

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

Brazzaville, Congo, 30 de Agosto – 3 de Setembro de 2004

Relatório Final



Organização Mundial de Saúde
Escritório Regional Africano
Brazzaville

Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional Africano da OMS

Brazaville, Congo, 30 de Agosto–3 de Setembro de 2004

Relatório Final

Organização Mundial de Saúde
Escritório Regional Africano
Brazzaville 2004

AFR/RC54/19

(c)

Escritório Regional Africano
da Organização Mundial de Saúde
(2004)

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.....	ix
-------------------	----

PARTE I: DECISÕES PROCESSUAIS E RESOLUÇÕES

DECISÕES PROCESSUAIS

Decisão 1:	Constituição da Comissão de Designações	1
Decisão 2:	Eleição do Presidente, Vice-Presidentes 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-quinta sessão do Comité Regional	3
Decisão 7:	Ordem do dia da 115ª sessão do Conselho Executivo	3
Decisão 8:	Designação de Estados-Membros da Região Africana para integrarem o Conselho Executivo.....	3
Decisão 9:	Método de trabalho e duração da 58ª Assembleia Mundial da Saúde	3-4
Decisão 10:	Escolha do tema das Mesas-Redondas em 2005	5
Decisão 11:	Datas e locais da Quinquagésima-quinta e Quinquagésima-sexta sessões do Comité Regional.....	5
Decisão 12	Designação de Representantes da Região Africana para a Comissão de Orientação e Coordenação do Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Reprodução Humana.....	5
Decisão 13:	Designação dos Representantes da Região Africana no Conselho Executivo da Parceria Fazer Recuar o Paludismo	6

RESOLUÇÕES

AFR/RC54/R1:	Designação do Director Regional.....	6
AFR/RC54/R2:	Reposicionamento do planeamento familiar nos serviços de saúde reprodutiva: Quadro estratégico para uma acção acelerada, 2005-2014.....	6-8
AFR/RC54/R3:	Intervenções prioritárias para o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária.....	8-10
AFR/RC54/R4:	Saúde e segurança ocupacional na Região Africana: Análise da situação e perspectivas.....	10-12
AFR/RC54/R5	Melhorar o acesso aos cuidados e ao tratamento do HIV/SIDA na Região Africana: A iniciativa “3 by 5” e para além desta.....	12-14
AFR/RC54/R6	Abuso sexual de crianças:Uma urgência sanitária silenciosa.....	14-16
AFR/RC54/R7	Projecto de Orçamento-Programa para 2006-2007.....	16-17
AFR/RC54/R8	Lutar contra o ressurgimento da transmissão do poliovírus selvático na Região Africana.....	17-19
AFR/RC54/R9	Roteiro para acelerar a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde materna e dos recém-nascidos em África.....	19-21
AFR/RC54/R10	Manifestação de apreço ao Dr. Ebrahim Malick Samba.....	21
AFR/RC54/R11	Designação dos Estados-Membros da Região Africana para o Conselho Executivo.....	22-23
AFR/RC54/R12	Moção de agradecimento.....	24

PARTE II: RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL

	<i>Parágrafos</i>
CERIMÓNIA DE ABERTURA	1 - 25
ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS.....	26-33
Composição da Comissão de Designações	26
Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores	27
Aprovação da ordem do dia	28
Aprovação do horário do trabalho	29
Designação da Comissão de Verificação de Poderes	30-33
ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA 2002: RELATÓRIO ANUAL DO DIRECTOR REGIONAL (documento AFR/RC54/2).....	34 - 85
Aprovação do Relatório Bienal.....	85
CORRELAÇÃO ENTRE OS TRABALHOS DO COMITÉ REGIONAL, DO CONSELHO EXECUTIVO E DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE	86 - 102
Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo (documento AFR/RC54/6).....	87 - 95
Ordens do dia da 115ª sessão do Conselho Executivo da Quinquagésima-oitava sessão da Assembleia Mundial da Saúde e da Quinquagésima-quinta do Comité Regional (documento AFR/RC54/7).....	96 - 100
Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC54/8)	101 - 102
NOMEAÇÃO DO DIRECTOR REGIONAL.....	103 - 111
Expressão de agradecimento e orientações para o futuro, pelo Dr. Luis Gomes Sambo.....	104 - 111
RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA (documento AFR/RC54/10)	112-176

Reposicionamento do planeamento familiar nos serviços de saúde reprodutiva: Quadro estratégico para uma acção acelerada, 2005-2014 (documento AFR/RC54/11 Rev.1)	115-126
Intervenções prioritárias para o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária (documento AFR/RC54/12 Rev.1).....	127-137
Saúde e segurança ocupacional na Região Africana: Análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC54/13 Rev.1).....	138-150
Melhoria do acesso e do tratamento do HIV/SIDA na Região Africana: A iniciativa “ 3 by 5” e para além desta (documento AFR/RC54/14 Rev.1).....	151-164
Abuso sexual de crianças: Uma urgência sanitária silenciosa (documento AFR/RC54/15 Rev.1).....	165-176
PROJECTO DE ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2006-2007 (documento AFR/RC54/3).....	177-190
DÉCIMO-PRIMEIRO PROGRAMA-GERAL DE TRABALHO PARA 2006-2015 (documento AFR/RC54/4).....	191-196
DOCUMENTOS DE INFORMAÇÃO.....	197-219
Lutar contra o ressurgimento da transmissão do poliovírus selvático na Região Africana (documento AFR/RC54/INF.DOC/5).....	197-202
Roteiro para acelerar a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde materna e dos recém-nascidos em África (documento AFR/RC54/INF.DOC/6).....	203-208
Eliminação da lepra na Região Africana da OMS (documento AFR/RC54/INF.DOC/2).....	209-212
Eliminação da filaríase linfática na Região Africana: Relatório dos progressos (documento AFR/RC54/INF.DOC/3)	213-215

Reunião consultiva regional sobre as Regulamentações Sanitárias Internacionais revistas (documento AFR/RC54/INF.DOC/4).....	216-219
MESA-REDONDA: (documento AFR/RC54/RT/1).....	220-223
DATAS E LOCAIS DA QUINQUAGÉSIMA-QUARTA E QUINQUAGÉSIMA-QUINTA SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC54/18)	224-225
APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC54/19)	226
ENCERRAMENTO DA QUINQUAGÉSIMA-QUARTA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL	227-238
Observações de encerramento do Director Regional	227-230
Expressão de agradecimento ao Dr. Ebrahim M. Samba.....	231-233
Moção de agradecimento	234
Observações do Presidente e encerramento da sessão	235-238

PARTE III: ANEXOS

	<i>Página</i>
1. Lista dos participantes	77-94
2. Ordem do dia da 54 ^a sessão do Comité Regional	95-97
3. Programa de trabalho da 54 ^a sessão do Comité Regional.....	98-102
4. Relatório do Subcomité do Programa	103-128
5. Relatório da Mesa Redonda.....	129-132
6. Alocução do Dr. Alain Moka Ministro da Saúde e da População da República do Congo.....	133-135
7. Alocução da Dra. Mantombazana Tshabalala-Msimang, Ministra da Saúde da República da África do Sul, Presidente da Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional Africano da OMS.....	136-140

8.	Alocação do Senhor Isidore Mvouba, Ministro de Estado, encarregue da Coordenação da Acção Governamental, Ministro dos Transportes e das Privatizações da República do Congo.....	141-144
9.	Alocação do Dr. Jong-wook Lee, Director-Geral da OMS	145-152
10.	Alocação da Sra. Elisabeth Tankeu,Comissária para o Comércio e a Indústria, da União Africana	153-157
11.	Discurso do Dr. Saleh Mecky, Ministro da Saúde da República da Eritreia, Presidente da Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional.....	158-161
12.	Ordem do dia provisória da 55ª sessão do Comité Regional	162-164
13.	Lista dos documentos	165-169

ABREVIATURAS

AACHRD	-	Comissão Consultiva Africana para a Investigação e Desenvolvimento em Saúde (CCAIDS)
AIDS	-	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA)
APOC	-	Programa Africano de Controlo da Oncocercose
ART	-	Terapia Anti-Retroviral
ARV	-	Medicamento Anti-Retroviral
AU	-	União Africana (UA)
CCM	-	Mecanismos de Coordenação dos Países
CRHC-SECSA	-	Comunidade Regional de Saúde de Commonwealth – Secretariado para a África do Leste, Central e Austral
CSA	-	Abuso Sexual de Crianças
DOTS	-	Terapia por observação directa de curta-duração
DPT	-	Vacina Tríplice (Difteria, Tétano e Tosse Convulsa)
FP	-	Planeamento Familiar
GFATM	-	Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo
GPW	-	Programa-Geral de Trabalho
HIV	-	Vírus de Imunodeficiência Humana
HQ	-	Sede (da OMS)
HRH	-	Recursos Humanos para a Saúde
IHR	-	Regulamentações Sanitárias Internacionais
ILO	-	Organização Internacional do Trabalho
IOM	-	Organização Internacional para as Migrações
MDG	-	Metas de Desenvolvimento do Milénio
MDSC	-	Centro de Vigilância Pluripatológica
NEPAD	-	Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano
NGO	-	Organização Não-Governamental (ONG)
NHIS	-	Sistemas Nacionais de Informação Sanitária
NID	-	Jornadas Nacionais de Vacinação (JNV)
OAU	-	Organização da Unidade Africana (OUA)
PHC	-	Cuidados Primários de Saúde
PSC	-	Subcomité do Programa
RH	-	Saúde Reprodutiva
SARS	-	Síndrome Respiratório Agudo
STD	-	Doença Sexualmente Transmissível
STI	-	Infecção Sexualmente Transmissível
TB	-	Tuberculose
TBA	-	Parteira Tradicional
TRIPS	-	Aspectos Comerciais dos Direitos de Propriedade Intelectual
UN	-	Nações Unidas (Organização das)
UNAIDS	-	Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/SIDA (ONUSIDA)

UNEP	-	Programa das Nações Unidas para o Ambiente
UNESCO	-	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciências e Cultura
UNFPA	-	Fundo das Nações Unidas para as Populações
UNGASS	-	Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas
UNICEF	-	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIDO	-	Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial
UNIFEM	-	Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher
WAHO	-	Organização de Saúde da África do Oeste
WHA	-	Assembleia Mundial da Saúde
WHO	-	Organização Mundial de Saúde (OMS)
WPF	-	Fundo das Nações Unidas para a Agricultura

PARTE I
DECISÕES PROCESSUAIS
E
RESOLUÇÕES

DECISÕES PROCESSUAIS

Decisão nº1: Composição da Comissão de Designações

A Comissão de Designações, constituída por representantes dos seguintes Estados-Membros, reuniu na Segunda-feira, 30 de Agosto de 2004: Angola, Benim, Comores, (República do) Congo, Côte d'Ivoire, Gabão, Gana, Lesoto, Mauritânia, Senegal, Seychelles e Togo.

A Comissão elegeu o Sr. Mohammed Lemine Ould Selmane, Ministro da Saúde da República da Mauritânia, para a sua Presidência.

Primeira sessão, 30 de Agosto de 2004

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

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

Presidente:	Dr. Saleh Mekey, Ministro da Saúde da Eritreia
1º Vice-Presidente:	Dr. Mosso Ramos, Ministro da Saúde de Cabo Verde
2º Vice-Presidente:	Sra. Aziza Baroud Ministra da Saúde do Chade
Relatores:	Prof. Abel Dushimimana (língua francesa) Ministro da Saúde do Ruanda
	Dr. Brian Chituwo (língua inglesa) Ministro da Saúde da Zâmbia
	Dr. Vilfrino Santana Ministro da Saúde de São Tomé e Príncipe

Segunda sessão, 30 de Agosto de 2004

Decisão nº 3: Composição da Comissão de Verificação de Poderes

O Comité Regional designou uma Comissão de Verificação de Poderes, composta por representantes dos 12 Estados-Membros seguintes: Argélia, Camarões, Comores, Guiné Equatorial, Etiópia, Guiné-Bissau, Madagáscar, Malauí, Namíbia, Serra Leoa, Tanzânia e Zimbábue.

A Comissão de Verificação de Poderes reuniu-se no dia 30 de Agosto de 2004. Estiveram presentes delegados dos seguintes Estados-Membros: Argélia, Camarões, Comores, Guiné Equatorial, Etiópia, Guiné-Bissau, Madagáscar, Malauí, Namíbia, Serra Leoa, Tanzânia e Zimbábue.

A Comissão elegeu para a sua Presidência o Dr. Guirma Azene, Responsável pelo Planeamento e Programação, Chefe da Delegação da Etiópia.

Segunda sessão, 30 de Agosto de 2004

Decisão nº 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: África do Sul, Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, Chade, Comores, Côte d' Ivoire, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Lesoto, Madagáscar, Malauí, Mali, Maurícias, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Niger, Nigéria, Quénia, República Centrafricana, República Democrática do Congo, República do Congo, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábue, tendo-as achado em ordem.

A Libéria não esteve presente.

Segunda sessão, 30 de Agosto de 2004

Decisão nº 5: Substituição de Membros do Subcomité do Programa

O mandato dos seguintes países no Subcomité do Programa cessará com o encerramento da Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional: Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria e Quénia. Serão substituídos por Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe e Senegal.

Terceira sessão, 30 de Agosto de 2004

Decisão nº 6: Ordem do dia provisória da Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional

O Comité Regional tomou nota da ordem do dia provisória da sua Quinquagésima-quinta sessão.

Oitava sessão, 1 de Setembro de 2004

Decisão nº 7: Ordem do dia da 115ª sessão do Conselho Executivo

O Comité Regional tomou nota da ordem do dia provisória da 115ª sessão do Conselho Executivo.

Oitava sessão, 1 de Setembro de 2004

Decisão nº 8: Designação de Estados-Membros da Região Africana para integrarem o Conselho Executivo

A fim de assegurar o equilíbrio geográfico entre os Estados-Membros da Região Africana que integram o Conselho Executivo, os membros regionais deverão ser divididos em três Sub-regiões: Sub-região I, Sub-região II e Sub-região III, correspondentes ao agrupamento geográfico da Região Africana. A cada Sub-região deverão ser atribuídos dois lugares dos sete que cabem à Região, ficando o lugar adicional em regime de rotatividade entre as três Sub-regiões. A primeira Sub-região a beneficiar do lugar rotativo será escolhida por consenso e depois disso, esse lugar deverá rodar por ordem numérica.

Os Estados-Membros actualmente representados no Conselho Executivo conservarão o seu mandato, sendo os lugares vagos, que vão surgindo em cada sub-região, preenchidos em conformidade com as novas disposições.

Oitava sessão, 1 de Setembro de 2004

Decisão nº 9: Método de trabalho e duração da 58ª Assembleia Mundial da Saúde

Presidente da Assembleia Mundial da Saúde

1) O Presidente da Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional Africano será designado Vice-Presidente da Quinquagésima-oitava Assembleia Mundial da Saúde, a realizar em Maio de 2005. A última vez que a Região Africana designou o Presidente da Assembleia Mundial da Saúde foi em Maio de 2000.

Principais Comissões da Assembleia Mundial da Saúde

- 2) O Director-Geral, em conjunto com o Director Regional, analisará, antes da 58ª Assembleia Mundial da Saúde, quais os delegados dos Estados-Membros da Região Africana susceptíveis de desempenhar eficazmente os seguintes cargos:
- Presidentes das Comissões Principais A e B
 - Vice-Presidentes e Relatores das Comissões Principais

Membros habilitados a designar pessoas para o Conselho Executivo

3) Segundo a ordem alfabética em inglês, o Quénia e o Lesoto designaram um representante para o Conselho Executivo, a partir da 114ª sessão, imediatamente após a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, juntando-se assim ao Gabão Gâmbia Gana, Guiné e Guiné-Bissau, da Região Africana.

4) O mandato do Gabão, Gâmbia, Gana e Guiné cessará com o encerramento da Quinquagésima-oitava Assembleia Mundial da Saúde. Em conformidade com as novas disposições para a designação de membros para o conselho Executivo, estes países serão substituídos por Libéria (Sub-região I), Ruanda (Sub-região II) e Madagáscar (Sub-região III). Propõe-se que o sétimo lugar (o lugar rotativo) seja atribuído à Namíbia, da Sub-região III, uma vez que esse país não teve nunca a oportunidade de participar no Conselho Executivo.

5) Os Estados-Membros (Libéria, Ruanda, Madagáscar e Namíbia), participarão na 116ª sessão do Conselho Executivo em Maio de 2005, e deverão confirmar a sua disponibilidade, pelo menos seis semanas antes da Quinquagésima-oitava Assembleia Mundial da Saúde.

6) A Quinquagésima-primeira Assembleia Mundial da Saúde decidiu, através da Resolução WHA51.26, que os elementos designados para o Conselho Executivo deverão ser representantes governamentais, tecnicamente qualificados na área da saúde.

Reunião do Comité Regional em Genebra

7) O Director Regional convocará esta reunião para Segunda-feira, 16 de Maio de 2005, às 08h30, no *Palais des Nations*, em Genebra, para confirmação das decisões tomadas pelo Comité Regional na sua 54ª sessão. Durante a sessão, terá lugar em cada manhã uma reunião de coordenação com todos os delegados africanos.

Oitava sessão, 1 de Setembro de 2004

Decisão nº 10: Escolha dos temas das Mesas-Redondas em 2005

O Comité Regional aprovou a decisão de realizar discussões em Mesas-Redondas durante as suas reuniões, para promover a interacção e a troca de ideias e experiências entre os Ministros da Saúde e os Chefes de Delegação.

Mesa-Redonda nº 1: Prevenção do HIV e da SIDA na Região Africana

Presidente, Senegal
Presidente substituto, Uganda

Mesa-Redonda nº 2: Desigualdades na Saúde: Motivo de preocupação na Região Africana

Presidente, Nigéria
Presidente substituto, Mali

Décima-quarta sessão, 3 de Setembro de 2004

Decisão nº 11: Datas e locais da Quinquagésima-quinta e Quinquagésima-sexta sessões do Comité Regional

De acordo com o seu Regulamento Interno, o Comité Regional aceitou realizar a sua Quinquagésima-quinta sessão, em Maputo (Moçambique), de 22 a 26 de Agosto de 2005.

O Comité Regional tomará posteriormente uma decisão sobre o local de realização da sua Quinquagésima-sexta sessão.

Décima-sexta sessão, 3 de Setembro de 2004

Decisão nº 12: Designação de Representantes da Região Africana para a Comissão de Orientação e Coordenação do Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Reprodução Humana

O mandato de Cabo Verde cessará a 31 de Dezembro de 2004. De acordo com a ordem alfabética em inglês, será substituído pela Côte d'Ivoire por um período de três anos, com início a 1 de Janeiro de 2005. A Côte d'Ivoire juntar-se-á assim à República Centrafricana e às Comores, que já são membros da Comissão.

Décima-sexta sessão, 31 de Agosto de 2004

Decisão nº 13: Designação dos Representantes da Região Africana no Conselho Executivo da Parceria Fazer Recuar o Paludismo

O Gana, o Senegal e a Zâmbia são membros do Conselho Executivo da Parceria Fazer Recuar o Paludismo; o seu mandato de dois anos teve início em Outubro de 2002. A partir de Setembro de 2003, a República Democrática do Congo entrará para a Comissão, para um mandato de dois anos. Em Março de 2005, terminará o mandato do Gana, Senegal e Zâmbia, que serão substituídos pela Nigéria, Benim e Tanzânia.

Décima-sexta sessão, 3 de Agosto de 2004

RESOLUÇÕES

AFR/RC54/R1: Designação do Director Regional

Tendo em consideração o Artigo 52º da Constituição da OMS e nos termos do Artigo 52º do Regulamento Interno do Comité Regional Africano.

O Comité Regional,

1. DESIGNA o Dr. Luis Gomes Sambo, como Director Regional para a Região Africana, e
2. SOLICITA ao Director-Geral que proponha ao Conselho Executivo a nomeação do Dr. Luis Gomes Sambo a partir de 1 de Fevereiro de 2005.

Décima sessão, 2 de Setembro de 2004

AFR/RC54/R2 Reposicionamento do planeamento familiar nos serviços de saúde reprodutiva: Quadro estratégico para uma acção acelerada, 2005-2014

Relembrando a Declaração de Alma-Ata que identificou o planeamento familiar como componente essencial dos cuidados de saúde primários;

Relembrando ainda as Resoluções WHA38.22, WHA40.27, WHA42.42, WHA44.33, WHA45.25 e WHA48.10 da Assembleia Mundial da Saúde, onde se reafirmava o papel especial da Organização Mundial de Saúde no que respeita à advocacia, funções normativas, investigação e cooperação técnica na área da saúde reprodutiva, incluindo o planeamento familiar;

Consciente das metas de desenvolvimento do milénio, que apelam à redução de três quartos na mortalidade materna e de dois terços na mortalidade infantil, até 2015 e do papel do planeamento familiar nos esforços para a consecução destes objectivos;

Tendo presente as Resoluções do Comité Regional, AFR/RC43/R6 e AFR/RC47/R4, sobre *Mulheres, Saúde e Desenvolvimento*; documentos AFR/RC53/11 sobre a *Saúde das Mulheres: Estratégia para a Região Africana*; e AFR/RC47/8 sobre *Saúde Reprodutiva: Estratégia da Região*

Africana para 1998-2007, que identificam o planeamento familiar como uma intervenção para a melhoria da qualidade de vida das mulheres;

Relembrando a *Política de Saúde para Todos no Século XXI na Região Africana: Agenda 2020*, que apela à criação de condições que permitam às mulheres participar, beneficiar e desempenhar um papel de liderança no desenvolvimento sanitário;

Tendo presente os direitos de saúde reprodutiva das mulheres, como definidos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, e em declarações e planos de acção subsequentes;

Preocupado com o nível extremamente elevado de morbilidade e mortalidade materna e com os esforços suplementares que os Estados-Membros terão de fazer para atingirem os objectivos internacionais da saúde reprodutiva, incluindo o planeamento familiar;

Preocupado com a necessidade de preservar uma importante proporção da população jovem para desta forma se manter o equilíbrio da pirâmide populacional, ao mesmo tempo que se asseguram serviços de planeamento familiar eficazes;

Convicto de que “mais de dois anos de espaçamento entre os partos, salva-vidas”;

O Comité Regional,

1. APROVA o documento AFR/RC54/11 Rev.1, *Reposicionamento do planeamento familiar nos serviços de saúde reprodutiva: Quadro estratégico para uma acção acelerada, 2005-2014*, que incide sobre os benefícios do planeamento familiar para a saúde dos indivíduos e das comunidades na Região Africana;
2. EXORTA os Estados-Membros a:
 - a) Assumirem o compromisso de implementarem este quadro estratégico, no âmbito do Roteiro nacional para a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio, relacionadas com a saúde materna e dos recém-nascidos, através de um investimento acrescido no planeamento familiar;
 - b) reverem as suas políticas de saúde reprodutiva e a fazerem do planeamento familiar sua parte integrante, por forma a traduzir o quadro estratégico regional em programas nacionais realistas;
 - c) incorporarem a saúde materna e dos recém-nascidos, incluindo o planeamento familiar, nos planos nacionais e regionais de desenvolvimento, assim como nos

planos de desenvolvimento em colaboração com o Banco Mundial, NEPAD e blocos económicos regionais;

- d) promoverem o acesso de todas as mulheres e homens a uma gama completa de serviços de planeamento familiar e contraceptivos, e explorarem as possibilidades de produção local de bens de planeamento familiar de qualidade;
- e) reforçarem a capacidade institucional a nível nacional para a formação inicial e em serviço na área do planeamento familiar, incluindo a logística dos contraceptivos;
- f) mobilizarem as instituições governamentais, parceiros internacionais de desenvolvimento, ONG, associações profissionais e o sector privado, para que renovem o seu apoio aos Estados-Membros para uma melhoria da segurança dos métodos contraceptivos e um maior investimento nos serviços de planeamento familiar.

3. SOLICITA ao Director Regional que:

- a) Continue a advogar a favor do papel fundamental do planeamento familiar como abordagem estratégica para a redução da morbilidade e mortalidade maternas;
- b) preste apoio técnico aos Estados-Membros para o planeamento, implementação, monitorização e avaliação do quadro estratégico para o reposicionamento do planeamento familiar nos serviços de saúde reprodutiva;
- c) formule orientações pertinentes a serem seguidas pelos Estados-Membros, com vista a advogar a favor do quadro estratégico e a acelerar a sua implementação;
- d) apresente um relatório à Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional e, subsequentemente, de dois em dois anos, sobre os progressos realizados na implementação deste quadro estratégico.

Nona sessão, 1 de Setembro de 2004

AFR/RC54/R3: Intervenções prioritárias para o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária

Relembrando as Resoluções AFR/RC41/R5 e AFR/RC41/R6, que se referem à necessidade de criar e reforçar os sistemas de informação sanitária aos níveis nacional e distrital, assim como as Resoluções WHA48.13 e AFR/RC48/R2, relacionadas com a prevenção e controlo das doenças transmissíveis e com a estratégia regional para a vigilância integrada das doenças e a utilização dos dados epidemiológicos para a tomada de decisões;

Tendo presente a Resolução AFR/RC50/R1, que apela à elaboração e implementação de políticas nacionais de saúde sustentáveis, bem como à criação de mecanismos destinados a

monitorizar e avaliar os progressos realizados no quadro da Política de Saúde para Todos para o Século XXI na Região Africana: Agenda 2020;

Profundamente preocupado com a inadequação das políticas nacionais sobre sistemas de informação sanitária, a má organização das estruturas e a ausência dos recursos necessários à informação sanitária a todos os níveis;

Consciente das fragilidades existentes na recolha e análise dos dados, no seu processamento e transmissão tardios, bem como das insuficiências na utilização da informação disponível;

Reconhecendo a necessidade de dados sanitários fiáveis que possam nortear tanto a gestão estratégica como as decisões operacionais, e receando que tais dados não sejam prontamente disponibilizados;

Notando que os países aprovaram as Metas de Desenvolvimento do Milénio e a monitorização dos indicadores relacionados com a saúde no quadro dos sistemas nacionais de informação sanitária;

Empenhado em assegurar que os sistemas nacionais de informação sanitária desempenhem apropriadamente as suas funções de medição e notificação de todos os indicadores sanitários e conexos;

Tendo analisado o documento AFR/RC54/12 intitulado “Intervenções prioritárias para o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária”,

O Comité Regional,

1. APROVA o documento AFR/RC54/12, designado “Intervenções proritárias para o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária”;
2. INSTA os Estados-Membros a:
 - a) realizar uma avaliação abrangente dos seus sistemas nacionais de informação sanitária, a fim de identificar os seus pontos fracos e as necessidades em termos de recursos humanos, financeiros e materiais, incluindo os meios de comunicação e de supervisão;
 - b) rever e actualizar os indicadores essenciais de saúde a nível nacional - objectivos propostos na Política Regional de Saúde para Todos no Século XXI na Região Africana: Agenda 2020 e nas Metas de Desenvolvimento do Milénio - com um conjunto mínimo de dados a ser recolhido, analisado e utilizado regular e atempadamente, a todos os níveis do sistema nacional de saúde;

- c) adoptar uma política relativa aos sistemas nacionais de informação sanitária que seja parte integrante da política nacional de saúde;
- d) melhorar a coordenação e a gestão dos vários subsistemas do sistema nacional de informação sanitária, reconhecendo que aqueles são dirigidos por vários departamentos governamentais, sector privado e organizações não-governamentais;
- e) criar ou reforçar as unidades de sistemas nacionais de informação sanitária e aumentar o investimento nos sistemas de informação sanitária;
- f) garantir a difusão e a utilização eficaz dos dados recolhidos para as actividades quotidianas e o planeamento estratégico;

3. SOLICITA ao Director Regional que:

- a) Preste apoio aos Estados-Membros, permitindo assim a implementação das intervenções prioritárias, para o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária;
- b) promova as opções tecnológicas que possam facilitar a ligação em rede, a comunicação, o acesso, a utilização e o *feedback* da informação sanitária;
- c) preste apoio aos países para a mobilização de recursos e a melhoria das capacidades nos sistemas nacionais de informação sanitária;
- d) apresente ao Comité Regional, de dois em dois anos, um relatório sobre os progressos realizados na implementação das intervenções prioritárias para o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária.

Décima-primeira sessão, 2 de Setembro de 2004

AFR/RC54/R4: Saúde e segurança ocupacional na Região Africana: Análise da situação e perspectivas

Notando, com preocupação, a grave situação em que se encontra a saúde e segurança ocupacional na maioria dos países da Região Africana;

Expressando preocupação pelo facto de os serviços de saúde e segurança ocupacional serem fracos ou inexistentes e não abrangerem a maioria dos trabalhadores do sector informal;

Recordando as Resoluções WHA32.14 e WHA33.31 da Assembleia Mundial da Saúde, onde se advogava o desenvolvimento da saúde e segurança ocupacional, e a sua integração

nos cuidados primários de saúde, respectivamente, para cobrir as populações desfavorecidas, como as do sector informal, dos meios rurais e dos pequenos negócios;

Consciente da falta de dados e de informação sobre o tipo e a magnitude dos problemas de saúde dos trabalhadores na maioria dos países;

Consciente do impacto negativo das doenças transmissíveis e não-transmissíveis, especialmente do HIV/SIDA, do paludismo e dos traumatismos, incluindo os que decorrem do tráfico rodoviário e nos locais de trabalho;

Reconhecendo os esforços realizados pela OMS para mobilizar outros parceiros a trabalhar em conjunto e garantir a consecução de várias metas internacionais, regionais e nacionais, por parte dos países;

Preocupado com o facto da saúde e segurança ocupacional constituírem uma necessidade crescente relacionada com as crescentes perspectivas de recuperação económica, no contexto da NEPAD.

O Comité Regional,

1. APROVA o documento designado “ Saúde e segurança ocupacional na Região Africana : Análise da situação e perspectivas” AFR/RC54/13 Rev.1.
2. INSTA os Estados-Membros a:
 - a) Integrarem a saúde e segurança ocupacional nas políticas de saúde e nas estratégias nacionais de cuidados de saúde;
 - b) formularem e implementarem políticas e legislação que promovam locais de trabalho saudáveis e seguros, tanto no sector formal como no sector informal;
 - c) gerarem dados factuais e informação para a tomada de decisões políticas e a respectiva implementação;
 - d) criarem um ambiente propício que permita às entidades patronais aumentarem os recursos a nível da saúde e segurança ocupacional nos locais de trabalho;
 - e) continuarem a promoção de locais de trabalho saudáveis e seguros, restringindo a utilização do tabaco ou de outras substâncias nocivas;
 - f) criarem e reforçarem as instituições de saúde ou segurança ocupacional, para garantir a sua gestão sustentada, a melhoria das capacidades e a investigação;

- g) reforçarem a colaboração e a coordenação intersectorial entre os intervenientes, com o sector da saúde a desempenhar o papel principal;

3. SOLICITA ao Director Regional que:

- a) Preste apoio técnico para a formulação e o reforço das políticas, legislação e programas de saúde e segurança ocupacional;
- b) mantenha o diálogo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e que incentive a colaboração e a participação de outras agências internacionais como a UNEP e a UNIDO, para que seja prestado apoio técnico aos países;
- c) promova e apoie a investigação e a vigilância, para que forneçam informação para formulação das políticas nacionais e dos planos de implementação;
- d) apoie a mobilização de recursos e a criação de parcerias, para a abordagem da saúde e segurança ocupacional;
- e) apresente um relatório à Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional e, posteriormente, de três em três anos, dos progressos realizados na área da saúde e segurança ocupacional.

Décima-primeira sessão, 2 de Setembro de 2004

AFR/RC54/R5: Melhorar o acesso aos cuidados e ao tratamento do HIV/SIDA na Região Africana: A iniciativa "3 by 5" e para além desta

Tendo em mente que o HIV/SIDA é uma das principais causas de mortalidade na Região Africana, afectando desproporcionadamente homens e mulheres jovens, retardando o desenvolvimento e pondo em risco a segurança nacional nos Estados-Membros;

Notando que, em cada ano, mais de 2 milhões de pessoas perdem a vida na África Subsariana devido ao HIV/SIDA, principalmente como resultado da falta de acesso à terapêutica anti-retroviral;

Preocupado com o facto de que, em 4 milhões de pessoas com necessidade imediata de terapêutica anti-retroviral em África, apenas cerca de 100.000, na sua maioria residentes em centros urbanos e com capacidade para pagar, tiveram acesso a essa terapêutica até ao final do ano de 2003;

Reconhecendo que a prestação de tratamento na maioria dos Estados-Membros tem sido limitada, principalmente devido ao elevado custo dos medicamentos e à fragilidade dos sistemas de saúde, incluindo a inadequação de recursos humanos;

Reconhecendo também que a terapêutica anti-retroviral contribui para a prevenção, a qual continua a ser a pedra angular das tentativas para o controlo do HIV/SIDA na Região;

Relembrando o compromisso dos Estados-Membros expresso nas declarações e quadros de acção de Abuja, Maseru e Maputo, destinados a intensificar a prevenção do HIV/SIDA e a alargar o acesso ao tratamento;

Reconhecendo o progresso feito pelos Estados-Membros na expansão do tratamento do HIV/SIDA,

O Comité Regional,

1. APROVA o documento intitulado “Melhorar o acesso aos cuidados e tratamento do HIV/SIDA na Região Africana: A iniciativa 3 by 5 e para além desta” (AFR/RC54/14 Rev.1);
1. SAÚDA a estratégia “3 by 5” da OMS/ONUSIDA, destinada a mobilizar mundialmente os recursos e a apoiar os países em desenvolvimento, colocando 3 milhões de pessoas sob terapia anti-retroviral até ao final de 2005;
2. EXORTA os Estados-Membros, prioritariamente, a:
 - a) elaborar e implementar planos abrangentes para melhorar o acesso aos cuidados e ao tratamento, incluindo o apoio nutricional para os doentes com HIV/SIDA, com metas de cobertura definidas e ligadas a esforços intensificados de prevenção;
 - b) promover e apoiar parcerias para a criação e prestação de serviços de tratamento e criar mecanismos eficazes para mobilizar e coordenar o contributo dos vários intervenientes em conformidade com o princípio “três uns” (um quadro de acção nacional para o HIV/SIDA, uma autoridade coordenadora nacional e um sistema uniformizado de monitorização e avaliação);
 - c) simplificar as abordagens para testes, aconselhamento, tratamento e monitorização do HIV através da revisão dos respectivos regulamentos, de modo a que o pessoal paramédico possa prestar o tratamento, incluindo os cuidados domiciliários;

- d) incorporar a intensificação dos cuidados e tratamento do HIV/SIDA nos esforços mais abrangentes destinados ao reforço dos sistemas nacionais de saúde e disseminar os ensinamentos daí retirados;
- e) alargar a cobertura, através da descentralização da gestão e da prestação de serviços de cuidados e tratamento do HIV/SIDA;
- f) reforçar a capacidade em recursos humanos dos sistemas sanitários, formar profissionais de cuidados de saúde para a prestação do tratamento e melhorar o seu acesso a tratamentos eficazes;
- g) reforçar os sistemas de controlo de qualidade e de gestão dos aprovisionamentos, bem como melhorar as estimativas e a projecção das necessidades, em termos de diagnóstico e tratamento;
- h) rever a legislação sobre propriedade intelectual para retirar benefícios das salvaguardas de saúde pública relacionadas com a declaração de Doha sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública;
- i) reforçar as parcerias com a sociedade civil, incluindo as associações de pessoas que vivem com HIV/SIDA, assim como promover e apoiar as suas acções, em especial no que diz respeito à advocacia, mobilização das comunidades e apoio à adesão ao tratamento;

4. SOLICITA ao Director Regional que:

- a) reforce o papel da OMS na assunção de liderança técnica para a resposta do sistema de saúde ao HIV/SIDA, no âmbito da resposta mais alargada do sistema das Nações Unidas;
- b) preste apoio e orientação técnicos para a elaboração, implementação, monitorização e avaliação dos programas de cuidados e tratamento;
- c) advogue em prol de mais recursos internacionais para melhorar o acesso aos cuidados e ao tratamento;
- d) advogue conjuntamente com o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, por um financiamento constante e uma aceleração/simplificação dos processos para aceder aos fundos;

- e) facilite as parcerias a nível regional para a prestação de assistência aos países e de apoio aos esforços governamentais na constituição de parcerias a nível dos países;
- f) advogue continuamente pela investigação e o desenvolvimento de novos medicamentos e vacinas;
- g) apresente anualmente ao Comité Regional um relatório sobre a implementação desta resolução.

Décima-primeira sessão, 2 de Setembro de 2004

AFR/RC54/R6 :Abuso sexual de crianças: uma urgência sanitária silenciosa

Alarmado com crescentes informações sobre o abuso sexual de crianças nos Estados-Membros e a cultura de silêncio que o rodeia;

Convencido de que o abuso sexual de crianças constitui uma grave violação dos direitos da criança;

Preocupado com o crescente aumento do tráfico e o abuso sexual de crianças, que envolvem especialmente as crianças que vivem em circunstâncias difíceis, como as crianças de rua, as crianças afectadas pelo HIV/SIDA, orfãs e todas aquelas deslocadas e que vivem nos campos de refugiados;

Consciente de que o estigma e a inadequação dos mecanismos de notificação, de aplicação da lei e dos cuidados e gestão clínicos constituem entraves à notificação do abuso sexual de crianças;

Relembrando os instrumentos legais e os tratados internacionais e regionais existentes, em particular o Artigo 19º da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança e o Artigo 16º da Carta Africana sobre os Direitos e o Bem-Estar da Criança, que prevêem a protecção das crianças de todas as formas de tortura e de tratamento desumano ou degradante, incluindo o abuso sexual ou a exploração cometidos pelos pais ou por outras pessoas que delas cuidem;

Consciente da gravidade das consequências imediatas e a longo-prazo sobre as crianças vítimas de abuso sexual, incluindo infecções sexualmente transmitidas, HIV/SIDA, gravidezes indesejadas e de alto risco, aborto, depressão, suicídio e outros problemas sociais;

Apreciando os esforços dos Estados-Membros em criar serviços adequados que melhorem a saúde e o bem-estar das crianças;

O Comité Regional,

1. LOUVA o Director Regional por considerar o abuso sexual de crianças como uma preocupação de saúde pública e assim quebrar o silêncio que o envolve na Região Africana;
2. APROVA o documento “*Abuso sexual de crianças: Uma urgência sanitária silenciosa*” (AFR/RC54/15.Rev.1) e o respectivo programa de acção que contém orientações e direcções estratégicas para a prevenção e gestão do abuso sexual de crianças, através de esforços coordenados e multidisciplinares.
3. INSTA os Estados-Membros a:
 - a) Quebrar o silêncio que envolve o abuso sexual de crianças, através de um diálogo aberto a nível nacional e regional, servindo-se de todos os meios disponíveis;
 - b) criar ou reforçar instituições que sejam responsáveis pelas necessidades sociais das crianças, incluindo pela prevenção e gestão do abuso sexual das crianças;
 - c) responder com abordagens multisectoriais, multidisciplinares e coordenadas, que envolvam os profissionais de saúde, assistentes sociais, agentes da autoridade e a comunidade, para desta forma, se evitar o abuso sexual das crianças e prestar cuidados de qualidade e apoio a todas as vítimas;
 - d) desenvolver planos de acção nacionais para a prevenção, cuidados e gestão dos abusos sexuais das crianças e integrá-los na agenda nacional da saúde das crianças e dos adolescentes;
 - e) mobilizar os sectores público e privado, organizações não-governamentais, comunidades e profissionais com a devida formação para melhorar a vigilância e a notificação dos casos de abuso sexual de crianças;
 - f) reforçar a capacidade dos profissionais de saúde, para que utilizem protocolos normalizados nos cuidados e tratamento clínicos e nas investigações médico-legais;
 - g) reforçar os mecanismos nacionais para a implementação e apresentação de relatórios sobre a aplicação das convenções e dos tratados das Nações Unidas ratificados no respeitante ao abuso sexual e à exploração de crianças.

