

Sexagésima sessão
do
Comité Regional Africano
da OMS

Malabo, República da Guiné Equatorial
30 de Agosto a 3 de Setembro de 2010

Relatório Final



**Organização
Mundial da Saúde**

ESCRITÓRIO REGIONAL **Africano**

Sexagésima sessão
do
Comité Regional Africano
da OMS

Malabo, República da Guiné Equatorial
30 de Agosto a 3 de Setembro de 2010

Relatório Final

Organização Mundial da Saúde
Escritório Regional Africano
Brazzaville 2010

AFR/RC60/21

© Escritório Regional Africano da OMS, 2010

As publicações da Organização Mundial da Saúde beneficiam da protecção prevista pelas disposições do Protocolo n.º 2 da Convenção Universal dos Direitos de Autor. Reservados todos os direitos. Cópias desta publicação podem ser obtidas na Unidade dos Serviços Linguísticos e de Publicações do Escritório Regional Africano da OMS, Caixa Postal 6, Brazzaville, República do Congo (Tel: +47 241 39100; Fax: +47 241 39507; E-mail: afrobooks@afro.who.int). Os pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir esta publicação, quer seja para venda ou para distribuição não comercial, devem ser enviados para o mesmo endereço.

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

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

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

Impresso na República do Congo

ÍNDICE

Página

SIGLAS.....	viii
-------------	------

PARTE I

DECISÕES PROCESSUAIS

Decisão 1:	Constituição da Comissão de Designações	1
Decisão 2:	Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores	1
Decisão 3:	Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes.....	2
Decisão 4:	Credenciais	3
Decisão 5:	Substituição dos Membros do Subcomité do Programa	3
Decisão 6:	Ordem do dia provisória da sexagésima primeira sessão do Comité Regional	3
Decisão 7:	Ordem do dia da centésima vigésima oitava sessão do Conselho Executivo	4
Decisão 8:	Designação dos Estados-Membros da Região Africana para o Conselho Executivo	4
Decisão 9:	Método de trabalho e duração da sexagésima quarta Assembleia Mundial da Saúde	5
Decisão 10:	Datas e locais da sexagésima primeira e sexagésima segunda sessões do Comité Regional	6
Decisão 11:	Designação dos representantes da Região Africana para o Programa Especial de Desenvolvimento em Investigação e Formação em Investigação sobre Reprodução Humana, Categoria 2 da Comissão de Política e Coordenação (PCC)	6
Decisão 12	Designação de representantes da Região Africana para o Programa Especial para a Investigação e Formação em Doenças Tropicais – Conselho Conjunto de Coordenação.....	7

Decisão 13	Designação de um Representante da Região Africana para exercer funções na Assembleia Geral da Parceria dos Países Europeus e em Desenvolvimento para os Ensaios Clínicos (EDCTP)	7
Decisão 14	Designação de um Grupo de Trabalho Consultivo de Peritos sobre Investigação e Desenvolvimento: Financiamento e Coordenação.....	7
RESOLUÇÕES		
AFR/RC60/R1	Estratégia para abordar os principais determinantes da saúde na Região Africana.....	8
AFR/RC60/R2	Redução do uso nocivo do álcool: Estratégia para a Região Africana.....	11
AFR/RC60/R3	Soluções de ciber saúde na Região Africana: contexto actual e perspectivas	14
AFR/RC60/R4	Estado actual da vacinação de rotina e da erradicação da poliomielite na Região Africana: problemas, desafios e acções propostas.....	17
AFR/RC60/R5	Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública	20
AFR/RC60/R6	Moção de agradecimento	21

PARTE II

RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL

	Parágrafos
SESSÃO DE ABERTURA.....	1-28
ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS.....	29-36
Constituição da Comissão de Designações.....	29
Observações iniciais do Presidente da quinquagésima nona sessão do Comité Regional	30-31

Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relatores.....	32
Aprovação da ordem do dia.....	33
Nomeação da Comissão de Verificação de Poderes.....	34-36
ALOCUÇÃO DA DIRECTORA-GERAL DA OMS.....	37-39
ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA EM 2008-2009: RELATÓRIO BIENAL DO DIRECTOR REGIONAL (documento AFR/RC60/2).....	40-59
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA: (documento AFR/RC60/15).....	60-151
ESTRATÉGIA PARA ABORDAR OS PRINCIPAIS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA (documento AFR/RC60/3).....	61-68
REDUÇÃO DO USO NOCIVO DO ÁLCOOL: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA DA OMS (documento AFR/RC60/4).....	69-75
ESTADO ACTUAL DA VACINAÇÃO DE ROTINA E DA ERRADICAÇÃO DA POLIOMIELITE NA REGIÃO AFRICANA: DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES (documento AFR/RC60/14).....	76-84
SOLUÇÕES DE CIBERSAÚDE NA REGIÃO AFRICANA: CONTEXTO ACTUAL E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC60/5).....	85-92
CANCRO DO COLO DO ÚTERO NA REGIÃO AFRICANA: SITUAÇÃO ACTUAL E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC60/6).....	93-100
REFORÇO DOS SISTEMAS DE SAÚDE: MELHORAR A PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE A NÍVEL DISTRITAL E A APROPRIAÇÃO E PARTICIPAÇÃO POR PARTE DAS COMUNIDADES (documento AFR/RC60/7).....	101-107
DREPANOCITOSE: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA DA OMS (documento AFR/RC60/8).....	108-114
TUBERCULOSE MULTIRESSISTENTE E TUBERCULOSE ULTRA-RESISTENTE NA REGIÃO AFRICANA: ANÁLISE DA SITUAÇÃO, DESAFIOS E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC60/10).....	115-121
CRISE FINANCEIRA MUNDIAL: IMPLICAÇÕES PARA O SECTOR DA SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA (documento AFR/RC60/12).....	122-128

EPIDEMIAS RECORRENTES NA REGIÃO AFRICANA DA OMS: ANÁLISE DA SITUAÇÃO, PREPARAÇÃO E RESPOSTA (documento AFR/RC60/9).....	129-134
PREPARAÇÃO E RESPOSTA A SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA NA REGIÃO AFRICANA: SITUAÇÃO ACTUAL E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC60/11).....	135-140
DOCUMENTO-QUADRO DO FUNDO AFRICANO PARA AS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA (documento AFR/RC60/13).....	141-151
DOCUMENTOS INFORMATIVOS.....	152
RELATÓRIO DO GRUPO DE ACÇÃO REGIONAL SOBRE PREVENÇÃO E CONTROLO DE PRODUTOS MÉDICOS DE QUALIDADE INFERIOR/ ADULTERADOS/COM RÓTULOS FALSOS/FALSIFICADOS/ CONTRAFEITOS NA REGIÃO AFRICANA DA OMS (documento AFR/RC60/16).....	153-165
ORÇAMENTO-PROGRAMA DA OMS PARA 2012-2013 (documento AFR/RC60/17).....	166-174
O FUTURO DO FINANCIAMENTO DA OMS (documento AFR/RC60/18).....	175-177
CORRELAÇÃO ENTRE OS TRABALHOS DO COMITÉ REGIONAL, DO CONSELHO EXECUTIVO E DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE (documento AFR/RC60/19).....	178-182
DATAS E LOCAIS DAS 61. ^a E 62. ^a SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC60/20).....	183-184
APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DA SEXAGÉSIMA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC60/21)	185
ENCERRAMENTO DA SEXAGÉSIMA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL.....	186-195
Moção de agradecimento.....	186
Observações de encerramento do Director Regional.....	187-190
Observações do Presidente e encerramento da reunião.....	191-195

PARTE III

ANEXOS

	Página
1. Lista dos participantes	79
2. Ordem do dia da 60. ^a sessão do Comité Regional	97
3. Programa de trabalho.....	99
4. Relatório do Subcomité do Programa (incluindo apêndices 1-3).....	105
5. Relatório da discussão em painel sobre o acesso universal aos cuidados obstétricos e neonatais de emergência	143
6. Discurso do Sr. Francisco Pascual Obama Asue, Ministro de Estado e da Saúde e do Bem-Estar Social da Guiné Equatorial.....	152
7. Alocução do Dr. Luis Gomes Sambo, Director Regional da OMS para África.....	156
8. Alocução do Sr. Oumar Konaré ex-Chefe de Estado do Mali e ex-Presidente da Comissão da União Africana.....	163
9. Discurso da Dr. ^a Margaret Chan, Directora-Geral da OMS.....	173
10. Discurso de Sua Excelência Obiang Nguema Mbasogo, Chefe de Estado da Guiné Equatorial e Presidente Fundador do PDGE.....	176
11. Discurso do Dr. Richard Sezibera, Ministro da Saúde da República do Ruanda e Presidente da quinquagésima nona Sessão do Comité Regional Africano da OMS.....	182
12. Ordem do dia provisória da 61. ^a sessão do Comité Regional	189
13. Lista dos documentos	191

