	-	Financiamento na saúde (Relatório da Mesa-Redonda 3)
AFR/RC52/15	-	Escolha dos temas das Mesas-Redondas de 2003

AFR/RC52/16	-	Nomeação do Presidente e Presidente substituto das Mesas-Redondas em 2003
AFR/RC52/17	-	Datas e locais da 53 <sup>a</sup> e 54 <sup>a</sup> sessões do Comité Regional
AFR/RC52/18	-	Lista dos participantes
AFR/RC52/19	-	Aprovação do relatório do Comité Regional
AFR/RC52/20.1	-	Relatório da sessão de apresentação sobre a Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD): A Componente Saúde
AFR/RC52/20.2	-	Relatório da sessão especial sobre o Fundo Mundial de luta contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo
Decisão 1:	-	Composição da Comissão de Designações
Decisão 2:	-	Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relatores
Decisão 3:	-	Composição da Comissão de Verificação de Poderes
Decisão 4:	-	Credenciais
Decisão 5:	-	Substituição de membros do Subcomité do Programa
Decisão 6:	-	Ordem do dia provisória da Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional
Decisão 7:	-	Ordens do dia da 111 <sup>a</sup> sessão do Conselho Executivo e da 56 <sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde

Decisão 8:	-	Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
Decisão 9:	-	Escolha do tema das Mesas-Redondas em 2003
Decisão 10:	-	Datas e locais da Quinquagésima-terceira e Quinquagésima-quarta sessões do Comité Regional
Decisão 11:	-	Designação de Representantes da Região Africana para a Comissão de Orientação e Coordenação (PCC) do Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Reprodução Humana (HRP)
Decisão 12:	-	Designação de Representantes da Região Africana para a Comissão Directiva do Programa da Parceria “Fazer Recuar o Paludismo”
AFR/RC52/R1	-	Orçamento-Programa para 2004-2005
AFR/RC52/R2	-	Estratégia regional sobre a vacinação para o período de 2003-2005
AFR/RC52/R3	-	Saúde e ambiente: Estratégia para a Região Africana
AFR/RC52/R4	-	Pobreza e saúde: Estratégia para a Região Africana
AFR/RC52/R5	-	Desenvolvimento de recursos humanos para a saúde: Acelerar a implementação da estratégia regional
AFR/RC52/R6	-	Moção de agradecimento

AFR/RC52/SCC/1	-	Relatório da Comissão de Verificação de Poderes
AFR/RC52/Conf.Doc.1	-	Alocução de boas-vindas do Dr. David Parirenyatwa, Ministro da Saúde do Zimbabwe
AFR/RC52/Conf.Doc. 2	-	Alocução do Embaixador Mahamat H. Doutoum, Comissário Interino dos Assuntos Sociais da Cooperação Afro-Árabe
AFR/RC52/Conf.Doc. 3	-	Comunicação da Dra. Gro H. Brundtland, Directora-Geral da Organização Mundial de Saúde
AFR/RC52/Conf.Doc. 4	-	Discurso de abertura do Presidente da República do Zimbabwe, Sua Excelência Camarada Robert G. Mugabe
AFR/RC52/INF/01	-	Boletim Informativo da República do Zimbabwe