- h) reforçar as capacidades nacionais de investigação para um melhor entendimento dos factores que contribuem para o abuso sexual de crianças.
4. SOLICITA ao Director Regional que:
- a) Continue a desempenhar um papel de liderança e de advocacia para a integração da prevenção, dos cuidados e do tratamento do abuso sexual de crianças;
 - b) preste apoio técnico aos Estados-Membros para apresentação de relatórios sobre a aplicação das convenções e tratados das Nações Unidas ratificados no respeitante ao abuso sexual e à exploração de crianças;
 - c) apoie os Estados-Membros nos seus esforços para adaptar o programa de acção sobre abuso sexual de crianças, com vista à sua implementação aos níveis nacional e regional;
 - d) mobilize recursos e encorage a constituição de parcerias com as agências especializadas das Nações Unidas, em especial a UNICEF, UNESCO e a UNIFEM para a implementação deste programa de acção, incluindo a criação de centros especiais de cuidados e centros especiais de vigilância;
 - e) apresente um relatório dos progressos realizados pelos Estados-Membros na implementação do programa de acção, durante a Quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional e, posteriormente, de dois em dois anos.

Décima-primeira sessão, 2 de Setembro de 2004

AFR/RC54/R7 Projecto de Orçamento-Programa para 2006-2007

Tendo examinado o Projecto de Orçamento-Programa da Organização Mundial de Saúde para o biénio de 2006-2007, assim como os princípios e as orientações estratégicas que levaram à elaboração desse orçamento;

O Comité Regional,

1. APOIA o projecto de Orçamento-Programa da OMS para 2006-2007;
2. LOUVA os esforços do Director-Geral no sentido de estabelecer uma meta para a atribuição de mais recursos às Regiões e aos países, bem como às áreas de actividade prioritárias e, em particular, à Região Africana;

3. LOUVA o Director Regional pela participação activa da Região na preparação do Projecto de Orçamento-Programa para o biénio de 2006-2007;
4. SOLICITA ao Director Regional que se assegure de que os respectivos planeamento, implementação, monitorização e avaliação operacionais sejam feitos em estreita colaboração com as autoridades nacionais;
5. ENCORAJA o Director Regional a continuar a mobilizar fundos voluntários, para garantir um financiamento adequado à implementação das áreas de actividade prioritárias na Região Africana;
6. SOLICITA ao Director Regional que leve esta resolução e as opiniões expressas pelo Comité Regional ao conhecimento do Director-Geral, para que este possa tê-las em consideração na elaboração do projecto de Orçamento-Programa que será apresentado à Centésima-décima-quinta sessão do Conselho Executivo, nos termos do Artigo 55º da Constituição.

Décima-segunda sessão, 2 de Setembro de 2004

**AFR/RC54/R8 Lutar contra o ressurgimento da transmissão do poliovírus selvático na
Região Africana**

Tendo examinado o documento informativo AFR/RC54/INF.DOC/5: *Lutar contra o ressurgimento da transmissão do poliovírus selvático na Região Africana*;

Reconhecendo que é urgente garantir que os progressos feitos na erradicação da poliomielite na Região Africana desde 1996 se mantenham e que as últimas cadeias da transmissão do poliovírus selvático sejam interrompidas o mais rapidamente possível;

Seramente preocupado com a persistência da transmissão do poliovírus selvático na Nigéria e no Níger e subsequente propagação a outros países da Região Africana que, recentemente, se tinham libertado da poliomielite;

Reconhecendo a necessidade de garantir a vacinação de todas as crianças susceptíveis, nos últimos focos de poliomielite endémica, bem como nos países que correm maior risco de ressurgimento da transmissão do poliovírus selvático;

Constatando a necessidade de melhorar a qualidade das actividades suplementares de vacinação, a qualidade da vigilância da Paralisia Flácida Aguda (PFA) e o desempenho da vacinação de rotina;

Convencidos da viabilidade e dos benefícios da erradicação da poliomielite para a saúde e sobrevivência das crianças, bem como das potencialidades externas para reforçar os sistemas nacionais de saúde na Região Africana;

Lembrando as resoluções AFR/RC39/R3, AFR/RC42/R4, AFR/RC44/R7 e AFR/RC45/R5 sobre as actividades de erradicação da poliomielite na Região Africana;

Empenhados em reduzir ao máximo a morbidade e mortalidade das crianças, provocadas por doenças evitáveis pela vacinação, na Região Africana;

O Comité Regional,

1. ADOPTA as orientações contidas no documento informativo AFR/RC54/INF.DOC/5: *Lutar contra o ressurgimento da transmissão do poliovírus selvático na Região Africana*;
2. EXORTA os Estados-Membros a:
 - a) Apoiar e capitalizar no apoio político existente e na boa vontade dos nossos líderes, a todos os níveis, para facilitar uma implementação de qualidade das estratégias adequadas de erradicação da poliomielite;
 - b) advogar e apoiar as medidas destinadas a garantir a implementação de actividades de elevada qualidade para a erradicação da poliomielite, nos últimos reservatórios de poliomielite endémica da Região Africana;
 - c) elaborar planos de preparação que garantam uma resposta rápida à importação, em todos os países, pois as importações continuarão a constituir um risco, enquanto a poliomielite não for erradicada em toda a parte e deverão ser encaradas como uma séria ameaça à saúde pública;
 - d) intensificar os esforços para melhorar a vacinação de rotina e a vigilância da poliomielite, como a melhor defesa contra as importações do poliovírus;
 - e) utilizar todas as oportunidades de realizar campanhas de vacinação, para reforçar a imunização das populações e prevenir as importações do poliovírus selvático para os países livres da polio;
 - f) utilizar os mecanismos da Comissão de Coordenação Inter-Agências, para mobilizar, a nível interpaíses, os recursos financeiros, materiais e humanos, que possam garantir a implementação das actividades prioritárias de erradicação da polio, até que a África seja certificada como Região livre da poliomielite.

3. SOLICITA ao Director Regional que:

- a) Preste assistência técnica, em resposta aos pedidos dos Estados-Membros, no sentido de apoiar o planeamento, a implementação e a avaliação das actividades de erradicação da poliomielite;
- b) que continue a mobilizar o apoio financeiro e material indispensável para a implementação das actividades de erradicação da poliomielite planeadas.

Décima-quarta sessão, 3 de Setembro de 2004

AFR/RC54/R9 Roteiro para acelerar a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde materna e dos recém-nascidos em África

Relembrando as Resoluções da Assembleia Mundial da Saúde WHA40.27 sobre Saúde materna e maternidade segura; WHA42.42 sobre Saúde das mulheres; e WHA55.19 sobre a Contribuição da OMS para a consecução das Metas de Desenvolvimento da Declaração do Milénio das Nações Unidas;

Tendo presente as Resoluções do Comité Regional AFR/RC39/R8 sobre Saúde materna e maternidade segura; AFR/RC44/R11 sobre Estratégia Regional para acelerar a redução da mortalidade materna e neonatal na Região Africana; AFR/RC47/R5 sobre Estratégia da saúde reprodutiva para a Região Africana, 1998-2007; AFR/RC50/TD/1 sobre redução da mortalidade materna: Um desafio para o Século XXI; AFR/RC40/R2 sobre Aceleração da melhoria da saúde materna e infantil; AFR/RC43/R6 sobre Mulheres, Saúde e Desenvolvimento; e AFR/RC53/11 sobre Saúde das mulheres: Uma estratégia para a Região Africana;

Preocupado com os óbitos e incapacidades persistentes e evitáveis das mulheres durante a gravidez, o parto e o período pós-parto, e com o facto de que esta situação é ainda agravada pela pobreza, os conflitos armados, o elevado nível de gravidezes entre as adolescentes, a pandemia do HIV/SIDA e as práticas tradicionais nefastas;

Consciente de que a África apresenta o nível mais elevado de morbilidade e mortalidade materna no mundo com, pelo menos, 1.500 mulheres que morrem diariamente durante o parto e que, por cada mulher que morre em consequência de complicações relacionadas com a gravidez, aproximadamente outras trinta sofrerão de incapacidades a curto ou longo-prazo;

Apreciando a decisão da comunidade internacional de incluir a saúde materna e infantil nas Metas de Desenvolvimento do Milénio, com o objectivo de reduzir em 75% a taxa de mortalidade materna e em dois terços a mortalidade em crianças com menos de cinco anos, até 2015;

Reconhecendo que as parteiras tradicionais prestam ainda assistência a um número significativo de mulheres grávidas das áreas rurais;

O Comité Regional,

1. ADOPTA o Roteiro para acelerar a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relacionadas com a saúde materna e dos recém-nascidos em África;
2. EXORTA os Estados-Membros a:
 - a) implementar o Roteiro para acelerar a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relacionadas com a saúde materna e dos recém-nascidos em África, através de um maior investimento nesta área;
 - b) intensificar as acções e intervenções destinadas a reduzir a morbilidade e mortalidade materna e dos recém-nascidos e, em particular: o desenvolvimento, a colocação e a retenção de parteiras qualificadas a todos os níveis do sistema de prestação de cuidados de saúde; a melhoria do acesso e a disponibilidade de serviços de saúde materna e dos recém-nascidos de qualidade, incluindo o planeamento familiar e a prevenção da transmissão vertical do HIV; o reforço do sistema de referência, para garantir uma cadeia contínua de cuidados; a autonomia das comunidades; e o reforço da monitorização e avaliação dos progressos feitos pelos Estados-Membros para a concretização destes compromissos;
 - c) reforçar os sistemas de saúde para disponibilizar tecnologias e intervenções apropriadas por forma a melhorar a saúde materna e dos recém-nascidos;
 - d) rever as políticas e os quadros legais, incluindo a regulamentação da prática profissional, que permitam uma colocação equitativa dos profissionais de saúde, em especial nas áreas rurais e mal servidas;
 - e) tomar medidas apropriadas aos níveis das comunidades, dos cuidados primários de saúde e do sistema de referência, em particular reforçando as respectivas ligações e garantindo a prestação de cuidados obstétricos de emergência;
 - f) mobilizar os parceiros internacionais, as organizações da sociedade civil, o sector privado e outros intervenientes, para sensibilizá-los a contribuírem, significativamente, para a redução global da morbilidade e mortalidade materna e dos recém-nascidos em África.
 - g) rever e racionalizar o papel das parteiras tradicionais, para a realização de partos seguros.
3. SOLICITA ao Director-Regional que:

- a) Continue a advogar a favor de um maior investimento na saúde materna e dos recém-nascidos e a mobilizar recursos destinados a criar um fundo especial para a saúde materna e dos recém-nascidos;
- b) preste apoio técnico aos Estados-Membros para a elaboração, implementação, monitorização e avaliação dos roteiros nacionais;
- c) elabore instrumentos e orientações relevantes a usar pelos Estados-Membros para o reforço do sistema de prestação de cuidados de saúde, em particular os cuidados obstétricos de emergência;
- d) apoie os Estados-Membros com profissionais de saúde adequados de nível médio, para a prestação de cuidados obstétricos e aos recém-nascidos;
- e) ajude os Estados-Membros a lançar campanhas muito agressivas sobre programas de formação para os profissionais de saúde de nível médio, em cuidados obstétricos, a fim de aumentar a cobertura na prestação de serviços de saúde materna e aos recém-nascidos;
- f) apresente um relatório à Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional e, posteriormente, um relatório, de dois em dois anos, sobre os progressos feitos na implementação do Roteiro.

Décima-quarta sessão, 3 de Setembro de 2004

AFR/RC54/R10: Manifestação de apreço ao Dr. Ebrahim Malick Samba

Reconhecendo a dedicação do Dr. Ebrahim M. Samba à causa da saúde no mundo e o notável trabalho que desenvolveu como Director Regional da OMS para África, durante os últimos dez anos;

Reconhecendo, igualmente, os seus incansáveis esforços e o distinto papel de liderança que desempenhou, no sentido de erradicar a oncocercose, nos países afectados por esta doença na África Ocidental;

O Comité Regional,

1. AGRADECE ao Dr. EBRAHIM M. SAMBA a sua dedicada liderança e valiosa contribuição para o desenvolvimento da saúde na Região Africana;
2. SOLICITA-LHE que continue a contribuir a título pessoal para o desenvolvimento da saúde em África;

3. SOLICITA à Libéria, Ruanda, Madagáscar e Namíbia que, pelo menos seis semanas antes do início da 58ª Assembleia Mundial da Saúde, confirmem, junto do Director Regional, a sua disponibilidade para designar os representantes que integrarão o Conselho Executivo.

**Anexo: Proposta de agrupamento dos países por blocos geográficos e por ordem alfabética
(aprovada na Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional Africano)**

Sub-região I	Sub-região II	Sub-região III
1. Argélia	1. Burundi	1. Angola
2. Benim	2. Camarões	2. Botsuana
3. Burkina Faso	3. República Centrafricana	3. Comores
4. Cabo Verde	4. Chade	4. Lesoto
5. Côte d'Ivoire	5. (República do) Congo	5. Madagáscar
6. Gâmbia	6. República Democrática do Congo	6. Malawi
7. Gana	7. Guiné Equatorial	7. Maurícias
8. Guiné	8. Eritreia	8. Moçambique
9. Guiné-Bissau	9. Etiópia	9. Namíbia
10. Libéria	10. Gabão	10. Seychelles
11. Mali	11. Quênia	11. África do Sul
12. Mauritânia	12. Ruanda	12. Suazilândia
13. Níger	13. São Tomé e Príncipe*	13. Tanzânia
14. Nigéria	14. Uganda	14. Zâmbia
15. Senegal		15. Zimbabwe
16. Serra Leoa		
17. Togo		

* A forma de agrupamento inicial da OMS sofreu ligeiras alterações, com a transferência de São Tomé e Príncipe da Sub-região III para a Sub-região II e com a retirada de Santa Helena, que anteriormente, constava da Sub-região III, não sendo, no entanto, um Estado-Membro reconhecido.

Décima-sexta sessão, 2 de Setembro de 2004

AFR/RC54/R12: Moção de Agradecimento

Considerando os enormes esforços do Chefe de Estado, do Governo e do Povo da República do Congo para garantirem o sucesso da Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional Africano da OMS, que teve lugar em Brazzaville, de 30 de Agosto a 3 de Setembro de 2004;

Agradecendo o especialmente caloroso acolhimento que o Governo e o Povo do Congo dedicaram aos delegados;
O Comité Regional,

1. AGRADECE a Sua Excelência, o Senhor Denis Sassou Nguesso, Presidente da República do Congo, as excelentes condições que o país proporcionou aos delegados, bem como a inspiradora e encorajadora alocução proferida na cerimónia de abertura, em seu nome, pelo Senhor Isidore Mvouba, Ministro dos Transportes e das Privatizações da República do Congo.
2. EXPRIME a sua sincera gratidão ao Governo e ao Povo da República do Congo, pela sua notável hospitalidade.
3. SOLICITA ao Director Regional que transmita esta moção de agradecimento a Sua Excelência, o Senhor Denis Sassou Nguesso, Presidente da República do Congo.

Décima-sexta sessão, 3 de Setembro de 2004

PARTE II

RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL

ABERTURA DA SESSÃO

1. A Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional Africano da OMS foi oficialmente aberta no *Palais du Parlement*, em Brazzaville, República do Congo, Segunda-feira, 30 de Agosto de 2004, pelo Sr. Isidore Mvouba, Ministro de Estado, encarregue da Coordenação da Acção Governamental e Ministro dos Transportes e da Privatização da República do Congo. Entre as individualidades presentes na cerimónia de abertura contavam-se ministros do Governo da República do Congo; ministros da saúde e chefes de delegação dos Estados-Membros da Região Africana da OMS; o Dr. Ebrahim M. Samba, Director Regional da OMS para África; membros do corpo diplomático; e representantes de agências das Nações Unidas e de organizações não-governamentais (*ver, no Anexo 6, a lista dos participantes*).
2. O Dr. Alain Moka, Ministro da Saúde e da População da República do Congo, deu as boas-vindas a Brazzaville aos ministros da saúde e delegados. Destacou o facto de a paz ter retornado ao Congo de modo sustentado e louvou a OMS pelo seu regresso a Brazzaville. Saudou o Director Regional pelo seu eminente papel na resolução dos problemas com que a Região se depara, tendo sublinhado que a África suporta um pesado fardo de doenças relacionadas com a pobreza, as quais retardam o progresso. Sublinhou, no entanto, o empenho com que o continente está decidido a atingir as Metas do Desenvolvimento do Milénio (MDG), assim como os objectivos da Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano, NEPAD (*ver o texto completo no Anexo 6*).
3. A Dra. Mantombazana Tshabalala-Msimang, Presidente da Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional Africano, comunicou aos delegados que, de acordo com o Regulamento Interno, iria presidir à sessão de abertura da reunião, até que fosse eleito o novo Presidente. Agradeceu aos Estados-Membros a honra que tinham conferido à África do Sul, em acolher a anterior sessão do Comité Regional. Louvou a esclarecida liderança do Dr. Ebrahim M. Samba e referiu o seu desempenho no passado, no programa da oncocercose, bem como o excelente modo como havia gerido a mudança do Escritório Regional para Harare e, o regresso subsequente a Brazzaville.
4. Agradeceu ao Dr. Samba pelo diligente seguimento que dera às resoluções e recomendações do Comité Regional e destacou a importância dos pontos incluídos na ordem do dia. Reconhecendo os sucessos alcançados na Região, afirmou-se contudo preocupada com os enormes desafios colocados pelo HIV e a SIDA, mortalidade materna, falta de equilíbrio entre os géneros no seio da Organização, clonagem humana, pobreza e tabagismo.
5. Formulou os melhores votos de sucesso aos candidatos ao posto de Director Regional, exprimindo a esperança de que o processo de nomeação culminasse na escolha do melhor dirigente para a Organização (*ver o texto completo no Anexo 7*).

6. O Dr. Ebrahim M. Samba, Director Regional da OMS para África, agradeceu a Sua Excelência, o Presidente Denis Sassou Nguesso, ao governo e ao povo da República do Congo, o caloroso acolhimento dispensado a todos os funcionários do Escritório Regional e das outras agências das Nações Unidas. Reconheceu o apoio dado pelo governo e o povo do Zimbabwe durante a localização temporária do Escritório Regional em Harare. Anunciou aos delegados que, dados os longos serviços prestados a África, tinha chegado o momento certo para transmitir o bastão de comando ao próximo Director Regional.

7. No seu discurso de abertura, o Sr. Isidore Mvouba, Ministro de Estado, encarregue da Coordenação da Acção Governamental e Ministro dos Transportes e da Privatização da República do Congo, deu as calorosas boas-vindas aos delegados, em nome de Sua Excelência, o Presidente da República do Congo, Sr. Denis Sassou Nguesso. Manifestou a sua satisfação pelo retorno do Escritório Regional a Brazzaville.

8. O Ministro prestou homenagem à OMS e aos seus funcionários pelos esforços desenvolvidos no âmbito da Política de Saúde para Todos, componente-chave no alívio da pobreza. Exortou os Estados-Membros a prosseguirem com os significativos progressos alcançados em áreas como a erradicação da varíola, para combaterem com sucesso outros problemas, como a polio e as doenças relacionadas com o tabaco. Destacou os permanentes desafios da tuberculose, da elevada mortalidade materna, de doenças decorrentes de mudanças nos estilos de vida e de outras emergentes, tais como a febre por vírus Ébola, sublinhando a necessidade de uma paz sustentada para se conseguirem progressos na redução da pobreza.

9. Embora as eleições possam ter um carácter sensível, o Sr. Mvouba referiu que contava com a maturidade do Comité Regional para que elas funcionassem como um factor de unidade no seio da OMS. Concluiu, prestando homenagem ao Dr. Ebrahim M. Samba, pela sua competência e dedicação ao trabalho (*ver o texto completo no Anexo 8*).

10. O Dr. Jong-wook Lee, Director-Geral da OMS, declarou-se muito feliz por participar na reunião do Comité Regional em África, onde a maior parte do importante trabalho na área da saúde é efectuado. Reconheceu que a escolha do sucessor do Dr. Ebrahim M. Samba era uma grande responsabilidade para o Comité, tendo acrescentado que o novo Director Regional iria necessitar do apoio total de todos.

11. O Dr. Lee agradeceu ao Dr. Samba a sua sólida liderança, o seu dinamismo e os grandes sucessos com a oncocercose; afirmou que seria difícil para qualquer pessoa suceder-lhe no cargo.

12. Seguidamente, o Director-Geral sublinhou que os princípios orientadores da OMS são a segurança, a equidade e a unidade em matéria de saúde, acrescentando ser necessário um realismo absoluto para traduzir estes princípios na prática.

13. O Dr. Lee afirmou que o Projecto de Orçamento-Programa para 2006-2007 assenta numa gestão baseada em resultados, reflecte as resoluções da recente Assembleia Mundial da Saúde (WHA), resulta de consultas a todos os níveis da Organização e reforça a descentralização. Neste orçamento, a Região Africana beneficia do maior aumento em dólares. Também é proposto um crescimento no financiamento voluntário, bem como um aumento de 9% nas contribuições dos Estados-Membros. Todas estas medidas requerem uma maior eficiência e os padrões mais exigentes de transparência e responsabilização. Os aumentos neste orçamento representam uma alteração face à prática de crescimento nominal zero dos últimos anos, nas agências das Nações Unidas. No entanto, este é um passo necessário para evitar uma dependência excessiva das contribuições voluntárias.

14. O Dr. Lee afirmou que o Programa-Geral de Trabalho para 2006-2015 define os objectivos da OMS a longo prazo, devendo ser discutido na próxima reunião do Conselho Executivo, em Janeiro. Lembrou aos membros do Comité que os seus contributos, nesta 54ª sessão do Comité Regional, seriam essenciais para a próxima reunião do Conselho Executivo.

15. O Dr. Lee acrescentou que a revisão das Regulamentações Internacionais da Saúde tinha beneficiado com as contribuições de alto nível dos Estados-Membros e que as mesmas seriam aprovadas na WHA de Maio de 2005. Sublinhou, no entanto, que o mais importante é que os Estados-Membros adoptem e implementem as Regulamentações Internacionais da Saúde.

16. Descreveu seguidamente o Centro Estratégico de Informação Sanitária, na Sede, que recorre à mais recente tecnologia para dar resposta a surtos de doenças e situações de emergência. Sublinhou que os escritórios regionais e as representações nos países são componentes essenciais deste sistema, tendo dado o seu apoio nos recentes surtos de febre Ébola e Lassa. Está previsto que, em breve, os Estados-Membros liguem os seus centros de informação a este Centro da Sede.

17. Lamentou o facto de milhões de pessoas viverem em África em circunstâncias extremamente difíceis, em locais como Darfur (Sudão), Chade ou fora dos holofotes da comunicação social. Insistiu em que a missão da OMS consiste em salvar e manter essas vidas.

18. Analisando as recentes estatísticas do HIV e SIDA, o Director-Geral afirmou que a insegurança e as desigualdades eram as causas da falta de acesso ao tratamento da SIDA.

Referiu que na Conferência Internacional sobre a SIDA em Bangcoque, em Julho de 2004 se verificou consenso absoluto quanto à necessidade tanto da prevenção, como do tratamento, motivo pelo qual cerca de 20 mil milhões de dólares americanos foram prometidos pelos parceiros. Acrescentou ainda que a diminuição dos preços dos medicamentos é encorajadora.

19. O Dr. Lee reportou que a Iniciativa “3 by 5” incitou os países a definir metas para o tratamento, monitorização, formação e apoio técnico. Sublinhou que a iniciativa suscitou discussões, mas o cerne da questão está em dar resposta a esta emergência em tempo recorde para salvar tantas vidas quantas seja humanamente possível. A atenção de todo o mundo está concentrada na Iniciativa “3 by 5” e não deve haver qualquer vacilação no que respeita à mesma.

20. Realçou que todos os ganhos na saúde são efémeros e referiu a re-infecção de países dantes livres da polio em África. Referiu-se a outros desafios para a saúde, tais como o paludismo, a dracunculose, a tuberculose e a mortalidade materna.

21. O Dr. Lee referiu que a Unidade, parcerias e solidariedade são meios poderosos para enfrentar os problemas sanitários da Região, os quais não respeitam fronteiras. A esse respeito, o Escritório Regional Africano tem liderado o processo de formulação de estratégias de cooperação que têm em conta as especificidades dos países.

22. Concluindo, o Dr. Lee lembrou aos membros do Comité que as suas discussões e decisões no decurso da semana iriam reflectir-se na saúde de muitas pessoas em África (ver o texto completo, no Anexo 9).

23. A Sra. Elisabeth Tankeu, Comissária da União Africana para o Comércio e a Indústria, felicitou o Dr. Ebrahim M. Samba pela sua dedicação ao trabalho e a sua competência como Director Regional, tendo igualmente prestado homenagem aos seus esforços na mobilização de mais recursos destinados a apoiar as reformas do sector da saúde na Região Africana da OMS.

24. Mencionou que a OMS tinha sido a primeira agência das Nações Unidas a assinar um acordo de cooperação com a Organização de Unidade Africana em 1969, o que permitiu uma maior parceria que foi posteriormente reforçada com a Estratégia Saúde da Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD).

25. Referiu que o plano de acção da União Africana para 2004-2007 contempla programas prioritários de acesso a medicamentos, promoção da farmacopeia tradicional, controlo da morbidade, mortalidade e participação comunitária. Além disso, a UA está a reforçar as parcerias para a saúde e a privilegiar os laços entre macroeconomia e saúde, como via para o alívio da pobreza no continente (ver texto completo no Anexo 10).

ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS

Composição da Comissão de Designações

26. O Comité Regional nomeou a Comissão de Designações formada pelos seguintes Estados-Membros: Angola, Benim, Comores, Côte d'Ivoire, Gabão, Gana, Lesoto, Mauritânia, República do Congo, Senegal, Seychelles e Togo. A Comissão reuniu-se às 12h30 de Segunda-feira, 30 de Agosto de 2004, tendo eleito para a presidência o Sr. Mohammed Lemine Ould Selmane, Ministro da Saúde da Mauritânia.

Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores

27. Após o relatório da Comissão de Designações, e de acordo com o Artigo 10º do Regulamento Interno e a Resolução AFR/RC40/R1, o Comité Regional elegeu por unanimidade a seguinte Mesa:

<i>Presidente:</i>	Dr. Saleh Meky Ministro da Saúde da Eritreia
<i>1º Vice-Presidente:</i>	Dr. B. Mosso Ramos Ministro da Saúde de Cabo Verde
<i>2º Vice-Presidente:</i>	Sr ^a . Aziza Baroud Ministra da Saúde do Chade
<i>Relatores:</i>	Prof. Abel Dushimimana (língua francesa) Ministro da Saúde do Ruanda
	Dr. Vilfrido Santana (língua portuguesa) Ministro da Saúde de São Tomé e Príncipe
	Dr. Brian Chituwo (língua inglesa) Ministro da Saúde da Zâmbia

Presidentes das Mesas-Redondas

<i>Presidente:</i>	Dr. Brian Chituwo Ministro da Saúde da Zâmbia
---------------------------	--

Presidente-Substituto: Sr. Mohamed L. O. Selmane
Ministro da Saúde da Mauritânia

Aprovação da ordem do dia

28. O Presidente da 54ª sessão do Comité Regional, Dr. Saleh Meki, Ministro da Saúde da Eritreia, pôs à discussão a ordem do dia provisória (documento AFR/RC54/1) e o projecto de programa de trabalho, que foram aprovados sem emendas (*Ver o texto completo nos Anexos 2 e 3*). Foi, no entanto, proposta a inclusão de um ponto na ordem do dia sobre a Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica da OMS. Os delegados concordaram em propôr este tema para a ordem do dia provisória da 55ª sessão do Comité Regional (*Ver Anexo 13*).

Aprovação do horário de trabalho

29. O Comité Regional aprovou o seguinte horário: das 8h00 às 12h30 e das 14h00 às 18h00, incluindo intervalos.

Designação da Comissão de Verificação de Poderes

30. O Comité Regional designou como membros da Comissão de Verificação de Poderes os representantes dos seguintes 12 Estados-Membros: Argélia, Camarões, Comores, Etiópia, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Madagáscar, Malauí, Namíbia, Serra Leoa, Tanzânia e Zimbábue.

31. A Comissão de Verificação de Poderes reuniu-se no dia 30 de Agosto de 2004 e elegeu como Presidente o Dr. Guirma Azene, Chefe da Delegação da Etiópia.

32. A Comissão analisou as credenciais apresentadas pelos representantes dos seguintes Estados-Membros: África do Sul, Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, Chade, Comores, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Lesoto, Madagáscar, Malauí, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centrafricana, República do Congo, República Democrática do Congo, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, e Zimbábue. Todas foram consideradas em conformidade com o Artigo 3º do Regulamento Interno do Comité Regional Africano da OMS.

33. A Comissão deu mandato ao seu Presidente para que analisasse e aprovasse em seu nome todas as credenciais apresentadas após a reunião da Comissão. Posteriormente, foram

analisadas as credenciais dos seguintes países: Côte d'Ivoire, Eritreia, Gana, e Zâmbia, elevando assim para 45 o número total dos países cujas credenciais foram recebidas e aprovadas.

ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA EM 2002-2003: RELATÓRIO BIENAL DO DIRECTOR REGIONAL (documento AFR/RC54/2)

34. O Dr. Ebrahim M. Samba, Director Regional, informou o Comité de que o relatório em discussão abrangia as actividades do Escritório Regional e das Representações nos países durante o biénio de 2002-2003. Recordou alguns princípios orientadores mencionados no *Quadro de Orientação para a Cooperação Técnica com os Países da Região Africana* (documento AFR/EXM/95.1). Salientou que o relatório da 21ª Reunião do Programa Regional, de 1998, sobre como agir mais eficazmente nos países e com eles, foi a base a partir da qual evoluiu a Estratégia da Cooperação com os Países. O Dr. Samba informou o Comité de que tinha também documentado os sucessos do seu exercício numa publicação intitulada *Desafios, Conflitos e Êxitos: Dez Anos como Director Regional da OMS para África*.

35. O Dr. Samba agradeceu aos funcionários de todos os níveis da Organização pelo apoio que lhe dispensaram durante o seu mandato. Agradeceu igualmente aos Chefes de Estado por terem incluído a saúde na agenda para o desenvolvimento e aos Ministros da Saúde, pelo apoio concedido durante as reuniões dos Órgãos Directivos e dos agrupamentos sub-regionais. Recordou que, no início do seu mandato, tinha assumido uma série de compromissos, entre os quais estabilizar as relações entre o Escritório Regional e a Sede, elevar o moral dos funcionários e gerar mais recursos. Afirmou que todos estes compromissos tinham sido plenamente cumpridos.

36. No respeitante aos recursos o Dr. Samba, informou o Comité Regional de que, no período de dez anos, geriu mais de 2,5 mil milhões de dólares americanos. Referiu que os recursos afectados aos programas prioritários tinham aumentado significativamente. Por exemplo, em 1994, o orçamento para a luta contra a polio era de 600.000 dólares americanos, havendo somente nove funcionários no programa. Esse orçamento aumentou para mais de 170 milhões de dólares e o pessoal atingiu mais de 700 membros. Graças a esses recursos, a polio está em vias de ser erradicada, até 2005. O Escritório Regional mobilizou uma média de 350 milhões de dólares por biénio, a partir de 1995. Informou que o biénio de 2002-2003, foi primeira vez, em que a Região Africana tinha utilizado todo o orçamento; até então, a Região costumava ser acusada de fraca capacidade de absorção de recursos. Neste período, houve também um aumento no número de funcionários recrutados, seguindo-se estritamente as normas da OMS, e sem qualquer influência política.

37. O Dr. Samba convidou seguidamente o Dr. Luis G. Sambo, Director da Gestão de Programas do Escritório Regional, a apresentar o relatório bienal em nome de todas as Divisões.

38. O Dr. Luis G. Sambo, apresentou o relatório bienal do Director Regional (documento AFR/RC54/2), que aborda as actividades da OMS na Região Africana, nos anos de 2002–2003. O mesmo contém duas partes: a Parte I diz respeito ao relatório da execução do Orçamento-Programa de 2002-2003 e a Parte II ao relatório dos progressos realizados na implementação das resoluções aprovadas em sessões anteriores do Comité Regional. O quadro da execução financeira encontra-se em anexo ao referido relatório.

39. O Dr. Sambo afirmou que surgiram diversas oportunidades permitindo fazer face aos problemas sanitários na Região Africana. Destacam-se, entre elas, o empenhamento político demonstrado nas decisões da União Africana na área da saúde, a estratégia saúde da NEPAD e a crescente colaboração do Escritório Regional com a União Africana e as comunidades económicas sub-regionais. Entre as oportunidades para a mobilização de recursos a nível mundial, contou-se o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo.

40. Referiu que, no seio da OMS, o Director-Geral iniciou um processo visando a descentralização de recursos para as regiões e os países, com o objectivo de facilitar a implementação das Estratégias de Cooperação com os Países e a Iniciativa “3 by 5” de luta contra o HIV/SIDA.

41. Acrescentou que, a despeito das oportunidades mencionadas, a Região Africana viu-se confrontada com um pesado fardo de doenças transmissíveis, um fardo crescente de doenças não-transmissíveis e um elevado nível de mortalidade materna e dos recém-nascidos, agravados pela pobreza e por frequentes catástrofes naturais ou provocadas pelo homem. Considerando a magnitude e a diversidade dos problemas sanitários da Região, os recursos da OMS foram concentrados em áreas prioritárias. Mereceram especial atenção as reformas do sector da saúde, a promoção da saúde, a saúde familiar e reprodutiva e a redução da pobreza. O Escritório Regional, em colaboração com os Estados-Membros, reforçou e melhorou os processos de planeamento, monitorização e avaliação, de modo a aumentar a eficiência e a eficácia da Organização.

42. O Dr. Sambo fez um resumo das realizações no período de 2002-2003. Perante o pesado fardo do HIV/SIDA na Região Africana, e dado o fraco acesso a medicamentos anti-retrovirais, a Iniciativa “3 by 5” proporcionou uma importante via para a luta contra a pandemia. Dez países criaram serviços nacionais de diagnóstico laboratorial do HIV durante o biênio. A vigilância do HIV foi reforçada, havendo 27 países que produzem estatísticas anuais fiáveis sobre o HIV. Em 2003, foi produzido o primeiro relatório regional da vigilância do HIV/SIDA.

Dezasseis países intensificaram as intervenções em HIV/SIDA a nível distrital, tais como o aconselhamento e testes voluntários, a prevenção da transmissão vertical, a segurança do sangue e o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis.

43. No tocante à **Tuberculose**, a taxa de detecção de casos aumentou de 37% em 2001, para 45% em 2003. A estratégia da terapia por observação directa de curta duração (DOTS) foi implementada em 42 países; destes, 21 alcançaram 100% de cobertura com a DOTS, nas unidades públicas de saúde. No geral, a taxa de sucesso do tratamento aumentou de 58% em 2001, para 73% em finais de 2003.

44. No que se refere ao **controlo do Paludismo**, foram mobilizados mais de 363 milhões de dólares americanos, destinados aos 31 países que apresentaram propostas ao Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo. Receberam formação 137 directores de programa do paludismo. A primeira edição do *Perfil do Paludismo nos Países* foi publicada e lançada por ocasião do Dia Africano do Paludismo, em 2003. Devido ao problema da resistência do parasita aos medicamentos antipalúdicos, os países viram-se forçados a optar por medicamentos mais caros, o que representou um fardo adicional para os serviços de saúde. Mais de dez países foram apoiados na actualização das suas políticas de medicamentos antipalúdicos, graças à adopção de uma terapia de associação com artemisinina.

45. Na área da **Vacinação e Desenvolvimento de Vacinas**, o número de países com polio endémica reduziu de 4 em 2001, para 2 (Níger e Nigéria), em finais de 2003. Foram intensificados esforços para deter a contaminação aos países vizinhos. Todos os 16 laboratórios da rede regional da polio foram acreditados pela OMS. Em colaboração com a UNICEF, mais de 95 milhões de crianças foram vacinadas contra o sarampo em 21 países, durante campanhas suplementares de vacinação em massa, o que evitou cerca de 70.000 mortes anuais devidas ao sarampo. A cobertura regional da vacina tríplice (DTP3) aumentou de 55% em 2001, para 63% em 2003.

46. A **Estratégia da Vigilância e Resposta Integrada às Doenças** foi implementada em 40 países, facto que melhorou a detecção de surtos de doenças. As equipas regionais de resposta às epidemias foram colocadas no terreno, em média, 48 horas após o pedido do país. Em Ouagadougou, foi criado um centro de vigilância pluripatológica, para manter a vigilância da oncocercose e de outras doenças transmissíveis na Região.

47. No que toca à **Erradicação e Eliminação das Doenças**, a prevalência da dracunculose desceu 36%, ou seja de 14.243 casos em 2001, para 9.123 casos, em 2003. Mais sete países alcançaram a meta da eliminação da lepra em 2003, aumentando o total para 39 países. Os três países mais afectados (Angola, Madagáscar e Moçambique) implementaram planos intensivos para a eliminação da lepra.

48. Num esforço para reforçar a **Investigação para as Doenças Transmissíveis**, o Centro de Investigação em Doenças Tropicais, na Zâmbia, e o Instituto Nacional das Doenças Transmissíveis, da África do Sul, foram identificados para designação como centros de colaboração da OMS.

49. O peso crescente das **Doenças Não-Transmissíveis** veio agravar o fardo imposto pelas doenças transmissíveis, o que continuou a exercer pressão sobre os serviços de saúde dos países da Região. Para resolver este problema, 16 países foram apoiados no reforço das suas capacidades para usar a abordagem passo-a-passo da OMS, na vigilância dos factores de risco das doenças não-transmissíveis. Dez desses países encontravam-se no processo de instalação de sistemas de vigilância das doenças não-transmissíveis.

50. Foram criados mais dois centros de referência para a prevenção e controlo do cancro do colo do útero, um na Tanzânia e outro em Angola. Outros dez países criaram programas de prevenção e controlo do cancro do colo do útero.

51. Na **Luta contra o Tabaco**, iniciou-se na Região a implementação da Convenção-Quadro de Luta Antitabágica da OMS. Participantes de 12 países receberam formação sobre o modo de realizar o Inquérito Mundial sobre a Juventude e Tabaco, e dezasseis países receberam formação sobre a elaboração de relatórios e análise para esse inquérito.

52. Foi reforçada a capacidade de 19 países para a abordagem multisectorial da **Promoção da Saúde**, tendo-se iniciado intervenções de saúde escolar em 15 países.

53. No tocante ao **Reforço dos Sistemas de Saúde**, a Reunião Mundial sobre Cuidados Primários de Saúde (CPS), realizada em Madrid, Espanha, reafirmou a importância dos CPS e dos seus princípios. Procedeu-se, na Região Africana, a uma análise da implementação da política dos CPS, tendo os resultados confirmado uma tendência para a deterioração da situação de saúde. Embora os países tenham demonstrado vontade política, traduzida nas suas políticas nacionais de saúde, a implementação dos CPS depara-se com sérios entraves. Os principais obstáculos são o mau desempenho económico, a instabilidade política e guerras, a pandemia do HIV e SIDA, outras doenças infecciosas emergentes, estruturas sanitárias débeis e a insuficiência de recursos humanos para a saúde.