Siglas

AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA)
APHEF	Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública
ARVs	Medicamentos anti-retrovirais
AU	União Africana (UA)
CARMMA	Campanha para Acelerar a Redução Mortalidade Materna em África
CEMAC	Comunidade Económica e Monetária da África Central
DOTS	Tratamento de curta duração por observação directa
DPT3	Vacina tríplice: Difteria, Tosse Convulsa, Tétano (três doses)
ECA	Comissão Económica para a África
EPR	Preparação e Resposta às Emergências
FGM	Mutilação Genital Feminina
GAVI	Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação
GDP	Produto Interno Bruto (PIB)
GIVS	Visão e Estratégia Mundial de Vacinação
GSM	Sistema Global de Gestão
HHA	Harmonização da Saúde em África
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)
HPV	Vírus do Papiloma Humano
HRH	Recursos Humanos para a Saúde
IAEA	Agência Internacional de Energia Atómica
ICT	Tecnologias de Informação e Comunicação
ICRC	Centro Internacional de Investigação sobre o Cancro
IMPACT	Equipa de Acção Internacional Anti-Contrafacção de Produtos Médicos
IRS	Pulverização Residual de Interiores
ISTs	Equipas de Apoio Interpaíses
ITU	União Internacional de Telecomunicações
MDGs	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
MDR	Multirresistente aos medicamentos (TB)
MTSP	Plano Estratégico a Médio Prazo
NMRAs	Autoridades Nacionais Reguladoras do Medicamento
PB	Orçamento-Programa
PHC	Cuidados de Saúde Primários (CSP)
PMTCT	Prevenção da transmissão vertical do VIH (PTVV)
RCM	Mecanismos de Coordenação Regional

RDT	Equipas dos Directores Regionais da ONU
RED	Chegar a Todos os Distritos
SCD	Drepanocitose
SHOC	Centro Estratégico de Operações Sanitárias
SO	Objectivo Estratégico (OE)
SIA	Actividades de Vacinação Suplementar
TB	Tuberculose
TWG	Grupo Técnico de Trabalho
UN	Nações Unidas
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para as Populações (FNUAP)
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	Organização Mundial da Saúde
WIPO	Organização Mundial da Propriedade Intelectual
XDR	Ultra-resistente aos medicamentos (TB)

PARTE I
DECISÕES PROCESSUAIS
E
RESOLUÇÕES

DECISÕES PROCESSUAIS E RESOLUÇÕES

Decisão n.º 1: Constituição da Comissão de Designações

O Comité Regional nomeou uma Comissão de Designações constituída pelos representantes dos seguintes 12 Estados-Membros: Argélia, Angola, Botsuana, República Centro-Africana, Chade, Comores, República Democrática do Congo, Gabão, Mali, Maurícias, Senegal e Seychelles.

A Comissão de Designações reuniu-se no dia 30 de Agosto de 2010. Estiveram presentes os delegados dos seguintes países: Angola, Botsuana, Chade, Comores, República Democrática do Congo, Gabão, Maurícias, Senegal e Seychelles.

A República Centro-Africana e o Mali não puderam participar na reunião. A Argélia também não, dado que não tinha sido informada com antecedência.

A Comissão elegeu para seu Presidente o Dr. José Vieira Van-Dunem, Ministro da Saúde de Angola.

Primeira sessão, 30 de Agosto de 2010

Decisão n.º 2: Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relatores

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

Presidente	Sr. Francisco Pascual Eyegue Obama Asue, Ministro de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social Guiné Equatorial
Primeiro Vice-Presidente	Professor Christian Chukwu Ministro da Saúde Nigéria

Segundo Vice-Presidente Sr. Modou Diagne Fada
Ministro da Saúde e da Prevenção
Senegal

Relatores: Dra. Toutfâ Boguena
Ministra da Saúde Pública
Chade (Francês)

Sra. Amina NurHussein
Ministra da Saúde
Eritreia (Inglês)

Dr. Basílio Mosso Ramos
Ministro de Estado da Saúde
Cabo Verde (Português)

Segunda sessão, 30 de Agosto de 2010

Decisão n.º 3: Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes

O Comité Regional nomeou uma Comissão de Verificação de Poderes, composta por representantes dos seguintes 12 Estados-Membros: Benim, Burkina Faso, Burundi, Guiné-Bissau, Libéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Suazilândia, Togo, Zâmbia e Zimbabwe.

A Comissão de Verificação de Poderes reuniu-se no dia 30 de Agosto de 2010, tendo estado presentes os seguintes Estados-Membros: Burkina Faso, Libéria, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Togo, Zâmbia e Zimbabwe.

A Comissão elegeu como Presidente o Dr. K. S. Daoh, Chefe da Delegação da Serra Leoa.

Segunda sessão, 30 de Agosto de 2010

Decisão n.º 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, Cabo Verde, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Comores, República do Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábue, tendo-as achado em conformidade com o Artigo 3.º do Regulamento Interno do Comité Regional Africano.

A Gâmbia não apresentou as suas credenciais.

Terceira sessão, 30 de Agosto de 2010

Decisão n.º 5: Substituição dos Membros do Subcomité do Programa

O mandato dos seguintes países no Subcomité do Programa cessará com o encerramento da 60.ª sessão do Comité Regional: Gâmbia, Gana, Guiné, Lesoto, Madagascar e Malawi.

Serão substituídos pelos seguintes países: Quênia, Mali, Mauritânia, Níger, Seychelles e África do Sul. Estes países juntar-se-ão assim à República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Guiné-Bissau, Maurícias, Moçambique, Namíbia e Libéria, cujo mandato cessará em 2011.

Oitava sessão, 1 de Setembro de 2010

Decisão n.º 6: Ordem do dia provisória da sexagésima primeira sessão do Comité Regional

O Comité Regional aprovou a ordem do dia provisória da sua sexagésima primeira sessão (vide anexo 12.).

Décima primeira sessão, 2 de Setembro de 2010

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

O Comité Regional tomou nota da ordem do dia provisória da centésima vigésima oitava sessão do Conselho Executivo.

Décima-primeira sessão, 2 de Setembro de 2010

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

- 1) De acordo com a Decisão 8 (3) da quinquagésima nona sessão do Comité Regional, Moçambique e Seychelles designaram um representante para o Conselho Executivo, com início na sua centésima vigésima sétima sessão, em Maio de 2010.
- 2) Os mandatos da Mauritânia (Sub-região I), Maurícias (Sub-região III), Níger (Sub-região I) e Uganda (Sub-região II) terminarão com o encerramento da sexagésima quarta Assembleia Mundial da Saúde. De acordo com as normas definidas na Decisão 8 da quinquagésima quarta sessão do Comité Regional, estes países serão substituídos por Nigéria (Sub-região I), Senegal (Sub-região I), Serra Leoa (Sub-região I) e Camarões (Subregião II).
- 3) A Nigéria, o Senegal, a Serra Leoa e os Camarões participarão na centésima vigésima oitava sessão do Conselho Executivo, após a sexagésima quarta Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2011, e deverão confirmar a disponibilidade da sua participação pelo menos 6 (seis) semanas antes da mesma.
- 4) A quinquagésima primeira Assembleia Mundial da Saúde decidiu, através da sua Resolução WHA51.26, que as pessoas designadas para o Conselho Executivo deveriam ser representantes dos governos, tecnicamente qualificados no domínio da saúde.

Décima primeira sessão, 2 de Setembro de 2010

Decisão nº 9: Método de trabalho e duração da sexagésima quarta Assembleia Mundial da Saúde

Vice-Presidente da Assembleia Mundial da Saúde

1) O presidente da sexagésima sessão do Comité Regional Africano será designado como Vice-Presidente da sexagésima quarta Assembleia Mundial da Saúde, a realizar em Maio de 2011.

Comissões Principais da Assembleia Mundial da Saúde

2) A Directora-Geral, em consulta com o Director Regional, decidirá, antes da sexagésima quarta Assembleia Mundial da Saúde, quais os delegados dos Estados-Membros da Região Africana que ocuparão efectivamente os cargos de:

- Presidente ou Vice-Presidente das Comissões Principais A ou B, conforme estabelecido
- Relatores das Comissões Principais

3) Com base na ordem alfabética da língua inglesa e agrupamento geográfico sub-regional, os seguintes Estados-Membros foram designados para a Comissão Geral: Botsuana, Eritreia, Etiópia, Gâmbia e Guiné.

4) Na mesma base, foram designados os seguintes Estados-Membros para a Comissão de Verificação de Poderes: Guiné-Bissau, Gabão e Malawi.

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

5) O Director Regional convocará igualmente uma reunião das delegações dos Estados-Membros da Região Africana à Assembleia Mundial da Saúde, no sábado, 14 de Maio de 2011, às 9h30, na sede da OMS em Genebra, para confirmar as decisões tomadas pelo Comité Regional na sua sexagésima sessão e debater os pontos da ordem do dia da sexagésima quarta Assembleia Mundial da Saúde de interesse específico para a Região Africana.

6) Durante a Assembleia Mundial da Saúde, efectuar-se-ão reuniões de coordenação dos delegados africanos, todas as manhãs das 8h00 às 9h00, no Palais des Nations, em Genebra.

Décima primeira sessão, 2 de Setembro de 2009

Decisão n.º 10: Datas e locais das sexagésimas primeira e segunda sessões do Comité Regional

De acordo com o seu Regulamento Interno, o Comité Regional decidiu realizar a sua sexagésima primeira sessão entre 29 de Agosto e 2 de Setembro de 2011, na Côte d'Ivoire, e a sua sexagésima segunda sessão entre 27 e 31 de Agosto de 2012, em Angola.