54. Na sequência da avaliação da operacionalidade dos sistemas distritais de saúde de 15 países, foram lançados programas para reforçar a capacidade distrital na área da gestão sanitária. Oito países criaram as **Contas Nacionais da Saúde** e usaram os resultados para o diálogo sobre a política de financiamento da saúde. Alguns deles, incluindo o Quênia e o Gana, criaram um seguro social para a saúde, com o fim de garantir uma cobertura universal no que respeita aos cuidados de saúde e justiça no financiamento da saúde.

55. Foi elaborado um manual de formação, *Gestão dos Medicamentos a Nível de Centros de Saúde*, e três países, Gâmbia, Malawi e Lesoto, estão a utilizá-lo. Os utilizadores deste manual passaram a gerir melhor os medicamentos, a nível dos cuidados primários. Um total de 37 gestores receberam formação em gestão da qualidade dos serviços de transfusão de sangue, com o objectivo de melhorar a sua segurança.

56. No tocante à **Saúde das Crianças e dos Adolescentes**, 19 países foram apoiados durante o biénio na implementação de programas integrados de saúde dos adolescentes, recorrendo à estratégia da Aliança de Pais, Adolescentes e Comunidade. Um total de 43 países implementaram a Estratégia da Atenção Integrada às Doenças da Infância.

57. No respeitante à **Mortalidade Materna**, as histórias de sucesso dos países que reduziram a mortalidade materna na África foram documentadas e divulgadas, como exemplos a seguir. Nove países foram apoiados na formulação e implementação de orientações nacionais para a prevenção da transmissão vertical do HIV, no contexto da saúde reprodutiva. Um estudo sobre os partos no domicílio realizado em quatro países seleccionados revelou que, entre 70% a 90% dos partos decorrem em casa, tanto nas zonas urbanas como rurais. Os resultados estão a ser utilizados em intervenções de base comunitária para melhorar os partos assistidos nas unidades de saúde e os resultados das gravidezes. A Iniciativa Tornar a Gravidez mais Segura foi implementada em 34 países, como estratégia para melhorar a saúde materna e dos recém-nascidos.

58. Quanto à **Saúde das Mulheres**, cinco anos após a implementação do Plano de Acção Regional para Acelerar a Eliminação da Mutilação Genital Feminina em África, uma avaliação dos resultados revelou que os países têm vindo a empreender intervenções de natureza política e legislativa. Houve também um maior envolvimento de organizações não-governamentais e da sociedade civil, assim como a prestação de melhores cuidados às vítimas da mutilação genital feminina.

59. No domínio do programa sobre **Ambientes Saudáveis e Desenvolvimento Sustentável**, as estratégias regionais sobre saúde e ambiente, e pobreza e saúde foram formuladas e adoptadas em 2002. No ano seguinte, foram também elaborados e, adoptados o *Relatório sobre Macroeconomia e Saúde* e a Estratégia Regional sobre Higiene dos Alimentos e Saúde. As resoluções relevantes do Comité Regional encontram-se em diferentes fases de implementação nos países da Região.

60. O Comité Consultivo Africano sobre a Pobreza e Saúde foi criado em 2002, e produziram-se manuais sobre cidades saudáveis que foram distribuídos aos países. Quatro pontos focais interpaíses para a **Resposta às Situações de Emergência** foram colocados nas sub-regiões da África Austral, Ocidental, Oriental e Central.

61. Na **Administração e Finanças**, os esforços incidiram sobre a modernização e a melhoria dos procedimentos de gestão dos recursos financeiros, humanos e outros recursos na Região Africana da OMS. Entre as principais realizações, contam-se: melhor capacidade de resposta aos pedidos; instalação de um sistema informático de gestão do pessoal; o reforço da gestão da tesouraria e apoio à supervisão das representações nos países, em especial para os programas de erradicação da poliomielite; e, finalmente, a melhoria do sistema de gestão contabilística do Escritório Regional para os países, incluindo o controlo das despesas.

62. Conseguiram-se realizações consideráveis na melhoria das **Tecnologias da Informação e Comunicação** no Escritório Regional e das representações nos países. Nos **Serviços de Administração e Logística**, o pessoal e o equipamento foi mudado sem problemas de Harare para Brazzaville. As condições de trabalho e de vida do Escritório Regional melhoraram substancialmente.

63. No final do biénio, tinha sido executado um orçamento total de aproximadamente 500 milhões de dólares americanos.

64. Relativamente ao **Desenvolvimento e Gestão do Programa Geral**, as mudanças na área da saúde e as crescentes expectativas dos Estados-Membros exigiram a revisão da capacidade de resposta da OMS às necessidades dos Estados-Membros. A Iniciativa Centrada nos Países forneceu o enquadramento para abordar e melhorar a resposta às necessidades específicas dos países. Neste contexto, 39 países completaram as suas Estratégias de Cooperação com os países.

65. As Representações da OMS nos países foram reforçadas pela transferência de mais fundos para os países, e pela delegação de competências nos Representantes da OMS. Assim, a capacidade de 35 Representações foram reforçadas através da formação sobre gestão baseada em resultados e pela utilização do Sistema de Gestão de Actividades.

66. Alguns factores facilitaram as realizações acima mencionadas, tais como:

- a) empenho político, a nível mundial e nacional, nos problemas de saúde que afectam a Região Africana;
- b) iniciativas internacionais que apoiaram as prioridades regionais de saúde e constituíram oportunidades para uma cooperação frutuosa;
- c) colaboração e parcerias entre a OMS e outros parceiros do sector da saúde a nível nacional, regional e mundial;

- d) colaboração entre os vários níveis da OMS, nomeadamente, a Sede, o Escritório Regional e as representações nos países;
- e) uma liderança forte por parte da Direcção do Escritório Regional, um exemplar espírito de equipa e uma colaboração eficaz entre os funcionários da OMS.

67. Por outro lado, os principais obstáculos foram:

- a) o adverso ambiente macroeconómico na Região;
- b) a ocorrência frequente de situações de emergência;
- c) crescimento real zero do Orçamento Ordinário e forte dependência dos fundos de Outras Fontes, depreciação do dólar americano e aumento das despesas correntes do Escritório Regional.

68. As perspectivas para os próximos biénios são:

- a) Continuação do reforço das competências dos Representantes da OMS e da capacidade das equipas-país para melhorar a resposta da Organização às necessidades dos países;
- b) transferência de mais recursos para os países, o que já começou a ser feito pelo Director-Geral da OMS;
- c) reforço das parcerias e alianças, no sentido de mobilizar mais recursos e criar uma frente comum de luta contra a pobreza e a doença;
- d) continuação do apoio aos Estados-Membros, para que possam desenvolver os seus sistemas de saúde e melhorar o acesso aos serviços;
- e) reforço da produção, disseminação, acesso e utilização de conhecimentos para o processo de tomada de decisões.

69. O Comité felicitou o Director Regional pela qualidade do Relatório Bienal. No entanto, no debate que se seguiu, o Comité fez vários comentários e recomendações.

70. Relativamente à documentação e à partilha das melhores práticas, foi sugerida a criação de uma matriz para se efectuar o registo das melhores práticas na Região, relativamente aos vários programas e à utilização das lições aprendidas como uma base para a cooperação técnica entre os Estados-Membros. A esse respeito, o trabalho da África do Sul relativamente à

regulamentação dos preços para os medicamentos essenciais, a atribuição de licenças a profissionais que receitam medicamentos, a medicina tradicional e a assinatura dos códigos de conduta com os países desenvolvidos que fazem o recrutamento dos recursos humanos para a saúde deveriam ser documentados e partilhados com outros países. Os esquemas de seguros sociais de saúde que se encontram a ser implementados num determinado número de países na Região, devem ser documentados e partilhados, e os resultados da revisão dos cuidados primários de saúde empreendidas no Botswana, devem ser partilhados.

71. No que respeita aos Centros de Colaboração da OMS, a sua designação e redesignação deverá ser monitorizada continuamente para assegurar que são de facto, centros de excelência.

72. No que concerne às bolsas de estudo, o Comité recomendou que o programa de bolsas de estudo da OMS fosse renovado; as bolsas de estudo para formação em economia da saúde, planeamento e gestão deveriam ser alargadas; deveriam ser concedidas mais bolsas de estudo a todos aqueles que se encontram a estudar na Região Africana, uma vez que as bolsas de estudo para países desenvolvidos podem resultar numa maior fuga de quadros.

73. No que respeita à investigação, o Comité recomendou a actualização das bases de dados relativas à investigação e aos investigadores da saúde; deve ser realizada uma maior investigação sobre medicina tradicional; os serviços laboratoriais devem ser reforçados para garantir a segurança do sangue; e os sistemas nacionais de informação sanitária devem ser reforçados.

74. Relativamente às Metas de Desenvolvimento do Milénio, o Comité sublinhou a necessidade de identificar formas inovadoras que permitam apoiar os países para a consecução dos objectivos. Verifica-se a necessidade de reforçar a comunicação entre os países, por forma a alargar a agenda da saúde.

75. Relativamente à luta contra o HIV e SIDA, os delegados expressaram a sua preocupação de que a Iniciativa “3 by 5” possa desviar a atenção e os recursos dos Estados-Membros da prevenção, que constitui a pedra basilar para o controlo da pandemia. Enfatizaram a necessidade de encontrar o equilíbrio correcto entre o tratamento e a prevenção do HIV e da SIDA.

76. Relativamente às intervenções contra o paludismo, os delegados lamentaram a falta de referências relativamente à pulverização residual das habitações, como uma intervenção eficaz para a prevenção do paludismo. Expressou-se preocupação relativamente aos elevados preços e à dificuldade em aceder ao tratamento associado com base na artemisinina. O Comité salientou a necessidade de orientação e direcção sobre as formas de obtenção de medicamentos

de qualidade e seguros para o tratamento preventivo intermitente das mulheres grávidas com paludismo, assim como a formulação e dosagens correctas para as crianças. Assim, o Comité afirmou verificar-se a necessidade de orientações sobre as melhores formas para reduzir a mortalidade materna.

77. No que respeita aos cuidados primários de saúde o Comité salientou a necessidade da OMS e dos países colocarem a ênfase adequada no acesso aos mesmos (especialmente para os pobres), por forma a assegurar que o papel da prevenção das doenças não seja continuamente ignorado. Os Estados-Membros devem efectuar a definição de pessoas “indigentes” com necessidade de subsídios do Governo.

78. No que respeita ao financiamento da saúde, existe uma necessidade para uma advocacia continuada para aumentar a dotação dos orçamentos nacionais para o sector da saúde, por forma a atingirem-se os 15% prometidos pelos chefes de estado na Cimeira de Abuja. Alguns membros do Comité queriam que no relatório constasse mais informação sobre o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA Tuberculose e Paludismo (GFTAM), enquanto outros expressaram preocupação relativamente à sustentabilidade dos programas sanitários actualmente apoiados pelas iniciativas internacionais de financiamento, como o GFTAM.

79. Relativamente ao Orçamento-Programa de 2006-2007, os delegados apreciaram o facto de ser actualmente, política da OMS centrar-se nos países. No entanto, lamentaram o facto de os valores constantes dos Anexos 1 e 2 parecerem mostrar o contrário.

80. O Director Regional agradeceu aos membros do Comité pelas suas valiosas sugestões e assegurou-lhes que os comentários e as recomendações efectuadas não seriam ignoradas. Concordou com os delegados de que a recuperação dos custos, apesar de pequena, reduzia o acesso dos pobres, e apesar de os seguros sociais de saúde não constituírem uma panaceia, permitem melhorar o financiamento da saúde. Salientou ainda a necessidade dos países em continuarem as campanhas de compensação por parte dos países desenvolvidos que beneficiem da emigração de recursos humanos para a saúde.

81. Relativamente ao Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, o Comité foi informado de que terá lugar uma reunião dos Estados-Membros, em Harare (Zimbabue), em Setembro de 2004, para desta forma, se partilharem experiências e acordarem sobre as abordagens para melhorar o acesso aos fundos. As conclusões e recomendações desta reunião iriam fornecer informação para as deliberações de uma reunião similar agendada para Genebra, em 2005.

82. No que respeita aos recursos humanos para a saúde (HRH), o Comité foi informado da existência de um grande interesse entre os parceiros do desenvolvimento (agências bilaterais e multilaterais), mesmo em questões controversas como o complemento dos salários dos

funcionários públicos. Os Chefes de Estado irão discutir os HRH numa Cimeira prevista para a República do Congo, em Abril de 2005. Foi criada uma base de dados regional sobre os recursos humanos para a saúde, foi desenvolvido um instrumento para facilitar a recolha de dados de qualidade nos países, foram documentadas algumas das melhores práticas na Região Africana e o relatório realizado em muitos países, relativo à revisão dos cuidados de saúde primários, será brevemente partilhado.

83. O Comité foi informado de que o Escritório Regional foi o pioneiro no desenvolvimento do Roteiro para a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde materna e dos recém-nascidos em África. O documento destaca um conjunto de intervenções para reduzir a mortalidade materna e dos recém-nascidos. A União Africana está a desempenhar um papel de liderança na implementação do Roteiro, mas o seu sucesso irá depender da microeconomia e da macroeconomia dos países. Foi garantido ao Comité que as orientações para o tratamento preventivo intermitente para os cuidados do paludismo tinha sido desenvolvido e distribuído aos países.

84. Relativamente à dotação do Orçamento Ordinário da Organização, o Comité foi informado de que a Região Africana tinha sido dotada com a maior percentagem do orçamento, quando comparada com as outras Regiões.

Aprovação do Relatório Bienal

85. O Comité Regional aprovou o Relatório, contido no documento AFR/RC54/2, tendo em conta a informação e os comentários adicionais propostos pelos delegados.

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

(documentos AFR/RC54/6, AFR/RC54/7 e AFR/RC54/8).

86. A Dra. Doyin Oluwole do Secretariado, apresentou os documentos relacionados com os pontos 8.1, 8.2 e 8.3 da ordem do dia provisória. Convidou o Comité a examinar os documentos e a prestar orientações sobre: i) estratégias propostas para a implementação das várias resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela 57ª Assembleia Mundial da Saúde e a 113ª sessão do Conselho Executivo; ii) as implicações regionais das ordens do dia da 115ª sessão do Conselho Executivo e da 58ª Assembleia Mundial da Saúde; e iii) método de trabalho e 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/RC54/6)

87. O documento salientou as resoluções de interesse aprovadas pela 57ª Assembleia Mundial da Saúde e pela 113ª sessão do Conselho Executivo, designadamente:

- a) Úlcera de Buruli (infecção por *Mycobacterium ulcerans*): Vigilância e luta (WHA57.1)
- b) Luta contra a tripanossomiase humana africana (WHA57.2)
- c) Erradicação da dracunculose (WHA57.9)
- d) Segurança rodoviária e saúde (WHA57.10)
- e) Família e saúde no contexto do décimo aniversário do Ano Internacional da Família (WHA57.11)
- f) Saúde reprodutiva: Projecto de estratégia para acelerar os progressos no sentido da consecução dos objectivos e das metas de desenvolvimento internacional (WHA57.12)
- g) Genómia e saúde no mundo (WHA57.13)
- h) Intensificar o tratamento e os cuidados no âmbito de uma resposta coordenada e abrangente ao HIV E SIDA (WHA57.14)
- i) Promoção da saúde e estilos de vida saudáveis (WHA57.16)
- j) Estratégia mundial para a alimentação, o exercício físico e a saúde (WHA57.17)
- k) Transplante de órgãos e de tecidos humanos (WHA57.18)
- l) Migração internacional dos profissionais de saúde: Um desafio para os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento (WHA57.19)

88. O documento continha apenas os parágrafos operativos relevantes como constam das resoluções. Cada parágrafo operativo era acompanhado de uma descrição de medidas já empreendidas ou planeadas.

89. O Comité foi convidado a examinar e a comentar as estratégias propostas para a implementação das resoluções de interesse para a Região Africana, e a prestar orientações para a sua implementação.

90. Relativamente à Resolução WHA 57.11 sobre “*Família e saúde no contexto do décimo aniversário do Ano Internacional da Família*”, os delegados sublinharam a necessidade de os países procederem à avaliação do impacto das várias políticas e programas relacionados com a família e a saúde, especialmente os referentes aos adolescentes e à juventude, que se encontram actualmente em implementação. Esta questão deveria ser incorporada no documento.

91. No tocante à Resolução WHA57.12, sobre “*Saúde reprodutiva: Projecto de estratégia para acelerar os progressos para a consecução dos objectivos e das metas de desenvolvimento internacional*”, os delegados expressaram a sua profunda preocupação relativamente aos elevados ou às crescentes taxas de mortalidade materna na Região. De entre as várias estratégias e acções para a redução da mortalidade materna, foram propostas: melhor coordenação das iniciativas regionais levadas a cabo pelos diferentes parceiros; normalização dos métodos de monitorização das tendências de mortalidade materna, no contexto das Metas de Desenvolvimento do Milénio; promoção e apoio da implementação dos sistemas de auditoria à mortalidade materna nos países; melhoria do sistema de referência; partilha das boas práticas e aceleração da implementação das intervenções eficazes; melhoria do acesso aos cuidados obstétricos de emergência, incluindo sistemas de transporte comunitários inovadores e organizados. No entanto, algumas questões ficam por resolver, nomeadamente, a existência de parteiras qualificadas para assistência ao parto, e o papel que as parteiras tradicionais devem desempenhar. Os delegados reiteraram a necessidade de dotar recursos financeiros adequados para acelerar a implementação de intervenções eficazes.

92. Na Resolução WHA57.14, sobre “*Intensificar o tratamento e os cuidados, no âmbito de uma resposta coordenada e abrangente ao HIV E SIDA*”, os delegados propuseram que o reforço dos sistemas de saúde deveria centrar-se nos sistemas de informação sanitária, nos serviços de laboratório e de diagnóstico, e no sistema de aquisição e distribuição de medicamentos. Solicitou-se ao Comité Regional que promovesse e advogasse a favor da equidade no acesso ao tratamento do HIV e SIDA. Foi também observada a necessidade de recursos e de apoio para a criação de centros de vigilância farmacêutica para a monitorização dos efeitos adversos da terapia anti-retroviral, elaboração de protocolos normalizados para o tratamento aos níveis nacional ou sub-regional, bem como para garantir a livre circulação de informação para os países e promover a produção local de medicamentos genéricos. Solicitou-se ao Escritório Regional que minimizasse as alterações efectuadas na lista de pré-qualificação dos medicamentos anti-retrovirais (ARV), que mantivesse um *stock* de emergência de ARV a nível regional, evitando assim a descontinuidade do tratamento nos países, e que incorporasse as questões do género no tratamento e cuidados. Foi acordado que se deveria atribuir maior ênfase à utilização de medicamentos tradicionais, assim como à melhoria da nutrição no tratamento do HIV e da SIDA. Os delegados expressaram ainda a sua preocupação relativamente aos procedimentos burocráticos que impedem o acesso aos financiamentos do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, tendo solicitado ao Escritório Regional que intervenha para facilitar o processo.

93. No que respeita à Resolução WHA57.17, sobre *“Estratégia mundial para a alimentação, o exercício físico e a saúde”*, os delegados recomendaram que a OMS promovesse a fortificação dos alimentos e que tomasse uma posição firme contra a publicidade da *“fast food”*, que frequentemente, contribui para a obesidade. Verifica-se a necessidade de dar maior ênfase ao papel fundamental de uma alimentação adequada para as crianças, assim como para as mulheres grávidas e as que se encontram a amamentar.

94. Relativamente à Resolução WHA57.18, sobre *“Transplante de órgãos e de tecidos humanos”*, os delegados instaram o Escritório Regional a apoiar os países na formulação e aprovação da respectiva legislação, especialmente no sentido de proteger os pobres da exploração.

95. No que respeita à Resolução WHA57.19, sobre *“Migração internacional dos profissionais de saúde: um desafio para os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento”*, os delegados confirmaram a magnitude deste problema nos seus países, especialmente a migração para o exterior, a movimentação dos recursos humanos para a saúde (HRH) do sector público para o privado, e o desequilíbrio existente entre meio rural e urbano, assim como a importância da disponibilidade dos recursos humanos para a saúde, para garantir uma implementação eficaz das estratégias de desenvolvimento da saúde. Sugeriram que a OMS partilhe com os países os resultados dos estudos sobre a migração e retenção dos profissionais de saúde; promova a partilha de experiências e colaboração interpaises na área dos recursos humanos; advogue a favor de um maior diálogo com as agências para o desenvolvimento; apoie os países nos seus esforços para atrair os seus nacionais que se encontram na diáspora; e preste orientação relativamente às estratégias de retenção dos profissionais de saúde. Tendo em conta a dimensão regional do problema, solicitaram a criação de um grupo de trabalho para recolher e utilizar a informação relativa à migração e motivação dos profissionais da saúde, a fim de encontrar uma solução para o futuro, a ser discutida aos mais altos níveis (União Africana, Commonwealth, Assembleia-Geral das Nações Unidas, Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional, etc.). Foi observado que a retenção dos profissionais não depende apenas dos incentivos financeiros, mas também das preocupações de ordem social, política e económica. Recordou-se aos delegados que 2006 tinha sido designado como o Ano dos Recursos Humanos para a Saúde.

Ordens do dia da 115ª sessão do Conselho Executivo, da 58ª Assembleia Mundial da Saúde e da 55ª sessão do Comité Regional (documento AFR/RC54/7)

96. O documento continha as propostas das ordens do dia provisórias da 115ª sessão do Conselho Executivo, a realizar em Janeiro de 2005, da 58ª Assembleia Mundial da Saúde, prevista para Maio de 2005, assim como o projecto de ordem do dia provisória da 55ª sessão do Comité Regional, a realizar de 22 a 26 de Agosto de 2005.

97. O Comité foi convidado a tomar nota da correlação entre os trabalhos do Conselho Executivo, da Assembleia Mundial da Saúde e do Comité Regional.

98. Os pontos a seguir indicados são comuns às ordens do dia da 115ª sessão do Conselho Executivo, da 58ª Assembleia Mundial da Saúde e da 55ª sessão do Comité Regional:

- a) Revisão das Regulamentações sanitárias internacionais: Actualização.
- b) Prossecução das Metas do Desenvolvimento do Milénio relacionadas com a saúde: Relatório de situação.
- c) Resposta aos aspectos sanitários das crises.
- d) Décimo-Primeiro Programa Geral de Trabalho para 2006-2015.
- e) Projecto de Orçamento-Programa para 2006-2007.
- f) Segurança do sangue: Proposta para instituição de um Dia Mundial do Dador de Sangue.
- g) Poliomielite.
- h) Cimeira Mundial sobre a implementação da investigação em saúde.
- i) Intensificação do tratamento e cuidados, no âmbito de uma resposta coordenada e abrangente ao HIV E SIDA (WHA57.14).

99. O Comité foi convidado a analisar a ordem do dia provisória da sua 55ª sessão e decidir quais os aspectos a recomendar à 115ª sessão do Conselho Executivo e à 58ª Assembleia Mundial da Saúde.

100. Na resposta à apresentação, os delegados propuseram a inclusão de pontos adicionais na ordem do dia provisória da 55ª sessão do Comité Regional, designadamente: i) o controlo do paludismo no contexto das metas definidas na Cimeira de Abuja; ii) e a implementação da Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica. Além disso, propuseram igualmente a inclusão na 117ª sessão do Conselho Executivo de um ponto sobre a Convenção Internacional contra a clonagem para reprodução de seres humanos e outro ponto relativo à Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica, tendo também este sido proposto para a ordem do dia da Quinquagésima-oitava Assembleia Mundial da Saúde. Houve ainda uma proposta para apresentar à discussão em alguns *fora* internacionais a alteração da terminologia HIV/SIDA para HIV e SIDA.

Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC54/8)

101. O propósito deste documento é facilitar o trabalho dos Estados-Membros na Quinquagésima-oitava Assembleia Mundial da Saúde, em sintonia com as decisões relevantes do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde.

102. O Comité Regional analisou o documento e deu indicações sobre as propostas de decisões processuais. Com base nos agrupamentos sub-regionais, os delegados propuseram a Libéria, Madagáscar, Namíbia e Ruanda para se juntarem à Guiné-Bissau, Quénia e Lesoto, na representação da Região Africana no Conselho Executivo. Os delegados sublinharam a necessidade de equidade na atribuição do “lugar rotativo” às sub-regiões. Os membros do Comité foram exortados a identificar os pontos que exigem uma posição comum de África e a designar os países para elaborarem as respectivas comunicações. Um país a designar para o efeito, deve intervir em nome da Região e proceder atempadamente a inscrição da apresentação na agenda dos trabalhos; foi proposto que a Eritreia falasse em nome da Região Africana. Os delegados propuseram a eliminação do termo *informal* na designação da reunião dos ministros africanos da saúde, durante a Assembleia Mundial da Saúde. Estas recomendações serão comunicadas ao Director-Geral.

NOMEAÇÃO DO DIRECTOR REGIONAL

103. Numa reunião à porta fechada, realizada a 2 de Setembro de 2004, o Comité Regional, em conformidade com o Artigo 52º da Constituição da OMS e o Artigo 52º do seu Regulamento Interno, designou o Dr. Luis Gomes Sambo como Director Regional da OMS para África, a começar a 1 de Fevereiro de 2005. A este respeito, o Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC54/R1.

Expressão de agradecimento e orientações futuras, pelo Dr. Luis G. Sambo

104. O Dr. Luis G. Sambo expressou a sua mais profunda gratidão ao Presidente José Eduardo dos Santos, e ao Governo de Angola, pelo excelente apoio prestado durante a campanha e as eleições para o posto de Director Regional do Escritório Regional da OMS para África.

105. Expressou o seu agradecimento a todos os ministros da saúde pela sua nomeação para o posto de Director Regional, e afirmou que a nomeação era uma indicação clara da confiança e segurança nas realizações da OMS durante o período em que sob a liderança do Dr. Ebrahim M. Samba ocupou as funções de Director de Gestão de Programas. O Dr. Sambo assegurou ao Comité que iria fazer o seu melhor não só para manter, mas para melhorar o apoio da OMS aos Estados-Membros, por forma a otimizar a saúde e o bem-estar de todas as populações na Região Africana.

106. O Dr. Sambo estendeu os seus sinceros agradecimentos aos funcionários da OMS da Região Africana pelo seu apoio e confiança demonstrados durante o exercício como Director da Gestão de Programas. Afirmou que a sua eleição era a confirmação por parte dos Estados-Membros do Secretariado da OMS, constituído assim, uma vitória colectiva. Expressou o seu optimismo no trabalho conjunto a realizar para a melhoria da saúde de todas as populações em África.

107. Agradeceu ao Director Regional, Dr. Ebrahim M. Samba, pelos conhecimentos que lhe transmitiu, não só relativamente à ética no trabalho, mas mais importante ainda, ao significado da vida, e especialmente sobre a importância das relações humanas. Agradeceu ao Dr. Samba por facultar a realização de sugestões e aprovar a implementação de alterações no processo de administração do Escritório Regional. Agradeceu ao Dr. Samba por ser o seu mentor e aconselhá-lo como um pai.

108. O Dr. Sambo assegurou ao Dr. Jong-wook Lee, o Director-Geral da OMS, que poderia contar com a sua máxima cooperação. Informou o Comité de que ele e o Director-Geral se conheciam e trabalhavam conjuntamente desde há muito tempo, e de que as suas relações de trabalho tinham sido sempre excelentes. Afirmou que as actuais relações positivas de trabalho com a Sede e os outros Escritórios Regionais seriam ainda mais intensificadas.

109. Agradeceu aos outros candidatos ao posto de Director Regional pelo elevado espírito de concorrência. Reconheceu as contribuições positivas para a saúde e o bem-estar das populações africanas, que efectuaram nas suas diferentes funções. Enfatizou que a magnitude e profundidade dos problemas de desenvolvimento da saúde pública na Região Africana requeriam a junção de todos os esforços, pelo que aguardava, pelo seu apoio para o avanço da saúde na agenda na Região Africana.

110. O Dr. Sambo afirmou que muitos delegados lhe tinham perguntado quais seriam as diferenças a registar, sob o seu mandato. Ao qual respondeu que as realizações do passado seriam mantidas, nutridas e sustentadas. No entanto, as alterações seriam efectuadas de forma pró-activa em todos os aspectos que necessitassem de melhoria, a fim de intensificar o trabalho e a reputação do Escritório Regional da OMS para África. Assegurou ao Comité de que todas as alterações seriam empreendidas de uma forma participativa e em estreita colaboração com os colegas do Escritório Regional e da Sede.

111. Por forma a responder às necessidades de saúde na Região, o Dr. Sambo afirmou que seria colocado um especial ênfase nas estratégias de desenvolvimento dos sistemas de saúde; na intensificação dos programas de saúde com provas dadas de eficácia; no reforço das determinantes de saúde; advocacia; parceria e mobilização de recursos. Prosseguiu, afirmando que para uma implementação eficaz destas estratégias, seria necessário um grupo de homens e mulheres dedicados e motivados com o mesmo conjunto de valores e objectivos; com um

compromisso assumido relativamente à excelência, eficiência e transparência técnicas, uma nova concepção do organigrama do Escritório Regional, para reforçar as relações com a Sede e dar um maior destaque às principais funções, que permitam uma maior resposta às necessidades dos países; trabalho de equipa, para reforçar o pensamento estratégico do Escritório Regional, ao mesmo tempo que se harmoniza com o Programa Geral de Trabalho da OMS; e estabelecer uma relação com todas as iniciativas regionais e mundiais relevantes para a saúde em África.

RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA (documento AFR/RC54/10)

112. A Dra. Teniin Gakuruh (Quénia), Presidente do Subcomité do Programa, apresentou o relatório do Subcomité do Programa. Frisou que todos os doze membros, assim como o Gabão, membro do Conselho Executivo, tinham participado nas deliberações do Subcomité, que se reuniu em Brazzaville de 15 a 18 de Junho de 2004. A Gâmbia e o Gana, membros do Conselho Executivo, e o Vice-presidente da Comissão Consultiva Africana para a Investigação e Desenvolvimento Sanitário não estiveram presentes nesta reunião.

113. Informou o Comité Regional que os comentários e as sugestões do Subcomité tinham sido devidamente incorporados nos documentos, pelo Secretariado, antes da sua distribuição ao Comité Regional para revisão e aprovação.

114. A Dra. Gakuruh afirmou que os membros do Subcomité do Programa apreciaram sobremaneira a relevância e oportunidade dos vários documentos técnicos elaborados pelo Secretariado, os quais, se fossem implementados judiciosamente, poderiam contribuir fortemente para a saúde das populações africanas. Felicitou o Director Regional e o seu pessoal pela qualidade dos documentos apresentados.

Reposicionamento do planeamento familiar nos serviços de saúde reprodutiva: Quadro estratégico para uma acção acelerada, 2005-2014 (documento AFR/RC54/11 Rev.1)

115. A Presidente do Subcomité do Programa, a Dra. Gakuruh, informou o Comité de que o objectivo do quadro estratégico de planeamento familiar para os próximos dez anos, era o de fornecer orientações sobre a forma de revitalizar a componente de planeamento familiar dos programas de saúde reprodutiva, para garantir uma abordagem mais abrangente que garanta a melhoria da saúde materna e infantil, no contexto das Metas de Desenvolvimento do Milénio e da Saúde para Todos.

116. Apresentou a estrutura do documento, assim como as sugestões de melhoria feitas pelo Subcomité.

117. A Dra. Gakuru afirmou que, apesar de o planeamento familiar constituir uma componente essencial dos cuidados primários de saúde e da maternidade segura, a Região caracterizava-se ainda por uma baixa taxa de utilização de contraceptivos, elevadas taxas

gerais de fecundidade, a mais elevada taxa de mortalidade materna e inúmeras necessidades não satisfeitas a nível do planeamento familiar. Salientou que o planeamento familiar constituía um bom ponto de entrada para a integração dos serviços de saúde reprodutiva e a prevenção e controlo do vírus da imunodeficiência humana, do síndrome da imunodeficiência adquirida e das infecções sexualmente transmitidas (HIV/SIDA/IST). Infelizmente, no tempo presente, os governos, decisores políticos e doadores atribuem muito pouca atenção aos programas de planeamento familiar. Esta falta de atenção justifica o reposicionamento do planeamento familiar nos serviços de saúde reprodutiva.

118. Salientou que o planeamento familiar depara-se com muitos desafios: mau funcionamento dos sistemas de saúde; falta de acesso a contraceptivos modernos; instabilidade civil e guerras em muitos países; crenças culturais e barreiras religiosas; falta de envolvimento dos homens; e gestão e coordenação ineficazes dos programas. No entanto, enfatizou a existência de muitas oportunidades para a melhoria dos serviços de planeamento familiar, nomeadamente as parcerias a nível mundial e regional para os programas de saúde reprodutiva, vários serviços de aconselhamento e testes voluntários para o HIV e SIDA, oportunidades de trabalho para servir igualmente homens e mulheres, e serviços de base comunitária.

119. A Dra. Gakuruh informou o Comité Regional de que as intervenções mais importantes se centravam na advocacia; na melhoria do acesso a serviços de qualidade e aos contraceptivos modernos; no reforço da capacidade humana e institucional; na satisfação das necessidades de populações vulneráveis; na investigação operacional; e na monitorização e avaliação.

120. Afirmou que para que o reposicionamento do planeamento familiar fosse uma realidade, os Estados-Membros necessitavam de rever as suas políticas de saúde reprodutiva e os planos nacionais de desenvolvimento, por forma a neles incluir o planeamento familiar; criar parcerias; coordenar os intervenientes; mobilizar recursos; garantir serviços de qualidade; e fornecer pessoal adequado e devidamente qualificado para gerir os serviços de planeamento familiar e os contraceptivos. Referiu que a OMS e os parceiros iriam prestar o apoio técnico e as orientações adequadas aos Estados-Membros na implementação deste quadro estratégico.

121. Recomendou ao Comité Regional a adopção do documento AFR/RC54/11 Rev. 1, com emendas, e o projecto de Resolução AFR/RC54/WP/1.

122. Todos os participantes expressaram satisfação pela relevância e a oportunidade do documento, tendo efectuado as seguintes sugestões para a sua melhoria:

- a) deverá ser acrescentado um parágrafo sobre o papel dos países na disponibilidade sustentada dos contraceptivos e evitar a completa dependência de fontes externas de financiamento;

- b) prestar maior atenção às necessidades dos jovens e dos adolescentes, para que se vá para além da distribuição de contraceptivos, por forma a incluir serviços de aconselhamento e tornar estes serviços mais amigos dos jovens;
- c) no texto em francês, substituir “saúde genésica” por “saúde reprodutiva”;
- d) as questões de coordenação, parceria e advocacia do planeamento familiar devem ser destacadas;
- e) a promoção do planeamento familiar nos países em crise e em guerra deve ser enfatizada;
- f) os contraceptivos devem ser incluídos nos *kits* médicos e na lista dos medicamentos essenciais;
- g) no parágrafo 2, alínea d) da Resolução acrescentar “com especial ênfase nas áreas rurais” antes de “e explorar as possibilidades”;
- h) o planeamento familiar deve ter uma proeminência semelhante aos serviços de cuidados obstétricos e infantis, e ser integrado nestes;
- i) o planeamento familiar deve ser visto num contexto mais alargado de melhoria de vida das mulheres e das crianças, assim como da redução da mortalidade infantil e materna;
- j) a distribuição dos meios de planeamento familiar, a nível comunitário, deve ser revitalizada;
- k) elaborar uma resolução sobre mortalidade materna;
- l) a OMS deve apoiar e promover a produção local de meios de planeamento familiar, fornecer orientações e apoiar a criação de instalações para a realização de testes e para o controlo de qualidade dos preservativos;
- m) no parágrafo 7, devem ser incluídas mais estatísticas para a Região Africana;
- n) estabelecer a correlação entre o crescimento demográfico e o crescimento económico;
- o) existe a necessidade de utilizar o desporto como um veículo para chegar até aos jovens, para além dos programas formais.

123. O Director Regional agradeceu aos membros do Comité pelos seus comentários e sugestões sobre esta importante questão e reiterou que o planeamento familiar deveria estar associado a uma maternidade segura, e não ao controlo demográfico, e que era importante analisar a questão em termos de correlação entre a taxa de crescimento demográfico e o crescimento económico. Encorajou a utilização dos centros de formação existentes nos Estados-Membros.

124. O Secretariado clarificou as questões levantadas pelos delegados e indicou-lhes os respectivos parágrafos no documento original. Referindo-se à questão das parcerias, a Dra. Gakuru mencionou que os vários parceiros estavam envolvidos na elaboração do documento e que estava prevista uma reunião regional para o reposicionamento do planeamento familiar, a realizar em Novembro de 2004. Mencionou a Aliança dos Pais, Adolescentes e Comunidades, como uma estratégia abrangente para abordar as necessidades e as preocupações da saúde dos adolescentes, incluindo a redução das gravidezes entre as jovens. Assumiu o compromisso de elaborar uma Resolução sobre mortalidade materna em relação com o Roteiro (documento AFR/RC54/INF.DOC/6), antes do encerramento da sessão do Comité Regional.

125. O Secretariado garantiu aos delegados que os seus valiosos comentários seriam utilizados para o enriquecimento do documento assim como a implementação do quadro estratégico.

126. O Comité Regional adoptou a Resolução AFR/RC54/R2.

Intervenções prioritárias para o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária
(documento AFR/RC54/12 Rev.1)

127. A Dra. Gakuruh, Presidente do Subcomité, informou o Comité Regional de que a linha-mestra deste documento incide sobre as formas de reforçar os sistemas nacionais de informação sanitária (NHIS). O documento descreve os quatro sub-sistemas do NHIS como: notificação de rotina das doenças e outras afecções, complementada pelo sistemas de vigilância das doenças; notificação sobre programas e inquéritos especiais; sistema de informação de gestão dos recursos sanitários; e sistema de registo vital de nascimentos, óbitos e movimentos migratórios.

128. Informou o Comité de que o documento reporta alguns progressos, mas também indica que os sistemas nacionais de informação sanitária deparam-se com muitas fragilidades, como a falta de políticas, estruturas mal organizadas, falta de recursos, dados incompletos e utilização ineficaz da informação.

129. A Dra. Gakuruh informou ainda o Comité de que o documento propunha oito áreas de acção prioritárias para apoiar os países na abordagem das questões acima mencionadas. As áreas de acção são:

- a) elaboração de uma política e um plano estratégico claros sobre os sistemas nacionais de informação sanitária;
- b) criação ou reforço de estruturas apropriadas de gestão, reconhecendo que esses sistemas são constituídos por vários sub-sistemas que requerem um desenvolvimento individual;
- c) reforço da capacidade do pessoal e melhoria do desempenho;
- d) integração dos sistemas nacionais de informação sanitária de uma forma sistemática aos níveis central, regional, provincial e distrital;
- e) reforço da utilização da tecnologia de informação (equipamento e sistemas), por forma a reforçar e tornar mais célere o processamento, armazenamento e consulta dos dados;
- f) institucionalização de uma avaliação regular do desempenho dos sistemas nacionais de informação sanitária;
- g) promoção da utilização da informação e dos dados factuais no diálogo político e na tomada de decisões;
- h) garantia da disponibilidade de todos os requisitos e da logística por forma a tornar o sistema operacional.

130. A Presidente do Subcomité do Programa informou o Comité Regional de que os papéis e responsabilidades dos países, dos parceiros e da Organização Mundial de Saúde na implementação das intervenções propostas constavam também do documento.

131. Recomendou ao Comité Regional a adopção do documento AFR/RC54/12 Rev.1 e do projecto de resolução AFR/RC54/WP/2.

132. Todos os participantes reconheceram a relevância, oportunidade e importância do documento, especialmente para as políticas, planeamento e avaliação da implementação dos programas.

133. Os delegados expressaram a sua preocupação com a multiplicidade dos sistemas de informação, sustentados pelos diferentes programas e parceiros, pela fraca qualidade dos dados, bem como pela fraca capacidade de análise, notificação em tempo útil e utilização da informação em todos os níveis. Os participantes destacaram ainda a necessidade de uma melhor coordenação interssectorial da informação relacionada com a saúde a nível dos países, tal como a informação proveniente dos gabinetes nacionais de estatística e dos ministérios do planeamento económico, população, educação, etc.

134. Os delegados solicitaram apoio da OMS aos países nos seus actuais esforços para resolver as principais questões como a elaboração de políticas e planos; definição de um conjunto de indicadores relevantes, a todos os níveis; formação em análise dos dados e sua utilização para o processo de planeamento e tomada de decisões; e identificação, aquisição e utilização de novas tecnologias de informação.

135. Ao tirar partido das reformas em curso no sector da saúde nos países, e do melhor acesso às tecnologias de informação para reforçar os sistemas nacionais de informação sanitária (NHIS), o Escritório Regional deve advogar por um aumento de recursos para os sistemas nacionais de informação sanitária, junto de todos os países e parceiros.

136. Em resposta, o Director Regional sublinhou que os países devem trabalhar com vista a um sistema unificado de informação sanitária que conte com o apoio de todos os parceiros. Agradeceu ao Comité pelos seus comentários e sugestões sobre esta questão tão importante.

137. O Comité Regional adoptou a Resolução AFR/RC54/R3.

Saúde e segurança ocupacional na Região Africana: Análise da situação e perspectivas
(documento AFR/RC54/13 Rev.1)

138. O Dr. Sidy Diallo, Relator do Subcomité do Programa, sublinhou o facto de este documento analisar detalhadamente questões essenciais, tendo notado que existe uma deficiência na disponibilização de serviços abrangentes de saúde e de segurança ocupacional aos trabalhadores da Região Africana.

139. O documento contém ainda as seguintes observações sobre os países inquiridos:

- a) 63% fizeram uma gestão dos riscos e 41% providenciaram informação e educação;
- b) 26% procederam a exames médicos antes da colocação e 33% prestaram serviços clínicos de vacinação, exames especiais e tratamentos;

- c) 7% fizeram investigação, efectuaram exames para indemnização, formaram recursos humanos e providenciaram educação e aconselhamento sobre o HIV E SIDA;
- d) 7% realizaram estudos sobre o uso do tabaco, tendo recolhido dados sobre a saúde dos trabalhadores;
- e) 48% têm legislação sobre a saúde ocupacional e 37% têm legislação sobre saúde e trabalho, havendo, no entanto, falta de recursos humanos adequados para monitorar a respectiva aplicação.

140. Referiu que o documento também descreve vários desafios em matéria de saúde ocupacional. Os trabalhadores da agricultura e da indústria estão cada vez mais expostos a traumatismos ou doenças provocadas por produtos químicos ou máquinas. Os trabalhadores das indústrias de serviços e das cidades populosas sofrem de fadiga e de problemas relacionados com o *stress*, com o ruído e com a temperatura. O trabalho infantil está associado à pobreza, desigualdade de oportunidades na escola, falta de padrões e incapacidade de fazer cumprir a legislação pertinente. Há poucos programas de saúde e segurança nos locais de trabalho para proteger os trabalhadores das doenças infecciosas.

141. O Dr. Diallo informou o Comité de que o documento propunha várias intervenções prioritárias para fazer face aos desafios atrás mencionados, designadamente:

- a) formulação de políticas e leis de saúde e segurança ocupacional;
- b) planeamento e prestação de serviços abrangentes de saúde ocupacional nos locais de trabalho e no âmbito dos programas de cuidados primários de saúde;
- c) disponibilização de informações, instrumentos, auxiliares do trabalho e estruturas organizacionais relevantes e actualizadas;
- d) criação de um sistema de registo de acidentes, doenças e exposição a perigos ocupacionais;
- e) investigação sobre modos de promover uma melhor saúde nos locais de trabalho e de evitar novos problemas.

142. Concluindo, afirmou que a mensagem central do documento era que a existência de políticas e serviços abrangentes de saúde ocupacional evitavam e reduziavam as doenças e problemas de natureza ocupacional, sendo por isso necessária a criação destes serviços e a sua prestação.

143. O Dr. Diallo recomendou ao Comité a aprovação do documento AFR/RC54/13 Rev.1, com emendas, e do projecto de resolução AFR/RC54/WP/3.

144. Todos os participantes reconheceram a pertinência e importância do documento. Em relação aos recursos destinados à saúde ocupacional, o Comité notou que: i) a falta de recursos humanos qualificados dificulta a implementação das políticas e legislação relevantes; ii) é preciso atribuir mais recursos para resolver os problemas relacionados com a saúde ocupacional, em especial no sector informal e nas pequenas empresas; iii) é preciso melhorar a gestão dos lixos hospitalares, assim como lidar com as infecções contraídas em ambiente hospitalar; iv) é necessário salientar os riscos , (por exemplo, com falta de equipamento de protecção nesta era do HIV e SIDA) que se colocam aos profissionais, em especial àqueles que trabalham em ambientes com poucos recursos.

145. Relativamente às políticas e legislação sobre saúde ocupacional, os Estados-Membros realçaram a necessidade de formular políticas e legislação relevantes e de garantir a sua implementação.

146. Dada a natureza multidisciplinar e multisectorial, bem como a complexidade das questões de saúde e segurança ocupacional, o Comité salientou a necessidade de reforçar a colaboração e a coordenação intersectorial. Particularmente importante é a colaboração com as agências internacionais relevantes, os parceiros públicos e privados, e a coordenação de actividades de vários sectores (trabalho, agricultura, segurança social, comércio) no seio dos países.

147. Relativamente à informação e sensibilização, os membros do Comité lamentaram que as elevadas taxas de iliteracia e a pobreza generalizada na Região Africana exponham muitos trabalhadores a riscos ocupacionais. Neste contexto, as zonas de comércio livre em alguns países colocam um desafio especial à saúde ocupacional.

148. Os Estados-Membros manifestaram preocupação pela falta de informação sobre a existência de convenções internacionais relacionadas com a saúde ocupacional e a falta de sensibilização dos trabalhadores para os riscos ocupacionais. A este respeito, o Comité recomendou que: i) a Carta da União Africana sobre o Bem-Estar das Crianças e outros documentos conexos deveriam ser divulgados nos Estados-Membros; ii) os profissionais de saúde devem ganhar consciência dos riscos que o trabalho infantil representa para a saúde.

149. O Director Regional agradeceu ao Comité as observações e sugestões apresentadas sobre esta importante matéria, tendo realçado que: i) a questão da saúde ocupacional requer abordagens multisectoriais; ii) é necessário formular e aplicar a legislação sobre saúde ocupacional; iii) deve fazer-se referência aos grupos ocupacionais vulneráveis, tais como os agricultores, as mulheres e as crianças; iv) é preciso reconhecer o conflito que existe entre a necessidade de industrialização e desenvolvimento, por um lado, e a importância da saúde e da segurança dos trabalhadores, por outro.

150. O Comité Regional adoptou a Resolução AFR/RC54/R4.

Melhoria do acesso e do tratamento do HIV/SIDA na Região Africana: A Iniciativa “3 by 5” e para além desta (documento AFR/RC54/14 Rev.1)

151. O Dr. Júlio César Sá Nogueira, Relator do Subcomité do Programa, informou o Comité Regional de que este documento salientava o facto de que o HIV E SIDA está a transformar-se rapidamente numa das causas preponderantes de morbilidade e de mortalidade na Região Africana, retardando o desenvolvimento e pondo em risco a segurança dos países. Os Estados-Membros responderam à necessidade de cuidados e tratamento, fornecendo serviços para o tratamento das infecções oportunistas, cuidados nutricionais, medicamentos anti-retrovirais, assim como cuidados sociais, espirituais, psicológicos e paliativos. Contudo, a prestação de cuidados e o tratamento na maioria dos países africanos é limitada, devido aos custos elevados dos medicamentos e dos meios de diagnóstico. Há ainda a questão das infra-estruturas de prestação de cuidados de saúde e das instalações laboratoriais inadequadas, bem como dos limitados recursos humanos.

152. Salientou que o documento relembra que as declarações de Abuja, Maseru e Maputo são importantes catalisadores da acção a nível dos países. O empenho da comunidade internacional é também comprovado pelas Metas de Desenvolvimento do Milénio sobre o HIV e SIDA e as declarações da Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas sobre a SIDA. Mais recursos financeiros estão disponíveis para os países, através do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, do Programa Internacional do Banco Mundial contra a SIDA e do Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Tratamento da SIDA.

153. O Dr. Nogueira frisou que as áreas adicionais de actividade aconselhadas aos Estados-Membros incidiam sobre a advocacia, reforço dos sistemas de saúde, mobilização comunitária, descentralização, integração e parcerias. Os países são encorajados a criar planos e equipas nacionais de cuidados para o HIV e SIDA, a adoptar abordagens simplificadas de diagnóstico e tratamento, a formar profissionais de saúde, a melhorar o acesso ao aconselhamento e testes, e a aumentar a taxa de adesão aos tratamentos. Também é importante melhorar o acesso dos profissionais de saúde aos medicamentos e ao diagnóstico, bem como a prestação de cuidados e tratamento. Durante a implementação das várias intervenções, é imprescindível que os cuidados e o tratamento não façam esquecer a prevenção, como resposta igualmente importante ao HIV e SIDA.

154. O Dr. Nogueira recomendou ao Comité a aprovação do documento AFR/RC54/14 Rev.1, com emendas, e o respectivo projecto de resolução AFR/RC54/WP/4.

155. Todos os participantes reconheceram a relevância e a oportunidade deste documento e partilharam várias experiências sobre o modo de implementar os cuidados e tratamento do HIV E SIDA nos respectivos países. Vários países referiram que tinham adoptado a Iniciativa “3 by 5”.

156. Descreveram os muitos desafios com que se confrontam e solicitaram apoio técnico à OMS. Um dos grandes desafios é a disponibilização de medicamentos anti-retrovirais (ARV). É necessário garantir suprimentos comportáveis e sustentados de medicamentos, promovendo a produção local de genéricos, criando *stocks* regionais e sub-regionais e melhorando as compras conjuntas interpaíses. Além disso, torna-se necessária uma melhor informação aos países sobre os procedimentos de pré-qualificação da OMS e os motivos para retirar medicamentos da lista anteriormente aprovada, ao mesmo tempo que se verifica a necessidade de apoio na relação com os fornecedores, para a substituição dos medicamentos retirados. Há falta de orientações normalizadas para o tratamento. Além disso, há uma deficiente regulamentação da compra, prescrição e administração dos ARV, especialmente no sector privado. Restam ainda desafios específicos relacionados com a detecção de resistência aos medicamentos e a realização de investigação neste domínio.

157. Os participantes sublinharam a necessidade de prosseguir os actuais esforços para colmatar a falta de recursos humanos, financeiros e materiais adequados. Afirmaram haver uma insuficiência de profissionais da saúde com competência para o aconselhamento, os cuidados e o tratamento. Tornou-se evidente que os profissionais da saúde necessitam de mais orientação para lidar com o delicado equilíbrio entre a revelação da condição serológica relativamente ao HIV e a confidencialidade, porque o estigma permanece um grande problema. Outro desafio que se coloca é o de consciencializar os pacientes e os profissionais da saúde, quanto ao momento oportuno para iniciar o tratamento com ARV, das pessoas afectadas.

158. Os delegados reforçaram a necessidade de mais advocacia junto dos parceiros em geral, para um financiamento maior e mais sustentado, e junto do Fundo Mundial, para facilitar a disponibilização de fundos em devido tempo, e a simplificação dos procedimentos de compra. Sublinharam igualmente a necessidade de garantir apoio para os países com baixa prevalência.

159. Outros desafios consistem em melhorar a segurança alimentar para as pessoas que vivem com HIV e SIDA e divulgar os dados existentes sobre o papel positivo desempenhado pela nutrição nos cuidados e no tratamento; melhorar os serviços laboratoriais, particularmente a capacidade dos laboratórios tanto para o diagnóstico como a monitorização dos pacientes em tratamento; reforçar os sistemas de saúde de forma a dar resposta à expansão da terapia anti-retroviral; e reforçar os sistemas de informação sanitária para fazer uma melhor estimativa das necessidades e monitorizar os progressos.

160. Os delegados apresentaram várias sugestões para melhorar o documento AFR/RC54/14 Rev. 1, dizendo que o documento terá de incluir mais informação e actividades para o rastreio e tratamento da tuberculose e de outras infecções oportunistas. Na secção sobre papéis e responsabilidades, o papel do Fundo Mundial deve ser claramente definido. Deve haver informação sobre o papel da medicina tradicional nos cuidados e no tratamento dos pacientes com HIV/SIDA. Finalmente, o HIV/SIDA deve ser encarado como “uma das principais causas de mortalidade e morbilidade” e não como “ a principal causa”.

161. Os delegados recomendaram que a OMS facilitasse a troca de informações e de melhores práticas, entre os países, sobre a intensificação dos programas de cuidados e tratamento, no contexto da iniciativa “3 by 5”; prestasse uma liderança técnica mais visível a todos os níveis; e divulgasse informação sobre as taxas de sobrevivência das pessoas submetidas à terapia anti-retroviral, de modo a dar mais esperança às pessoas que vivem com HIV e SIDA.

162. O Presidente agradeceu ao Comité as observações e sugestões apresentadas, as quais seriam incorporadas no documento e tidas em conta durante a implementação da Resolução. A assistência técnica seria intensificada nas áreas sugeridas pelos delegados.

163. Na área dos recursos humanos, os delegados foram informados de que a OMS estava a alargar a formação relacionada com a Iniciativa “3 by 5”, aos níveis sub-regional e nacional. O diálogo com o Fundo Mundial seria intensificado, de modo a facilitar a disponibilização de fundos e a encurtar os procedimentos de aquisição. A comunicação sobre o processo de pré-qualificação dos ARV seria melhorada. Através do Serviço de Diagnóstico e Medicamentos para a SIDA, a OMS está a explorar opções para criar *stocks* de emergência de antiretrovirais, juntamente com a Associação Internacional de Dispensários. Foi garantido que os países com uma baixa prevalência receberiam apoio. A OMS já começou a apoiar os países na área da monitorização da resistência aos medicamentos anti-retrovirais, usando a rede de laboratórios regionais, a qual será ainda mais alargada. A nutrição, como parte dos cuidados, será incorporada tanto no documento como na resolução. A Nigéria foi felicitada pela iniciativa de produzir localmente formulações pediátricas de ARV.

164. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC54/R5.

Abuso sexual de crianças: uma urgência sanitária silenciosa (documento AFR/RC54/15 Rev.1)

165. A Dra. Teniin Gakuruh, Presidente do Subcomité do Programa, informou o Comité que a finalidade deste documento era fornecer uma orientação estratégica para a prevenção e gestão dos aspectos sanitários do abuso sexual de crianças, no contexto da saúde e desenvolvimento da criança.

166. Declarou que o abuso sexual de crianças é um problema endémico de saúde pública. Rodeado pelo estigma e por uma cultura de silêncio, é mal notificado e desconhece-se a sua dimensão real. Trata-se do envolvimento da criança numa actividade sexual que ele ou ela não percebe totalmente, não tem capacidade para dar o seu consentimento esclarecido, para o qual não está preparado em termos de desenvolvimento, e que viola as leis e tabus da sociedade. Envolve penetração genital, contactos e carícias. A maioria dos casos notificados são os que envolvem penetração e desfloramento. Nenhuma criança está livre do abuso sexual. Este é comum em lugares considerados “seguros,” e os violadores são, muitas vezes, conhecidos da criança e pessoas da sua confiança.

167. A Dra. Gakuruh frisou que o abuso sexual de crianças tem graves consequências imediatas e a longo prazo, bem como implicações sociais, nomeadamente danos físicos, às vezes morte, infecções sexualmente transmissíveis e HIV/SIDA. Nas crianças mais velhas ou adolescentes, as consequências podem incluir gravidezes não desejadas ou de alto risco, com complicações imprevisíveis. Os traumas psicológicos e emocionais podem assumir a forma de mau desempenho escolar, fraca auto-estima e comportamento auto-destruidor. Infelizmente, muitos países não têm capacidade para resolver este problema.

168. Foi ainda afirmado que as intervenções propostas incluem a elaboração de estratégias de advocacia e de comunicação; aplicação da lei e criminalização do abuso sexual de crianças; a elaboração de um protocolo normalizado para os cuidados e tratamentos clínicos; respostas multissetoriais, multidisciplinares e coordenadas; reabilitação dos sobreviventes; apoio das comunidades, vigilância e notificação. As famílias devem ser capacitadas para desempenhar o seu papel primário de prevenção e notificação deste problema.

169. A Dra. Gakuruh recomendou ao Comité a adopção do documento AFR/RC54/15 Rev.1, com emendas, e do projecto de Resolução AFR/RC54/WP/5.

170. Todos os participantes reconheceram a pertinência e oportunidade do documento, manifestaram o seu apoio à resolução e agradeceram ao Escritório Regional por ter quebrado o silêncio sobre este problema. Reconheceram que o abuso sexual das crianças existe em todos os Estados-Membros, tendo alguns participantes notado um número crescente de casos. Foi referido que alguns países tinham criado mecanismos sociais e legislativos para lidar com este problema.

171. O Comité fez um determinado número de sugestões para melhorar o documento, nomeadamente, a necessidade de abordar os factores causais subjacentes tais como pobreza, conflitos armados, tráfico de crianças e crenças e práticas sexuais tradicionais nefastas, em vez de abordar apenas as respectivas consequências. Além disso, os delegados apelaram à OMS para que preste apoio técnico à realização de estudos que proporcionem uma melhor compreensão dos factores causais subjacentes e da magnitude do problema do abuso sexual de crianças.

172. O Comité também propôs que as intervenções prioritárias contemplassem o reforço da capacidade dos profissionais de saúde para reconhecer o abuso sexual das crianças e as suas consequências, por forma a administrar tratamento adequado. Eles devem igualmente tomar conhecimento dos instrumentos legais existentes para lidar com os aspectos de direitos humanos deste problema. Além disso, as crianças deveriam ser devidamente apoiadas para se protegerem a elas próprias e a assinalarem incidentes relacionados com abusos.

173. Os delegados afirmaram que o abuso sexual das crianças não é apenas um problema de saúde e, por isso, requer uma abordagem multisectorial. Foi fortemente recomendado que se desse particular atenção à educação das meninas.

174. Tendo-se quebrado o silêncio sobre o abuso sexual das crianças, os participantes recomendaram que se empreendesse uma forte actividade de advocacia aos níveis comunitário, nacional, regional e internacional. Além disso, sublinharam a necessidade de enquadramentos legais para reduzir o fardo inerente ao abuso sexual das crianças.

175. Apreciando os contributos válidos dos delegados, o Director Regional prometeu ter em conta os respectivos comentários aquando da finalização do documento.

176. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC54/R6.

PROJECTO DE ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2006-2007 (documento AFR/RC54/3)

177. O Dr. Luis G. Sambo apresentou um resumo do Orçamento-Programa da OMS para 2006-2007, composto por várias secções, designadamente: Antecedentes, Processo de Elaboração, Princípios de formulação, Processo de planeamento e implementação, Orientações estratégicas, Principais destaques, Áreas de actividade, Resumo do orçamento, e as Orientações e Implicações para a Região Africana. Este constitui o primeiro orçamento do novo Director-Geral, Dr. Jong-wook Lee. Trata-se de um orçamento único, para toda a Organização.

O Projecto de Orçamento-Programa da OMS para 2006-2007 é o quarto orçamento bienal consecutivo que assenta numa abordagem organizacional baseada em resultados. A formulação dos programas contempla um conjunto de objectivos, estratégias e resultados mundiais esperados exclusivos da OMS.

178. O Projecto de Orçamento-Programa foi elaborado através de um processo participativo e interactivo, que envolveu diálogo entre os países, os Escritórios Regionais e a Sede da OMS. A apresentação do Projecto de Orçamento-Programa ao Comité Regional Africano é uma etapa importante do processo consultivo. Os comentários dos Estados-Membros nas sessões anuais dos Comités Regionais ajudarão a aperfeiçoar o documento à luz das perspectivas regionais.

179. O Director-Geral apresentará o Projecto de Orçamento-Programa ao Conselho Executivo, para análise, por ocasião da sua 115ª sessão e, em seguida, à 58ª Assembleia Mundial da Saúde. Pela primeira vez, as lições tiradas da implementação do programa bienal anterior, descritas no relatório de avaliação do desempenho no biénio de 2002-2003, bem como as lições do planeamento operacional do Orçamento-Programa para 2004-2005, constituíram importantes contributos para o processo em curso. As prioridades foram identificadas com base nas recentes resoluções da Assembleia Mundial da Saúde. A fim de promover a descentralização, 74% dos recursos irão para as regiões e os países.

180. Propõe-se a intensificação das actividades da OMS através de: melhoria da segurança sanitária a nível mundial; aceleração dos progressos no sentido de alcançar as metas de desenvolvimento do milénio; resposta ao cada vez maior fardo das doenças transmissíveis; promoção da equidade na saúde; e garantia da responsabilização.

181. A nível mundial, as dotações orçamentais propostas serão distribuídas do seguinte modo: melhoria dos resultados sanitários, 51%; melhoria dos sistemas de saúde e acesso aos produtos, 13%; abordagem dos determinantes na saúde, 11%; prestação de apoio eficaz por parte da OMS aos Estados-Membros, 22%.

182. Actualmente, o Orçamento ordinário, composto pelas contribuições dos Estados-Membros, representa apenas 30% do orçamento geral da OMS. Se o crescimento nominal zero for mantido, o orçamento ordinário constituirá 17% do orçamento total em 2015. Devido às crescentes solicitações e expectativas dos Estados-Membros e parceiros, é proposto um aumento nominal de 12,8% entre os orçamentos para 2004-2005 e 2006-2007. Este aumento resultaria parcialmente de um aumento de 9% das contribuições dos Estados-Membros e de 14,9% das contribuições voluntárias.

183. O orçamento geral projectado para a Região Africana em 2006-2007 é de 887.543.000 dólares americanos, o que representa um aumento de 19,2% em relação a 2004-2005. A orientação política foi de que 60% a 70% dessas verbas fossem atribuídas aos países. Por conseguinte, há necessidade de reforçar a área de actividade conhecida por “Presença da OMS nos países”.

184. Nas discussões que se seguiram, os membros do Comité fizeram notar que havia necessidade de rever a orientação de disponibilizar apenas 50% do orçamento bienal por ano, para os países. Se bem que esta orientação possa ser pertinente para os níveis mundial e regional, a mesma pode não ser prática a nível dos países. Ao mesmo tempo, a OMS deveria ser mais vigilante no que respeita ao acompanhamento do modo como o orçamento é usado pelos Estados-Membros. Alguns membros do Comité perguntaram se a nova política de descentralização significa transferência de pessoal da Sede para o Escritório Regional e os países. Os membros consideraram que a dotação orçamental para a Sede não deveria exceder 20% do orçamento total da OMS. A percentagem da dotação orçamental para a Região Africana deveria continuar a aumentar, atendendo que a maior parte do fardo mundial das doenças afecta a Região. Os Membros recomendaram o crescimento de fundos para alcançar as Metas do Desenvolvimento do Milénio

185. Dado o ênfase excessivo nas dotações orçamentais para o HIV e SIDA, há uma probabilidade de sub-orçamentação para outros programas prioritários, tais como o paludismo, Tornar a Gravidez mais Segura e outros programas. Assim, há necessidade de, simultaneamente, aumentar as dotações orçamentais para estes programas. Os membros também quiseram saber quais as áreas de actividade que registaram decréscimos nas dotações orçamentais. Sugeriram que a continuação da dotação do orçamento da OMS por áreas de actividade é susceptível de perpetuar programas verticais, em vez de programas integrados, nos países.

186. Referindo-se a programas específicos, os membros sugeriram um aumento da dotação orçamental para reforçar os recursos humanos para a saúde e os sistemas de saúde. Foi sugerida a elaboração de um quadro indicando os aumentos nas contribuições dos países. Para evitar uma diminuição da importância da área de actividade transfusão de sangue seguro, os membros propuseram que o título “Tecnologias essenciais da saúde” fosse alterado para “Tecnologias essenciais da saúde e segurança do sangue”.

187. Foi sugerido que a informação de base apresentada pelo Dr. Sambo fosse incorporada, como introdução, no documento do Orçamento-Programa. Os recursos aumentados devem ser distribuídos entre as áreas prioritárias e traduzidos num impacto positivo para os pobres, com mecanismos criados para a sua monitorização.

188. O Dr. Anders Nordstrom, Director-Geral Adjunto para a Administração Geral, explicou que a OMS tem agora um orçamento integrado, composto por verbas do orçamento ordinário e de outras fontes. A OMS não promove programas verticais, mas sim programas de âmbito global. A política de descentralização visa uma utilização mais eficaz dos recursos da OMS. A redução orçamental mais significativa afectou a área de actividade “Vacinação e desenvolvimento de vacinas”. Será distribuído um quadro mostrando as contribuições esperadas dos países. Finalmente, declarou que as sugestões e comentários do Comité seriam utilizados para rever o documento que será apresentado à 115ª sessão do Conselho Executivo e à 58ª Assembleia Mundial da Saúde.

189. Respondendo às questões específicas dos delegados, o Secretariado informou que anteriormente, a proporção do orçamento regional atribuído aos países era de 63%. Prevê-se que, com a descentralização da Sede, esta aumentaria para 75%. Informou igualmente que os Recursos Humanos estão reflectidos no documento como uma área de trabalho separada e que as questões da pobreza eram transversais e estão mais especificamente reflectidos na tomada de decisão para o desenvolvimento de saúde. O Orçamento será focalizado sobre as áreas prioritárias por forma a beneficiar as populações. A monitorização e a avaliação serão feitas para medir o impacto de programas

190. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC54/R7.

DÉCIMO-PRIMEIRO PROGRAMA GERAL DE TRABALHO PARA 2006-2015

(documento AFR/RC54/4)

191. O Dr. Luis G. Sambo, do Secretariado, apresentou uma visão global do Décimo-Primeiro Programa-Geral de Trabalho para 2006-2015. Mencionou que se tratava de uma alteração do planeamento de médio para longo prazo, no espírito de parceria e consulta com os Estados-Membros das regiões e os parceiros para a saúde e o desenvolvimento, de modo a estimular a responsabilização e a coordenação. O documento seria discutido nas sessões do Comité Regional e do Conselho Executivo, antes da sua aprovação final na Assembleia Mundial da Saúde. O Dr. Sambo convidou os delegados a fazer comentários à estrutura proposta para o documento.

192. Os delegados louvaram a mudança do planeamento de curto para longo prazo, bem como o processo de consultas na preparação do documento, o qual, segundo esperavam, reflectiria as necessidades e preocupações da Região Africana, incluindo o problema dos direitos do homem e a incidência nos recursos humanos. Acordaram seria necessário reforçar o perfil da OMS.

193. Fizeram os seguintes comentários específicos para melhorar o documento:

- a) No parágrafo 3, deveria ser integrada uma visão do trabalho já efectuado na Região Africana.
- b) No parágrafo 4, no processo da futura estruturação os funcionários da OMS deverão agir em conjunto com as organizações privadas, para reforçar a capacidade interna.
- c) Na secção Resumo deveria ser explicado o motivo da alteração de um Programa-Geral de Trabalho de quatro para dez anos.
- d) Na parte I, acrescentar “e explicar os determinantes da saúde”.
- e) Na Parte II, capítulo 3, acrescentar, na secção dos desafios-chave, “instabilidade política e social e pobreza”.
- f) No Cenário B: substituir “incerto” por “provável” no título.
- g) No processo da preparação, na secção dos mecanismos organizativos, dever-se-à assegurar o envolvimento das regiões e dos países, e dever-se-ão fazer esforços para implementar estes mecanismos.
- h) Uma vez que o futuro modelo dependerá de informação fiável para um planeamento de base factual, será necessário reforçar os sistemas de informação sanitária.
- i) O sucesso na implementação do Programa-Geral de Trabalho depende de uma boa coordenação e de uma abordagem participativa na reunião de consensos, incluindo a partilha de informações. Deverão empenhar-se os vários intervenientes na saúde, incluindo os governos, em especial os ministros das finanças e do plano, as agências bilaterais, multilaterais e das Nações Unidas.
- j) O documento deverá ser considerado um instrumento flexível, adaptável às mudanças de situação nas Regiões e nos países;
- k) Na parte I, na secção Uma preocupação mundial, a definição da saúde, deverá ir para lá do indivíduo, incluindo a saúde da “Nação” e, nos seus conteúdos possíveis, dever-se-ão contemplar os temas do financiamento e da advocacia na saúde, para aumentar os contributos dos governos para a saúde, de acordo com as metas de Abuja.

- l) A implementação da Estratégia de Saúde da NEPAD e do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, deveriam constar da ordem do dia do Comité Regional.

194. O Secretariado louvou as excelentes contribuições e sugestões para melhorar o projecto e o conteúdo do Décimo-primeiro Programa-Geral de Trabalho (GPW). Foi garantido aos delegados que as preocupações na Região Africana seriam tidas em conta, no contexto mundial. Após a adopção do GPW, em 2006 será elaborado um quadro para a implementação nesta Região.

195. Serão mantidos os instrumentos da implementação, tais como o Orçamento-Programa bienal e os planos de acção, mas outras idéias inovadoras seriam bem-vindas. Optou-se por um período de dez anos para a coordenação com as Metas de Desenvolvimento do Milénio.

196. O Director Regional solicitou aos países que se centrassem na implementação, após a aprovação do GPW. Estimulou os governos a adoptar uma cultura de planeamento integrado a longo prazo, incluindo a definição de um cenário, de modo a estarem preparados para qualquer alteração que ocorra.

DOCUMENTOS DE INFORMAÇÃO

Lutar contra o ressurgimento da transmissão do poliovírus selvático na Região Africana (documento AFR/RC54/INF.DOC/5)

197. O Dr. Antoine Kaboré, Director da Divisão de Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis, apresentou o documento, para informação do Comité. Em 1988, quando a Assembleia Mundial da Saúde adoptou a resolução sobre a erradicação da poliomielite, esta era uma doença endémica em todos os países da Região Africana. Em finais de 2002, só dois países da Região permaneciam endémicos. A partir de 2003, verificou-se um grande aumento da transmissão do poliovírus selvático nos últimos países com endemia, que afectou também nove países considerados livres da polio.

198. Recentemente, foram realizados esforços para melhorar a qualidade das campanhas de vacinação na Nigéria. Para 2004, estão planeadas três rondas de actividades suplementares de vacinação a nível nacional, para o Níger e a Nigéria. Foram realizadas várias campanhas de vacinação de elevada qualidade nos países onde se verificaram importações ao longo de 2003 e 2004. Todos os países livres da polio devem reforçar a cobertura de rotina, por forma a alcançar e manter o padrão de certificação da vigilância da paralisia flácida aguda e dos planos de importação.

199. Os membros do Comité agradeceram ao Secretariado o apoio recebido sempre que foram notificados novos casos de poliovírus selvático e na implementação das Jornadas Nacionais de Vacinação (JNV).

200. O Comité fez algumas observações e sugestões, sublinhando que já existe um forte empenho político e que é necessário mantê-lo e aproveitá-lo ao máximo. Dado o ressurgimento do poliovírus, a OMS deverá advogar a mobilização de recursos substanciais, para garantir que as JNV planeadas não fiquem comprometidas. Um dos membros do Comité informou que havia uma demora na recepção dos resultados das análises para a confirmação de casos de poliomielite.

201. O Secretariado garantiu aos delegados que tinha anotado as suas sugestões e que as teria em conta ao rever o documento. O Escritório Regional dará o seu apoio aos esforços de todos os países para a erradicação da polio. Foi explicado que a falta de recursos para as JNV se deve a situações de emergência imprevistas, que foram causadas pelo ressurgimento do poliovírus, em alguns países. O atraso referido na recepção dos resultados das análises, para a confirmação de casos de polio, é um problema muito sério, que será investigado para evitar novos atrasos.

202. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC54/R8.

Roteiro para acelerar a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde materna e dos recém-nascidos em África (documento AFR/RC54/INF.DOC/6)

203. A Dra. Doyin Oluwole, Directora da Divisão da Saúde Reprodutiva e da Família, apresentou o documento para informação do Comité. O rácio da mortalidade materna e dos recém-nascidos na Região, é o mais elevado no mundo. Se nada for feito, estima-se que ao longo dos próximos dez anos, haja, pelo menos 2,5 milhões de óbitos maternos e 49 milhões de incapacidades a nível materno, o que resultará em pelo menos 7,5 milhões de óbitos de crianças e 45 mil milhões de dólares americanos em perdas de produtividade.

204. A África não tem conseguido reduzir de forma significativa a mortalidade materna e dos recém-nascidos, devido a vários motivos. Estes incluem um empenho nacional e apoio financeiro inadequados, a falta de acesso, de disponibilidade e de utilização de cuidados qualificados e de qualidade durante a gravidez, o parto e o período pós-parto; sistemas de saúde ineficazes, com fracos sistemas de referência especialmente durante as emergências obstétricas e neonatais; fraca logística na gestão de medicamentos, de meios de planeamento familiar e de equipamentos; fraco desenvolvimento e gestão dos recursos humanos a nível nacional; pobreza crescente, especialmente entre as mulheres, e inadequado investimento financeiro na saúde das mulheres; práticas e crenças sócio-culturais nocivas, incluindo o

inadequado envolvimento dos homens, o que associado a um fraco estatuto das mulheres, limita o seu poder de decisão.

205. O Roteiro tem como objectivo acelerar a redução da mortalidade materna e dos recém-nascidos e a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio em África, através da melhoria da prestação e do acesso a cuidados de qualidade para a saúde materna e dos recém-nascidos, incluindo os serviços de planeamento familiar; reforço dos sistemas de referência; reforço do planeamento e gestão dos cuidados maternos e dos recém-nascidos; advocacia por um maior empenho e mais recursos para a saúde materna e dos recém-nascidos e para o planeamento familiar; reforço das parcerias; promoção da cadeia contínua de cuidados do domicílio ao hospital e atribuição de maior poderes às comunidades.

206. O Comité fez algumas observações e sugestões:

- a) a ligação entre os serviços de saúde sexual e reprodutiva e os serviços de infecções sexualmente transmissíveis não é referida neste documento;
- b) ao abordar a questão da mortalidade materna e dos recém-nascidos, é importante ter em conta a propagação de clínicas clandestinas não certificadas, com pessoal não formado e que trabalha sem equipamento apropriado;
- c) é preciso que os recursos sejam usados para a implementação das actividades a nível dos países, em vez de serem gastos em reuniões;
- d) é preciso aproveitar ao máximo o envolvimento das primeiras-damas (esposas dos Presidentes), na redução da mortalidade materna e infantil, o que deve ser rigorosamente cumprido;
- e) nem o documento nem a sua resolução falam do problema das parteiras tradicionais;
- f) houve uma proposta específica, para que se incluisse na resolução um parágrafo sobre o apoio que a OMS deve prestar à formação de profissionais de saúde de nível intermédio, para os cuidados obstétricos de emergência.

207. O Secretariado garantiu aos delegados que as suas sugestões e observações seriam tidas em conta na revisão do documento. O Comité foi informado de que 16 países já começaram a implementar o Roteiro e que será prestado apoio para alargar a sua implementação a todos os Estados-Membros. No contexto da implementação do Roteiro, os cuidados pré-natais serão reforçados e o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis fará parte dos serviços prestados. Os delegados concordaram que a formação de quadros de nível médio para os cuidados obstétricos de emergência é uma das medidas mais importantes para melhorar o acesso a cuidados de qualidade, a todos os níveis.

208. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC54/R9.

Eliminação da lepra na Região Africana da OMS

(documento AFR/RC54/INF.DOC/2)

209. O Dr. Antoine Kaboré, Director da Divisão de Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis, apresentou este documento ao Comité Regional. Actualmente, mais de cinco milhões de pessoas (doentes e suas famílias) na Região Africana, são afectadas pelas consequências sociais e económicas da lepra.

210. O empenho político dos Estados-Membros para a eliminação da lepra encontrou expressão na implementação de um programa para a eliminação da lepra a nível dos países. A avaliação regular dos programas nacionais tornou possível o objectivo de eliminação da doença, enquanto problema de saúde pública, definido como uma taxa de prevalência de um caso por 10.000 habitantes. Como resultado, ao longo da última década, foram tratados mais de 800.000 casos de lepra na Região Africana. Apesar de 37 países terem alcançado o limiar da eliminação da lepra, três outros permanecem extremamente endémicos, estando em risco de não atingirem o limite estabelecido de um caso por 10.000 habitantes, até 2005.

211. Apesar dos progressos realizados, existem ainda desafios que devem ser enfrentados por forma a que todos os países da Região alcancem e mantenham o limiar da eliminação da lepra, como um problema de saúde pública. Com esse objectivo, os Estados-Membros devem continuar a apoiar os programas de eliminação da lepra e torná-los uma prioridade. A vigilância da lepra deve também ser integrada na vigilância de outras doenças e deve-se equipar os respectivos programas com os recursos nacionais necessários. É também necessário que os países desenvolvam as actividades de base comunitária e reduzam a estigmatização dos doentes da lepra pela sociedade.

212. O Comité foi informado de que a Namíbia já tinha atingido o nível de eliminação da lepra, estando a fazer esforços para o manter.

Eliminação da filaríase linfática na Região Africana: Relatório dos progressos

(documento AFR/RC54/INF.DOC/3)

213. O Dr. Antoine Kaboré, Director da Divisão da Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis, apresentou o documento, para informação do Comité. A filaríase linfática manifesta-se em 39 dos 46 Estados-Membros da Região Africana da OMS. Calcula-se que, na Região, 420 milhões de pessoas correm o risco de contrair a doença, o que representa 38% do fardo mundial. Em África, ocorrem 4,6 milhões de casos de linfoedema e mais de 10 milhões de casos de hidrocele.

214. O Programa de Eliminação da Filaríase Linfática está presentemente activo em 20 países; nove estão na fase de administração de medicamentos em massa e 11 completaram já o mapeamento da doença ou estão com esse processo em curso. As taxas de cobertura terapêutica são satisfatórias (mais de 70%) e têm vindo a melhorar. No entanto, devido a constrangimentos financeiros, menos de 10% da população em risco estão cobertos pela administração de medicamentos em massa. Verificam-se atrasos na implementação de outras componentes do programa, como o controlo do vector e o tratamento e prevenção de incapacidades. Se os recursos necessários estiverem disponíveis, será possível eliminar a filaríase linfática na Região Africana, até 2020.

215. Os delegados sublinharam a importância do papel dos profissionais de saúde voluntários, a nível comunitário, para a eliminação da filaríase linfática e que é preciso motivá-los. O seu papel deve ser referido no documento de informação.

Reunião consultiva regional sobre as Regulamentações Sanitárias Internacionais Revistas

(documento AFR/RC54/INF.DOC/4)

216. O Dr. Antoine Kaboré, Director da Divisão da Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis, apresentou o documento, para informação do Comité. As Regulamentações Sanitárias Internacionais (IHR) são mecanismos para partilha de informação epidemiológica relativa à propagação de doenças a nível transfronteiriço, e de outros acontecimentos relevantes para a saúde pública internacional. A Assembleia Mundial da Saúde, através da Resolução WHA56.28, decidiu proceder à revisão das actuais IHR e instou o Director-Geral a assegurar a participação de todos os Estados-Membros.

217. O Escritório Regional Africano da OMS, com o apoio da Sede, realizou reuniões consultivas e recebeu informações valiosas por parte dos delegados dos países, por forma a melhorar o documento de trabalho relativo às Regulamentações Sanitárias Internacionais. Os resultados foram os seguintes:

- a) Os delegados dos países apoiaram a revisão das Regulamentações Sanitárias Internacionais.
- b) Foi recomendada que a definição dos termos usados no documento fosse concluída.
- c) A soberania nacional e a responsabilidade dos ministérios da saúde para a declaração de acontecimentos de relevância para a saúde pública deveriam ser respeitadas, e as comunicações entre a OMS e os Estados-Membros deveria ser efectuada através dos canais oficiais.