Décima segunda sessão, 2 de Setembro de 2010

Decisão n.º 11: Designação dos Representantes no Programa Especial de Desenvolvimento da Investigação e Formação em Investigação sobre Reprodução Humana, Categoria 2 da Comissão de Política e Coordenação (PCC)

O mandato do Gana na Comissão de Política e Coordenação do Programa Especial de Desenvolvimento da Investigação e Formação em Investigação sobre Reprodução Humana, Categoria 2 da Comissão de Política e Coordenação (PCC) cessará a 31 de Dezembro de 2010, sendo este país substituído pelo Quênia, por um período de três anos, a partir de 1 de Janeiro de 2011. O Quênia juntar-se-á à Etiópia, Guiné e Guiné-Bissau na Comissão de Política e Coordenação.

Décima terceira sessão, 4 de Setembro de 2010

Decisão nº 12: Programa Especial para a Investigação e Formação em Doenças
Tropicais – Conselho Conjunto de Coordenação

O mandato das Comores cessará a 31 de Dezembro de 2010. Segundo a ordem alfabética da língua inglesa, as Comores serão substituídas pela Côte d'Ivoire, por um período de 4 (quatro) anos, a partir de 1 de Janeiro de 2011. O outro membro da Região no Conselho Conjunto de Coordenação, tal como aprovado pelo Comité Regional, é a República do Congo.

Décima terceira sessão, 3 de Setembro de 2010

Decisão n.º 13: Designação de um Representante da Região Africana na
Assembleia-Geral da Parceria dos Países Europeus e em
Desenvolvimento para os Ensaio Clínicos (EDCTP)

A Parceria dos Países Europeus e em Desenvolvimento para os Ensaio Clínicos (EDCTP) visa desenvolver novas intervenções clínicas para lutar contra o VIH/SIDA, o paludismo e a tuberculose. Por forma a garantir uma maior participação africana nas decisões, apropriação e liderança em matéria de investigação, a Assembleia-Geral da EDCTP solicitou ao Comité Regional, por intermédio do Director Regional, que designasse representantes que se tornarão Membros Associados sem reponsabilidades. O mandato do Representante e do(a) seu(sua) Adjunto(a) na Assembleia-Geral da EDCTP terá início a 1 de Outubro de 2010, por um período de dois anos. O Comité Regional decidiu que o Gana e a Zâmbia designariam, respectivamente, o Representante e o Representante Adjunto para a Assembleia-Geral da EDCTP, por um período de dois anos.

Décima terceira sessão, 3 de Setembro de 2010

Decisão n.º 14: Designação do Grupo de Trabalho Consultivo de Peritos sobre
Investigação e Desenvolvimento: Financiamento e Coordenação

A sexagésima terceira Assembleia Mundial da Saúde solicitou à Directora-Geral que estabelecesse um Grupo de Trabalho Consultivo de Peritos sobre Investigação e Desenvolvimento. O Grupo de Trabalho, que está vocacionado para a obtenção de resultados e limitado no tempo, analisará a situação actual do financiamento e coordenação da investigação e do desenvolvimento, bem como propostas de novas e inovadoras fontes de financiamento, para estimular a investigação e o desenvolvimento. Na sequência de consultas com os países, o

Comité Regional decidiu que a África do Sul, Burundi, Quénia, Madagáscar, Malawi, Mauritânia, Senegal e Zimbabwe propoeriam, cada um deles, um representante para o Grupo de Trabalho. Nesta base, a Directora-Geral procederá à selecção e apresentará uma proposta à 128.^a sessão do Conselho Executivo.

Décima terceira sessão, 3 de Setembro de 2010

RESOLUÇÕES

AFR/RC60/R1: Estratégia para abordar os principais determinantes da saúde na Região Africana

Tendo analisado o documento intitulado “Estratégia para abordar os principais determinantes da saúde na Região Africana”;

Relembrando o relatório e as recomendações da Comissão da OMS sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CSDH);

Registando os apelos e compromissos a nível mundial e regional para reduzir as desigualdades na saúde, actuando sobre os factores de risco e seus determinantes, nomeadamente, a Carta de Banguécoque sobre Promoção da Saúde num Mundo Globalizado (2005); o Apelo de Nairobi para a Acção, para colmatar as lacunas da implementação (2009); e as Declarações de Ouagadougou e de Libreville;

Registando o consenso mundial através das Nações Unidas para atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio até 2015, e a preocupação pelos fracos progressos conseguidos até hoje por parte de muitos países da Região Africana para atingir esses objectivos;

Acolhendo, com agrado, a Resolução WHA62.18, que exige uma monitorização anual pela Assembleia Mundial da Saúde da consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde;

Tomando nota da Resolução WHA62.14 sobre “Reduzir as desigualdades na saúde através da acção sobre os determinantes sociais da saúde”, aprovada pela 62.^a Sessão da Assembleia Mundial da Saúde, em 2009;

Reconhecendo que as iniquidades e desigualdades existem dentro de cada país e entre os vários países da Região Africana e os factores estruturais incluem a

educação, o comércio, a globalização, as condições de trabalho e de emprego, a segurança alimentar, água e saneamento básico, os serviços de cuidados de saúde, a habitação, os rendimentos e a sua distribuição, o desordenamento da urbanização e a exclusão social;

Registando que a maioria destes determinantes da saúde estão enraizados em contextos políticos, económicos, sociais e ambientais, estando, portanto, ligados a uma boa governação e justiça social para todos, especialmente os pobres, as mulheres, as crianças e os idosos;

Manifestando receio de que a pobreza crescente, a crise financeira mundial, a gripe pandémica, a globalização e a urbanização poderão alargar ainda mais o fosso da desigualdade na saúde, através do seu impacto diferenciado sobre os grupos populacionais, resultando em mais mortes prematuras, incapacidades e doenças por causas evitáveis;

Reconhecendo os esforços exercidos individualmente pelos Estados-Membros da Região Africana para reduzir o fosso das desigualdades na saúde e os progressos feitos por alguns dos Estados-Membros;

Reconhecendo que as crescentes evidências sugerem a possibilidade de agir sobre o fosso da desigualdade e seus determinantes;

Notando a necessidade de os Estados-Membros integrarem a igualdade na saúde em todas as políticas e programas, de advogarem a redução do fosso da desigualdade através da acção sobre os determinantes da saúde e documentarem as evidências;

O Comité Regional,

1. APROVA a estratégia regional para abordar os principais determinantes da saúde na Região Africana, nos termos do documento AFR/RC60/3, e manifesta o seu apreço pelo trabalho realizado pelo Secretariado da OMS e pela Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde(CDSS);

2. EXORTA os Estados-Membros:

- a) a deliberarem sobre as recomendações do relatório da CDSS e a identificarem recomendações que sejam relevantes para os contextos dos países;
- b) a criarem liderança, políticas e estruturas nacionais sustentáveis, de coordenação da acção intersectorial, para abordar os determinantes da saúde em todos os grupos populacionais e nas condições prioritárias de saúde pública;
- c) a monitorizarem as tendências de equidade na saúde e a documentarem e divulgarem as conclusões para reforçar a implementação das políticas e programas para todas as condições prioritárias de saúde pública;
- d) a promoverem a investigação quantitativa e qualitativa, por forma a se compreender os factores que influenciam as tendências de equidade na saúde, incluindo o papel dos valores e crenças culturais;
- e) a criarem mecanismos institucionais nacionais para monitorizar a implementação da estratégia regional e documentar as conclusões.

3. SOLICITA ao Director Regional que:

- a) reforce o papel de liderança da OMS e dos ministérios da saúde de advocacia e de coordenação das acções intrassectoriais e intersectoriais, fornecendo orientações, políticas e estratégias para abordar os determinantes da saúde em todos os sectores e nas condições prioritárias de saúde pública;
- b) apoie os países a criarem sistemas de monitorização de rotina que incluam a recolha de dados desagregados e a análise da equidade na saúde;
- c) apoie a investigação nacional e regional sobre os factores de risco sociais, culturais e comportamentais e os determinantes que possam, eventualmente, influenciar os resultados na saúde;

- d) apoie os Estados-Membros a reforçar a capacitação dos indivíduos, famílias e comunidades, através do desenvolvimento da educação na esfera dos determinantes da saúde, no contexto da revitalização dos cuidados de saúde primários;
- e) apresente relatório à sexagésima segunda sessão do Comité Regional (2012), sobre os progressos efectuados na implementação desta resolução.

Terceira sessão, 31 de Agosto de 2010

AFR/RC60/R2: Redução do uso nocivo do álcool:
Estratégia para a Região Africana

Tendo examinado o documento intitulado “Redução do uso nocivo do álcool: Estratégia para a Região Africana da OMS”;

Lembrando as resoluções da Assembleia Mundial da Saúde WHA58.26, sobre os problemas de saúde pública causados pelo uso nocivo do álcool e WHA61.4, sobre estratégias para reduzir o uso nocivo do álcool; e a aprovação pela 63.^a Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2010, da estratégia global para reduzir o uso nocivo do álcool;

Tendo analisado o relatório do Director Regional sobre o “Uso nocivo do álcool na Região Africana da OMS: análise da situação e perspectivas” e sobre “Acções para reduzir o uso nocivo do álcool”, apresentadas, respectivamente, nas 57.^a e 58.^a sessões do Comité Regional Africano da OMS;

Reconhecendo que o fardo das doenças atribuíveis ao álcool está a aumentar na Região Africana e que os problemas de saúde pública relacionados com o consumo de álcool são substanciais e podem afectar negativamente outras pessoas, além dos consumidores;

Reconhecendo que uma percentagem significativa do álcool consumido na Região é produzido informalmente, podendo acarretar novos riscos para a saúde;

Preocupado com a crescente evidência da associação entre o consumo de álcool e comportamentos sexuais de alto risco e doenças infecciosas, como a tuberculose e o VIH/SIDA;

Notando a falta de sensibilização do público e o fraco grau de reconhecimento dos efeitos nocivos do álcool;

Consciente da necessidade de garantir a liderança dos governos para que possam proteger as populações em risco, os jovens e as pessoas afectadas pelo consumo nocivo de bebida por parte de outrem;

Notando que existem oportunidades para mobilizar as comunidades, o sector da saúde e os parceiros, a fim de melhorar a vigilância e conceber intervenções de base factual;

Consciente da necessidade de prever abordagens multisectoriais e de coordenação entre as principais agências, organizações e parceiros intervenientes,

O Comité Regional,

1. APROVA a Estratégia Regional para reduzir o uso nocivo do álcool na Região Africana da OMS, tal como proposta no documento AFR/RC60/4;
2. APELA aos Estados-Membros para que:
 - a) reconheçam o uso nocivo do álcool como um dos grandes problemas de saúde pública e lhe concedam prioridade nas suas agendas nacionais para a saúde, as questões sociais e o desenvolvimento;
 - b) formulem, reforcem e implementem políticas e intervenções nacionais de base factual, adoptando e fazendo cumprir as normas e a legislação necessárias nesta área;
 - c) mobilizem e garantam os recursos financeiros e humanos adequados à implementação das políticas nacionais do álcool e prevejam recorrer às receitas resultantes dos impostos sobre o álcool para apoiar a implementação desta Estratégia;
 - d) criem os necessários mecanismos de investigação, vigilância e monitorização para avaliar o desempenho na implementação da política do álcool e garantir uma notificação periódica ao Secretariado da OMS;
 - e) assegurem a coordenação intersectorial, através da criação de uma comissão intersectorial que congregue todos os sectores

governamentais, agências e organizações governamentais e não governamentais relevantes;

- f) sensibilizem as populações para os danos relacionados com o álcool e estimulem a mobilização e o envolvimento activo de todos os grupos sociais e económicos interessados em reduzir o uso nocivo do álcool.

3. SOLICITA ao Director Regional que:

- a) continue a apoiar e a dar prioridade à prevenção e redução do uso nocivo do álcool e a intensificar os esforços para mobilizar os recursos necessários à implementação desta Estratégia;
- b) dê apoio técnico aos Estados-Membros na criação e reforço de capacidade institucional para formular e implementar políticas e intervenções nacionais de base factual, para prevenção dos malefícios decorrentes do uso do álcool;
- c) preste apoio técnico aos Estados-Membros para integrarem intervenções de prevenção e tratamento do uso nocivo do álcool na abordagem dos cuidados de saúde primários e reforce as capacidades dos países para o tratamento, cuidados e apoio adequados às pessoas afectadas pelos distúrbios causados pelo uso nocivo do álcool e suas famílias;
- d) apoie a continuação da recolha e análise de dados sobre o consumo de álcool e as suas consequências para a sociedade e a saúde e reforce o sistema regional da OMS de informação sobre álcool e saúde;
- e) facilite a investigação e divulgação das melhores práticas entre os países africanos através de conferências e facilite a implementação da Estratégia, organizando uma rede regional de responsáveis dos países;
- f) elabore um plano de acção regional para a implementação desta Estratégia;
- g) organize consultas regionais abertas com representantes da indústria do álcool, do comércio, da agricultura e de outros sectores relevantes sobre a forma de contribuírem para a redução do uso nocivo do álcool;

- h) apresente de dois em dois anos, ao Comité Regional ou a fóruns internacionais, conforme adequado, um relatório dos progressos na implementação da estratégia regional.

Terceira sessão, 31 de Agosto de 2010

AFR/RC60/R3: Soluções de Cibersaúde na Região Africana:
Contexto actual e perspectivas

Tendo analisado o documento “Soluções de Cibersaúde na Região Africana: Contexto actual e perspectivas”;

Ciente do papel significativo que as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) podem desempenhar no reforço dos sistemas nacionais de saúde para acelerar os progressos no sentido da consecução dos ODM e melhorar os resultados na saúde da Região Africana;

Notando que a Cibersaúde pode melhorar a disponibilidade, qualidade e uso da informação e das evidências para as políticas e para a tomada de decisões, através do reforço dos sistemas de informação sanitária e dos sistemas de vigilância de saúde pública;

Notando ainda que o uso das TIC pode melhorar a eficiência dos serviços de saúde através de soluções como a utilização de Assistentes Pessoais Digitais no posto de atendimento médico, registos de saúde electrónicos, e outras aplicações que providenciam a facturação, marcação de consultas e acompanhamento de doentes, e o envio de receitas médicas por via electrónica que, em última análise, melhoram os cuidados de saúde;

Reconhecendo que as aplicações de TIC, através da telemedicina, podem contribuir para melhorar a equidade na saúde, ligando populações carenciadas em zonas rurais às unidades de saúde urbanas, com pessoal altamente qualificado e tecnologias médicas;

Ciente que as soluções de TIC podem contribuir para a formação e o desenvolvimento profissional do pessoal de saúde, através do ensino médico contínuo, utilizando programas de ciberensino orientados para o efeito, e ajudar a combater a crise nos Recursos Humanos para a Saúde;

Reconhecendo que a disseminação das TIC, incluindo a Internet e os telemóveis, oferece uma oportunidade para chegar ao público em casa, nas escolas e nos locais de trabalho com educação sanitária e informação promocional;

Lembrando a Resolução 58.28 da Assembleia Mundial da Saúde sobre Cibersaúde; a Resolução AFR/RC56/R8 do Comité Regional sobre Gestão dos Conhecimentos na Região Africana da OMS: Orientações Estratégicas; a Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: Alcançar uma Melhor Saúde para África no Novo Milénio; e a Declaração de Argel sobre a Redução da Lacuna do Conhecimento para Melhorar a Saúde de África;

Preocupado com o facto de que os rápidos avanços nas TIC tenham colocado os países sob intensa pressão do mercado para adoptar serviços associados às TIC, tornando necessário garantir que a introdução das TIC no sector da saúde seja motivada pelas necessidades dos países e por políticas adequadas, e não por pressões dos fabricantes de tecnologia;

Ciente de que os desafios fundamentais à implementação em larga escala de soluções de Cibersaúde incluem a “divisão digital”, falta de sensibilização para a Cibersaúde, falta de um ambiente favorável às políticas, fraca liderança e coordenação, recursos humanos e financeiros inadequados, fracas infra-estruturas e serviços de TIC no seio do sector da saúde, e fracos sistemas de monitorização e avaliação;

O Comité Regional,

1. APROVA o documento “Soluções de Cibersaúde na Região Africana: Contexto actual e perspectivas”;
2. EXORTA os Estados-Membros a:
 - a) promoverem o empenho político nacional e a sensibilização para a Cibersaúde, identificando e utilizando defensores para este fim, e a desenvolverem a capacidade do sector da saúde para negociar com os ministérios responsáveis pelas telecomunicações e outros ministérios relevantes e liderar o processo nacional de adopção da Cibersaúde;

- b) desenvolverem um ambiente político favorável, através da realização de avaliações das necessidades nacionais em matéria de Ciber saúde, formulando estratégias de políticas nacionais, normas e mecanismos de governação adequados, e elaborando planos estratégicos a longo prazo ou quadros para a Ciber saúde;
- c) reforçarem a liderança e a coordenação para a Ciber saúde e que ponderem a criação de mecanismos de apoio multidisciplinares e intersectoriais;
- d) criarem infra-estruturas e serviços para a Ciber saúde, incluindo ligações à Internet para as instituições de saúde e sítios Web para os ministérios da saúde, redes de área local e serviços de telemedicina, no âmbito dos seus ambientes específicos, assegurando a interoperacionalidade dos sistemas;
- e) desenvolverem, de forma sistemática, a capacidade humana para a Ciber saúde, introduzindo programas curriculares de TIC nas instituições de formação em saúde, incluindo a formação em Ciber saúde nos programas de educação contínua para os profissionais de saúde, e promovendo o uso dos programas de Ciber ensino para a educação profissional e para recrutar peritos em Ciber saúde;
- f) realizarem os investimentos necessários nas infra-estruturas e serviços de Ciber saúde no sector da saúde, recorrendo ao financiamento interno e externo, assegurando, simultaneamente, a integração das TIC em todos os processos orçamentais, para promover a sustentabilidade e incentivar o envolvimento do sector privado;
- g) criarem sistemas de monitorização e avaliação para medir os progressos na implementação dos planos estratégicos nacionais de Ciber saúde;

3. SOLICITA ao Director Regional que :

- a) facilite uma advocacia e coordenação de alto nível da acção dos parceiros, em colaboração com a União Africana e as comunidades económicas regionais, UN-ECA, União Internacional das Telecomunicações e instituições financeiras internacionais, para a mobilização adequada de recursos e cooperação técnica eficaz;

- b) preste apoio técnico aos Estados-Membros para a formulação de planos estratégicos nacionais de Ciber saúde e implementação das aplicações e soluções de Ciber saúde, incluindo orientações para as negociações com os vendedores de soluções de Ciber saúde;
- c) apoie os Estados-Membros a monitorizar os serviços de Ciber saúde e a documentar e partilhar experiências e melhores práticas;
- d) apresente um relatório à sexagésima segunda sessão do Comité Regional e, subsequentemente, de dois em dois anos, sobre os progressos na implementação desta resolução.