- d) Deveria ser assegurada a colaboração dos sectores relevantes na implementação das Regulamentações Sanitárias Internacionais e essa implementação deve ser efectuada no quadro da vigilância e resposta integrada das doenças.

218. As propostas devem ser apresentadas durante a reunião do grupo inter-governamental de trabalho, em Novembro de 2004, e a revisão das IHR será apresentada à Quinquagésima-oitava Assembleia Mundial da Saúde em Maio de 2005.

219. O Comité apreciou a importância e a oportunidade deste documento, tendo notado que ele fornecerá uma orientação adequada sobre as formas de gerir as doenças emergentes, tais como a síndrome respiratória aguda (SARS). É preciso mobilizar recursos financeiros que permitam realizar reuniões nacionais consultivas, as quais poderão contribuir para o processo de adopção das Regulamentações Sanitárias Internacionais revistas.

MESA-REDONDA (documento AFR/RC54/RT/1)

220. A discussão da Mesa-Redonda foi realizada durante a reunião do Comité Regional e teve como tema: “A situação nutricional na Região Africana: Desafios e perspectivas”.

221. O Presidente da Mesa-Redonda, o Dr. Brian Chituwo, Ministro da Saúde da Zâmbia, apresentou o relatório (Anexo 5).

Escolha dos temas para as Mesas-Redondas em 2005 (documento AFR/RC54/20)

222. A Dra. Doyin Oluwole do Secretariado apresentou os dois temas para a discussão das Mesas-Redondas da Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional. Após discussão, acordou-se sobre os seguintes temas:

- **Mesa-Redonda nº 1:** Prevenção do HIV/SIDA na Região Africana;
- **Mesa-Redonda nº 2:** Desigualdades na saúde: uma fonte de preocupação na Região Africana.

Nomeação dos Presidentes e Presidentes Substitutos das Mesas-Redondas de 2005 (documento AFR/RC54/20)

223. O Comité designou os seguintes presidentes e presidentes substitutos para as Mesas-Redondas de 2004:

Mesa-Redonda nº. 1

Presidente: Senegal

Presidente Substituto: Uganda

Mesa-Redonda nº 2

Presidente: Nigéria

Presidente Substituto: Mali

DATAS E LOCAIS DA QUINQUAGÉSIMA-QUINTA E QUINQUAGÉSIMA-SEXTA SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC54/18)

224. O Sr. Bernard Chandra, Director da Divisão de Administração e Finanças apresentou o documento ao Comité Regional.

225. O Comité Regional acordou que o local para a realização da sua Quinquagésima-quinta sessão seria Maputo, Moçambique, de 22 a 26 de Agosto de 2005. O local da Quinquagésima-sexta sessão, em 2006, seria determinado na Quinquagésima-quinta sessão.

APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC54/19)

226. O relatório da Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional foi aprovado com pequenas alterações. (documento AFR/RC54/19)

ENCERRAMENTO DA QUINQUAGÉSIMA-QUARTA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL

Observações de encerramento do Director Regional

227. Nas suas observações de encerramento, o Director Regional, Dr Ebrahim M. Samba, expressou a sua gratidão a sua Excelência, o Presidente da República do Congo, Senhor Denis Sassou Nguesso, por ter acolhido em Brazzaville, a reunião do Comité Regional. Reconheceu a primazia dos alojamentos, transportes, e logística disponibilizados pelo governo, as quais facilitaram imensamente o trabalho do Comité e do Secretariado.

228. Agradeceu aos delegados pela pontualidade ao longo de todas as sessões, pelas discussões exaustivas e acaloradas de todos os pontos constantes da ordem do dia, pela sua orientação e direcção claras que permitirão uma maior qualidade e relevância do apoio prestado pelo Escritório Regional da OMS aos países. Expressou ainda o seu agradecimento ao Presidente do Comité Regional pela forma eficaz como conduziu os trabalhos durante a reunião.

229. O Director Regional expressou a sua gratidão aos Estados-Membros pela nomeação do Dr. Luis G. Sambo como seu sucessor. Afirmou que o Dr. Sambo era como o seu irmão mais novo e, como muitos delegados tinham sugerido, o seu filho espiritual. Solicitou o total apoio e lealdade ao Dr. Sambo e às actividades da OMS na Região Africana. O Dr. Samba ofereceu-se para assistir o Dr. Sambo como e quando fosse necessário. No entanto, assegurou ao Comité de que após a reforma, não iria interferir de qualquer forma, com a gestão do Escritório Regional.

230. O Dr. Samba conclui, com um agradecimento aos Chefes de Estado, Ministros da Saúde e ao Secretariado, pelo seu apoio inquestionável, ao longo de toda a reunião. Expressou a esperança de virem a ser acordados o mesmo apoio e solidariedade ao seu sucessor.

Expressão de agradecimento ao Dr. Ebrahim M. Samba

231. A Dra. Libertina Amathila, Ministra da Saúde e dos Serviços Sociais da Namíbia, em nome de todos os ministros da saúde da Região, manifestou o seu apreço e despediu-se do querido amigo, colega e camarada, o Dr. Ebrahim M. Samba. Afirmou que os ministros estavam familiarizados com a integridade, honestidade, franqueza, humildade, compromisso, disponibilidade para ajudar e temperamento judicioso, que constituía um reflexo do seu coração.

232. A Dra. Amathila disse ao Dr. Samba que tinha estabelecido um nível muito elevado, não apenas para o Secretariado, mas para todos os ministros da saúde na Região Africana. Acrescentou que o Dr. Samba demonstrou vivamente que era possível exercer uma boa liderança, ter uma forma de administração de excelência e de qualidade, e criar uma equipa eficaz, constituída tanto por ministros da saúde, como pelo Secretariado.

233. Em nome de todos os ministros da saúde da Região Africana, a Dra. Amathila elaborou uma resolução intitulada “Manifestação de apreço ao Dr. Ebrahim M. Samba” (documento AFR/RC54/R10), que foi aprovada por unanimidade. A Resolução reconhecia: i) a dedicação para com a saúde internacional e o trabalho exemplar realizado como Director Regional da OMS para África, ao longo dos últimos dez anos; ii) os esforços incansáveis; iii) a liderança notável na campanha para erradicar a oncocercose, nos países afectados da África do Oeste. O Comité Regional decidiu nomear o Dr. Samba como Director Regional Emérito

Moção de agradecimento

234. A moção de agradecimento ao Presidente, ao Governo e ao povo da República do Congo por terem acolhido a Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional foi apresentada, em nome dos delegados, pela Sra. Baroud Aziza, Ministra da Saúde do Chade. A Resolução foi aprovada pelo Comité Regional (documento AFR/RC54/12).

Observações do Presidente e encerramento da sessão

235. O Presidente, o Excelentíssimo Saleh Mehy, afirmou que a Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional tinha sido uma reunião de sucesso. Atribuiu esse sucesso ao compromisso e à seriedade demonstrados pelos delegados ao longo da reunião. Sublinhou que apesar de este ter sido um ano de eleições para o posto de Director Regional, o Comité insistiu na discussão exaustiva de todos os pontos da ordem do dia do programa de trabalho do Comité Regional.

236. Afirmou o seu orgulho em fazer parte do Comité Regional Africano, salientando que de todo o seu coração, partilhava o conteúdo das moções “Manifestação de apreço ao Dr. Ebrahim M. Samba” e “Moção de Agradecimento” aos chefes de estado, ao governo e ao povo da República do Congo pelas excelentes instalações que o país tinha disponibilizado aos delegados, as quais contribuíram para o sucesso da reunião.

237. O Excelentíssimo Saleh Mehy, solicitou aos Estados-Membros que redobrassem os seus esforços na implementação das resoluções aprovadas na Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional, assim como as resoluções de anteriores sessões. Desejou a todos os delegados uma boa viagem de regresso a casa, e convidou-os a estarem presentes na Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional, que iria realizar-se em Maputo, em 2005.

238. Finalmente, o Presidente declarou encerrada a Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional.

PARTE III

ANEXOS

LISTA DOS PARTICIPANTES

1. REPRESENTANTES DOS
ESTADOS MEMBROS

ARGÉLIA

M. Abdellah Laouari
Ambassadeur d'Algérie en République
du Congo
Chef de Délégation
Brazzaville

Prof. Abdelkader Semid
Directeur des Actions sanitaires
spécifiques
Ministère de la Santé, de la Population et
Reforme hospitalière
Alger

Prof. Khireddine Khelfat
Directeur de la Formation
Ministère de la Santé, de la Population et
Réforme hospitalière
Alger

ANGOLA

Dra. Albertina Júlia N. Hamukwaya
Ministra da Saúde
Chefe da Delegação
Luanda

Sr. Georges Chikoti
Vice-Ministro das Relações Exteriores
Luanda

Dr. José Van-Dúnem
Vice-Ministro da Saúde
Luanda

Sr. José Armando Cadete
Embaixador

Sr. Manuel Quarta
Embaixador

Sr. Ndombele Bernardo
Embaixador

Sr. Emílio Guerra
Embaixador

Sr. Brito Sózinho
Embaixador

Sr. Evaristo Kimba
Embaixador

Sr. Isaac do Anjos
Embaixador

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

Dra. Adelaide de Fátima de Carvalho
Directora Nacional da Saúde Pública
Luanda

Dr. Miguel Gaspar A. Sebastião
Director

Sr. Isidro Baptista
Director Adjunto do Gabinete do
Ministro da Saúde
Luanda

Sr. Samuel Cunha
Director

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

Sr. Zima Victor
Director

Sra. Rosa Ferreira
Assessora

Sr. Carlos Sardinha
Assessor

Sr. Abel Jaime dos Santos

BENIM

Dr (Mme) Y. Céline Seignon née
Kandissounon
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
Cotonou

Dr Benoît Faihun
Secrétaire général du Ministère de la
Santé publique
Cotonou

M. Jacques Philippe Tossou
Directeur du PEV et des SSP
Cotonou

Dr (Mme) Dorothée Yevide

Directrice nationale de la Protection
sanitaire
Cotonou

Dr Valère Goyito
Directeur de la Santé familiale
Cotonou

BOTSUANA

Hon. Lesego E. Motsumi
Minister of Health
Head of Delegation
Gaborone

Dr Themba L. Moeti
Deputy Permanent Secretary
Ministry of Health
Gaborone

Mrs Kabo Mompoti
Principal Health Officer
Gaborone

M. Gobe Pitso
First Secretary
Permanent Mission of Botswana
80, Rue de Lausanne
1202 Geneva
Switzerland

BURKINA FASO

M. Bédouma Alain Yoda
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Ouagadougou

Dr Daogo Sosthène Zombré
Directeur général de la Santé
Ouagadougou

Dr S. Ghislaine Conombo Kafando
Directrice de la Santé de la Famille

Ouagadougou

Dr Joseph André Tiendrébéogo
Secrétaire permanent du Conseil national
de Lutte contre le SIDA et les IST
Ouagadougou

M. Sylvestre R. Tapsoba
Directeur de la Nutrition
Ouagadougou

M. Mathieu Kohio
Conseiller technique du Ministre de
la Santé
Ouagadougou

BURUNDI

Dr Jean Kamana
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
Bujumbura

M. TERENCE Sinunguruza
Ministre des Relations extérieures et
de la Coopération
Bujumbura

Dr Louis Mboneko
Médecin, Inspecteur général de la Santé
publique
Bujumbura

Dr Georges Nsengiyumva
Directeur général de la Santé publique
Bujumbura

M. Adolphe Nahayo
Ambassadeur, Conseiller au Ministère
des Relations extérieures
Bujumbura

M. Céléstin Niyongabo
Directeur général pour l'Afrique

Bujumbura

Dr Déogratias Barakamfitiye
Bujumbura

Mme Cyrilla Bwakira
Bujumbura

CAMARÕES

M. Urbain Olanguena Awono
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation
Yaoundé

Dr Basile Kollo
Chef de Division de la Coopération
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

Prof. Assumpta Lucienne Bella
Directrice de la Lutte contre la Maladie
Yaoundé

Dr Yaou Boubakari
Inspecteur général des Services
administratifs
Ministère de la Santé publique
Yaoundé

CABO VERDE

Dr. Basílio Mosso Ramos
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação
Praia

Dr. Ildo Carvalho
Assessor do Ministro
Praia

REPÚBLICA CENTRAFRICANA

Prof. Nestor Mamadou Nali
Ministre de la Santé publique et
de la Population
Chef de Délégation
Bangui

Dr Emmanuel Nguembi
Directeur général de la Santé publique et
de la Population
Bangui

Dr Gilbert Dimanche Nzil'koue
Chargé de Mission au Ministère de
la Santé publique et de la Population
Bangui

CHADE

Mme Baroud Aziza
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
N'Djaména

Dr Hassan Mahamat Hassan
Secrétaire général du Ministère de la
Santé publique
N'Djaména

Dr Nargaye Kanika Djam
Directeur général des Activités sanitaires
du Ministère de la Santé publique
N'Djaména

COMORES

M. Caabi Elyachroutu Mohamed
Vice-Président chargé du Ministère de la
Santé et de la Solidarité
Chef de Délégation
Moroni

Dr Hissani Abdou Bacar
Directrice nationale de la Santé
Moroni

Página 8094
2)

REPÚBLICA DO CONGO

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

Prof. Henri-Joseph Parra
Conseiller spécial du Président de
la République
Directeur général du Laboratoire national
de Santé publique
Brazzaville

Dr Damase Bodzongo
Directeur général de la Santé
Brazzaville

Dr Alexis Elira-Dokekias
Directeur général du Centre national
de Transfusion sanguine (CNTS)
Brazzaville

Prof. Hervé Fortuné Mayanda
Doyen de la Faculté des Sciences
de la Santé
Brazzaville

Dr Yolande Voumbo Matoumona
Conseillère à la Santé du Ministre
de la Santé et de la Population
Brazzaville

Dr Charlotte Gokaba-Okemba
Directrice de la Lutte contre la Maladie
Brazzaville

Dr Félicité S. Dolama
Chef du Programme national de Lutte
contre le SIDA

Comité Regional: Quinquagésima-quarta sessão (Anexo

Brazzaville

CÔTE D'IVOIRE

Dr Osohou Albert Edi
Directeur Coordonnateur du PEV
de Côte d'Ivoire
(Représentant le Ministre d'État, Ministre
de la Santé et de la Population)
Chef de Délégation

Abidjan

Prof. Djeha Djokouehi
Chef du Secrétariat technique permanent
du PLNS
Ministère d'État, Ministère de la Santé et
de la Population

Abidjan

Dr Konaté Seidou
Directeur du Centre national de
Transfusion sanguine (CNTS)

Abidjan

**REPUBLICA DEMOCRÁTICA
DO CONGO**

Dr Anastasie Moleko Moliwa
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Kinshasa

Dr C. Miaka mia Bilenge
Secrétaire général à la Santé

Kinshasa

Dr Amina Yuma Shaka M.
Directeur adjoint du Programme national
de Communication pour la Promotion

de la Santé

Kinshasa

Dr Singa Jackie Nyota
Directeur du Programme de Lutte contre
l'Ulcère de Buruli
Présidente du Comité national de Lutte
contre les Violences et les Mutilations
sexuelles

Kinshasa

Dr Mobile Kampanga
Directeur du Programme national
des Urgences
Ministère de la Santé

Kinshasa

M. Kazadi Makofi
Directeur du Programme national pour
la Promotion de la Communication de
la Santé

Kinshasa

M. Beleke Essa
Secrétaire particulier de la Ministre
de la Santé

Kinshasa

GUINÉ EQUATORIAL

Dr Justino Obama Nve
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Malabo

Mme Juanita Nzang Nkara
Directora General de Salud Publica

Malabo

Dr Grégorio Gori Momolu
Jefe de Gabinete Tecnico

Malabo

ERITREA

Hon. Saleh Meky

Minister of Health
Head of Delegation
Asmara

Dr Zemui Alemu Tsadik
Director, Family and Community Health
Division, MOH
Asmara

ETIÓPIA

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

GABÃO

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

Prof. Pierre-André Kombila
Directeur général de la Santé
Libreville

GÂMBIA

Dr Yankuba Kassama
Ministry of Health and Social Welfare
Head of Delegation
Banjul

Mr Essa Khan
Permanent Secretary, Permanent of State
for Health and Social Welfare
Banjul

Dr Omar Sam
Director of Health Services
Banjul

GANÁ

Página 8294
2)

Hon. Mr Moses Dani Baah
Deputy Minister of Health
Head of Delegation

Accra

Dr Kofi Ahmed
Chief Medical Officer, Ministry of Health
Accra

Dr Kofi Asare
Regional Director of Health Services,
Ashanti
Kumasi

Dr (Mrs) Ivy A. E. Ekem
Lecturer/Ag. Head, Department
of Haematology
University of Ghana Medical School
Accra

GUINÉ

Prof. Amara Cissé
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
Conakry

Dr Johanna Lucinda Austin
Conseiller chargé de la Coopération
Ministère de la Santé publique
Conakry

GUINÉ-BISSAU

Dra. Maria Odete Costa Semedo
Ministra da Saúde
Chefe da Delegação
Bissau

Dr. Júlio César Sá Nogueira
Director-Geral da Saúde
Bissau

QUÉNIA

Comité Regional: Quinquagésima-quarta sessão (Anexo

Hon. Mrs Charity Kaluki Ngilu
Minister of Health
Head of Delegation
Nairobi

Dr James Nyikal
Director of Medical Services
Deputy Leader
Nairobi

Dr Annah Wanjugu Wamae
Head, Division of Child Health
Nairobi

Dr Teniin J. Gakuruh
Chairman, Programme Subcommittee
Head, Health Sector Reforms Secretariat
Nairobi

LESOTO

Hon. (Dr) Motloheloa Phooko
Minister of Health and Social Welfare
Head of Delegation
Maseru

Mr Teleko J. Ramotsoari
Principal Secretary
Ministry of Health and Social Welfare
Maseru

Dr Tlhabi Moorosi
Director, Laboratory Services
Maseru

LIBÉRIA*

MADAGÁSCAR

Dr Jean-Louis Robinson
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Antananarivo

Dr Rigobert Arsène Rafiringason
Directeur général du Ministère de la
Santé

Antananarivo

MALAWI

Dr Hetherwick M. Ntaba
Minister of Health
Head of Delegation
Lilongwe

Dr Ann Phoya
Director of Nursing Services
Lilongwe

Dr Wesley Sangala
Chief Technical Advisor
Ministry of Health
Lilongwe

Dr Solomon Chih-Cheng Chen
Consultant to Ministry of Health
Lilongwe

MALI

Dr Zeinab Mint Youba-Maïga
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Bamako

Dr Sidy Diallo
Conseiller technique du Ministre
de la Santé
Bamako

Dr Mamadou Traoré
Directeur national de la Santé
Bamako

MAURITÂNIA

M. Mohamed Lémine Ould Selmane
Ministre de la Santé et des Affaires
sociales
Chef de Délégation
Nouakchott

Prof. Mohamed Lemine Ba
Conseiller technique du Ministre
de la Santé
Nouakchott

* Unable to attend/N'a pas pu participer/
Não pôde participar.
Dr M. Idoumou Ould Mohamed Vall
Directeur de la Protection sanitaire
Nouakchott

Dr Mohamed Moustapha Kane
Chef du Service national Nutrition
Nouakchott

MAURÍCIAS

Hon. Ashock Kumar Jugnauth
Minister of Health and Quality of Life
Head of Delegation
Port-Louis

Mrs Rajamane Veerapen
Alternate Head
Ministry of Health and Quality of Life
Port-Louis

MOÇAMBIQUE

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

Dr. Moisés Ernesto Mazivila
Director Nacional Adjunto da
Planificação e Cooperação
Ministério da Saúde
Maputo

Dr. Martinho Dgedge
Director Nacional de Saúde Adjunto
Ministério da Saúde
Maputo

Dra. Cidália Baloi
Médica, Chefe Provincial de Saúde
de Niassa
Ministério da Saúde
Maputo

Sr. Bonifácio Cardoso David Cossa
Técnico de Cooperação
Ministério da Saúde
Maputo

NAMÍBIA

Hon. Dr Libertine Amathila
Minister of Health and Social Services
Head of Delegation
Windhoek

Mr Simwanza Simenda
Deputy Permanent Secretary
Ministry of Health and Social Services
Windhoek

Mrs Paulina K. Nghipandulwa
Deputy Director, Ministry of Health and
Social Services
Windhoek

Ms Maazuu Zauana
Head, MIS & Research
Windhoek

Ms Maria Fililogia Kavezembi
Chief, Health Programme Family
Planning
Windhoek

Mr Sakaria Taapopi
Chief Health Programme Administrator,
Kunene
RMT, MOHSS,
Opuwo

Mrs Justine N. Amadhila
Health Programme Administrator Food
and Nutrition
Ministry of Health and Social Services
Windhoek

NÍGER

M. Mamadou Sourghia
Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation
Niamey

Dr Djibo Ali
Directeur général de la Santé publique
Niamey

Dr Abdou Aboubakar
Directeur du Centre national de
Référence des IST
Niamey

NIGÉRIA

Prof. Eyitayo Lambo
Minister of Health
Head of Delegation
Abuja

Mr Adelaja Joseph Abereoran
Personal Assistant to the Hon. Ministry
Federal Ministry of Health
Abuja

Dr Shehu Sule
Director Health Planning and Research
Federal Ministry of Health
Abuja

Dr (Mrs) Edugie Abebe
Director, Public Health
Federal Ministry of Health
Abuja
Dr Adenike A. Adeyemi
Acting Director, Community
Development and Population Activities
Federal Ministry of Health
Abuja

Dr Tolu Fakeye
Deputy Director International Health
Federal Ministry of Health
Abuja

Dr Dere Awosika
Chief Executive
Natural Programme on Immunization
Abuja

Dr Bassey Bassey Okposen
Zonal Team Coordinator
National Programme on Immunization
Abuja

Mr Akelikwun P. Abah
Assistant Director, National Action
Committee on AIDS
Abuja

Mr Moji Makanjuola
Head, Health and Science Desk
Nigerian Television Authority
Abuja

H. E. Dr U. M. Williams
Nigerian Ambassador, Republic of
Congo
Brazzaville

Mr S. N. Ndifon
Minister
Nigerian Embassy, Republic of Congo
Brazzaville

Mr S. M. Okoko
Counsellor
Nigerian Embassy, Republic of Congo
Brazzaville

Mr Mohammed Adamu
Nigerian Television Authority
Abuja

RWANDA

Prof. Abel Dushimimana
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Kigali

Prof. Cyprien Munyanshongore
Professeur d'Université
Kigali

Dr Chantal Kabagabo
Director General, Health and
Social Affairs
Office of the President of Rwanda
Kigali

SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Dr. Vilfrido Santana Gil
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação
São Tomé

Sr. Arlindo Ramos Dias Jesus Bonfim
Coordenador da Cooperação da Saúde
São Tomé

Dr. Eduardo do Carmo Ferreira Matos
Assessor do Ministro da Saúde
São Tomé

SENEGAL

Dr Issa Mbaye Samb
Ministre de la Santé et de la Prévention
médicale
Chef de Délégation
Dakar

Dr Ibnou Deme
Conseiller technique du Ministre
de la Santé
Dakar

Dr Mandiaye Loume
Directeur de la Santé
Dakar

Dr Fodé Diouf
Expert chargé du Système des Nations
Unies à la CAS/PNDS/MSPM
Dakar

Dr (Mme) Valérie Quenum Ndiaye
Chef du Bureau Nutrition/Direction
de la Santé
Dakar

SEYCHELLES

Mr Patrick Georges Pillay
Minister of Health and sanitation
Head of Delegation
Victoria

Dr Rubell Brewer
Commissioner of Health Services
Victoria

SERRA LEOA

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

Dr Noaha Conteh
Director General Medical Services
Freetown

ÁFRICA DO SUL

Dr Mantombazana Tshabalala Msimang
Minister of Health
Head of Delegation
Pretoria

Dr T. M. Balfour
Head, International Health Liaison
Pretoria

Dr Loyiso Mpuntsha
Programme Manager, Maternal, Child,
Womens Health and Nutrition
Pretoria

Mrs Nthari Matsau
Ag Director-General
Pretoria

Dr Lindiwe Ndelu
Director of Medical Bureau for
Occupational Diseases
Johannesburg

Dr Monwabisi Bevan Goqwana
Member of the Executive Council,
Eastern Cape Province
Department of Health
Bisho, 5605

Dr Daisy Mafubelu
Health Attaché
Permanent Mission of South Africa
65, Rue du Rhone
Geneva 1204
Switzerland

Mr Mduduzi Masuku
Assistant to the Minister
Pretoria

Mr Sizwe Kupelo
Provincial Spoksperson Health
Bisho

Miss Sinazo Magwentshu
Department of Health
Bisho

SWAZILÂNDIA

Hon. Siphon Shongwe
Minister of Health
Head of Delegation
Mbabane

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

Dr Cesphina Mabuza
Acting Director of Health Services and
Social Welfare
Mbabane

Mrs Elizabeth Tentelen Mndebele
Chief Nursing Office
Mbabane

Dr Phetsile Dlamini
Specialist-Paediatrician, Public Health
Mbabane

TOGO

Mme Suzanne Aho Assouma
Ministre de la Santé
Chef de Délégation
Lomé

Dr Potougnima Tchamdja
Directeur général de la Santé
Lomé

UGANDA

Hon. Jim Katugugu Muhwezi
Minister of Health
Head of Delegation
Kampala

Hon. Dr Alex Kamugisha
Minister of State
Deputy Head of Delegation
Kampala

Mr James Muhangi Mugume
Ambassador, Director, Ministry
of Foreign Affairs
Kampala

Mr Mohamed S. Kezaala
Permanent Secretary
Kampala

Prof. Francis Gervase Omaswa
Director General of Health Services
Kampala

Dr Catherine Omaswa
Senior Consultant (Medical Doctor)
Ministry of Health
Kampala

Dr Sam Zaramba
Director, Health Services
Kampala

Dr James Sekajugo
Senior Medical Officer
Kampala

Dr Ikwaras S. Okware
Commissioner Health Services
Kampala

Dr Edward Kigonya
Senior Consultant Physician
Ministry of Health
Kampala

Dr Jack Rwanyange
Foreign Services Officer
Ministry of Foreign Affairs
Kampala

Mr Alex Opio
Assistant Commissioner
Ministry of Health
Kampala

REPÚBLICA UNIDA DA TANZÂNIA

Hon. (Dr) Hussein A. Mwinyi
Deputy Minister of Health
Head of Delegation
Dar-es-Salaam

Hon. (Ms) Zainab K. Shomari
Dar-es-Salaam

Dr Ali A. Mzige
Director of Preventive Services
Ministry of Health
Dar-es-Salaam

Dr Steven Velabo Shongwe
Executive Secretary
Dar-es-Salaam

Mrs Mofata Mamakhaola
Coordinator, Food and Nutrition
Programme
Dar-es-Salaam

Mr Juma Rajab
Director of Preventive, MOHSW
Zanzibar

ZÂMBIA

Hon. (Dr) Brian Chituwo
Minister of Health
Head of Delegation
Lusaka

Dr Simon Kamwendo Miti
Permanent Secretary, Ministry of Health
Lusaka

Dr Benson Chirwa
UJLA
Lusaka

Dr David Tembo
STC
Lusaka

ZIMBABWE

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

Mr Brighton Mugarisanwa
Counsellor Permanent Mission
Republic of Zimbabwe
Geneva

Dr Davies G. Dhlakama
Director, Technical and Support
Ministry of Health and Child Welfare
Harare

Mrs M. Sibanda
Director, Finances
Harare

Dr Owen Mugurungi
Chief Coordinator, AIDS and TB
Programmes
Harare

Mrs R. C. Madzima
Nutrition Intervention Officer
Harare

Dr M. Murwira
Director, Technical Support, Zimbabwe
National Family Planning Council
Harare

2. REPRESENTANTES DAS NAÇÕES UNIDAS E SUAS INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS

Programa Alimentar Mundial (PAM)

M. Benedict Fultang
Representative and Country Director
P.O. Box 465
Brazzaville
Republic of Congo

Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP)

Mr Teferi Seyoum
Principal Programme Advisor
UNFPA, Africa Division
220 E. 42nd St.
N.Y. 10017
USA

Dr Fatma Mrisho
Regional Reproductive Health Advisor
UNFPA/Country Support Team
Addis Ababa
Ethiopia

Programa conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (UNAIDS)

Dr Meskerem Grunitzky-Bekele
Directeur adjoint pour l'Afrique
Division Afrique
Département Appui aux Pays et Régions
20, Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

Mme Aoua Paul Diallo-Diawara
Coordonnateur Pays ONUSIDA
pour le Congo
Avenue Foch
B.P. 465
Brazzaville
République du Congo

Organização Internacional para a Migração (OIM)

Mrs Ndioro Ndiaye
Deputy Director General
International Organization for Migration
P.O. Box 7
CH-1211 Geneva 19
Switzerland

Dr Davide Mosca
Regional Medical Officer for Africa
and Middle East
P.O. Box 55040 – City Square 0200
Nairobi
Kenya

3. REPRESENTANTES DAS ORGANIZAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS

União Africana (UA)

Mme Elisabeth Tankeu	Dr Laban Masimba
Commissaire à la Commission de	Senior Policy Office
l'Union africaine	Social Services
Chef de délégation	Addis Ababa
Addis Abeba	Ethiopia
Éthiopie	

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

M. Moka Jean-Jacques	Dr Nathalie Flore Sokoudjou Noumsi
Secrétariat général	Conseillère Santé du Secrétaire général de
B.P. 288	l'OCEAC
<u>Yaoundé</u>	Secrétariat général
Cameroun	B.P. 288
	<u>Yaoundé</u>
	Cameroun

União Económica e Monetária da África Ocidental (UEMOA)

Dr Amadou Moctar Mbaye
Directeur de la Santé
01 B.P. 543
Ouagadougou
Burkina Faso

Programa de Luta contra a Oncocercose em África (APOC)

Dr A. Sékétéli
Director, African Programme for Onchocerciasis Control (APOC)
P.O. Box 549
Ouagadougou
Burkina Faso

Centro de Vigilância Pluripatológica (MDSC)

Dr Sam Bugris
Director a.i.
Multidisease Surveillance Center (MDSC)
P.O. Box 549
Ouagadougou
Burkina Faso

Organização Oeste-Africana da Saúde (WHAO)

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

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

Dr Steven Velabo Shongwe
Executive Secretary
Head of Delegation
P.O. Box 1009
Arusha
Tanzânia

Mrs Mofota M. Shomari
Coordinator, Food and Nutrition Programme
P.O. Box 1009
Arusha
Tanzania

4. REPRESENTANTES DE ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS

Rotary International

Mr Ambroise Tshimbalanga Kasongo
Chairman, African Regional Polioplus Committee
c/o WHO Representative,
Kinshasa
Democratic Republic of Congo

5. AGÊNCIAS BILATERAIS DE DOADORES

Fundo Europeu de Desenvolvimento (FED)

M. Mahamane Hamidine
Coordonnateur du Projet FEDARIVA
08 B.P. 11030
Ouagadougou
Burkina Faso

6. OBSERVADORES E CONVIDADOS ESPECIAIS

Mr F. Gray Handley
Health Attaché and Regional
Representative for Southern Africa
U.S. Embassy
877 Pretorius Street
Pretoria
RSA 0001

Dr Issakha Diallo
Director of Advance Africa Project
at Management Sciences for Health
Arlington, VA 22203 - 1627
USA

**ORDEM DO DIA PROVISÓRIA
DA QUINQUAGÉSIMA-QUARTA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL**

1. Abertura da sessão
2. Constituição da Comissão de Designações
3. Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
4. Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC54/1)
5. Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes
6. Actividades da OMS na Região Africana em 2002-2003: Relatório Bienal do Director Regional (documento AFR/RC54/2)
 - 6.1 Execução do Orçamento-Programa para 2002-2003
 - 6.2 Relatório dos progressos sobre resoluções específicas:
 - a) Estratégia regional para acções humanitárias e de emergência
 - b) Estratégia regional de desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde
 - c) Plano estratégico de promoção da investigação em saúde para a Região Africana da OMS
 - d) Segurança do sangue: Estratégia para a Região Africana
 - e) Promoção da saúde: Estratégia para a Região Africana
 - f) Estratégia regional de vacinação para o período 2003-2005
 - g) Macroeconomia e saúde: Perspectivas futuras na Região Africana
7. Nomeação do Director Regional (AFR/RC54/INF.DOC/1)
8. Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde
 - 8.1 Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo (documento AFR/RC54/6)

- 8.2 Ordens do dia da 115ª sessão do Conselho Executivo, da 58ª sessão da Assembleia Mundial da Saúde e da 55ª sessão do Comité Regional (documento AFR/RC54/7)
- 8.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC54/8)
- 9. Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC54/10)
 - 9.1 Reposicionamento do planeamento familiar nos serviços de saúde reprodutiva: Quadro estratégico para uma acção acelerada 2005-2014 (documento AFR/RC54/11 Rev.1)
 - 9.2 Intervenções prioritárias para o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária (documento AFR/RC54/12 Rev.1)
 - 9.3 Saúde e segurança ocupacional na Região Africana: Análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC54/13 Rev.1)
 - 9.4 Melhorar o acesso aos cuidados e ao tratamento do HIV/SIDA na Região Africana: A iniciativa “ 3 by 5” e para além desta (documento AFR/RC54/14 Rev.1)
 - 9.5 Abuso sexual de crianças: Uma urgência sanitária silenciosa (documento AFR/RC54/15 Rev.1)
- 10. Décimo-Primeiro Programa-Geral de Trabalho para 2006-2015 (documento AFR/RC54/4)
- 11. Projecto de Orçamento-Programa para 2006-2007 (documento AFR/RC54/3)
- 12. Informação
 - 12.1 Lutar contra o ressurgimento da transmissão do poliovírus selvático na Região Africana (documento AFR/RC54/INF.DOC/5)

- 12.2 .Roteiro para acelerar a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde materna e dos recém-nascidos em África
(documento AFR/RC54/INF.DOC/6)
- 12.3 Eliminação da lepra na Região Africana da OMS
(documento AFR/RC54/INF.DOC/2)
- 12.4 Eliminação da Filariase Linfática na Região Africana : Relatório dos progressos
(documento AFR/RC54/INF.DOC/3)
- 12.5 Consulta Regional sobre as Regulamentações Sanitárias Internacionais revistas
(documento AFR/RC54/INF.DOC/4)
13. Mesas-Redondas: A situação nutricional na Região Africana: Desafios e perspectivas
(documento AFR/RC54/RT/1)
14. Relatório da Mesa-Redonda (documento AFR/RC54/16)
15. Datas e locais das 55ª e 56ª sessões do Comité Regional (documento AFR/RC54/18)
16. Decisões processuais (documento AFR/RC54/17)
17. Aprovação do relatório do Comité Regional (documento AFR/RC54/19)
18. Encerramento da Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional.

PROGRAMA DE TRABALHO

1º DIA: Segunda-feira, 30 de Agosto de 2004

10h00 – 12h00		Ponto 1 Abertura de sessão, <i>Palais du Parlement</i>
	Ponto 2	Constituição da Comissão de Designações
12h00 – 14h00	<i>Almoço</i>	NO ESCRITÓRIO REGIONAL
14h00 – 14h30	Ponto 3	Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
	Ponto 4	Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC54/1)
	Ponto 5	Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes
14h30 – 15h00	<i>Intervalo</i>	
15h00 – 18h00	Ponto 6	Actividades da OMS na Região Africana em 2002–2003: Relatório Bienal do Director Regional (documento AFR/RC54/2)

2º DIA: Terça-feira, 31 de Agosto de 2004

08h00 – 8h30		Discurso do Dr. Jong-wook Lee, Director-Geral
08h30 – 10h00	Ponto 6	(Continuação)
10h00 – 10h30	<i>Intervalo</i>	
10h30– 12h30	Ponto 7	Discussões sobre a nomeação do Director Regional

12h30 – 14h00	<i>Intervalo</i>	
14h00 – 16h00	Ponto 7	Discussões sobre a nomeação do Director Regional
16h00 – 16h30	<i>Intervalo</i>	
16h30 – 17h30	Ponto 7	Discussões sobre a nomeação do Director Regional
18h00		Recepção do Director Regional

3º DIA: Quarta-feira, 1 de Setembro de 2004

08h00 – 11h00	Ponto 7	Realização de entrevistas dos candidatos a Director Regional
11h00 – 11h30	<i>Intervalo</i>	
11h30 – 13h00	Ponto 7	Continuação das entrevistas dos candidatos a Director Regional
13h00 – 15h00	<i>Almoço</i>	
15h00 – 16h00	Ponto 8	Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde
	Ponto 8.1	Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo (documento AFR/RC54/6)
	Ponto 8.2	Ordens do dia da 115ª sessão do Conselho Executivo, da 58ª Assembleia Mundial da Saúde e da 55ª sessão do Comité Regional (documento AFR/RC54/7)

	Ponto 8.3	Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC54/8)
16h00 – 16h30	<i>Intervalo</i>	
16h30 – 18h00	Ponto 9	Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC54/10)
	Ponto 9.1	Reposicionamento do planeamento familiar nos serviços de saúde reprodutiva: Quadro estratégico para uma acção acelerada 2005-2014 (documento AFR/RC54/11 Rev.1)
4º DIA: Quinta-feira, 2 de Setembro de 2004		
08h00 – 10h00	Ponto 7	Continuação da nomeação do Director Regional
10h00 – 12h00	Ponto 9.2	Intervenções prioritárias para o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária (documento AFR/RC54/12 Rev.1)
	Ponto 9.3	Saúde e segurança ocupacional na Região Africana: Análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC54/13 Rev.1)
12h00 – 14h00	<i>Almoço</i>	
14h00 – 16h00	Ponto 9.4	Melhorar o acesso aos cuidados e ao tratamento do HIV/SIDA na Região Africana: A iniciativa “ 3 by 5” e para além desta (documento AFR/RC54/14 Rev.1)
	Ponto 9.5	Abuso sexual de crianças: Uma urgência sanitária silenciosa (documento AFR/RC54/15 Rev.1)
16h00 – 16h30	<i>Intervalo</i>	

16h30 – 18h00 **Ponto 11** Projecto de Orçamento-Programa para 2006-2007 (documento AFR/RC54/3)

5º DIA: Sexta-feira, 3 de Setembro de 2004

08h00 – 10h30 *Ponto 10* Décimo-primeiro Programa-Geral de Trabalho para 2006-2007 (documento AFR/RC54/4)

10h30 – 11h00 *Intervalo*

11h00 – 12h00 **Ponto 12** Informação

Ponto 12.1 Lutar contra o ressurgimento da transmissão do poliovírus selvático na Região Africana (documento AFR/RC54/INF.DOC/5)

Ponto 12.2 Roteiro para acelerar a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde materna e dos recém-nascidos em África (documento AFR/RC54/INF.DOC/6)

Ponto 12.3 Documento de informação sobre a eliminação da Lepra (documento AFR/RC54/INF.DOC/2)

Ponto 12.4 Eliminação da Filariase Linfática na Região Africana: Relatório dos progressos (documento AFR/RC54/INF.DOC/3)

Ponto 12.5 Consulta Regional sobre as Regulamentações Sanitárias Internacionais revistas (documento AFR/RC54/INF.DOC/4)

12h00 – 14h00 *Almoço*

14h00 – 15h30	Ponto 13	Mesa-Redonda: A situação nutricional na Região Africana: Desafios e perspectivas (documento AFR/RC54/RT/1)
15h00 – 16h00	<i>Intervalo</i>	
16h00 – 17h00	Ponto 14	Relatório da Mesa-Redonda (documento AFR/RC54/16)
	Ponto 15	Datas e locais das 55ª e 56ª sessões do Comité Regional (documento AFR/RC54/18)
	Ponto 16	Decisões processuais (documento AFR/RC54/17)
19h00	(Pontos 17 e 18)	
	Ponto 17	Aprovação do relatório do Director Regional (documento AFR/RC54/19)
	Ponto 18	Encerramento da Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional.

ANEXO 4

RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

ABERTURA DA SESSÃO

1. O Subcomité do Programa reuniu em Brazzaville, República do Congo, de 15 a 18 de Junho de 2004.
2. O Director Regional, Dr. Ebrahim M. Samba, deu as boas-vindas aos membros do Subcomité do Programa (SCP) e aos membros do Conselho Executivo da Região Africana. Informou de que este seria o seu último SCP, antes de se reformar, e agradeceu aos seus membros e aos funcionários do Escritório Regional, pelo apoio prestado ao longo dos últimos dez anos.
3. Referiu que se tinham registado grandes aumentos nos orçamentos, com o orçamento de 2002-2003, que totalizava 530 milhões de dólares americanos, a constituir o mais elevado de sempre; tal constituía um sinal de confiança por parte dos parceiros do desenvolvimento na capacidade de utilização de fundos, transparência e responsabilidade da parte do Escritório Regional Africano. Frisou que o gasto extraordinário registado de 3 milhões de dólares, representando menos de 1% do orçamento total, não deveria ser considerado como uma crise, quando analisado no contexto da situação de constante mutação da Região, incluindo os conflitos sociais e a instabilidade política. Foram empreendidas medidas correctivas, por forma a impedir gastos extraordinários no futuro.
4. A Mesa da sessão foi constituída do seguinte modo:
 - Presidente: Dra. Teniin Gakuruh (Quénia)
 - Vice-presidente: Prof. Mohamed Lemine Ba (Mauritânia)
 - Relatores: Dr. Thabelo Ramatlapeng (Lesoto)
Dr. Sidy Diallo (Mali)
5. A lista de participantes consta do Anexo 1.
6. A Presidente agradeceu aos membros do Subcomité a confiança depositada, enquanto representante do seu país, e sublinhou a pertinência dos temas seleccionados para discussão.
7. A ordem do dia provisória (Anexo 2) e o programa de trabalho (Anexo 3) foram aprovados sem alterações.

REPOSICIONAMENTO DO PLANEAMENTO FAMILIAR NOS SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA: QUADRO ESTRATÉGICO PARA UMA ACÇÃO ACELERADA, 2005-2014 (documento AFR/RC54/11 Rev.1)

8. A Dra. Doyin Oluwole, do Secretariado, apresentou o documento sobre reposicionamento do Planeamento Familiar nos Serviços de Saúde Reprodutiva.

9. O Planeamento Familiar (PF) constitui uma componente essencial dos cuidados primários de saúde e da maternidade segura. A África Subsariana tem baixas taxas de utilização de métodos contraceptivos, taxas de fecundidade elevadas, a taxa mais elevada de mortalidade materna e muitas necessidades não satisfeitas a nível do planeamento familiar. Na África Subsariana, vivem apenas 10% das mulheres do mundo, mas estas são responsáveis, anualmente, por 12 milhões de gravidezes indesejadas ou não planeadas e 40% de todos os óbitos relacionados com a gravidez, notificados no mundo. Reduzir estas gravidezes indesejadas e não planeadas reduziria de forma significativa os óbitos maternos. Intervalos mais longos entre os partos reduzem a mortalidade materna e infantil e melhoram o estado nutricional das mães e dos seus bebés.

10. O planeamento familiar constitui um bom ponto de entrada para a integração de todos os serviços de saúde reprodutiva (SR) e de prevenção e controlo do vírus da imunodeficiência humana, da síndrome da imunodeficiência adquirida e das infecções sexualmente transmitidas (HIV/SIDA/IST). Na situação presente, infelizmente, os governos, decisores políticos e doadores atribuem muito pouca atenção aos programas de planeamento familiar. Esta falta de atenção justifica o reposicionamento do Planeamento Familiar nos Serviços de Saúde Reprodutiva.

11. O planeamento familiar depara-se com vários desafios: sistemas de saúde débeis; falta de acesso aos métodos modernos de planeamento familiar; situações de crise prevalentes em muitos países; crenças culturais e barreiras religiosas; falta de participação dos homens e ineficaz gestão e coordenação dos programas. Enfatizou-se, no entanto, a existência de muitas oportunidades para melhorar os serviços de planeamento familiar, nomeadamente através do estabelecimento de parcerias a nível mundial e regional para os programas de saúde reprodutiva, dos múltiplos serviços de aconselhamento e teste voluntários do HIV/SIDA, das oportunidades no local de trabalho tanto para homens como para mulheres e dos serviços de base comunitária.

12. O objectivo do quadro estratégico de planeamento familiar para dez anos é fornecer orientações sobre o modo como revitalizar a componente de planeamento familiar nos programas de saúde reprodutiva, por forma a assegurar uma abordagem global à melhoria da saúde materna e infantil, no contexto das Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDG) e

da Política de Saúde para Todos. As principais intervenções iriam centrar-se na advocacia, melhoria do acesso a serviços de planeamento familiar de qualidade e a contraceptivos modernos, no reforço da capacidade humana e institucional, na abordagem das necessidades de planeamento familiar das populações vulneráveis, na investigação operacional e na monitorização e avaliação.

13. Por forma a reposicionar o planeamento familiar, torna-se necessário que os Estados-Membros revejam as suas políticas de saúde reprodutiva e os seus planos nacionais de desenvolvimento, para incluir o planeamento familiar; criar parcerias; coordenar os vários intervenientes; mobilizar recursos e disponibilizar pessoal devidamente qualificado para a gestão dos serviços e métodos de planeamento familiar. A OMS e os parceiros fornecerão apoio técnico e orientações adequados aos Estados-Membros, para a implementação deste quadro estratégico.

14. Os membros do Subcomité do Programa fizeram os seguintes comentários gerais, para melhoria do documento:

- a) destacar as novas intervenções que estão a ser recomendadas aos países para adopção, para além das actividades já em curso;
- b) providenciar outros indicadores de planeamento familiar além da taxa de utilização dos métodos contraceptivos, por exemplo, a idade da primeira gravidez;
- c) associar o planeamento familiar com as Metas do Desenvolvimento do Milénio, incluindo as relacionadas com a educação e a redução da pobreza;
- d) rever a legislação sobre a condição feminina nos diversos países, a fim de melhorar essa situação;
- e) assegurar a colaboração intersectorial, para garantir uma boa coordenação, especialmente nas situações em que os programas de planeamento familiar não estejam sediados nos ministérios da saúde;
- f) estudar medidas que melhorem o acesso aos serviços de planeamento familiar por parte das populações rurais e dos grupos vulneráveis;
- g) desviar-se dos programas verticais e dirigidos pelos doadores, para melhorar a assunção de responsabilidades pelos países e o empenhamento nos programas de planeamento familiar, desde o nível de base;

- h) recorrer às práticas tradicionais e aos valores culturais promotores do planeamento familiar, abandonando os que levantem obstáculos ao planeamento familiar;
- i) sublinhar o envolvimento e a participação dos homens no planeamento familiar, tendo em conta o seu papel central na tomada de decisões a nível da família;
- j) sublinhar os benefícios de natureza social e sanitária do planeamento familiar, para além de combater a recessão demográfica.

15. Foram as seguintes, as alterações específicas ao documento, propostas pelo Subcomité do Programa:

- a) no parágrafo 1, é necessário harmonizar a forma como o risco de óbito materno ao longo da vida tem expressão em África e nos países desenvolvidos;
- b) na última frase do parágrafo 6, retirar as palavras “ilegais e”;
- c) no parágrafo 9 da versão francesa, rever a última frase, para maior clareza;
- d) no parágrafo 11, realçar a falta das parteiras entre o pessoal qualificado;
- e) no parágrafo 14, verificar se a taxa de 50% de utilização de métodos contraceptivos se refere apenas às mulheres casadas ou a todas as mulheres em idade fértil;
- f) no parágrafo 15, penúltima frase, especificar as situações de crise a que se faz referência;
- g) no parágrafo 18, apagar a primeira frase e, na última, acrescentar uma frase sobre abordagem multisectorial;
- h) dividir o parágrafo 22 em dois parágrafos;
- i) no parágrafo 26, segunda frase, alterar “ministérios da saúde”, para “ministérios competentes” e acrescentar “a educação das meninas, é fundamental”;
- j) no parágrafo 27, explicar a forma de garantir a qualidade dos métodos de planeamento familiar, quando estes são distribuídos nos mercados e em outros locais de base comunitária;

- k) no parágrafo 29, quinta frase, alterar “promovido”, para “reforçado”;
- l) salientar a necessidade da contracepção a longo-prazo, incluído os métodos cirúrgicos;
- m) no parágrafo 37, última frase, inserir “regional e local”, antes de “nacional”;
- n) no final do parágrafo 38, acrescentar “Sempre que tal não for possível, um funcionário deverá ser especificamente responsável pelo planeamento familiar”;
- o) na secção Conclusão, o papel dos homens deve ser destacado.

16. O Secretariado agradeceu aos membros do SCP pelos seus comentários e sugestões que seriam utilizados na finalização do documento para a Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional. Foi ainda sublinhada a importância da educação e do desenvolvimento no aumento da cobertura dos serviços de planeamento familiar. A qualidade dos contraceptivos distribuídos nos mercados e outros locais comunitários serão assegurados através da supervisão por pessoal das instituições de saúde existentes. O reposicionamento do planeamento familiar vai mais longe do que a contracepção, incluindo a logística, os métodos de planeamento familiar, o aconselhamento e os contraceptivos. Foi realçada a abordagem multisectorial, que vai para além dos ministérios da saúde, por forma a incluir os sectores da educação, dos transportes e do planeamento.

17. O Subcomité do Programa recomendou o documento com alterações e preparou um projecto de Resolução (AFR/RC54/WP/1) sobre o assunto, a ser apresentado ao Comité Regional.

INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS PARA O REFORÇO DOS SISTEMAS NACIONAIS DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA (documento AFR/RC54/12 Rev.1)

18. O Dr. R. Chatora, do Secretariado, apresentou uma panorâmica do documento sobre intervenções prioritárias para o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária (SNIS).

19. A introdução contém uma definição da frase *sistema de informação sanitária* e uma descrição dos quatro subsistemas do sistema nacional de informação sanitária (SNIS), nomeadamente: notificação de rotina das doenças e outros problemas médicos, complementada pelos sistemas de vigilância das doenças; relatórios sobre programas

especiais e inquéritos; sistema de informação para a gestão sanitária; e sistema de registo de nascimentos, óbitos e movimentos migratórios.

20. A secção relativa à análise da situação sublinha que, apesar dos progressos realizados, o SNIS ainda apresenta muitos pontos fracos, tais como ausência de políticas, estruturas com fraca organização, falta de recursos, dados incompletos e utilização insuficiente da informação.

21. Os países deparam-se com muitos desafios no seu esforço para melhorar os SNIS. Precisam de saber como encontrar recursos para a saúde num contexto de escassez de financiamentos, como dar sustentabilidade ao SNIS em situações de emergência, como garantir a sua integração e como manter uma cultura de utilização da informação disponível na tomada de decisões. O crescente interesse face ao SNIS, por parte dos países e dos seus parceiros a nível nacional e mundial, oferece uma oportunidade que não se deve desperdiçar.

22. O documento propõe oito intervenções prioritárias. A primeira, porventura a mais estratégica das intervenções, consiste em formular uma clara definição política do SNIS no contexto da política nacional de saúde, o que deverá ser feito de modo participado. A segunda intervenção será a criação ou reforço de estruturas adequadas para a gestão do SNIS, tendo em conta que este é constituído por diversos subsistemas. Para funcionar com sucesso, o sistema exige uma equipa multidisciplinar com as necessárias competências em aspectos como planeamento de saúde, gestão, estatísticas, epidemiologia, informática e formação. O SNIS deve ser gerido de modo integrado, atendendo a que tem vários subsistemas e que opera em diversos níveis do sistema de saúde.

23. A tecnologia informática pode ampliar e acelerar consideravelmente o processamento, armazenamento e consulta dos dados; assim, onde haja recursos disponíveis os países deverão adquirir, utilizar e manter essa tecnologia. Será necessário que os países monitorizem regularmente o desempenho dos seus SNIS, para garantir que dêem resposta às necessidades e que tudo funcione como previsto. Deverá ser estimulado o recurso a bases factuais no diálogo político e na tomada de decisões, para assegurar a utilização da informação em todos os níveis do SNIS. Uma vez implementadas as políticas e as estruturas, os países devem garantir o acesso a todas as exigências e à logística necessárias para que o sistema seja funcional.

24. Foram descritos os papéis e responsabilidades dos países, dos parceiros e da Organização Mundial de Saúde (OMS) na implementação das intervenções propostas.

25. Os países necessitam de SNIS funcionais mas que, apesar dos esforços feitos até ao presente, a informação continua a ser insuficiente. As intervenções prioritárias propostas poderão apoiar os países no processo de acelerarem o reforço dos seus SNIS.

26. Tendo reconhecido a clareza do documento apresentado, os membros do Subcomité do Programa fizeram os seguintes comentários gerais, a fim de melhorar o documento:

- a) a operacionalidade dos SNIS deveria ser abrangente, tendo em conta a política, a estrutura da informação sanitária e de retroinformação de cada país;
- b) a qualidade dos SNIS em África está intimamente relacionada com a qualidade dos colectores de dados, especialmente a nível de base, e com o tipo de tecnologia disponível;
- c) é necessário reconhecer a participação de outros intervenientes na recolha de informação relacionada com a saúde, a nível do país.

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

- a) no parágrafo 6, toda a informação relacionada com os dados demográficos requer um denominador comum, fiável e actualizado, para facilitar a interpretação dos dados;
- b) não existe um processo descentralizado de tomada de decisões; os dados deveriam ser utilizados para a tomada de decisões a todos os níveis, particularmente ao nível da recolha de dados;
- c) no parágrafo 9, última frase, acrescentar: “assegurando uma melhor coordenação da gestão dos sub-sistemas;
- d) no parágrafo 11, é importante realçar a necessidade de proporcionar um ambiente propício, tal como fontes de energia sustentáveis, para reforçar uma operacionalização eficaz do sistema de IT; na terceira frase, acrescentar “fonte de energia sustentável” depois de “manutenção”;
- e) mudar o parágrafo 13 (b) para “sustentabilidade do SNIS, incluindo em situações de emergência”;

- f) no parágrafo 13 (e), substituir “para a acção e tomada de decisões” por “tanto para o funcionamento como para a gestão estratégica”;
- g) o reconhecimento da capacidade técnica da OMS por parte dos países deve ser considerado como uma oportunidade, devendo, portanto, ser optimizado através do fornecimento aos países de orientações, instrumentos e normas;
- h) o parágrafo 16 deve incluir mais um objectivo destinado a reforçar a ligação entre o ministério da saúde e outros departamentos que possam gerar informações relacionadas com a saúde;
- i) no parágrafo 16 (e), substituir “para a tomada de decisões e a acção” por “tanto para o funcionamento como para a gestão estratégica”;
- j) no parágrafo 19, primeira frase, acrescentar “parceiros do desenvolvimento” depois de “ministérios”;
- k) no parágrafo 23, última frase, substituir “prestadores de cuidados” por “prestadores de cuidados de saúde”;
- l) nos parágrafos 27 e 28, convém esclarecer o conceito e o conteúdo da integração;
- m) no parágrafo 35, substituir a última frase por “a coordenação a todos os níveis e a retroinformação entre todos os intervenientes contribuirão para estimular a recolha e utilização de dados, facilitando deste modo a operacionalização dos SNIS”;
- n) no parágrafo 39, depois de “níveis”, substituir tudo por “para reforçar o funcionamento e a gestão estratégica”;
- o) o parágrafo 1 do Resumo deve referir a correlação entre o SNIS e a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio, enquanto o parágrafo 4 deve incluir a questão da geração de dados para o funcionamento, além da tomada de decisões estratégicas.

28. O Secretariado agradeceu ao Subcomité do Programa os comentários apresentados, que serão usados para enriquecer o documento. A disponibilidade de fontes regulares de electricidade não pode ser subestimada. É preciso ver todos os subsistemas geradores de dados como contribuindo para o SNIS e não como sistemas paralelos. A coordenação e a retroinformação são importantes para o funcionamento. A sustentabilidade da recolha de dados e a sua utilização na gestão diária continuam a constituir importantes desafios.

29. O Subcomité do Programa recomendou o documento com alterações e preparou um projecto de Resolução (AFR/RC54/WP/2) sobre o assunto, a submeter à aprovação do Comité Regional.

SAÚDE E SEGURANÇA OCUPACIONAL NA REGIÃO AFRICANA: ANÁLISE DA SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC54/13 Rev.1)

30. O Sr. T. A. Pule, do Secretariado, apresentou o documento sobre saúde e segurança ocupacional.

31. Em todo o mundo, mais de 1,1 milhões de pessoas morrem todos os anos devido a traumatismos e doenças relacionadas com o trabalho. Calcula-se que, nos países em desenvolvimento, os riscos ocupacionais que causam má saúde sejam 10 a 20 vezes superiores aos dos países desenvolvidos.

32. Um inquérito recente revela a ausência de serviços abrangentes de saúde e segurança ocupacional destinados aos trabalhadores da Região Africana. Dos países inquiridos, 63% efectuaram a gestão dos riscos; 41% providenciaram informação e educação; 26% realizaram exames médicos anteriores à colocação; 33% prestaram serviços clínicos de vacinação, exames específicos e tratamento; 7% realizaram investigação, efectuaram exames de compensação, desenvolveram os recursos humanos, disponibilizaram serviços de educação e aconselhamento sobre o HIV/SIDA e o uso do tabaco, e recolheram dados relacionados com a saúde dos trabalhadores. O inquérito revela também que 48% dos países tinham legislação relativa à saúde ocupacional e 37% tinham legislação na área laboral e da saúde; no entanto, verifica-se em ambos os casos uma falta de recursos humanos para monitorizar a respectiva aplicação.

33. A saúde ocupacional confronta-se com muitos desafios. Os trabalhadores da agricultura e da indústria estão expostos a traumatismos ou doenças devidos aos produtos químicos e às máquinas; os que trabalham no sector dos serviços e em cidades superpovoadas sofrem de fadiga e de *stress*. Perigos como o ruído e o clima são agravados pelas novas tecnologias. A escalada do trabalho infantil surge associada à pobreza, a oportunidades educacionais inadequadas, à falta de normas e ao fracasso na implementação de legislação pertinente. São poucos os programas de saúde e segurança no trabalho que dão protecção aos trabalhadores contra as doenças infecciosas.

34. Na Região Africana, a OMS e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) tinham recentemente colaborado e cooperado com várias instituições no âmbito da saúde ocupacional. O documento *Saúde e Ambiente: Estratégia para a Região Africana* foi aprovado pelo Comité Regional em 2002. Esta estratégia abrangente permite que os países elaborem as suas próprias políticas sobre a saúde e o ambiente, incluindo a saúde e segurança

ocupacional. Em 2003, os Directores Regionais da OMS e da OIT subscreveram uma declaração de intenções, no sentido de colaborarem no âmbito da saúde e segurança ocupacional em África.

35. O documento em análise propõe várias intervenções prioritárias. Entre estas contam-se a preparação de políticas e de legislação sobre saúde e segurança ocupacional; planeamento e prestação de serviços abrangentes de saúde ocupacional nos locais de trabalho e no âmbito dos programas de cuidados primários de saúde; melhoria da segurança e saúde no desempenho dos sistemas de gestão; fornecimento de informação relevante actualizada, de materiais, de apoio ao trabalho e existência de estruturas organizacionais; criação de um sistema de registos de acidentes, doenças e exposições profissionais perigosas; investigação sobre modos de promover uma melhor saúde nos locais de trabalho e prevenir novos problemas.

36. A disponibilidade de serviços de saúde ocupacional irá evitar e reduzir as doenças e afecções relacionadas com o trabalho. Desde que os locais de trabalho sejam integrados na agenda da saúde pública, o absentismo causado pelos problemas de saúde em geral diminuirá, aumentando a produtividade.

37. Os membros do Subcomité do Programa tecerem comentários genéricos sobre a inclusão do conceito de “Segurança”, para se conformar com o título. Temas como a inclusão e o financiamento do sector informal deveriam ser realçados, tal como as ligações entre os Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Segurança Social deveriam ser revistas. É ainda necessário rever a aplicação dos enquadramentos jurídicos, incluindo mecanismos de protecção aos direitos dos trabalhadores. A implementação da saúde ocupacional tem sido prejudicada pela inadequação dos recursos humanos.

38. O Subcomité sugeriu as seguintes emendas específicas ao documento:

- a) a Análise da Situação deverá reflectir o modo como foram implementadas as resoluções referidas na Introdução;
- b) no parágrafo 10, deverão ser incluídos exemplos relativos ao transporte rodoviário e à agricultura;
- c) no parágrafo 11, as causas da falta de acesso não estão claras; não obstante a disponibilidade em recursos, nem sempre são apreendidos os benefícios do investimento em saúde ocupacional; deve-se acrescentar a prevenção e a promoção em vez de destacar somente os serviços curativos;

- d) devido aos perigos do fumo passivo nos locais de trabalho, foi sugerido que fossem incluídas a resolução sobre o Tabaco e a implementação da Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica. Deveriam também ser contempladas outras formas de abuso de substâncias psicoactivas;
- e) será necessário rever a secção sobre Desafios para a clarificar, associando-a às intervenções prioritárias e colocando-a em consonância com outros documentos apresentados no Subcomité do Programa;
- f) para a harmonizar com outros documentos, foi proposto mudar o título da secção Perspectivas para Oportunidades, revendo-se o seu conteúdo em consonância;
- g) no fim do parágrafo 28, deverá ler-se: “das minas, do ambiente, do trabalho e da segurança social”;
- h) no parágrafo 33, acrescentar “promocionais” a seguir a “preventivas”; acrescentar também um parágrafo que aborde a necessidade de um enquadramento jurídico que facilite o acesso dos inspectores do trabalho e os da saúde aos locais de trabalho, incluindo o sector informal;
- i) toda a secção das Intervenções Prioritárias deverá ser reformulada para destacar as intervenções actuais e associá-las a problemas identificados na análise da situação, incluindo o desenvolvimento dos recursos humanos, bem como aspectos psicossociais;
- j) no parágrafo 38, a segunda frase deverá ser deslocada para a secção dos Principais Desafios; devem fazer-se estudos dos riscos em todos os locais de trabalho e os seus indicadores devem ser incluídos nas intervenções;
- k) na secção Papéis e Responsabilidades, é necessário precisar melhor quais os parceiros a ser incluídos, bem como os respectivos papéis, sobretudo para o sector informal, onde o recurso a uma certa forma de associação facilitaria a sua consulta e envolvimento;
- l) no parágrafo 42 (d), acrescentar “revisão” antes de “reforço”;
- m) o parágrafo 43 (c) deverá ser reformulado;
- n) na Conclusão, mencionar a segurança nos parágrafos 44 e 45;

- o) no parágrafo 44 da versão inglesa, substituir “fall” por “decrease”;
- p) no parágrafo 45, eliminar “de algumas”.

39. O Director Regional agradeceu aos Membros os seus comentários e sublinhou a necessidade de incluir os aspectos sociais da saúde ocupacional e de dar maior ênfase ao sector informal, aos acidentes rodoviários e ao risco do uso de pesticidas sem medidas protectoras.

40. O Secretariado reconheceu a escassez de dados e de recursos humanos na Região e estimulou os países a colaborarem na recolha de informação necessária. Comentando a questão do título da secção Perspectivas, esclareceu que a ideia fora alinhá-la com o título do documento. Quanto aos Papéis e Responsabilidades, devido às especificidades dos países seria difícil enumerar todos os parceiros e os respectivos papéis. Foram anotadas todas as sugestões, que serão contempladas na revisão do documento.

41. O Subcomité do Programa aprovou o documento com emendas e preparou um projecto de Resolução (AFR/RC54/WP/3) sobre o assunto, a submeter à aprovação do Comité Regional.

MELHORAR O ACESSO AOS CUIDADOS E AO TRATAMENTO DO HIV/SIDA NA REGIÃO AFRICANA: A INICIATIVA “3 by 5” E PARA ALÉM DESTA
(documento AFR/RC54/14 Rev.1)

42. Este documento foi apresentado pelo Dr. A. Kaboré.

43. O HIV/SIDA constitui uma das principais causas de morbilidade e mortalidade na Região Africana, retardando o desenvolvimento e pondo em risco a segurança nacional. Os Estados-Membros responderam à necessidade de cuidados e tratamento, através da criação de serviços adequados de tratamento das infecções oportunistas, de cuidados nutricionais e de medicamentos anti-retrovirais, assim como de cuidados sociais, espirituais, psicológicos e paliativos. No entanto, na maioria dos países africanos, esses serviços são limitados, devido ao elevado custo dos medicamentos e dos meios de diagnóstico, à falta de infra-estruturas adequadas de serviços de saúde e laboratoriais, bem como à escassez de recursos humanos.

44. Nos últimos cinco anos, assistiu-se a um maior empenho, por parte dos governos da Região, na luta contra o HIV/SIDA, incluindo a prestação de cuidados e tratamento. As declarações de Abuja, Maseru e Maputo foram importantes catalisadores da acção a nível dos países. O empenho da comunidade internacional é evidenciado pelas Metas de Desenvolvimento do Milénio e pela Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas sobre SIDA. Os países têm à sua disposição mais recursos financeiros através do Fundo

Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, do Programa Interpaíses contra a SIDA do Banco Mundial e do Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Tratamento da SIDA.

45. A advocacia, por parte das organizações da sociedade civil, e as negociações com empresas farmacêuticas tinham resultado numa redução substancial do preço dos medicamentos anti-retrovirais. A iniciativa “3 by 5”, lançada pela OMS em 1 de Dezembro de 2003, deverá dar um contributo significativo para a melhoria do acesso aos cuidados e ao tratamento na Região Africana, mobilizando mais recursos e acelerando a acção e a constituição de parcerias. O Escritório Regional pretende restaurar a qualidade de vida e prolongar a vida das pessoas que vivem com o HIV/SIDA, fornecendo orientações aos Estados-Membros sobre a Iniciativa “3 by 5”.

46. Os Estados-Membros serão aconselhados a adoptar estratégias nos domínios da advocacia, do reforço dos sistemas de saúde, da mobilização das comunidades, da descentralização, da integração e das parcerias. Os países terão de elaborar planos, criar equipas nacionais de cuidados para o HIV/SIDA, adoptar abordagens simplificadas para o diagnóstico e tratamento, formar profissionais de saúde, alargar o acesso aos testes e ao aconselhamento e reforçar o cumprimento dos tratamentos. Terão, igualmente, de facilitar o acesso aos medicamentos e meios de diagnóstico, bem como fornecer cuidados e tratamento aos profissionais de saúde. Na implementação das várias intervenções, os países devem ter em atenção que os cuidados e o tratamento não devem fazer esquecer a prevenção como o meio de luta mais importante contra o HIV/SIDA.

47. A implementação das estratégias e intervenções, contidas no documento, contribuirá significativamente para melhorar o acesso aos cuidados e tratamento do HIV/SIDA na Região Africana, no quadro da Iniciativa “3 by 5” e para além desta.

48. Os membros do Subcomité felicitaram o Secretariado pela qualidade do documento, o qual contém orientações valiosas para os países sobre o processo de reforço do acesso aos medicamentos anti-retrovirais. O Subcomité fez os seguintes comentários genéricos:

- a) O aspecto da coordenação deve ser realçado, visto que em muitos países a resposta ao HIV/SIDA está sob a alçada de um conselho nacional da SIDA, enquanto o papel de implementação do tratamento do HIV/SIDA compete aos ministérios da saúde;
- b) As iniciativas existentes para o tratamento não devem fazer esquecer a necessidade de estratégias apropriadas de prevenção;

- c) Devem ser mobilizados recursos suplementares, a nível dos países, para que seja possível prestar tratamento a todas as pessoas que vivem com HIV/SIDA;
- d) Os países terão de preparar as suas próprias abordagens para garantir um equilíbrio entre a confidencialidade e a protecção dos parceiros e das famílias das pessoas que vivem com HIV/SIDA.

49. Os membros do Subcomité do Programa apresentaram os seguintes comentários e sugestões para melhorar o documento:

- a) No parágrafo 3 da versão inglesa, substituir a palavra “drugs” por “medicines”;
- b) No parágrafo 6, realçar a diferença de taxas de infecção entre as mulheres e homens jovens, bem como a necessidade de estratégias específicas para resolver as disparidades na situação do HIV/SIDA entre os casais jovens;
- c) No parágrafo 12, realçar o papel dos homens nos esforços para melhorar o acesso aos tratamentos;
- d) No parágrafo 12 (d), realçar a necessidade de rever as políticas macro-económicas, de modo a permitir o recrutamento de pessoal necessário no sector público;
- e) No parágrafo 12, acrescentar uma referência à prevenção da resistência aos anti-retrovirais;
- f) No parágrafo 17, realçar a iniciativa “3 by 5”, enquanto oportunidade para melhorar a qualidade dos serviços de saúde;
- g) No parágrafo 19, incluir um princípio orientador para reduzir o estigma relacionado com o HIV/SIDA;
- h) No parágrafo 19 (e), realçar as abordagens participativas à elaboração e monitorização do programa;
- i) No parágrafo 22, incluir aspectos relativos ao diagnóstico e à bio-segurança;
- j) Na secção Estratégias, acrescentar uma nova estratégia para a mobilização de recursos;
- k) No parágrafo 33, referir formas específicas de fazer baixar os preços dos anti-retrovirais;

- l) No parágrafo 34, acrescentar uma frase sobre a prevenção da transmissão do HIV/SIDA em ambientes hospitalares, para a protecção não só dos doentes, como também dos profissionais de saúde;
- m) Na secção “Principais Intervenções”, acrescentar uma intervenção sobre o reforço da capacidade laboratorial para o diagnóstico;
- n) No parágrafo 36, acrescentar uma referência aos Mecanismos de Coordenação dos Países (CCM) para o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo;
- o) No parágrafo 4 do Resumo, primeira frase, acrescentar “ou actualizar” depois da palavra “elaborar” e “bem como seguimento e monitorização” depois de “diagnóstico e tratamento”.

50. O Secretariado tomou nota de todos os comentários e agradeceu aos membros do Subcomité pelo seu contributo. Em seguida, explicou a origem da iniciativa “3 by 5”, realçando que a meta de 3 milhões é um passo intermédio para o acesso universal ao tratamento. Embora a iniciativa “3 by 5” incida sobre os países com elevada prevalência de HIV/SIDA, não se podem esquecer os países com baixa prevalência de HIV/SIDA mas elevada incidência de DST, porque nestes existe um elevado risco de aumento na incidência de HIV/SIDA.

51. Relativamente à coordenação, a OMS realça o papel de liderança dos ministérios da saúde na resposta do sector da saúde ao HIV/SIDA, estando a OMS também a trabalhar com a ONUSIDA no sentido de definir os papéis dos conselhos nacionais da SIDA e dos ministérios da saúde. O Secretariado resumiu as abordagens para a redução dos preços dos anti-retrovirais, apresentadas na estratégia da OMS, *Tratar 3 milhões até 2005: Como conseguirlo?* Em conclusão, o Secretariado sublinhou a importância da incidência sobre o tratamento, uma vez que os aspectos mais abrangentes do HIV/SIDA tinham sido abordados em anteriores sessões do Comité Regional.

52. O Subcomité do Programa aprovou o documento com emendas e preparou um projecto de Resolução (AFR/RC54/WP/4), a submeter à apreciação e aprovação do Comité Regional.

ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS: UMA URGÊNCIA SANITÁRIA SILENCIOSA

(documento AFR/RC54/15)

53. O documento sobre abuso sexual de crianças foi apresentado pela Dra. D. Oluwole, do Secretariado.

54. O abuso sexual de crianças (CSA) é um problema endémico da área da saúde pública. Protegido por uma cultura de silêncio e estigma, este problema não é devidamente notificado, desconhecendo-se assim a sua magnitude. É definido como o envolvimento de uma criança numa actividade sexual que ela não compreende plenamente, para a qual não tem capacidade de dar um consentimento informado e não está preparada em termos de desenvolvimento, ou que viola as leis ou tabús da sociedade. Envolve penetração genital, contactos físicos e carícias. A maioria dos casos notificados são os que envolvem penetração e violação. Nenhuma criança está segura contra o abuso sexual. Este é corrente em ambientes considerados “seguros” e os seus perpetradores são muitas vezes conhecidos e merecem a confiança da criança.

55. O abuso sexual de crianças tem graves consequências para a saúde, tanto imediatas como a longo-prazo, assim como ramificações sociais. Entre estas contam-se danos físicos e mesmo morte, infecções sexualmente transmissíveis e HIV/SIDA. Nas crianças mais velhas ou adolescentes, as consequências podem ser uma gravidez não desejada e de alto risco, com desfecho imprevisível. Os traumas psicológicos e emocionais podem manifestar-se sob a forma de mau desempenho escolar, de uma auto-imagem negativa e de um comportamento auto-destruidor.

56. O abuso sexual de crianças é uma emergência sanitária silenciosa. Em muitos países, não existe capacidade para resolver este problema. Em concreto, não há leis que obriguem à notificação ou à protecção das crianças. As penas para os criminosos são leves e não correspondem à gravidade do crime. Os serviços de saúde são inadequados para gerir o CSA. A atitude negativa dos prestadores de saúde e a inexistência de protocolos para a gestão do CSA dificultam a notificação.

57. A finalidade do documento é fornecer uma orientação estratégica para a prevenção e gestão dos aspectos sanitários do CSA, no contexto da saúde e desenvolvimento da criança. As intervenções propostas incluem advocacia, aplicação da lei, estabelecimento de protocolos e respostas multisectoriais, multidisciplinares e coordenadas. As famílias terão de ser capacitadas para desempenharem o seu papel primário na prevenção e notificação do CSA.

58. Os riscos e as consequências de infecção pelo HIV, da gravidez não desejada e dos traumas físicos e psicológicos deverão chamar a atenção internacional para esta emergência silenciosa. Os Estados-Membros têm responsabilidades na prevenção deste crime e na punição dos seus perpetradores, para que o CSA seja controlado e o futuro das crianças africanas salvaguardado.

59. Os membros do Subcomité do Programa fizeram os seguintes comentários genéricos:
- a) o problema da mutilação genital feminina nas crianças deve ser relacionado com o abuso sexual de crianças, em particular no que diz respeito às intervenções prioritárias e aos papéis e responsabilidades;
 - b) não é reconhecida a natureza complexa, dolorosa e multifacetada do abuso sexual de crianças que tem sido perpetuada pela cultura do silêncio;
 - c) é preciso estudar melhor os factores responsáveis pela magnitude deste problema.
60. Foram os seguintes os comentários específicos dos membros do Subcomité do Programa:
- a) No parágrafo 1, primeira frase, substituir, na versão inglesa, “preocupação” por “problema”;
 - b) No parágrafo 3, é preciso explicar melhor, na versão inglesa, o termo *contacto*, para evitar uma má interpretação cultural no cenário africano;
 - c) No parágrafo 14, é preciso definir o perfil dos perpetradores e criar medidas para uma futura prevenção; além disso, é preciso esclarecer melhor a definição de pedofilia em relação à palavra *adulto*, face à idade reportada (9 a 70 anos) dos perpetradores;
 - d) No parágrafo 23, introduzir o “parlamento infantil” como uma oportunidade para abordar o problema do CSA;
 - e) No parágrafo 25, acrescentar um objectivo específico para institucionalizar a abordagem do CSA ou criar uma estrutura no seio do governo para tratar das questões de CSA; criar um objectivo para a abordagem dos aspectos psicossociais do CSA referidos no parágrafo 14;
 - f) Na secção Princípios Orientadores, acrescentar “investigação qualitativa sobre os perfis dos perpetradores para facilitar a acção apropriada”;
 - g) No parágrafo 33, acrescentar “líderes religiosos” depois de “famílias”, na lista dos parceiros que lutam contra o CSA;

- h) No parágrafo 34, primeira frase, acrescentar “assim como instituições especializadas, tais como as que se ocupam da protecção das mulheres e crianças” depois de “assistência social”;

61. Os membros do Subcomité do Programa fizeram os seguintes comentários sobre o resumo:

- a) No parágrafo 3, segunda frase, acrescentar “afluência” depois de “conflitos armados”;
- b) Introduzir, entre os parágrafos 4 e 5, a ideia do parágrafo 37 e sublinhar a responsabilidade dos Estados-Membros e das famílias na protecção das crianças;
- c) É preciso sensibilizar para as situações que expõem as crianças ao CSA, tais como a condição de meninos de rua;
- d) No parágrafo 3, fazer referência ao trabalho infantil, especialmente a prostituição infantil para complementar o rendimento familiar.

62. O Secretariado agradeceu ao SCP pelos comentários apresentados, os quais serão utilizados para enriquecer o documento:

- a) O CSA é uma questão muito difícil e complexa, suscitando reacções de raiva e frustração. Trata-se de um assunto de que as pessoas não querem falar, mas que deve no entanto ser discutido para quebrar o silêncio.
- b) A mutilação genital feminina é uma forma de abuso das crianças, mas não abuso sexual, estando já a ser tratada pelo Escritório Regional;
- c) O CSA é quase uma epidemia social a nível mundial. Por isso, torna-se necessário fazer esforços colectivos, destinados a proteger as crianças;
- d) Apesar da natureza complexa e multifacetada do problema, o documento foca sobretudo as suas implicações para a saúde pública;
- e) A prevenção é tão importante como a definição do perfil dos perpetradores; no entanto, os perpetradores não se encontram nas prisões, mas em locais normalmente considerados seguros para as crianças, incluindo a casa, as escolas e os locais de recreio. A resolução do Comité Regional sobre este assunto realçará as consequências do CSA para a saúde pública. Trata-se de uma tentativa para sensibilizar outros sectores e facilitar a colaboração.

- f) Embora reconhecendo as várias capacidades institucionais para a protecção das crianças que existem nos países, as preocupações com as crianças serão mais bem representadas aos níveis mais altos do governo;
- g) Os cuidados e a gestão do CSA deverão ser integrados nos programas de saúde das crianças e adolescentes do Ministério da Saúde.

63. O SCP aprovou o documento com alterações e preparou um projecto de resolução (AFR/RC54/WP/5) sobre o assunto, que será submetido à aprovação do Comité Regional.

APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

(documento AFR/RC54/10)

64. Após análise do documento, discussão e algumas emendas, o Subcomité do Programa aprovou o relatório, com as alterações.

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

65. 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. Após discussões exaustivas, o Subcomité do Programa recomendou que a presença de um membro de língua oficial portuguesa no Subcomité do Programa deverá coincidir com três relatores, para que estejam representadas as três línguas de trabalho da Região Africana da OMS.