Quarta sessão, 31 de Agosto de 2010

AFR/RC60/R4: Estado actual da vacinação de rotina e da erradicação da poliomielite na Região Africana:
Problemas, desafios e acções propostas

Tendo analisado cuidadosamente o relatório de progressos do Director Regional sobre a situação actual da vacinação de rotina e da erradicação da poliomielite na Região Africana;

Reconhecendo os progressos substanciais conseguidos na melhoria da cobertura vacinal de rotina na Região Africana, no período de 2006-2009, mas verificando que um número significativamente elevado de crianças ainda não são abrangidas em cada ano e necessitam de ser vacinadas, caso se pretendam alcançar os objectivos globais e regionais definidos;

Receando que os progressos na cobertura regional dissimulem disparidades na cobertura vacinal, a nível nacional e subnacional;

Profundamente preocupado com o facto de os níveis actuais de financiamento nacional para a vacinação não conseguirem sustentar os progressos já conseguidos com as vacinas tradicionais, nem a introdução e intensificação do uso de novas vacinas, muito mais dispendiosas que as vacinas tradicionais;

Consciente de que os recentes progressos nas actividades de erradicação da poliomielite e de controlo do sarampo são frágeis e estão a ser afectadas, em vários países, por uma cobertura suboptimizada de vacinação de rotina a nível distrital;

Consciente de que a maximização do acesso e da utilização dos serviços de vacinação será conseguida através da expansão da implementação da abordagem Chegar a Todos os Distritos (RED) e de outras estratégias inovadoras;

Salientando a necessidade de todos os países se esforçarem por atingir o objectivo de desenvolvimento, internacionalmente acordado, de reduzir em dois terços, até 2015, a taxa de mortalidade de menores de cinco anos, contido na Declaração do Milénio das Nações Unidas;

Reafirmando o nosso compromisso de implementar várias resoluções sobre o Programa Alargado de Vacinação (PAV) adoptado em anos recentes, incluindo as Resoluções AFR/RC42/R4, AFR/RC43/R8, AFR/RC44/R7, AFR/RC45/R5, AFR/RC52/R2 e AFR/RC56/R1 sobre intervenções prioritárias para a aceleração do programa, com o fim de se atingirem os objectivos do PAV;

O Comité Regional,

1. ADOPTA o relatório do Director Regional (documento AFR/RC60/PSC/14) e aprova as acções propostas destinadas a reforçar a vacinação de rotina e a erradicação da poliomielite na Região Africana;
2. EXORTA os Estados-Membros a:
 - a) integrarem a vacinação na política nacional de saúde e no reforço dos sistemas de saúde, com intervenções de vacinação quantificadas e orçamentadas;
 - b) aumentarem o financiamento da vacinação, assegurando que o orçamento nacional afectado será efectivamente libertado, em montantes, adequados para as iniciativas de vacinação de rotina e de erradicação da poliomielite e controlo do sarampo;
 - c) reforçarem as capacidades institucionais, de recursos humanos e de gestão, especialmente aos níveis subnacionais;

- d) melhorarem a qualidade das actividades de vacinação suplementar e de rotina, através de um microplaneamento pormenorizado; fornecimento adequado de recursos humanos, financeiros e materiais; e a utilização dos ensinamentos colhidos da monitorização independente;
- e) intensificarem/expandirem as actividades de mobilização social, para alargar a sensibilização das comunidades, assim como a sua participação e apropriação;
- f) reforçarem a vigilância das doenças evitáveis pela vacinação a todos os níveis, assegurando uma vigilância activa e, pelo menos, uma supervisão formativa mensal, a nível operacional, assim como a melhoria dos processos de monitorização e avaliação;
- g) reforçar a investigação sobre vacinas, como forma de melhorar o entendimento e de aperfeiçoar estratégias para uma melhor prestação de serviços de vacinação;
- h) institucionalizar a Semana Anual Africana da Vacinação, para uma advocacia sustentada e uma melhor prestação de serviços de vacinação;

3. SOLICITA ao Director Regional que:

- a) continue a monitorizar a implementação de actividades rápidas de controlo das doenças, com especial ênfase para a erradicação da polio, a eliminação do tétano neonatal, o combate ao sarampo e à febre amarela e o reforço dos sistemas de vacinação de rotina;
- b) reforce a continuidade da colaboração com as agências internacionais e multilaterais, organizações de doadores e parceiros do PAV, para se unirem rumo aos objectivos de erradicação da polio e de uma cobertura alargada da vacinação na Região Africana;
- c) dê apoio técnico aos Estados-Membros e estabeleça a ligação com as comunidades económicas regionais, para a implementação da Semana Africana da Vacinação;

- d) apresente relatório, na próxima sessão do Comité Regional e seguintes, sobre os progressos regulares da implementação da resolução.

Terceira sessão, 31 de Agosto de 2010

AFR/RC60/R5: Fundo Africano para as
Emergências de Saúde Pública

Tendo analisado cuidadosamente o documento-quadro do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública (documento AFR/RC60/13);

Reconhecendo os recursos inadequados disponíveis aos Estados-Membros para combater as epidemias e outras emergências de saúde pública na Região Africana;

Profundamente preocupado com o facto da ocorrência contínua de epidemias e de outras emergências de saúde pública poder resultar num fardo humanitário e socioeconómico para os Estados-Membros;

Preocupado com o potencial impacto que a ocorrência contínua de epidemias e outras emergências de saúde pública possa ter sobre as populações vulneráveis na Região Africana, as quais já se encontram afectadas por múltiplas doenças e problemas de saúde;

Ciente da necessidade de complementar os esforços existentes dos governos e dos parceiros e promover a solidariedade entre os Estados-Membros para fazer face às epidemias recorrentes e a outras emergências de saúde pública;

Reconhecendo a função do Comité Regional, nos termos do Artigo 50.º f) da Constituição da OMS “para recomendar dotações adicionais por parte dos governos dos países das respectivas Regiões caso a percentagem do orçamento central da Organização afectada à Região seja insuficiente para executar as suas funções regionais”;

Reafirmando o seu compromisso para a implementação da Resolução AFR/RC59/R5, sobre o reforço da preparação e resposta aos surtos epidémicos na Região Africana;

O Comité Regional,

1. APROVA a criação do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública, à luz dos princípios estabelecidos no documento-quadro (APHEF);
2. EXORTA os Estados-Membros:
 - a) a garantirem o mais alto nível de apoio governamental para assegurar a continuidade de um correcto funcionamento do APHEF;
 - b) a continuarem a defender a sustentabilidade do APHEF, nos fóruns nacionais, sub-regionais e regionais;
3. SOLICITA ao Director Regional:
 - a) que convoque uma consulta técnica entre os ministros da saúde e das finanças dos Estados-Membros da AFRO, a União Africana, o Banco de Desenvolvimento Africano e as Comunidades Económicas Africanas, com vista a definir as modalidades de contribuições financeiras por país, os critérios de intervenção e de administração do Fundo;
 - b) que exerça advocacia junto dos Chefes de Estado e de governo, da União Africana e das comunidades económicas regionais, para garantir a continuidade das contribuições para o APHEF;
 - c) que apresente relatório à sexagésima primeira sessão do Comité Regional Africano e, a partir daí, numa base regular, sobre as operações do APHEF.

Sexta sessão, 1 de Setembro de 2010

AFR/RC60/R6: Moção de agradecimento

Considerando os imensos esforços envidados pelos Chefes de Estado, de Governo e da população da República da Guiné Equatorial para garantir o êxito da sexagésima sessão do Comité Regional Africano da OMS, realizado em Malabo, de 30 de Agosto a 3 de Setembro;

Prezando o acolhimento particularmente caloroso que o Governo e a população da República da Guiné Equatorial concedeu aos delegados;

O Comité Regional,

1. AGRADECE a Sua Excelência, o Senhor Obiang Nguema Mbasogo, Presidente da República da Guiné Equatorial as excelentes instalações que o seu país providenciou aos delegados e o inspirador e encorajador discurso que proferiu na cerimónia oficial de abertura;
2. EXPRESSA a sua sincera gratidão ao Governo e à população da República da Guiné Equatorial pela sua extraordinária hospitalidade;
3. Solicita ao Director Regional que transmita esta moção de agradecimento a Sua Excelência, o Senhor Obiang Nguema Mbasogo, Presidente da República da Guiné Equatorial.

Décima sessão, 3 de Setembro de 2010

PARTE II

RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL

SESSÃO DE ABERTURA

1. A 60.^a sessão do Comité Regional Africano da OMS foi oficialmente inaugurada no Palácio do Parlamento da União Económica e Monetária da África Central (CEMAC) em Malabo, Guiné Equatorial, na segunda-feira, 30 de Agosto de 2010, por Sua Excelência o Senhor Obiang Nguema Mbasogo, Presidente da República da Guiné Equatorial. Entre os presentes na cerimónia de abertura encontravam-se o ex-Chefe de Estado do Mali e ex-Presidente da Comissão da União Africana, Professor Alpha Omar Konaré; ministros da República da Guiné Equatorial; a Presidente da Câmara Municipal de Malabo; Ministros da Saúde e Chefes de Delegação dos Estados-Membros da Região Africana da OMS; um representante da Comissão da União Africana; a Directora-Geral da OMS, Dr.^a Margaret Chan; o Director Regional da OMS para a África, Dr. Luis Gomes Sambo; membros do corpo diplomático; e representantes de agências das Nações Unidas e de Organizações não Governamentais (ver a lista dos participantes no Anexo 1).

2. A Presidente da Câmara Municipal de Malabo, Senhora D. Maria Coloma Edjang Mbengono, deu as boas-vindas aos ministros da saúde e delegados. Agradeceu a Sua Excelência o Chefe de Estado pelos melhoramentos nas infra-estruturas da cidade de Malabo, bem como pela sua decisão de acolher o Comité Regional, e terminou desejando a todos os delegados sucesso nas deliberações.

3. Na sua alocução, o Ministro da Saúde e dos Assuntos Sociais da República da Guiné Equatorial, Sr. Francisco Pascual Obama Asue, informou os delegados de que os trabalhos de construção em curso visavam melhorar as infra-estruturas da cidade e investir para o futuro. O Ministro referiu que, embora a Guiné Equatorial fosse o único país de língua oficial espanhola no continente, isso não afectara a sua integração na Região, tendo apelado a uma união regional mais íntima, a despeito das diversidades étnicas e culturais. Apelou às nações africanas para que assumam os seus destinos, invistam na saúde das populações e dediquem mais atenção ao desenvolvimento educacional e infra-estrutural.

4. O Director Regional da OMS para a África, Dr. Luis Gomes Sambo, agradeceu a hospitalidade do Presidente e do povo da Guiné Equatorial, por terem acolhido o Comité Regional num edifício tão magnífico. Louvou o Presidente pelos seus esforços em prol do desenvolvimento socioeconómico da República da Guiné Equatorial. Saudou também o ex-Chefe de Estado do Mali e ex-Presidente da

Comissão da União Africana, Professor Alpha Omar Konaré, que se dignou aceitar o seu convite para participar no Comité Regional.

5. O Director Regional referiu que, com o apoio dos parceiros para o desenvolvimento, os governos dos países africanos tinham conseguido grandes progressos na área da saúde pública. No entanto, o nível de progresso atingido não era suficiente para a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) até 2015. Em grandes camadas das populações, a situação da saúde viu-se agravada pela pobreza, o acesso limitado a água potável, a falta de saneamento e a insuficiente segurança alimentar.

6. O Dr. Sambo afirmou que, no contexto da crise financeira internacional, os cortes nos orçamentos teriam impacto negativo nos sistemas de saúde, pondo em causa o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde. Reafirmou a existência de conhecimentos, políticas e estratégias adequadas, para muitos países africanos, a diferença entre a esperança e a realidade residiria na implementação de Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário, plenamente apoiados pela mobilização e uso judicioso de recursos internos e externos. Apelou à intensificação das melhores práticas nos programas da saúde, à actualização das políticas nacionais de saúde recorrendo aos dados mais recentes e à implementação das medidas prioritárias identificadas nos planos estratégicos nacionais para a saúde. Estes planos deveriam guiar as actividades dos intervenientes e dos parceiros para o desenvolvimento.

7. O Director Regional elogiou os esforços de numerosos Estados-Membros nas reformas do sector da saúde e sublinhou a necessidade de reforçar a colaboração intersectorial e de empenhar as autoridades locais na melhoria do desempenho dos sistemas de saúde, a nível local. Afirmou que as despesas com a saúde são um investimento no desenvolvimento socioeconómico duradouro dos países. Salientou que, embora as despesas com a saúde tenham aumentado no seu todo, desde 2001, somente cinco países tinham atingido a meta de Abuja, de afectar 15% do orçamento nacional ao sector da saúde. Reiterou a necessidade de os Estados-Membros aumentarem as dotações orçamentais para o sector da saúde e criarem mecanismos sustentáveis de protecção social.

8. O Dr. Sambo informou os delegados de que a Região Africana da OMS estava a braços com um significativo défice orçamental, afectando a implementação de programas prioritários. Nessas condições, a Organização teria de reduzir o número

de peritos, daí resultando uma menor capacidade de resposta aos pedidos dos países.

9. O Director Regional referiu-se também à criação de um Fundo Africano para as Emergências de Saúde, em conformidade com as deliberações da quinquagésima nona sessão do Comité Regional. O Dr. Sambo informou que tinha contactado todos os Chefes de Estado com essa finalidade, a fim de promover o Fundo com o apoio do Banco Africano de Desenvolvimento.

10. O Director Regional lembrou que a Região Africana tem as maiores percentagens de mortes maternas e de crianças e que se encontra longe de atingir os ODM relacionados. Aliás, apenas cinco países se encontram no bom caminho para atingir o ODM 4, a despeito dos progressos realizados na área da vacinação infantil. Louvou os esforços envidados no sentido da erradicação da poliomielite, sobretudo na Nigéria e no Chade.

11. O Dr. Sambo anunciou que a OMS acabara de pré-qualificar uma nova vacina contra a meningite cerebrospinal epidémica. A vacina é o resultado de uma parceria público-privada entre a OMS e o Programa para a Tecnologia Adequada em Saúde. Espera-se que a vacina, cujo lançamento oficial terá lugar em Dezembro de 2010, reduza o impacto negativo que a meningite epidémica tem em milhares de famílias.

12. O Director Regional informou que, com o apoio dos parceiros, os Estados-Membros tinham feitos progressos significativos na prevenção e tratamento do VIH/SIDA. Embora as tendências recentes mostrem uma estabilização e redução da prevalência do VIH em alguns países, os Estados-Membros devem continuar vigilantes, dar prioridade à prevenção e afectar os recursos adequados.

13. O Dr. Sambo lembrou que as Nações Unidas tinham declarado o período entre 2001 e 2010 como a Década para Fazer Recuar o Paludismo. Durante a década, ocorreram reduções no fardo do paludismo. No que toca à tuberculose, foi necessário vigiar cuidadosamente o desenvolvimento de resistência aos fármacos e melhorar a gestão dos serviços de terapêutica de curta duração sob observação directa (DOTS). O Dr. Sambo reconheceu o importante papel desempenhado pelo Fundo Mundial de Luta Contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo.

14. O Director Regional elogiou o Governo e o povo da Guiné Equatorial pelo êxito obtido na prevenção e controlo da oncocercose e pela eliminação do vector na Ilha de Bioko, o que possibilitou o retomar das actividades agro-económicas pelas comunidades locais.

15. O Dr. Sambo indicou que a Região Africana estava confrontada com um fardo elevado de doenças crónicas e riscos associados, tais como consumo excessivo de álcool, tabagismo, falta de exercício físico e maus hábitos alimentares. Indicou ainda que havia problemas associados à contrafacção de medicamentos, uma questão que requer uma abordagem vigorosa na Região.

16. A concluir a sua intervenção, o Dr. Sambo agradeceu aos delegados o seu apoio e a confiança em si depositada ao concederem-lhe um segundo mandato como Director Regional. Informou os delegados de que, inspirado no 11.º Programa Geral de Trabalho da OMS, nas Estratégias de Cooperação com os Países e em consulta com a Directora-Geral da OMS, propusera novas Orientações Estratégicas para a OMS no período 2010-2015. As Orientações Estratégicas centram-se na liderança da OMS; reforço dos sistemas de saúde; saúde das mães e das crianças; acções aceleradas para o VIH/SIDA, tuberculose e paludismo; prevenção e controlo das doenças transmissíveis e não transmissíveis; e em acelerar a resposta aos determinantes da saúde.

17. Agradeceu ainda aos Directores Regionais das Agências das Nações Unidas e à liderança prestada pela União Africana, particularmente na recente declaração dos Chefes de Estado sobre saúde materna e infantil, durante a sua última cimeira realizada em Kampala.

18. Na sua alocução, o ex-Chefe de Estado do Mali e ex-Presidente da União Africana, o Professor Alpha Omar Konaré agradeceu ao Governo e ao povo da Guiné Equatorial a sua hospitalidade, e ao Director Regional da OMS para África pelo convite. Salientou a importância do papel dos ministros da saúde para a melhoria da saúde das populações africanas.

19. O Professor Konaré lembrou os progressos significativos realizados na luta contra o VIH/SIDA, paludismo, dracunculose, lepra e outras doenças. Expressou a necessidade de se partilharem as melhores práticas entre os países, de modo a continuar as melhorias a partir dos progressos alcançados. Recordou também as várias declarações e resoluções dos países, incluindo a Declaração de Abuja. Apelou à implementação plena desses compromissos, à sua monitorização e à notificação de dificuldades encontradas durante o processo.