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

- a) Reposicionamento do planeamento familiar nos serviços de saúde reprodutiva: Quadro para uma acção acelerada, 2005-2014 (documento AFR/RC54/11 Rev.1)
Dra. Teniin Gakuruh (Presidente do Subcomité)
- b) Intervenções prioritárias para o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária (documento AFR/RC54/12 Rev.1)
Dra. Teniin Gakuruh (Presidente do Subcomité)
- c) Saúde e segurança ocupacional na Região Africana: Análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC54/13 Rev.1)
Dr. Sidy Diallo

- d) Melhorar o acesso aos cuidados e ao tratamento do HIV/SIDA na Região Africana: A Iniciativa “3 by 5” e para além desta (documento AFR/RC54/14 Rev.1)
Dr. Sidy Diallo (Relator)
- e) Abuso sexual de crianças: Uma urgência sanitária silenciosa (documento AFR/RC54/15 Rev.1)
Dr. Thabelo Ramatlapeng (Relator)

ENCERRAMENTO DA REUNIÃO

67. Os participantes foram informados de que o mandato do Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto e Libéria como membros do Subcomité do Programa cessava com a presente sessão, tendo sido reconhecidos os seus valiosos contributos para os trabalhos do Subcomité e da sua substituição pela Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe e Senegal.

68. A Presidente agradeceu ao Secretariado pela relevância dos tópicos propostos para discussão. Sublinhou os pontos mais importantes dos documentos discutidos no Subcomité do Programa. Agradeceu aos membros do SCP pelo apoio, debate acalorado e vivo e pelos valiosos contributos, que estão bem reflectidos no relatório do Subcomité do Programa. Agradeceu ao Secretariado pelos excelentes documentos apresentados, incluindo o relatório do SCP, que marca um ponto de viragem na melhoria da imagem de África. Louvou o Escritório Regional pelo excelente trabalho de equipa.

69. O Director Regional afirmou que esta foi uma boa reunião. Acrescentou que esta era uma consequência da boa preparação, da distribuição atempada dos documentos, da contribuição valiosa dos membros do Subcomité e da qualidade da Presidente. Instou os membros do Sucomité do Programa a advogarem a favor das questões discutidas e a alargar esta informação e o conhecimento aos seus países. O Director Regional agradeceu aos intérpretes e aos tradutores pelo seu excelente trabalho.

70. O Director Regional lembrou que esta seria a sua última reunião do Subcomité. Agradeceu aos membros do Subcomité e aos funcionários pelo imenso apoio prestado ao longo de todos os seus mandatos. Afirmou que a título de legado, a nova geração deve considerar o desenvolvimento de África como uma responsabilidade e um compromisso partilhados.

71. Em nome dos membros do Subcomité do Programa, o membro do Conselho Executivo desejou ao Director Regional uma boa e bem merecida reforma, após a prestação de um excelente serviço a África.

72. A Presidente declarou em seguida encerrada a reunião.

APÊNCICE 1

LISTA DOS PARTICIPANTES

1. ESTADOS-MEMBROS DO SUBCOMITÊ DO PROGRAMA

GANÁ

Dr. Ahmed Kofi
Chief Medical Officer
Ministry of Health
P.O. Box MB 44
Accra

GUINÉ-BISSAU

Dr. Júlio César Sá Nogueira
Director-Geral de Saúde Pública
Ministério da Saúde
Av. Unidade Africana
C.P. 50
Bissau

GUINÉ

Dr. Boubacar Sall
Médecin-Directeur, Services Statistiques,
Etudes et Information (SSEI)
Ministère de la Santé publique
Commune de Kaloum
B.P. 585
Conakry

QUÉNIA

Dra. Teniin Gakuruh
Head Health Sector Reform
Ministry of Health
Box 30016
Nairobi

LESOTO

Dr. Thabelo Ramatlapeng
Director-General of Health Services
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 514
Maseru 100

LIBÉRIA

Dr. Eugene Didi Dolopei
Chairman, Department of Public Health
and Community Medicine
Ministry of Health and Social Welfare
P.O. Box 10-9009
Monrovia

MADAGÁSCAR

Dr. Rigobert Arsène Rafiringason
Directeur général
Ministère de la Santé et de la Planification
Familiale
B.P. 88 Ambohidahy
Antananarivo 101

MALAWI

Dr. Habib Somanje
Director of Preventive Health Services
Ministry of Health
P.O. Box 30377, Capital City
Lilongwe 3

MALI

Dr. Sidy Diallo
Conseiller technique
Ministère de la Santé, Koulouba
Bamako

MAURITÂNIA

Prof. Mohamed Lemine Ba
Conseiller technique du Ministre
de la Santé
B.P. 30
Nouakchott

MAURÍCIAS

Mrs Rajwantee Ramrukheea
Principal Assistant Secretary
Ministry of Health and Quality of Life
Emmanuel Anquetil Building, 5th Floor
Port-Louis

MOÇAMBIQUE

Dr. Alexandre Manguele
Diretor Nacional de Saúde
Ministério da Saúde
Maputo
E-mail : misaudns@tropical.cm.mz

**2. MEMBROS DO CONSELHO
EXECUTIVO**

Dr. Jean-Baptiste Ndong Nguema
Inspecteur général de la Santé
Ministère de la Santé publique
B.P. 2279
Libreville
Gabon

Hon. Yankuba Kassama*
Secretary of State for Health

Banjul
Gambia

Hon. Kwaku Afriyie*
Minister of Health
Accra
Ghana

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

Dr. Mohamed Abdullah
Vice-Président du CCARDS
Nairobi
Kenya

* Não pôde participar

ORDEM DO DIA

1. Abertura da reunião
2. Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
3. Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC54/9)
4. Reposicionamento do planeamento familiar nos serviços de saúde reprodutiva: Quadro para uma acção acelerada em 2005-2014 (documento AFR/RC54/11)
5. Intervenções prioritárias para o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária (documento AFR/RC54/12)
6. Saúde e segurança ocupacional na Região Africana: Análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC54/13)
7. Melhorar o acesso aos cuidados e ao tratamento do HIV/SIDA na Região Africana: A iniciativa “3 by 5” e para além desta (documento AFR/RC54/14)
8. Abuso sexual de crianças: Uma urgência sanitária silenciosa (documento AFR/RC54/15)
9. Aprovação do Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC54/10)
10. Atribuição das responsabilidades para a apresentação do Relatório do Subcomité do Programa ao Comité Regional
11. Encerramento da reunião.

APÊNDICE 3

PROGRAMA DE TRABALHO

1º DIA:

TERÇA-FEIRA, 15 DE JUNHO DE 2004

10h00-10h10	Ponto 1	Abertura da sessão
10h10-10h20	Ponto 2	Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relatores
10h20-10h30	Ponto 3	Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC54/9)
10h30-11h00	Intervalo	
11h00-12h30	Ponto 4	Reposicionamento do planeamento familiar nos serviços de saúde reprodutiva: Quadro para uma acção acelerada 2005–2014 (documento AFR/RC54/11)
12h30-14h30	Almoço	
14h30-16h00	Ponto 5	Intervenções prioritárias para o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária (documento AFR/RC54/12)

2º DIA:

QUARTA-FEIRA, 16 DE JUNHO DE 2004

09h00-10h30	Ponto 6	Saúde e segurança ocupacional na Região Africana: Análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC54/13)
10h30-11h00	Intervalo	
11h00-12h30	Ponto 7	Melhorar o acesso aos cuidados e ao tratamento do HIV/SIDA na Região Africana: A iniciativa “3 by 5” e para além desta (documento AFR/RC54/14)

12h30-14h30

Almoço

14h30-16h00

Ponto 8 Abuso sexual de crianças: Uma urgência sanitária silenciosa (documento AFR/RC54/15)

17h00

Cocktail

3º DIA: QUINTA-FEIRA, 17 DE JUNHO DE 2004

09h00-17h00

Relatório Preparação do Trabalho do Secretariado

4º DIA: SEXTA-FEIRA, 18 DE JUNHO DE 2004

10h00-12h00

Pontos (9, 10 e 11)

- Adopção do Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC54/10)
- Atribuição de responsabilidades para apresentação do relatório do Subcomité do Programa e do Comité Regional
- Encerramento da reunião

RELATÓRIO DA MESA-REDONDA

A situação nutricional na Região Africana: Desafios e perspectivas

INTRODUÇÃO

1. A discussão da Mesa-Redonda sobre “A situação nutricional na Região Africana: Desafios e perspectivas” realizou-se a 3 de Setembro de 2004, sob a presidência do Dr. Brian Chituwo, Ministro da Saúde da Zâmbia, como foi determinado pela Decisão nº 9 da Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional.
2. A Mesa-Redonda tinha como objectivo melhorar a consciencialização da situação nutricional na Região e definir as acções específicas necessárias aos níveis comunitário, nacional e regional para corrigir a situação.
3. Os participantes foram divididos em três grupos:
 - a) Grupo 1, constituído por países de língua francesa, foi presidido pelo Sr. Mohamed L. O. Selmane, Ministro da Saúde da Mauritânia; o facilitador para este grupo foi o Dr. Aristide Sagbohan, Conselheiro Regional para a Nutrição;
 - b) Grupo 2, constituído por países de língua inglesa, foi presidido pelo Dr. Brian Chituwo, Ministro da Saúde da Zâmbia; o facilitador para este grupo foi a Sra. Tagwireyo, Directora do Conselho para a Alimentação e a Nutrição, do Zimbabwe.
 - c) Grupo 3, constituído por países de língua portuguesa, francesa e inglesa, presidido pela Dra. Albertina J. Hamukwaya, Ministra da Saúde de Angola; o facilitador para este grupo foi da Dra. Funke Bogunjoko, Funcionária Técnica da Unidade de Avaliação e Apoio aos Países, do Escritório Regional Africano.
4. Antes das discussões de grupo, o Dr. Rufaro Chatora, Director da Divisão de Sistemas de Saúde e Desenvolvimento de Serviços, efectuou uma breve apresentação à sessão plenária onde era salientada a gravidade da situação nutricional, o quadro de acção, os desafios e os principais pontos de discussão, como indicado no documento de base “Situação nutricional na Região Africana: Desafios e perspectivas” AFR/RC54/RT/1.

PONTOS DE DISCUSSÃO

5. A Mesa-Redonda discutiu sobre os seguintes pontos e questões:
 - a) Como fazer da nutrição uma prioridade, no âmbito dos sectores da saúde e dos outros sectores de desenvolvimento, por forma a garantir a criação ou o reforço sustentado das políticas apropriadas e dos quadros institucionais?
 - b) O que deverão fazer os países para melhorar a capacidade técnica dos programas de nutrição, para mobilizar recursos financeiros e para reforçar os sistemas nacionais de informação nutricional?
 - c) Considerando os vários desafios, incluindo o fraco estatuto das mulheres na sociedade, como poderão as comunidades ser apoiadas por forma a conseguir a segurança alimentar e nutricional?

PRINCIPAIS PREOCUPAÇÕES

6. As contribuições efectuadas pelos delegados durante as discussões de grupo da Mesa-Redonda destacaram várias questões, onde se incluíam: a promoção da “fast food”, em detrimento dos alimentos tradicionais e com maiores propriedades nutritivas; prevalência de suplementos nutricionais não substanciados pela classe médica; a necessidade de promover os sistemas locais de conhecimento onde conste a informação sobre produção alimentar, processamento, conservação e preparação; a necessidade de orientação técnica para a utilização de alimentos geneticamente modificados; orientações nutricionais para os cuidados das pessoas que vivem com HIV e SIDA; promoção e reforço da fortificação alimentar.

7. As principais preocupações incidiram na forma de dar maior prioridade à nutrição, no âmbito do sector da saúde e de outros sectores do desenvolvimento. As discussões culminaram com sugestões para a avaliação da magnitude da situação nutricional ao nível dos países; desenvolvimento de políticas e legislação nacional sobre alimentação e nutrição; adopção de abordagens multidisciplinares e multisectoriais para as intervenções e a coordenação, no âmbito do escritório de elevado nível; advocacia a favor da nutrição no sector da saúde; integração da nutrição nos outros programas e projectos de desenvolvimento; implementação de políticas sobre apoio nutricional aos grupos vulneráveis, como crianças, mulheres e vítimas de situações de emergência.

8. Sugeriu-se ainda que a melhoria da capacidade técnica dos programas de nutrição, passe pela formação de formadores de profissionais de saúde em nutrição nos países, desenvolvimento de recursos humanos em nutrição; reforço da capacidade dos líderes

tradicionais, profissionais das extensões e ONG na implementação dos programas nutricionais; e reforço do conteúdo de outros programas de formação no que respeita à nutrição (por exemplo, agricultura, educação, saúde).

9. Para além disso, para mobilizar recursos financeiros, os países podem reforçar a advocacia com os decisores políticos; integrar a nutrição em outras iniciativas, políticas e estratégias de desenvolvimento (Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano, Metas de Desenvolvimento do Milénio, Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza); integrar a nutrição em outros programas horizontais de saúde; efectuar campanhas e promover a educação nutricional contínua a todos os níveis.

10. Para reforçar os sistemas nacionais de informação sanitária, foi sugerido que os países desenvolvam um sistema regional de informação nutricional, com indicadores normalizados e o disseminem pelos países; criem sistemas de informação nutricional de base comunitária; afectem recursos para os sistemas nacionais de vigilância nutricional; realizem análises atempadas e utilizem a informação nutricional para facilitar a tomada de decisão pelos decisores políticos relevantes e a comunidade afectada.

11. Considerando os vários desafios, incluindo o fraco estatuto das mulheres na sociedade, as comunidades podem ser apoiadas por forma a obterem a segurança alimentar e nutricional de várias formas. As sugestões incluíram a promoção de uma dimensão dos sexos nos programas de nutrição; a integração da nutrição nas estratégias de HIV e da SIDA; e a promoção de actividades geradoras de rendimentos para os vários grupos de mulheres.

RECOMENDAÇÕES

12. Os participantes na Mesa-Redonda recomendaram que os Estados-Membros:

- a) desenvolvam políticas e planos de alimentação e nutrição num ambiente multisectorial;
- b) advoguem a favor da existência de uma linha orçamental para a nutrição no orçamento nacional;
- c) criem e reforcem os programas escolares de saúde;
- d) atribuam recursos para a investigação aplicada à nutrição, para facilitar os programas nutricionais de base comunitária;
- e) integrem a nutrição na agenda nacional de desenvolvimento;

13. Recomendaram ainda que a OMS:

- a) advogue a favor de maior afectação de fundos do Orçamento Ordinário para a nutrição;
- b) mobilize recursos entre os parceiros, para os programas de nutrição;
- c) preste apoio técnico para o desenvolvimento e o reforço dos sistemas de vigilância nutricional;
- d) preste o apoio atempado aos países, relativamente às questões de nutrição.

14. Considerando a limitação do tempo disponível para a discussão da Mesa-Redonda e a importância da nutrição para a saúde, foi sugerido que num futuro próximo, a nutrição seja incluída como um dos pontos da ordem do dia provisória do Comité Regional.

**ALOCUÇÃO DO DR ALAIN MOKA
MINISTRO DA SAÚDE E DA POPULAÇÃO
DA REPÚBLICA DO CONGO**

Senhor Ministro de Estado, encarregado da Coordenação da Acção do Governo,
Ministro dos Transportes e da Privatização, em representação de Sua Excelência, o Senhor
Presidente da República, Chefe do Estado,
Senhoras e Senhores Membros do Governo,
Senhoras e Senhores Ministros dos Países Membros da Região Africana da Organização
Mundial de Saúde,
Senhor Director Regional Africano da OMS,
Excelentíssimas Senhoras e Senhores Embaixadores e Chefes de Missões Diplomáticas,
Senhoras e Senhores Representantes de Organizações regionais e internacionais,
Senhoras e Senhores Representantes das Agências do Sistema das Nações Unidas,
Senhor Prefeito do Departamento de Brazzaville,
Senhor Presidente da Câmara da cidade de Brazzaville,
Distintos Convidados,
Senhoras e Senhores,

É com verdadeiro prazer que tomo a palavra para desejar as boas-vindas e uma agradável estada em Brazzaville aos eminentes actores do desenvolvimento sanitário regional e mundial, que irão participar na 54ª sessão do Comité Regional Africano da OMS. Gostaria igualmente de exprimir o orgulho e a alegria do povo congolês por acolher, com a sua legendária tradição de hospitalidade, as eminentes personalidades da família africana, na sua bela capital.

Como deveis ter constatado ao pisar solo congolês, Brazzaville, a cidade verde, recuperou a paz e os congolese, a tranquilidade de espírito. É o fruto da vontade de um homem, egrégio e digno filho da África, que age incessantemente pela preservação da paz, tanto no nosso país como na Região Africana: refiro-me a Sua Excelência, o Senhor Denis Sassou Nguesso, Presidente da República e Chefe de Estado. Desejo, muito respeitosamente, prestar-lhe uma homenagem sentida e diferente, pelo seu envolvimento pessoal e sem tréguas, na resolução de conflitos em África.

Sei que este dia me oferece a oportunidade de felicitar o Director Regional Africano da OMS, cujo mandato chega ao seu fim, pelo tão apreciado contributo que deu à resolução dos problemas de saúde nos nossos países.

Gostaria ainda de exprimir a minha gratidão à Organização Mundial de Saúde e aos dirigentes dos países africanos, pelo regresso definitivo do Escritório Regional a Brazzaville, exortando o Director Regional a finalizar este processo, para aliviar as despesas de gestão.

Senhoras e Senhores,

É sempre útil lembrar que o objectivo final da Organização Mundial de Saúde e dos Estados-Membros é fazer com que todos os povos atinjam um nível de saúde tão elevado quanto possível.

Numa Região onde o ambiente político é marcado por conflitos armados, e onde as epidemias e endemias são constantes, a OMS continua a ser o nosso precioso instrumento para melhorar a saúde das populações. Com efeito, uma implementação mais ousada das nossas estratégias regionais de luta contra a doença e a pobreza, contribuiria mais eficazmente para a resolução dos nossos principais problemas de saúde.

A Região Africana está particularmente preocupada com o excesso de morbilidade e de mortalidade imputáveis, sobretudo, às doenças da pobreza e agravadas por: consequências sócio-económicas dos numerosos conflitos armados recorrentes; secas e catástrofes naturais; HIV/SIDA; em resumo, por um ambiente pouco propenso ao desenvolvimento da saúde.

Com efeito, a África continua a suportar o mais duro fardo das doenças, apesar dos importantes esforços desenvolvidos, tanto pelos Estados, como pelas instituições regionais e internacionais. O HIV/SIDA, o paludismo, a tuberculose e as doenças infecciosas persistentes figuram entre os principais obstáculos ao desenvolvimento sócio-económico dos nossos países por porem, constantemente, à prova os nossos sistemas de saúde e os seus magros recursos humanos e financeiros.

Senhoras e senhores,

Na óptica de um desenvolvimento humano duradouro, a África subscreveu as metas de desenvolvimento do milénio e as da NEPAD, sobretudo no domínio da saúde. Trata-se, nomeadamente, de:

- reduzir a mortalidade infantil;
- melhorar a saúde materna e controlar o paludismo e outras grandes doenças;
- promover um ambiente sustentável de saúde.

Para tal, a celebração da parceria sanitária, no âmbito da “Iniciativa Fazer Recuar o Paludismo”, visando combater as doenças transmissíveis, aos níveis mundial, regional, nacional e local, é um sopro de esperança para as vencer. A Iniciativa “3 by 5” da OMS para tratamento das pessoas que vivem com o HIV, é um outro exemplo.

Dada a importante dimensão da doença, impõe-se um reforço dos nossos sistemas de saúde, fundados nos princípios de base dos cuidados primários de saúde, enunciados em Alma-Ata, em 1978, para possibilitar o acesso a todos, em especial os mais desfavorecidos, a cuidados essenciais de qualidade.

Para tal, o desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde, o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária, o financiamento duradouro dos sistemas de saúde, graças a mecanismos viáveis e a celebração de parcerias eficazes para a saúde são alguns dos desafios que somos chamados a resolver, para tornar os sistemas de saúde mais eficazes.

Senhoras e Senhores,

Esta Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional Africano da OMS reveste-se, sem dúvida, de uma importância especial, na medida em que deverá:

- Analisar e aprovar o quadro de referência para um desenvolvimento sanitário regional sustentável, em termos de objectivos e de estratégias para a saúde, assim como de finalidades e metas a atingir no período 2006-2015;
- Analisar e aprovar o décimo-primeiro programa-geral de trabalho da OMS, à luz da Agenda 2020, relativa à política de saúde para todos na Região Africana, no Século XXI;
- Eleger um novo Director Regional.

Desejamos-lhe os maiores êxitos!

Viva a Organização Mundial de Saúde!

Viva a África!

Muito obrigado.

ANEXO 7

**ALOCUÇÃO DE SUA EXCELÊNCIA, A MINISTRA DA SAÚDE DA ÁFRICA DO SUL,
DRA. TSHABALALA-MSIMANG,
PRESIDENTE DA QUINQUAGÉSIMA-TERCEIRA SESSÃO DO
COMITÉ REGIONAL AFRICANO DA OMS**

Excelentíssimo Senhor Ministro de Estado,
Senhor Representante do Director-Geral da OMS,
Senhor Director Regional, Dr. Samba,
Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde,
Senhores Representantes da União Africana,
Senhores Representantes das Agências das Nações Unidas,
Senhores Representantes das Instituições Regionais e Sub-Regionais,
Senhores Parceiros Internacionais da Colaboração,
Distintos delegados,
Senhores Representantes do Corpo Diplomático,

Excelências,
Senhoras e Senhores,

É meu honroso privilégio presidir a esta sessão de abertura da Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional da OMS para África. Permitam-me mais uma vez agradecer, em nome do Governo e do povo da África do Sul a oportunidade concedida à África do Sul para acolher a Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional da OMS para África. Foi de facto um grande prazer, recebê-los em Joanesburgo.

O Presidente Thabo Mbeki da República da África do Sul deseja-nos os maiores sucessos nas deliberações desta Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional da OMS para África.

Permitam-me prestar homenagem ao Dr. Ebrahim Malick Samba pela sua esclarecida liderança, e pela forma estável como conduziu esta Organização e pelos inúmeros sucessos da Organização, durante o seu mandato. Estou certa de que a Organização irá continuar a beneficiar da sua vasta experiência. O que mais me impressionou em si, Dr. Samba, foi a sua abordagem visionária para a resolução de problemas de saúde pública através de mensagens simples, abordagens de cuidados primários de saúde e de estratégias fortemente eficazes que tiveram o impacto mais favorável na saúde das nações africanas.

O mundo inteiro conhece os seus esforços para a erradicação da oncocercose, e que constitui uma herança que nos irá deixar. É meu desejo exaltá-lo, por ter colocado a medicina tradicional na agenda do nosso continente e por ter assegurado que o dia 31 de

Agosto é actualmente, designado como o Dia Africano da Medicina Tradicional, cujo lançamento, se iniciou no ano passado com o tema “Medicina Tradicional: A nossa cultura, o nosso futuro”.

Teve também a seu cargo, o desafio administrativo de manter o Escritório Regional em segurança, durante a deslocação e alojamento para Harare e o regresso para a sua base de origem, em Brazzaville. Pessoalmente, considero que tratou muito bem desta transição.

Dr. Samba devo ainda, reconhecer a sua liderança, ao convocar as reuniões dos ministros da saúde africanos, durante as sessões da Assembleia Mundial da Saúde. No entanto, desejo fazer referência à decisão dos ministros em designarem as estas reuniões como informais, e que ao fazê-lo, minamos as importantes decisões aí tomadas pelo que essas reuniões, têm um carácter formal. Devo ainda louvar o Dr. Samba por assegurar que os delegados africanos estão bem representados nas reuniões das estruturas governativas da OMS.

Excelências,
Senhoras e Senhores,

Permitam-me também enaltecê-los, Excelentíssimos Ministros, pelo excelente trabalho realizado a longo deste último ano, desde a anterior reunião do Comité Regional. Entre as vossas realizações inclui-se o sucesso nos resultados da última Assembleia Mundial da Saúde, principalmente devido à melhor coordenação do Grupo Africano, efectuada pelo grupo baseado em Genebra. Somos, de facto, a inveja da maioria, senão de todas as regiões da OMS. Permitam-me que em nome de todos, os felicite, por tão diligentemente seguirem as decisões do Comité Regional. Assim, gostaria de dedicar umas palavras especiais de apreciação para o grupo que efectuou a revisão do método de trabalho para a designação dos membros com direito a integrarem o Conselho Executivo.

Excelências,
Senhoras e Senhores,

Foi através do vosso envolvimento directo e da unidade existente na nossa Região que tivemos a capacidade de emergir com fortes resoluções relativas à migração dos profissionais de saúde, à saúde reprodutiva, à promoção da saúde e aos estilos de vida saudáveis, e vários outros de importância para a nossa Região.

Estas resoluções beneficiaram os nossos países. A resolução sobre migração dos profissionais de saúde fornece um quadro estratégico que permite aos nossos países chegarem a um acordo com os países desenvolvidos, para que o recrutamento dos profissionais da saúde de proceda de uma forma transparente; que não perturbe os sistemas de saúde dos países em

desenvolvimento e que beneficie tanto os países em desenvolvimento como desenvolvidos. Penso que ser adequado e correcto, prestar um tributo aos nossos Chefes de Estado e de Governo por terem declarado 2004 como o “ano para o desenvolvimento dos recursos humanos, com especial incidência sobre os profissionais de saúde”. Assim, devemos assegurar que os preparativos, para a cimeira deste ano e que estão já em curso.

Apesar destas realizações, deparamo-nos com um número de desafios, incluindo:

Assegurar a implementação eficaz da Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica. Nesta questão, todos temos o dever de garantir que os nossos países ratifiquem a convenção, como uma questão urgente. Necessitamos de continuar a coordenação dos nossos esforços e de intensificar conjuntamente, a luta contra a utilização do tabaco. O apoio da OMS em geral, e do Escritório Regional em particular, é fundamental.

Abordar a questão da clonagem humana. Recordam-se da Resolução que os chefes de estado e de governo da União Africana aprovaram, relativa a uma tomada de posição comum do continente africano sobre a clonagem humana. Assim, é fundamental para o Escritório Regional acelerar os esforços para a finalização desse documento. Os Chefes de Estado e de governo da SADC, tomaram recentemente uma posição relativa a esta questão, o que irá constituir a base da discussão durante a Assembleia-Geral das Nações Unidas no próximo mês.

O desafio do HIV e da SIDA em África. Nunca é demais salientar que é através do reforço dos sistemas de saúde que poderemos parar o avanço da infecção pelo HIV e mitigar o impacto da SIDA. Devo confessar o meu contentamento pelo facto de que muitos países perceberem agora porque é que nos devemos referir ao HIV e à SIDA, ao invés de HIV/SIDA. Torna-se assim necessário que a OMS reveja a designação deste síndrome.

Genéros. Outro desafio é o da representatividade dos géneros e a representatividade das pessoas com incapacidades, a todos os níveis da organização. É através de uma organização verdadeiramente representativa que poderemos destacar-nos. Nenhum carro pode andar bem, se metade dos pistões estiverem fechados. Ao marginalizarmos as mulheres, fazemos exactamente o mesmo.

Mortalidade materna. É de lamentar que continuemos a perder vidas devido à gravidez e ao parto, acontecimentos que se supõem normais e que devem trazer alegria às famílias. É inaceitável que a gravidez e o parto permaneçam inseguros. Devemos comprometer-nos em reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil.

Excelências,
Senhoras e Senhores,

Aproveitamos a oportunidade, para que durante este milénio, em África, tomemos nas nossas mãos os nossos destinos. Devemos amadurecer e ter mais auto-confiança e evitar seguir as regras que nos são ditadas do exterior. Isto insta a uma maior interacção e coordenação entre o Escritório Regional, a União Africana e outras estruturas regionais e sub-regionais. Com esse objectivo, o Escritório Regional deve intensificar os seus esforços para implementar a estratégia saúde da Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD).

Os conflitos armados continuam a minar os nossos sistemas de saúde e a afectarem negativamente os grupos vulneráveis, em particular as mulheres, crianças e as pessoas com incapacidades. Devemos reforçar o programa de acção da OMS para as situações de crise, bem como a solidariedade entre os Estados-Membros durante períodos de crise e de surtos de doença.

De tempos a tempos, seremos chamados a reforçar a acção multilateral a nível regional e mundial, a fim de proteger a soberania dos Estados-Membros e a nossa herança africana. Assim, esta Organização tem de nos dar apoio, como ministros da saúde, para que possamos agir em unidade e para reforçarmos os sistemas de saúde dos nossos países e cooperarmos mutuamente.

Esta Organização necessita de homens e mulheres de visão, coragem e valor que tragam expressão à visão do Século Africano e de um sistema das Nações Unidas reformado que proteja a saúde, o bem-estar e os direitos dos pobres e das populações vulneráveis. O que precisamos é de uma OMS em bom funcionamento, eficaz e eficiente. A pobreza e o sub-desenvolvimento formam um círculo vicioso que mina a saúde das nações e devemos retirar as nossas populações deste poço sem fundo, através da advocacia de maiores recursos e da melhoria do acesso a cuidados de saúde de qualidade para todos.

Quero formular os melhores votos de sucesso a todos os candidatos ao posto de Director Regional, para as suas entrevistas. Acredito que entre eles temos o calibre de líderes que são capazes de levar esta organização a níveis mais elevados.

Finalmente, permitam-me que aproveite esta oportunidade para desejar ao Presidente da Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional Africano da OMS os melhores votos na condução desta reunião.

A África do Sul está pronta e com vontade de participar integralmente na consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio, para a prossecução da saúde para todos no nosso continente.

Obrigada.

**ALOCUÇÃO DE SUA EXCELÊNCIA O PRESIDENTE DA REPÚBLICA DO CONGO
SENHOR DENIS SASSOU NGUESSO,
EFECTUADO PELO SR.ISIDORE MVOUBA, DA COORDENAÇÃO
(MINISTRO DE ESTADO, ENCARREGUE
DA ACÇÃO GOVERNAMENTAL, MINISTRO DOS TRANSPORTES
E DAS PRIVATIZAÇÕES, EM NOME DE SUA EXCELÊNCIA
O PRESIDENTE DA REPÚBLICA DO CONGO)**

Senhor Director Regional da OMS para a África,
Senhoras e Senhores Membros do Governo,
Senhoras e Senhores Ministros dos Estados-Membros da Região Africana da OMS,

Senhor Director-Geral da OMS,
Senhoras e Senhores Chefes das Delegações da Região Africana da OMS,
Excelentíssimas Senhoras e Senhores Embaixadores e Chefes de Missões Diplomáticas,
Senhoras e Senhores Representantes de Organizações regionais e internacionais,
Senhor Prefeito do Departamento de Brazzaville,
Senhor Presidente da Câmara da cidade de Brazzaville,
Distintos Delegados,
Ilustres Convidados,
Senhoras e Senhores,

O Presidente Denis Sassou Nguesso gostaria muito de estar presente, aqui e agora. Gostaria também de ter partilhado convosco este importante momento, em que a Região Africana da OMS se vai reunir.

Efectivamente, o Presidente Denis Sassou Nguesso teria gostado de se encontrar entre vós para ouvir as vossas preocupações, como ele sempre fez e, só Deus sabe, quanto as suas preocupações são já numerosas. Mas os obstáculos inerentes ao seu cargo afastaram-no de Brazzaville. Por esse motivo, encarregou-me de vos transmitir, em nome do Povo e do Governo congolês, assim como em seu nome pessoal, as suas saudações mais fraternas.

Para além disso, pediu-me ainda que vos comunicasse toda a sua satisfação de saber que vos encontrais reunidos aqui, em Brazzaville, cidade de paz, terra hospitaleira, para melhorar os nossos sistemas de saúde e, conseqüentemente, a saúde das nossas populações, com o apoio sempre precioso da Organização Mundial de Saúde.

É certamente esta também a ocasião de saudar o regresso a Brazzaville do Escritório Regional da nossa Organização, a quem todo o povo congolês renova a expressão de todo o seu carinho.

Em resumo, gostaria de aproveitar a oportunidade que me é oferecida pela 54ª sessão do Comité Regional da OMS, para render uma vibrante homenagem à Organização e a todos os seus funcionários, entre os quais citarei o Director-Geral, Dr. Jong-wook Lee, e o Director Regional Africano, Dr. Ebrahim Malick Samba.

Com efeito, ao longo de toda a sua existência, a Organização ganhou maturidade e conquistou o seu título de nobreza, graças ao zelo dos seus “servidores”, que, através do seu trabalho quotidiano, oferecem às populações paz, serenidade e alívio.

Minhas Senhoras e meus Senhores,

Com base nos princípios de saúde para todos e nas metas do milénio, que colocam a saúde no âmago do desenvolvimento, os nossos países laboram em prol de um desenvolvimento sanitário duradouro e do recuo da doença e, portanto, da pobreza.

Na realidade, a luta pela saúde para todos é uma componente essencial da luta contra a pobreza, sem a qual a acção dos governantes como nós seria uma mera diversão. Queremos que as nossas populações tenham acesso a um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva.

Na nossa longa marcha da saúde para todos, convém reconhecer que fizemos progressos significativos no sentido da erradicação da varíola e de tantas outras doenças. Esperamos fazer mais progressos, através das campanhas de erradicação da poliomielite e da implementação das Iniciativas Fazer Recuar o Paludismo e por um Mundo sem Tabaco.

Além disso, no quadro da Política de Saúde para Todos: Agenda 2020, há a destacar vários desafios, dos quais referimos:

- a redução da mortalidade infantil;
- a melhoria da saúde materna;
- o fim da propagação do HIV/SIDA;
- o controlo e a contenção do paludismo, da tuberculose e de outras grandes doenças;
- a contenção de doenças ligadas aos estilos de vida, tais como a diabetes, o cancro e as doenças cardiovasculares;
- a prevenção e o recuo do tabagismo.

A isto, convém acrescentar a ameaça das doenças emergentes, por exemplo, a febre hemorrágica do vírus do Ébola.

Para realizar este grande e nobre empreendimento, teremos de ganhar a batalha da paz, que condiciona, seguramente, a nossa vitória sobre a pobreza. Os congolese compreenderam isso depois de terem sofrido na pele os dolorosos acontecimentos que todos conhecemos. Foi preciso conduzir uma luta tenaz contra a desunião sob a chefia clarividente do Presidente Denis Sassou Nguesso para voltar a encontrar o glorioso caminho da esperança.

No quadro da saúde para todos, além dos nossos esforços nacionais e regionais, saberemos sempre contar com o apoio dos nossos parceiros do desenvolvimento. Que as instituições do sistema das Nações Unidas, as agências de cooperação bilateral e multilateral, as organizações não-governamentais internacionais, encontrem aqui a expressão da nossa profunda gratidão pela ajuda e assistência que sob várias formas nos foram dispensadas.

Senhoras e Senhores Delegados,

O processo de implementação da Estratégia de Saúde Para Todos no Século XXI, adoptada na Assembleia Mundial da Saúde em 1998, está a decorrer bem, graças aos esforços de todos.

No decurso do presente Comité Regional, além da actualização das áreas de acção prioritárias, da adopção do Programa-Geral de Trabalho e da procura de recursos para a Organização, tereis igualmente de eleger o próximo Director Regional da OMS para África. Se for mal gerido, este momento pode ser muito delicado. Pelo contrário, se for bem gerido, poderá constituir um traço de união salutar para a Organização, longe das divisões que muitas vezes, caracterizam este tipo de empreendimentos. O Presidente Denis Sassou Nguesso conta com o vosso sentido do dever, para privilegiar o interesse colectivo e dar à Organização um candidato de consenso e que assuma com eficácia, no futuro, os destinos da Organização.

Seja como for, qualquer fracasso seria da responsabilidade do Dr. Ebrahim Malick Samba, que recusou suceder a si próprio, para nosso grande pesar. De facto, durante toda a sua carreira, o Dr. Samba deu a imagem de um profissional competente, a imagem de um homem de dever que brilhou através de uma liderança eficaz. Em nome do Presidente Denis Sassou Nguesso gostaria, mais uma vez, de lhe prestar homenagem e expressar o nosso profundo reconhecimento pelos preciosos serviços prestados à Organização.

Em nome do Presidente Denis Sassou Nguesso, desejo-vos os maiores êxitos nos vossos trabalhos e declaro aberta a Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional da OMS para África.

Muito obrigado.

DISCURSO DO DR. JONG-WOOK LEE
DIRECTOR-GERAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

Senhor Presidente,
Ilustres Ministros,
Distintos Representantes,
Colegas,

Sinto-me muito feliz por estar hoje convosco nesta sessão do Comité Regional Africano. Algum do mais importante trabalho que se produz no mundo, na área da saúde, deve-se a pessoas desta Região; neste lugar, e durante esta semana, serão tomadas decisões-chave para o apoio a esse trabalho.

Estou certo de que todos pensais, de modo especial, na decisão sobre quem deverá suceder ao Dr. Samba. É uma escolha de grande responsabilidade e não duvido que lhe dedicareis toda a sabedoria e capacidade de julgamento que ela exige. O novo Director Regional assumirá uma tarefa difícil, num momento crítico da vida desta Região, e necessitará de todo o nosso apoio incondicional.

Esta é a última sessão do Comité Regional em que o Dr. Samba participa, na qualidade de Director Regional, e iremos sentir grandemente a sua falta. Gostaria de aproveitar esta oportunidade para o felicitar e para lhe agradecer a sua firme liderança, o seu dinamismo e os notáveis êxitos que conheceu, no controlo da oncocercose e em muitas outras áreas. Dr. Samba, vai ser muito difícil suceder-lhe no posto. Queira, por favor, aceitar os nossos mais calorosos agradecimentos pelo passado e os melhores votos para o futuro.

Princípios orientadores

Segurança, equidade e unidade – eis os princípios orientadores da nossa acção na área da saúde, tanto na Região Africana como no resto do mundo. A segurança na saúde significa protecção contra a pobreza, as deslocações, a doença, a incapacidade e a morte prematura. A construção e manutenção dessa segurança significa dar resposta às urgentes carências e aos perigos com que nos confrontamos. Face aos conflitos e epidemias que assolam tantas partes deste continente, a segurança assume, em África, uma prioridade especialmente elevada. A equidade tem sido o princípio fundamental da OMS, logo desde o início, como vem consignado na nossa Constituição. Ela deve ser agora fortemente solidificada, num momento em que se tornam cada vez mais visíveis as disparidades entre comunidades, nações e continentes. A unidade é indispensável a uma acção eficaz, exigindo-nos que actuemos, mais

do que nunca, em íntima colaboração com os nossos parceiros. A nova União Africana veio renovar-nos a esperança e as forças, na luta para conseguirmos a unidade em África. Nos próximos meses, teremos de nos esforçar para agir em sinergia com ela, com a NEPAD e com outras iniciativas oriundas das comunidades económicas regionais.

Precisamos igualmente de um realismo absoluto, para traduzirmos os princípios na prática. Devemos garantir que dispomos dos meios necessários para o nosso trabalho. Por isso, começarei pelo tema dos recursos.

Projecto de Orçamento

No decorrer desta sessão, discutireis o projecto de Orçamento-Programa para 2006-2007 e gostaria de chamar a vossa atenção para alguns aspectos importantes deste orçamento. Em primeiro lugar, ele decorre da nossa experiência na elaboração de um exercício orçamental com base nos resultados. Em segundo lugar, reflecte as prioridades definidas pelos Estados-Membros nas resoluções da última Assembleia Mundial da Saúde, e foi elaborado a partir de consultas entre a Sede, o Escritório Regional e as Representações nos países. Em terceiro lugar, reforça e acelera o processo de descentralização que iniciei no ano findo. Notareis que propõe um aumento geral de 12,8%, que será, na totalidade, afectado aos países e às Regiões.

Face às suas necessidades específicas, a Região Africana beneficia do maior aumento, no valor de 143 milhões de dólares americanos. Este aumento vem acompanhado de medidas que garantem a máxima eficácia no uso dos recursos. São medidas que visam delegar responsabilidades e, ao mesmo tempo, manter os mais altos níveis de transparência e responsabilização. A nossa capacidade de mobilizar recursos adicionais só aumentará na medida em que continuarmos a demonstrar capacidade para os usar de modo eficaz e responsável, na procura da saúde no mundo.