20. O Professor Konaré destacou os desafios relacionados com demografia; financiamento; formação de profissionais de saúde, incluindo a fuga de cérebros; ambiente; uso de novas tecnologias, medicamentos e fármacos; e a liderança e a governação. Reiterou a necessidade de se criar um Fundo Africano para as

Emergências de Saúde Pública. Apelou à harmonização dos esforços de todos os parceiros e elogiou a boa parceria entre a União Africana e o Escritório Regional Africano da OMS na abordagem aos problemas da saúde em África. Apelou ainda às comunidades económicas regionais para criarem quadros definidos para a sua acção e harmonizarem as suas políticas de saúde e para estabelecerem uma plataforma para discussão e harmonização de soluções para os problemas de saúde.

21. O Professor Konaré reiterou a importância da liderança e da governação, afirmando que uma forte liderança e uma boa governação são essenciais para a mudança. Lançou um apelo aos líderes africanos para que assumam as suas responsabilidades e mostrem solidariedade entre os países africanos. Apelou aos parceiros do desenvolvimento e aos doadores para assegurarem uma melhor coordenação e alinharem o seu apoio às prioridades dos países. Apelou ainda à criação de programas que abordem as necessidades dos idosos.

22. No seu discurso, a Dr.^a Margaret Chan, Directora-Geral da OMS, reiterou o seu compromisso para a melhoria da saúde das populações africanas. Elogiou a União Africana pela declaração feita durante a Cimeira da UA, em Agosto de 2010, que promovia a acção na saúde materna, neonatal e infantil em África até 2015, assim como a ênfase dada pela União Africana à necessidade de se melhorar a mobilização dos recursos internos, incluindo a meta de Abuja de 15%, e o compromisso para a eliminação da transmissão vertical do VIH.

23. A Dr.^a Chan manifestou o seu apreço pelo trabalho desenvolvido pelo Director Regional da OMS para África, Dr. Luis Gomes Sambo e pela Região Africana da OMS. Elogiou o Director Regional pelo novo documento denominado Alcançar um Desenvolvimento Sanitário Sustentável na Região Africana da OMS para 2010-2015. Indicou que o documento contemplava uma visão estratégica para se atingir um desenvolvimento sanitário sustentável. O documento expressa um forte empenho em atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. A Dr.^a Chan expressou a disponibilidade para utilizar todo o potencial da Organização no apoio à implementação das Orientações Estratégicas.

24. A Directora-Geral informou os delegados que, na sequência da sua declaração, em 10 de Agosto de 2010, do final da pandemia da gripe H1N1, havia ainda alguns países em certas partes do mundo que eram considerados pontos críticos. Relembrou de que forma, através da liderança da OMS, se manteve a solidariedade mundial, que levou à distribuição de medicamentos e vacinas antivirais. Elogiou os ministros da saúde pela liderança demonstrada durante a pandemia, especialmente

os esforços empreendidos para evitar situações de pânico. A Dr.^a Chan lembrou os delegados que, embora a pandemia tivesse acabado, o vírus não tinha desaparecido. Aconselhou os Estados-Membros a manterem a sua vigilância. Apelou à solidariedade entre os países para o controlo das pandemias.

25. A sexagésima sessão do Comité Regional foi aberta pelo Presidente da República da Guiné Equatorial, Sua Excelência o Senhor Obiang Nguema Mbasogo. Agradeceu à OMS por ter aceitado o seu convite de realizar a reunião na Guiné Equatorial e pelos esforços que tem desenvolvido para dar resposta aos problemas de saúde a nível mundial. Desejou aos delegados uma estada agradável e uma reunião muito produtiva. O Presidente relembrou que esta sessão do Comité Regional estava a ter lugar numa altura em que os países se preparavam para a próxima sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas, sobre os ODM, em Setembro de 2010. Observou que poucos progressos tinham sido feitos em muitos países, que estavam a enfrentar dificuldades relacionadas com recursos humanos e financeiros inadequados e outros estrangulamentos dos sistemas de saúde. Realçou a necessidade de reforçar a implementação dos cuidados de saúde primários, em harmonia com a Declaração de Ouagadougou.

26. O Presidente informou os delegados de que o seu país estava a apoiar a investigação científica e que tinha ajudado a UNESCO a criar um prémio internacional nesta área. Referiu que o seu país tinha informado a União Africana da prontidão com que a Guiné Equatorial tinha aceite acolher o Observatório Africano para a Ciência e a Tecnologia. Apelou aos países africanos para que investissem na investigação, de forma a melhorarem as capacidades nacionais para combaterem as doenças e a usarem as tecnologias mais recentes.

27. O Presidente referiu que, apesar dos resultados do alargamento e melhorias das infra-estruturas no país, havia ainda questões preocupantes, nomeadamente problemas de saúde pública como o VIH/SIDA, tuberculose, paludismo, a situação das mães e das crianças, o acesso à água potável e o saneamento do meio-ambiente. O seu governo tinha desenvolvido esforços encorajadores para reverter a situação, através do Plano Mundial de Desenvolvimento. Havia razões para celebrar as conquistas na luta contra a oncocercose, pois a transmissão do vector tinha sido interrompida em toda a superfície da Ilha de Bioko. A Guiné Equatorial estava a implementar o Plano Nacional de Desenvolvimento Económico e Social, que consistia em 15 importantes programas, incluindo a Saúde Para Todos até 2020. O período 2008-2012 contemplava a transformação e o desenvolvimento das infra-estruturas económicas e sociais; o desenvolvimento dos recursos humanos; e as

reformas institucionais. O período 2012-2020 centrar-se-á na conclusão do desenvolvimento das infra-estruturas e na aceleração da diversificação da economia em sectores prioritários.

28. O Chefe de Estado lembrou os delegados dos desafios que o povo africano enfrenta, incluindo os surtos epidémicos e as catástrofes naturais ou provocadas pelo homem. Afirmou que, caso não sejam tomadas medidas para enfrentar estas situações, o seu impacto será bastante prejudicial à saúde das populações. Exortou os Estados-Membros a apoiarem a criação do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública, em resposta à Resolução aprovada pelo último Comité Regional.

ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS

Constituição da Comissão de Designações

29. O Comité Regional nomeou a Comissão de Designações, formada pelos seguintes membros: Argélia, Angola, Botsuana, República Centro-Africana, Chade, Comores, República Democrática do Congo, Gabão, Mali, Maurícias, Senegal e Seychelles. A Comissão reuniu-se na Segunda-feira, 30 de Agosto de 2010, tendo eleito o Sr. Francisco Pascual Obama Asue, Ministro da Saúde da Guiné Equatorial, como Presidente do presente Comité Regional. A Argélia, República Centro-Africana e Mali não compareceram à reunião.

Observações iniciais do Presidente da quinquagésima nona sessão do Comité Regional

30. O Presidente da quinquagésima nona sessão do Comité Regional, Dr. Richard Sezibera, Ministro da Saúde do Ruanda, nas suas observações iniciais, agradeceu aos delegados o apoio que lhe foi dado durante o seu mandato como Presidente do Comité Regional. Reflectindo sobre o seu mandato, recordou algumas das principais resoluções aprovadas em sessões anteriores do Comité Regional relativamente a áreas prioritárias, tais como a saúde materna e infantil, reforço dos sistemas de saúde, investigação em saúde, saúde ambiental e estratégias para alcançar os ODM. Salientou o facto de as soluções para os maus indicadores da saúde materna, neonatal e infantil serem conhecidas. Acrescentou que a história julgará o Comité Regional, não pelo número de resoluções e declarações aprovadas mas pelo número daquelas que foram implementadas integralmente, reduzindo o

sofrimento e a morte prematura de milhões de pessoas, especialmente recém-nascidos, crianças e mulheres grávidas.

31. O Dr. Sezibera lembrou aos delegados a adopção da Resolução AFR/RC59/R5, intitulada "Reforço da preparação e resposta aos surtos na Região Africana, no contexto da actual pandemia de gripe", e solicitou ao Director Regional que facilitasse a criação do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública, com o fim de apoiar a investigação e a resposta às epidemias e outras emergências de saúde pública. Convidou os delegados a apoiarem a criação do Fundo, visto estar optimista quanto à melhoria das capacidades de preparação e resposta para reduzir o sofrimento humano e as mortes relacionadas com as emergências.

Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores

32. Tendo analisado o relatório da Comissão de Designações, e de acordo com o n.º 10 do Regulamento e com a resolução AFR/RC40/R1, o Comité Regional elegeu por unanimidade os seguintes elementos:

Presidente: Sr. Francisco Pascual Eyegue Obama Asue
Ministro de Estado da Saúde e dos Assuntos Sociais da
Guiné Equatorial

1.º Vice-Presidente: Professor Christian Onyebuchi Chukwu
Ministro da Saúde da República Federal da Nigéria

2.º Vice-Presidente: Sr. Modou Diagne Fada
Ministro da Saúde do Senegal

Relatores: Sr.ª Amina Nurhussien Abdul Kadher
Ministra da Saúde da Eritreia (Inglês)

Dr. Toupta Boguena
Ministro da Saúde do Chade (Francês)

Dr. Basílio Mosso Ramos
Ministro de Estado da Saúde de Cabo Verde
(Português)

Aprovação da ordem do dia

33. O Presidente da 60.^a Sessão do Comité Regional, Sr. Francisco Pascual Obama Asue, Ministro de Estado para a Saúde e Bem-Estar Social da Guiné Equatorial, apresentou a ordem do dia provisória (documento AFR/RC60/1) e a proposta de programa de trabalho (ver Anexos 2 e 3, respectivamente), que foram adoptados sem emendas. O Comité Regional adoptou o seguinte horário de trabalho: das 09h às 12h 30m e das 14h às 17h 30m, incluindo 30m de pausa para chá ou café.