As anteriores projecções do crescimento orçamental foram acompanhadas pela generosidade dos nossos doadores, o que nos permitiu alcançar os resultados face aos quais nos tínhamos comprometido. Continuamos a propor um aumento no financiamento voluntário, para o próximo ano. Mas as actividades essenciais não podem ficar na total dependência da generosidade. Assim, proponho um aumento de 9% nas contribuições dos Estados-Membros.

Este aumento corresponde a uma quebra da prática de crescimento zero nos orçamentos das agências das Nações Unidas, adoptada há alguns anos, a qual tem vindo a transformar a OMS numa organização que depende, sobretudo, de contribuições voluntárias. Presentemente, o Orçamento Ordinário, com base nas contribuições dos países, representa apenas 30% do total das despesas da OMS. Se a actual tendência se mantivesse, o seu valor seria de somente 17%, em 2015.

Para formular e executar uma política mundial bem equilibrada, é necessário um orçamento ordinário substantivo. Foi por isso que as Nações Unidas e as suas agências especializadas foram concebidas como organizações multilaterais, com um sistema equitativo de contributos e de tomada de decisões.

Programa de trabalho

O problema do orçamento adquire carácter de urgência no contexto do nosso Programa-Geral de Trabalho para 2006-2015, o qual define objectivos a longo prazo. Ambos estes pontos – o Orçamento Programa e o Programa-Geral de Trabalho – constarão da ordem do dia da próxima reunião do Conselho Executivo, em Janeiro.

As vossas intervenções nesta sessão do Comité Regional representarão um contributo essencial para aquela discussão. Peço que cada um se sinta livre de exprimir o que pensa, para que o o orçamento reflecta cabalmente as vossas opiniões e necessidades.

Regulamentações Sanitárias Internacionais

Em relação à segurança na saúde, os grandes surtos de doenças continuam a surgir como ameaças, nesta Região como em todo o mundo. A revisão do Regulamentações Sanitárias Internacionais beneficiou de um elevado nível de contributos por parte dos Estados-Membros, através das consultas regionais.

O próximo passo será obter consenso quanto à revisão, no Grupo de Trabalho Intergovernamental, que reunirá de 1 a 12 de Novembro próximo, no Palácio das Nações, em Genebra.

No próximo mês estará disponível um projecto, que será o documento de trabalho. Se conseguirmos progredir ao ritmo actual, as regulamentações revistas poderão ser aprovadas na Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2005. A participação, tão grande quanto possível, dos Estados-Membros nas discussões do Grupo de Trabalho será a nossa maior garantia de sucesso.

O desafio, a prazo mais alargado, consistirá em assegurar a obediência às regulamentações revistas. Isso exigirá um forte empenhamento no seio dos países, com o necessário investimento em sistemas de alerta e resposta rápidas.

Centro Estratégico de Informação Sanitária

As actividades serão apoiadas pelo Centro Estratégico de Informação Sanitária – o «observatório da situação» da saúde, recentemente criado na Sede, que já está plenamente funcional. Recorrendo à tecnologia mais actualizada, permite-nos responder rapidamente aos sinais mais precoces de surtos ou outras urgências sanitárias, fazendo circular a informação necessária e organizando acções eficazes para os conter.

Os escritórios regionais e as representações da OMS nos países são uma componente vital deste sistema, como se tem comprovado com a sua excelente resposta a recentes situações de emergência. Temos ultimamente assistido a respostas coordenadas e oportunas aos surtos do Ébola, na África Central, da febre de Lassa, na África Ocidental, e da gripe das aves, em vários países asiáticos. No entanto, ainda estamos na fase inicial da construção de um sistema mundial adequado de alerta e resposta, que envolverá não só as nossas informações recolhidas a nível central e regional, mas também parceiros como a Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surtos e muitos centros de colaboração, de áreas de competência pertinentes.

Brevemente, enviaremos aos Estados-Membros mais esclarecimentos sobre o modo como se podem ligar aos nossos centros de informação no Observatório da Situação, para terem acesso à informação disponível e para a completar.

Neste continente, milhões de pessoas vivem em circunstâncias extremamente difíceis. Esse é especialmente o caso dos que são apanhados no horror de uma crise humanitária. No mês passado, visitei Darfur, no Sudão, e deparei-me com alguns dos desafios esmagadores que os profissionais da saúde ali enfrentam, idênticos aos do Chade. Impressionou-me o trabalho do nosso pessoal nacional e internacional e o modo como tentavam reduzir o sofrimento das pessoas e garantir a sua sobrevivência.

Em outros numerosos locais de conflito e áreas de catástrofe desta Região, as populações sofrem carências terríveis, fora dos holofotes da comunicação social. Nessas áreas, a nossa acção imediata consistirá em salvar e manter vidas. Mas a responsabilidade especial da OMS consiste em fazê-lo, instalando serviços essenciais de saúde para longo prazo.

HIV e SIDA

A inequidade é a razão de base para muitos dos perigos e inseguranças com que nos deparamos, no mundo de hoje. A falta de acesso ao tratamento da SIDA continua a ser um exemplo clamoroso, tanto de insegurança como de inequidade. Mas já está em curso uma acção numa escala sem precedentes, para combater essa injustiça. Na Conferência Internacional sobre a SIDA, em Bangcoque, em Julho último, houve extensos debates sobre os métodos de prevenção e de tratamento, sendo total o acordo quanto à necessidade de ambos.

Sabemos que a prevenção auxilia o tratamento e vice-versa, devendo ser integrados de modo abrangente.

Somadas todas as fontes, conseguiram-se cerca de 20 mil milhões de dólares para a prevenção e os cuidados integrados da SIDA, ao longo dos próximos cinco anos. Ao mesmo tempo, o preço dos medicamentos continua a baixar, com os medicamentos de regime triplo a atingirem um preço de 140 dólares, por ano e por pessoa. Actualmente, o tratamento do HIV está, como nunca, ao alcance financeiro de mais países e de mais pessoas.

Restam enormes dificuldades logísticas e técnicas, mas há sinais de que também elas vão cedendo perante os persistentes esforços dos nossos numerosos parceiros que perseguem a meta “3 by 5”, a nível nacional e internacional.

Doze países já definiram, para 2005, a meta de conseguir tratar 50%, ou mais, das pessoas carenciadas e dez destes países encontram-se nesta Região. Estão já disponíveis directivas para tratamento de alta qualidade, recorrendo a regimes normalizados e a uma monitorização clínica simplificada. Criámos também sistemas de monitorização e formação que garantem a qualidade do tratamento e que aumentam a participação de enfermeiros e de profissionais comunitários, na prestação de cuidados e de apoio. Cinquenta e seis países solicitaram à OMS apoio técnico para intensificarem o tratamento e nós estamos a apoiá-los activamente. Esperamos colocar no terreno, pelo menos, vinte funcionários nacionais da estratégia “3 by 5”, até ao fim do ano, aumentando grandemente a nossa eficácia.

O reforço das capacidades dos recursos humanos é um dos nossos desafios mais prementes, não só para o apoio ao tratamento do HIV, mas para todo o sector da saúde. Isso significa reter, formar e colocar profissionais dos cuidados de saúde e apoiar mais pessoas, na sua luta contra o HIV/SIDA, incluindo aquelas que vivem com a doença.

O próprio objectivo “3 by 5” causou grande discussão. O que há cerca de um ano, pareceu a muitos uma ideia demasiado ambiciosa, representa agora um forte compromisso assumido por muitos países, muitas organizações e muitas pessoas. Especular-se agora se vamos cumprir o prazo, é não captar a ideia principal. No que respeita ao tratamento da SIDA, o essencial é o mesmo que para outras situações de emergência: fazer o que for humanamente possível para salvar vidas e reduzir o perigo, no menor período de tempo possível.

A Iniciativa ajudou a chamar a atenção do mundo para a gestão desta emergência e galvanizou as acções no seio da nossa própria organização. Não devemos abrandar os nossos esforços para atingir o objectivo do tratamento e para acelerar a prevenção do HIV/SIDA, para além de Dezembro de 2005.

Estou empenhado em continuar a mobilizar todos os recursos humanos e materiais à nossa disposição para vos apoiar neste aspecto. Este não é apenas um objectivo da OMS, é comum a muitas organizações e muitas pessoas que actuam a vários níveis, desde o local ao internacional, as quais sabem como é absolutamente necessária uma acção eficaz face a esta emergência.

Outros desafios da saúde

Relativamente a outras campanhas, a erradicação da polio está agora em suspenso. A re-infecção de 12 países livres da polio em África, mostra os extraordinários progressos realizados, mas também a sua fragilidade. As campanhas sincronizadas em 22 países, que se irão iniciar agora na primeira semana de Outubro, devem atingir cerca de 74 milhões de crianças para, desta forma, repor a campanha de erradicação no bom caminho. Este esforço, que irá proteger o enorme investimento efectuado, tem o apoio e merece os melhores votos de todo o mundo.

A dracunculose está próxima da erradicação e apenas seis países em África permanecem endémicos no que respeita à lepra. É essencial mantermos esses esforços, até que o trabalho esteja concluído.

Os progressos realizados para a consecução dos objectivos de Abuja relativos ao paludismo têm sido menores, mas estão a ser desenvolvidos grandes esforços para alterar esta situação, num futuro próximo. O maior acesso das pessoas a mosquiteiros tratados com insecticida, a adopção generalizada de regimes de tratamento eficazes com base na terapia de associação do artesunate pode levar a grandes progressos na luta contra o paludismo – uma doença que, neste continente, ainda mata anualmente um milhão de pessoas, principalmente crianças.

O acesso universal a serviços de saúde adequados é o principal objectivo do nosso trabalho, mas constitui apenas uma parte do que é necessário para promover a saúde para todos. Como podemos ver no caso do HIV/SIDA, do paludismo e da tuberculose isso é, por si só, um enorme desafio. Mas a saúde também depende, em significativa medida, de factores sociais como o ambiente, a educação e o emprego.

O conhecimento da forma como estes factores afectam a saúde permite-nos objectivar as nossas actividades, para obtermos os melhores resultados possíveis. Para reunir e consolidar os dados necessários à formulação de políticas eficazes, que possibilitem maior equidade, a Comissão para as Determinantes Sociais da Saúde irá começar o seu trabalho em Dezembro. As contribuições a nível dos países e da Região serão indispensáveis para este esforço, e eu estimulo cada um de vós a contribuir para o trabalho da Comissão.

A Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica, cujo objectivo é também lutar contra as

determinantes sociais e económicas da saúde, está no bom caminho para se reforçar. Nesta Região, foi ratificada pelo Quénia, Maurícias e Seychelles. Exorto-vos a seguirem este excelente exemplo, para que a Convenção possa cumprir o seu grande potencial de salvar vidas.

Os dados produzidos pela investigação têm constituído a chave para o reconhecimento público destes problemas e para a procura das respectivas soluções. A Cimeira Ministerial sobre Investigação na Saúde, a realizar-se no México, em Novembro, irá tentar fazer o mesmo, em relação a outros factores causadores de doenças, especialmente os que estão a bloquear o caminho para as Metas de Desenvolvimento do Milénio. Além disso, a Conferência Mundial para a Promoção da Saúde terá lugar em Bangcoque, em Agosto de 2005, e terá como tema as Políticas e Parcerias para a Acção.

A unidade é a chave para se conseguir a segurança e a igualdade de que o mundo actualmente tão desesperadamente necessita.

Nos meses que se seguem, a saúde materna e dos recém-nascidos irá oferecer oportunidades especiais para a sua consecução, especialmente nesta Região. Actualmente, a África é a única Região onde o número de mães que morrem durante o parto está a aumentar. O risco de mortalidade materna ao longo do ciclo de vida na Região Africana está agora estimada em um para 16. Na América do Norte, está estimada em um para 3500 e, na Ásia, em um para 100.

Um grande número de organizações-chave combinaram esforços para alterar esta situação. O seu primeiro passo, no início deste ano, foi elaborar um roteiro para a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio para a saúde materna e infantil. O Relatório sobre a Saúde no Mundo e o Dia Mundial da Saúde para 2005 incidirá neste tema. Estamos a trabalhar intimamente com os nosso colegas da UNICEF, FNUAP, da Parceria por uma Maternidade Segura e outras organizações.

Esta atenção é reforçada pelas nossas estratégias de cooperação específicas com os países, que têm como objectivo primeiro, reforçar os sistemas de saúde. A AFRO está a liderar o caminho no desenvolvimento desta estratégia de cooperação, com quase todos os países da Região a participarem muito activamente. Isso demonstra a forma como cada programa e cada nível de actividade pode contribuir para as metas nacionais de desenvolvimento, através de um orçamento e de um plano da OMS no país. Este facto está a dar um forte sentido de orientação ao nosso trabalho nesta Região e no exterior. É essa, exactamente, a tendência que precisamos de criar hoje, à medida que ajustamos os nossos programas e os nossos orçamentos para dar resposta às crescentes exigências que nos são feitas.

O próprio Comité Regional tem constituído um meio poderoso de criar e manter a unidade entre os Estados-Membros Africanos, ao longo dos anos. Os problemas de saúde não têm respeito pelas fronteiras nacionais, e as formas de os resolver devem também ultrapassar essas fronteiras. A solidariedade é a chave para o controlo das doenças, especialmente para as doenças associadas à pobreza.

Este Comité tem decisões muito importantes a tomar durante esta reunião. A saúde de muitas pessoas depende dos resultados das vossas discussões. Em seu nome, desejo-vos os maiores êxitos.

Muito obrigado.

**ALOCUÇÃO DA SRA. ELISABETH TANKEU,
COMISSÁRIA DO COMÉRCIO E DA INDÚSTRIA,
DA UNIÃO AFRICANA**

Senhor Presidente da sessão,
Senhor Dr. Jong-Wook Lee, Director-Geral da OMS,
Excelentíssimas Senhoras e Senhores Ministros,
Senhor Dr. Ebrahim Malick Samba, Director Regional da OMS para a África,
Ilustres Delegados,
Senhoras e Senhores:

Sinto-me particularmente honrada por participar nesta sessão do Comité Regional da OMS em Brazzaville, República do Congo, na minha qualidade de Comissária da União Africana.

Seja-me permitido, antes de mais, cumprir o dever de transmitir as calorosas saudações do Professor Alpha Omar Konaré, Presidente da Comissão da União Africana. Ele quis associar a esta saudação os seus votos de pleno sucesso dos trabalhos do Comité, a fim de que a África possa progressivamente libertar-se dos males que a minam e possa também recuperar uma saúde física e mental, que lhe garantam um maior empenho na dura batalha contra a pobreza.

Em seguida, gostaria de vos apresentar as desculpas sinceras de minha colega, Senhora Bience Ganawas, que deveria representar a Comissão da União Africana nesta sessão, na sua qualidade de Comissária dos Assuntos Sociais. Acontece que esta sessão do Comité Regional da OMS tem lugar na véspera da Cimeira Extraordinária sobre o Emprego e a Redução da Pobreza, que se realizará em Ouagadougou, Burkina Faso, de 3 a 9 de Setembro de 2004. O cumprimento das suas obrigações retiram-lhe o prazer de assistir aos trabalhos desta importante reunião regional.

Minhas Senhoras e Meus Senhores,

Antes de fazer a apresentação dos pontos da estratégia sanitária, mapeados pela Comissão da União Africana, no quadro do seu plano quadrienal para 2004-2007, é necessário que eu cumpra outro dever que me cabe, não menos importante, que é o de transmitir as felicitações da Comissão da União Africana ao Dr. Ebrahim Samba.

Como todos sabeis, o Dr. Ebrahim Malick Samba empenhou-se profundamente, com competência, devoção e paixão, num esforço para mudar o estado da saúde. Graças a ele, estas questões deixaram de ser preocupações marginais, para se inscreverem no âmbito da abordagem global do desenvolvimento socioeconómico de África.

Durante longos anos, o Dr. Samba tem vindo a estimular os Estados-Membros para procederem às reformas das suas políticas de saúde, no quadro de uma abordagem integrada e multidimensional, com a finalidade de garantir às populações africanas a melhoria do seu nível de saúde. Para sustentar os esforços da reforma dos Estados-Membros, o Dr. Samba conseguiu obter um aumento nos recursos disponíveis para o Escritório Regional Africano da OMS.

Dr. Ebrahim Samba, toda a África vos diz “obrigada”, um agradecimento vibrante pelo elevado sentido do dever, no que respeita ao conjunto das prestações de que o continente beneficiou, da vossa parte. Desejo-vos as maiores felicidades futuras e estou convencida de que continuareis a intensificar os vossos esforços, em prol da promoção da saúde, onde quer que estejais.

Não posso deixar de lembrar que a herança que nos deixais, em termos de visão estratégica, competência e sabedoria, continuará a brilhar como uma luz a iluminar para sempre o caminho de África, em direcção a uma melhor saúde.

Minhas Senhoras e Meus Senhores,

Não tenho qualquer dúvida acerca da competência daquele ou daquela que virá a suceder ao Dr. Samba, no reforço das realizações e na continuidade do desenvolvimento da saúde em África, nomeadamente por meio da mobilização dos recursos destinados a um maior controlo das causas de morbilidade e mortalidade.

Com estas palavras, gostaria de chamar a atenção para o facto de o êxito duradouro das reformas da saúde depender de vários factores, como a vontade política, um planeamento eficiente e eficaz, assim como uma óptima utilização dos recursos disponíveis, para apenas citar alguns.

Minhas Senhoras e Meus Senhores,

A OMS foi a primeira de todas as instituições das Nações Unidas a celebrar um acordo de cooperação com a OUA, em 1969. Durante as duas últimas décadas, a OMS foi o mais sólido suporte dos programas de saúde da OUA/UA, tanto ao nível nacional como continental.

Na lógica desta tradição de parceria, esta colaboração precisa de ser consolidada, reforçada e aprofundada, no quadro do Renascimento da África do Século XXI, traduzido na visão assumida pela UA e pelo programa NEPAD.

Neste contexto, a Comissão da União Africana aprecia o justo valor da disponibilidade da OMS, ao tomar em consideração as necessidades desta Comissão e dos Estados-Membros, sob o olhar vigilante do Sr. A. N. Correia, Representante da OMS junto da União Africana e da Comissão Económica das Nações Unidas para África.

Ao evocar esta boa cooperação OMS/UA, gostaria de vos transmitir quanto me é agradável trabalhar com o Sr. Correia, um homem de acção, dotado de uma extraordinária capacidade para ouvir os outros. O princípio básico que tem guiado a sua acção é o de que os Estados devem assumir mais a paternidade dos programas nacionais de saúde, limitando-se a OMS a oferecer apenas o seu apoio.

Foi o Sr. Correia que, muito antes de 1996, propôs a abertura de um gabinete para os assuntos sociais e de saúde, em cada uma das comunidades económicas regionais, cujas preocupações, até então, estavam exclusivamente dominadas pelas questões de natureza económica. A frutuosa cooperação que se estabeleceu entre a OMS e a UA fica a dever-se à actuação do Sr. Correia, pelos esforços que fez nesse sentido. Senhor Correia, peço que aceite os parabéns da Comissão da UA pela sua actuação extremamente positiva.

Minhas Senhoras e Meus Senhores,

É do vosso conhecimento que a transição da OUA para União Africana se encontra em fase de consolidação e, sendo assim, a sua arquitectura institucional está a ser progressivamente realizada. Nesta perspectiva, depois da criação da Comissão, através da eleição dos Comissários em Julho de 2003, em Maputo, foi lançado o Parlamento Pan-Africano, em Março de 2004. O Conselho para a Paz e a Solidariedade ficou operacional a partir de Maio de 2004; outras instituições, como o Tribunal Africano de Justiça e o Banco Central Africano, não tardarão a ver a luz do dia.

A Cimeira de Chefes de Estado adoptou, no mês de Julho, o plano estratégico da União, que deverá servir de orientação a todos os Estados, às populações e a todas as instituições africanas especializadas que trabalham para a sua integração. A partir de agora, este plano estratégico é sustentado pelo plano de acção quadrienal para 2004-2007.

Um dos programas prioritários deste plano de acção é a promoção do acesso aos medicamentos, por parte de todas as populações. Entre as prioridades, contam-se igualmente a promoção do fundo para a medicina tradicional, o controlo das causas de morbilidade e de mortalidade e o reforço do envolvimento das populações na gestão dos problemas de saúde.

Estes objectivos serão prosseguidos através das seguintes acções:

- lançamento de uma iniciativa sólida relativa, por um lado, aos medicamentos genéricos e, por outro, ao início do programa de investigação e desenvolvimento da medicina tradicional, tendo por finalidade sensibilizar e mobilizar todos os intervenientes para a criação, em África, de unidades de produção de medicamentos genéricos;
- implementação das disposições da Declaração e Plano de Acção de Abuja 2000, sobre Fazer Recuar o Paludismo, e das disposições da Declaração e Plano de Acção sobre o HIV/SIDA, a tuberculose e outras doenças infecciosas, disposições essas que foram reconfirmadas em Maputo, em 2003;
- desenvolvimento de um sistema de saúde eficaz, como pré-requisito para uma prestação eficaz dos serviços de saúde;
- elaboração de uma estratégia holística da União Africana sobre o HIV/SIDA, que inclua a promoção dos três domínios preconizados pela ONUSIDA;
- advocacia em favor do fabrico, aos níveis nacional e regional, de mosquiteiros impregnados, que possam ser disponibilizados a preços comportáveis;
- apoio à criação de sistemas de vigilância das principais patologias que assolam a África.

Para concretizar todas estas atividades, a Comissão da UA procura reforçar as suas relações com os parceiros a todos os níveis: internacional, regional e nacional. Essas parcerias deverão igualmente envolver as bases comunitárias, através das organizações da sociedade civil e das ONG, cujo papel para a viabilidade e apropriação dos programas de saúde é insubstituível. Além disso, os Ministros da Saúde, em colaboração com a OMS, deverão

assumir um papel de liderança, nomeadamente na formulação das necessidades e na identificação das vias e meios para satisfazer essas necessidades.

Com efeito, o reforço das diferentes parcerias sustentáveis, na área da saúde, com relevo para a relação entre os dados macroeconómicos e a problemática da saúde, revestir-se-á de uma enorme importância para os esforços de redução da pobreza no continente. Estamos todos convidados a desempenhar cada um o seu papel, para que a África possa não apenas garantir a sobrevivência, mas, sobretudo, ocupar o seu lugar neste mundo marcado por uma globalização irreversível.

No âmbito dos preparativos da próxima sessão da Conferência dos Ministros da Saúde da União Africana, em Gaborone, em Setembro de 2005, a Comissão da União Africana lança um premente apelo a todos os Estados-Membros, no sentido de intensificarem os seus esforços para a erradicação da poliomielite e a luta contra o HIV/SIDA, o paludismo e outras doenças que constituem graves ameaças ao desenvolvimento de África.

Agradeço a atenção que me dispensaram e desejo-vos os maiores êxitos nos vossos trabalhos.

ANEXO 11

DISCURSO DO DR. SALEH MECKY, MINISTRO DA SAÚDE DA ERITREIA, PRESIDENTE DA 54ª SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL AFRICANO DA OMS

Senhor Director do Programa,
Senhor orador convidado,
Senhor Director-Geral da OMS, Dr. Jong-Wook Lee,
Senhor Director Regional da OMS, Dr. Ebrahim M. Samba,
Senhores Representantes da União Africana,
Senhora Presidente da 53ª sessão do Comité Regional e Ministra da Saúde da África do Sul,
Dra. Mantombazana Tshabalala-Msimang,
Ilustres Ministros da Saúde da Região Africana da OMS,
Excelentíssimos Membros do Corpo Diplomático,
Distintos Delegados,
Senhoras e Senhores:

Seja-me permitido começar por agradecer aos meus colegas, Ministros da Saúde dos Estados-Membros da Região Africana, que confiaram na minha capacidade para dirigir os trabalhos da 54ª sessão do Comité Regional, na qualidade de seu Presidente.

Desejo também cumprimentar a Dra. Mantombazana Tshabalala-Msimang, Ministra da Saúde da África do Sul e Presidente da 53ª sessão do Comité Regional Africano da OMS, pela sua excelente liderança e talento exemplar.

Senhoras e Senhores,

É minha honra e privilégio dar-vos as boas-vindas a Brazzaville, na República do Congo, sede do Escritório Regional Africano, que presentemente acolhe a Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional Africano da OMS. Como é sabido, esta sessão assume um significado especial, por ser o momento de escolher o novo Director Regional, a quem caberá o ónus de dirigir a nossa querida organização nos próximos cinco anos.

É um facto que a comunidade internacional em geral, e a nossa Região em particular, se deparam, na actual conjuntura, com tempos especialmente difíceis. A todos nós são exigidas competências e perspicácia em altíssimo grau, se quisermos vencer os desafios resultantes das sempre renovadas exigências do serviço de saúde pública e das nossas populações, da aparente falta de recursos e das extraordinárias capacidades e perspicácia necessárias, com que nos deparamos.

Como o relatório do Director Regional refere, muito foi conseguido na última década. No entanto, a nossa experiência colectiva inculca-nos a ideia de que o sucesso de uma qualquer área parece suscitar novas exigências noutra área, neste ambiente sempre em mutação, que é o da saúde.

Senhoras e Senhores,

É importante referir que o fardo da falta de saúde e da doença continua inaceitável e alarmantemente elevado, a despeito dos esforços dos Estados-Membros, do Escritório Regional e dos nossos parceiros para o desenvolvimento sanitário. É também importante sublinhar que a instabilidade política, os conflitos civis e as situações de emergência agravam ainda mais a situação na Região. Mantém-se o duplo fardo das doenças transmissíveis e não-transmissíveis. As mais problemáticas – apesar de medidas recentes para o seu controlo – são a elevada prevalência do HIV/SIDA, tuberculose e paludismo, continuamente a despojar as nossas populações, minando a economia e pressionando até ao máximo os meios de que dispomos. A prevalência e incidência das doenças não-transmissíveis e dos factores de risco relacionados com o estilo de vida, a falta de acesso a água potável e saneamento adequado, a falta de segurança dos alimentos e as frequentes emergências, naturais ou devidas ao homem, representam grandes obstáculos à prossecução das metas de desenvolvimento do milénio.

Assim, a menos que se congreguem esforços a nível regional e internacional, estes problemas continuarão a influenciar negativamente a saúde das populações do continente, com elevada morbidade e mortalidade materna, dos recém-nascidos e das crianças.

Resumindo, seja-me permitido partilhar convosco este ponto de vista: há três importantes áreas de intervenção, nas quais a nossa Organização pode assumir um papel decisivo, fazendo a diferença na luta contra estes problemas, nos anos futuros. São as seguintes:

A primeira área consiste em estimular a coordenação das políticas, a afectação dos recursos e a cooperação entre os Estados-Membros, no seu esforço para melhorarem os serviços de saúde pública em toda a Região. Há muitas razões objectivas que nos têm impedido de trabalhar em equipa, para um propósito comum: instabilidade política no seio dos estados; inúmeros conflitos inter-estados; e as inevitáveis particularidades e idiossincrasias, que afectam muitos dos nossos países. No entanto, a prossecução do bem comum saberá ultrapassar esses obstáculos; pode até mesmo resolver alguns deles. O nosso Escritório Regional foi criado precisamente para resolver essas questões problemáticas e podemos evocar com orgulho alguns esforços bem sucedidos nestas áreas como, por exemplo, a Declaração de Alma-Ata e o Programa de Erradicação da Poliomielite.

Cabe a cada Estado-Membro a responsabilidade de se dedicar ao bem comum, tanto na formulação como na implementação das suas actividades. Também o Escritório Regional tem a responsabilidade de nos interpelar a todos para coordenar políticas, partilhar experiências e recursos e cooperar com todos, ao serviço das populações da Região.

A segunda área de intervenção consiste em dedicar atenção e concentrar esforços nas poucas prioridades consensualmente seleccionadas, de entre os inúmeros desafios que enfrentamos. É óbvio que cada Estado-Membro deverá assumir o seu papel na luta contra estes obstáculos, de modo a atingir as metas que para si mesmo definiu. Tentar resolver todos, ou a maioria dos problemas de saúde, a curto prazo, é auto-destruidor e resulta em frustração. No entanto, a Iniciativa Fazer Recuar o Paludismo, formulada pela Sede da OMS e implementada na nossa Região, é um dos poucos exemplos onde esforços concertados no combate a uma ameaça comum estão a dar resultados mensuráveis. O empenhamento do Director-Geral da OMS, Dr. Jong-wook Lee, no tratamento do HIV/SIDA (Iniciativa 3 by 5) e no apoio às pessoas afectadas pela infecção, é outro bom exemplo de uma liderança que desafia os Estados-Membros da Organização a unirem esforços para o bem comum. Ao contrário de certos argumentos, esta não é uma actividade de âmbito limitado, que passa ao lado dos grandes problemas da saúde. Na realidade, estes esforços dirigidos orientam as nossas actividades para um resultado mensurável, estimulam relações de trabalho entre os Estados-Membros e geram a estrutura organizativa, a experiência e as competências necessárias para o combate a outros problemas que temos de enfrentar nos nossos países.

A terceira área de intervenção é a previsão do futuro na área da saúde pública. SARS, Ébola e HIV/SIDA mostraram-nos a capacidade que ocorrências inesperadas podem ter para destruir as actividades planeadas, exigindo o máximo dos nossos recursos para lhes darmos resposta e protegermos os cidadãos. A frequência com que ocorrem demonstrou que ignorar essas calamidades acarretará consequências muito graves. Assim, é prudente que a Região crie mecanismos de preparação e resposta, com os financiamentos necessários, para uma reacção rápida e eficaz às situações de emergência.

Senhoras e Senhores,

Mais do que em qualquer outra época passada, as populações da Região acham-se progressivamente confrontadas com novas doenças emergentes, ao mesmo tempo que lutam para travar os problemas antigos, num ambiente onde os recursos são escassos. Mas também é verdade que as nossas comunidades são dotadas de uma forte propensão para o humanitarismo e estão predispostas para a acção comunitária. Assim, compete a quem detém a autoridade orientar essas capacidades naturais, com vista à planificação e implementação de programas bem sucedidos que sejam pertinentes, realistas e compatíveis com os nossos meios, de modo a evitar um excesso de dependência externa.

Auto-responsabilização, interdependência de programas regionais, metas realistas que reflectam a realidade no terreno, participação significativa de todas as comunidades e uma implementação eficaz de projectos publicamente assumidos, eis um conjunto de condições que darão resultados tangíveis.

Concluindo: No decurso da última década, a Região fez muito para melhorar o nível da saúde das populações africanas. Contudo, não devemos ser complacentes face a esses sucessos que ainda são limitados, se pensarmos nos perigos que ameaçam a Região.

Senhoras e Senhores,

Aproveito esta oportunidade para agradecer ao Dr. Ebrahim M. Samba o seu extraordinário contributo, durante o exercício como Director Regional. Um dos sucessos que este continente melhor recordará é o seu empenho pessoal na iniciativa da erradicação da poliomielite. A sua liderança entusiástica, excelente e sem preconceitos é um bom exemplo para quem lhe suceder. Em vosso nome, desejo-lhe os maiores sucessos na luta que o espera.

Muito obrigado pela vossa atenção.

ANEXO 12

PROJECTO DE ORDEM DO DIA PROVISÓRIA DA 55ª 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
5. Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes
6. Actividades da OMS na Região Africana em 2004: Relatório Anual do Director Regional
 - 6.1 Execução do Orçamento-Programa para 2004-2005
 - 6.2 Relatório dos progressos sobre resoluções específicas:
 - a) Eliminação da lepra na Região Africana
 - b) Programa Regional para a tuberculose
 - c) Estratégia Regional para as acções humanitárias e de emergência
 - d) Vigilância epidemiológica integrada das doenças: Estratégia Regional para as doenças transmissíveis
 - e) Estratégia Regional sobre vacinação para o período de 2003-2005
 - f) Saúde e ambiente: Estratégia para a Região Africana
 - g) Pobreza e saúde: Estratégia para a Região Africana
 - h) Desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde: Acelerar a implementação da estratégia regional
 - i) Migração de profissionais de saúde qualificados
 - j) Macroeconomia e saúde: Perspectivas futuras na Região Africana
 - k) Higiene dos alimentos e saúde: Análise da situação e perspectivas

- l) Intensificação das intervenções contra o HIV/SIDA, Tuberculose e Paludismo na Região Africana da OMS
 - m) Implementação da Iniciativa “3 by 5” na Região Africana
 - n) Implementação da estratégia regional contra o paludismo na Região Africana
 - o) Erradicação da poliomielite
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 Incidências regionais das ordens do dia da 117ª sessão do Conselho Executivo, da 59ª sessão da Assembleia Mundial da Saúde e da 56ª sessão do Comité Regional
 - 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
8. Relatório do Subcomité do Programa
- 8.1 Quadro de referência para a implementação do Orçamento-Programa para 2006-2007 na Região Africana
 - 8.2 Estratégias de cooperação com os países: Lições aprendidas e seguimento
 - 8.3 Consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde: Análise da situação e perspectivas na Região Africana
 - 8.4 Produção local de medicamentos essenciais, incluindo de anti-retrovirais: Questões, desafios e perspectivas na Região Africana
 - 8.5 Estratégia regional para a luta contra a Tripanossomíase Humana Africana
 - 8.6 Doenças cardiovasculares na Região Africana: Situação actual e perspectivas
 - 8.7 Convenção internacional contra a clonagem de seres humanos: Definição de uma posição africana

- 8.8 Implementação da Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica (FCTC)
- 9. Mesas-Redondas
 - 9.1 Prevenção do HIV/SIDA na Região Africana
 - 9.2 Desigualdades na saúde: Motivo de preocupação na Região Africana
- 10. Relatório das Mesas-Redondas
- 11. Datas e locais das 56ª e 57ª sessões do Comité Regional
- 12. Decisões processuais
- 13. Aprovação do relatório do Comité Regional
- 14. Encerramento da 55ª sessão do Comité Regional

LISTA DOS DOCUMENTOS

Referência	Título
AFR/RC54/1	- Ordem do dia provisória da Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional
AFR/RC54/1 Add.1 Rev. 1	- Programa de trabalho do Comité Regional
AFR/RC54/2	- Actividades da OMS na Região Africana em 2002-2003: Relatório bienal do Director Regional
AFR/RC54/3	- Projecto de Orçamento-Programa para 2006-2007
AFR/RC54/4	- Décimo-primeiro Programa-Geral de Trabalho
AFR/RC54/6	- Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo.
AFR/RC54/7	- Ordens do dia da 115ª sessão do Conselho Executivo, da 58ª sessão da Assembleia Mundial da Saúde e da 55ª sessão do Comité Regional
AFR/RC54/8	- Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
AFR/RC54/10	- Relatório do Subcomité do Programa
AFR/RC54/11 Rev.1	- Reposicionamento do planeamento familiar nos serviços de saúde reprodutiva: Quadro estratégico para uma acção acelerada 2005-2014
AFR/RC54/12 Rev. 1	- Intervenções prioritárias para o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária

- AFR/RC54/13 Rev.1 - Saúde e segurança ocupacional na Região Africana: Análise da situação e perspectivas.
- AFR/RC54/14 Rev. 1 - Melhorar o acesso aos cuidados e ao tratamento do HIV/SIDA na Região Africana: A iniciativa “3 by 5” e para além desta.
- AFR/RC54/15 Rev. 1 - Abuso sexual de crianças: Uma urgência sanitária silenciosa
- AFR/RC54/RT/1 - Situação nutricional na Região Africana: Análise e perspectivas
- AFR/RC54/16 - Relatório da Mesa-Redonda
- AFR/RC54/17 - Decisões processuais
- AFR/RC54/18 - Datas e locais das 55ª e 56ª sessões do Comité Regional
- AFR/RC54/19 - Relatório final do Comité Regional
- AFR/RC54/20 - Lista dos participantes
- Decisão 1 - Constituição da Comissão de Designações.
- Decisão 2 - Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores.
- Decisão 3 - Constituição da Comissão de Verificação de Poderes
- Decisão 4 - Credenciais
- Decisão 5 - Substituição dos membros do Subcomité do Programa
- Decisão 6 - Ordem do dia provisória da Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional
- Decisão 7 - Ordem do dia da 115ª sessão do Conselho Executivo
- Decisão 8 - Designação dos Representantes da Região Africana para o Conselho Executivo.

- Decisão 9 - Método de trabalho e duração da 58ª Assembleia Mundial da Saúde
- Decisão 10 - Escolha dos temas das Mesas-Redondas para 2005
- Decisão 11 - Datas e locais da Quinquagésima-quinta e Quinquagésima-sexta sessões do Comité Regional
- Decisão 12 - Designação de representantes da Região Africana para a Comissão de Orientação e Coordenação do Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Reprodução Humana.
- Decisão 13 - Designação de representantes da Região Africana para o Conselho Executivo da Parceria Fazer Recuar o Paludismo
- AFR/RC54/R1 - Designação do Director Regional
- AFR/RC54/R2 - Reposicionamento do planeamento familiar nos serviços de saúde reprodutiva: Quadro estratégico para uma acção acelerada em 2005-2014
- AFR/RC54/R3 - Intervenções prioritárias para o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária.
- AFR/RC54/R4 - Saúde e segurança ocupacional na Região Africana: Análise e perspectivas
- AFR/RC54/R5 - Melhorar o acesso aos cuidados e ao tratamento do HIV/SIDA na Região Africana: A iniciativa "3 by 5" e para além desta
- AFR/RC54/R6 - Abuso sexual de crianças: Uma urgência sanitária silenciosa.
- AFR/RC54/R7 - Projecto de Orçamento-Programa para 2006-2007
- AFR/RC54/R8 - Lutar contra o ressurgimento da transmissão do poliovírus selvático na Região Africana

- AFR/RC54/R9 - Roteiro para acelerar a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde materna e dos recém-nascidos em África
- AFR/RC54/R10 - Manifestação de apreço ao Dr. Ebrahim Malick Samba
- AFR/RC54/R11 - Designação dos representantes da Região Africana no Conselho Executivo
- AFR/RC54/R12 - Moção de agradecimento
- AFR/RC54/INF.DOC/1 - Designação do Director Regional
- AFR/RC54/INF.DOC/2 - Eliminação da Lepra na Região Africana da OMS
- AFR/RC54/INF.DOC/3 - Eliminação da filaríase linfática na Região Africana da OMS
- AFR/RC54/INF.DOC/4 - Consulta Regional sobre as Regulamentações Sanitárias Internacionais revistas
- AFR/RC54/INF.DOC/5 - Lutar contra o ressurgimento da transmissão do poliovírus selvático na Região Africana
- AFR/RC54/INF.DOC/6 - Roteiro para acelerar a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde materna e dos recém-nascidos em África
- AFR/RC54/Conf.Doc/1 - Alocução do Dr. Alain Moka, Ministro da Saúde e da População da República do Congo
- AFR/RC54/Conf.Doc/2 - Alocução da Dra. Mantombazana Tshabalala-Msimang, Ministra da Saúde da África do Sul, Presidente da Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional Africano da OMS
- AFR/RC54/Conf.Doc/3 - Alocução do Sr. Isidore Mvouba, Ministro de Estado, encarregue da Coordenação da Acção Governamental e Ministro dos Transportes e da Privatização da República do Congo

- AFR/RC54/Conf.Doc/4 - Alocução do Dr. Jong-Wook Lee, Director-Geral da Organização Mundial de Saúde
- AFR/RC54/Conf.Doc/5 - Alocução da Sr^a Elisabeth Tankeu, Comissária do Comércio e da Indústria da União Africana
- AFR/RC54/Conf.Doc/6 - Alocução do Dr. Saleh Mecky, Ministro da Saúde da Eritreia, Presidente da Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional.
- AFR/RC54/INF/01 - Boletim de Informação da República do Congo