Nomeação da Comissão de Verificação de Poderes

34. O Comité Regional nomeou uma Comissão de Verificação de Poderes, composta por representantes dos seguintes Estados-Membros: Benim, Burkina Faso, Burundi, Guiné-Bissau, Libéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Suazilândia, Togo, Zâmbia e Zimbabwe.

35. A Comissão de Verificação de Poderes reuniu-se em 31 de Agosto de 2010 e elegeu como seu Presidente o Dr. K.S. Daoh, Chefe da Delegação da Serra Leoa.

36. A Comissão analisou as credenciais submetidas pelos seguintes Estados-Membros: Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centro-Africana, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe. Verificou-se que as credenciais estavam em conformidade com o Artigo 3.^o do Regulamento Interno do Comité Regional Africano da OMS. A Gâmbia não apresentou as suas credenciais.

ALOCUÇÃO DA DIRECTORA-GERAL DA OMS.

37. Na sua alocução, a Directora-Geral da OMS, Dr.^a Margaret Chan, lembrou aos delegados que, faltando apenas cinco anos para 2015, os Estados-Membros se encontram na recta final para a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Embora reconhecendo os progressos feitos em alguns países africanos, observou que esses progressos foram lentos. Afirmou que, com a crise económica mundial, o dinheiro escasseia e a saúde pública ressentem-se disso a todos os níveis,

desde os orçamentos nacionais para a saúde até aos compromissos de ajuda oficial ao desenvolvimento e aos fundos para apoiar as actividades do Fundo Mundial, da Aliança GAVI e de outras iniciativas mundiais no âmbito da saúde. Acrescentou que o austero panorama económico está também a afectar a OMS, requerendo um ajustamento do Orçamento-Programa.

38. A Dr.^a Chan salientou o efeito das alterações climáticas sobre a saúde, o ambiente, a disponibilidade de alimentos e o bem-estar geral das populações. Observou que os ODM impulsionaram o desenvolvimento internacional da saúde e que os resultados da última década tinham mostrado que os investimentos no desenvolvimento da saúde estavam a resultar. Isso reflectia-se nos progressos feitos no acesso aos ARV, redução da mortalidade nos menores de cinco anos, declínio no número de casos de tuberculose e redução da incidência do paludismo. Outras iniciativas tinham facilitado o desenvolvimento de novas vacinas para prevenir a pneumonia, as doenças diarreicas e a meningite. Reconheceu que nada disto teria sido possível sem as generosas contribuições de várias iniciativas mundiais no âmbito da saúde. A Dr.^a Chan observou ainda que, apesar das suas realizações, as iniciativas estão ameaçadas pela diminuição do financiamento. Realçou a fragilidade das realizações nas áreas da poliomielite e do sarampo e congratulou-se com o novo Plano Estratégico da OMS para combater a poliomielite.

39. A Directora-Geral sublinhou as realizações conseguidas em alguns países, incluindo os progressos registados na eliminação do sarampo e da poliomielite. Salientou a necessidade de nos afastarmos da velha percepção de que a África é uniformemente pobre e necessitada, universalmente doente e faminta e mal governada. Exortou os líderes do continente a reforçarem o seu compromisso com a saúde, nomeadamente assumindo a liderança e apropriação da implementação dos planos nacionais de desenvolvimento sanitário.

ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA 2008-2009: RELATÓRIO BIENAL DO DIRECTOR REGIONAL (documento AFR/RC60/2)

40. Ao apresentar o documento “Actividades da OMS na Região Africana 2008-2009: Relatório Bienal do Director Regional”, o Director Regional para a África, Dr. Luis Gomes Sambo, referiu que o relatório resume as actividades desenvolvidas e os resultados alcançados pela Organização Mundial da Saúde na Região, durante o último biénio. Inclui um resumo e seis capítulos: uma introdução, contexto,

Orçamento-Programa 2008-2009, realizações significativas por objectivo estratégico (OE), desafios, obstáculos, lições aprendidas e uma conclusão.

41. Salientou que o biénio em epígrafe coincidiu com a celebração do 60.º aniversário da criação da OMS e o 30.º aniversário da declaração de Alma-Ata sobre Cuidados de Saúde Primários. Para além das várias consultas efectuadas a nível mundial, as consultas regionais resultaram em declarações como a de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África, a declaração de Argel sobre Investigação em Saúde na Região Africana e a declaração de Libreville sobre Saúde e Ambiente.

42. O Dr. Sambo lembrou que o orçamento mundial da OMS aprovado para o biénio 2008-2009 foi de 4,2 mil milhões de dólares americanos. Destes, foram afectados à Região Africana 1,2 mil milhões de dólares americanos, representando 28%. A Iniciativa Mundial para a Erradicação da Polio recebeu cerca de 38% do total do orçamento Regional da OMS. Do orçamento total aprovado, foram disponibilizados 91%, sendo a taxa de utilização de implementação de 93%. Salientou o facto das despesas com as funções administrativas e de apoio do Secretariado da OMS, ao abrigo dos Objectivos Estratégicos 12 e 13, representarem apenas 14,5 % do total. Alguns programas prioritários, como o VIH/SIDA, tuberculose, paludismo e saúde materna não puderam ser implementados como se previa devido à escassez de fundos.

43. Referiu que o relatório bienal fornece uma visão dos principais resultados das actividades da OMS, relativamente ao Objectivo Estratégico 13 do Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS (MTSP). No que respeita às doenças transmissíveis, contempladas sobretudo no Objectivo Estratégico 1, o biénio foi marcado pelo surto da pandemia da gripe A (H1N1), em 2009. Após a confirmação do primeiro caso da doença na Região Africana, o Escritório Regional criou uma equipa multidisciplinar de gestão das crises, para coordenar e fornecer apoio técnico e logístico e informação de saúde pública, em resposta a esta ameaça. Para além disso, foi criado um Centro Operacional Estratégico de Saúde ou “SHOC Room” no Escritório Regional, usando o orçamento do Director Regional destinado ao biénio anterior. Dadas as ocorrências e a continuidade da ameaça de surtos da doença na Região, a quinquagésima nona sessão do Comité Regional Africano da OMS aprovou uma resolução para a criação do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública (AFR/RC60/R5).

44. O Dr. Sambo referiu que, na área da vacinação e doenças evitáveis pela vacinação, 20 Estados-Membros notificaram ter atingido, pelo menos, 90% de cobertura com a 3.^a dose da vacina da DPT em 2009. Embora tivesse ocorrido na Região um decréscimo significativo no total de casos de poliovírus selvagem, até Dezembro de 2009, em grande parte graças ao grande progresso registado na Nigéria, o número de países que notificaram casos aumentou de 13 para 19, devido a surtos na África Central e África Ocidental. As doenças tropicais negligenciadas continuaram a ser uma importante causa de má saúde na Região. Todos os Estados-Membros tinham atingido a meta da eliminação da lepra até ao final do biénio.

45. No respeitante ao Objectivo Estratégico 2, que aborda o combate ao VIH/SIDA, tuberculose e paludismo, foi dito que os países da Região Africana continuaram a fazer progressos significativos no reforço do acesso às principais intervenções de VIH/SIDA. A cobertura dos serviços de PTVV entre as mulheres grávidas seropositivas aumentou de 15%, em 2005, para 45%, em 2008. Os Estados-Membros estão a começar a assistir a uma redução na prevalência e incidência do VIH, particularmente entre os jovens. Por exemplo, no Botsuana, Côte d' Ivoire, Etiópia, Quénia, Malawi, Namíbia e Zimbabwe registou-se um declínio da prevalência do VIH entre as jovens assistidas em clínicas pré-natais.

46. A intensificação da luta contra o paludismo conduziu a uma maior cobertura das intervenções recomendadas pela OMS e a uma redução da mortalidade e morbidade em 14 países. Nove países já atingiram e excederam a meta internacional de reduzir para metade o peso do paludismo até 2010. Esses países são o Botsuana, Cabo Verde, Eritreia, Namíbia, São Tomé e Príncipe, Tanzânia (Zanzibar), África do Sul, Suazilândia e Zâmbia. O Director Regional felicitou-os pelos esforços que desenvolveram para controlar o paludismo. Os progressos na área da luta contra a tuberculose foram modestos: apenas nove países da Região alcançaram a meta de 70% na taxa de detecção de casos até 2008, enquanto 15 países atingiram a taxa de sucesso no tratamento de 85% e apenas 4 países atingiram ambas as metas em 2008.

47. Relativamente às doenças não transmissíveis, contempladas no Objectivo Estratégico 3, informou que os Estados-Membros se comprometeram em reduzir o fardo da diabetes, das doenças cardiovasculares e de outras doenças não transmissíveis ao aprovarem o Apelo das Maurícias à Acção, em Novembro de 2009.

48. O Dr. Sambo informou que as actividades relacionadas com o ODM 4 e 5 estavam abrangidas pelo Objectivo Estratégico 4. Até ao final de 2009, 22 países tinham alargado a Atenção Integrada às Doenças da Infância. A Estratégia está a ser implementada em 75% dos distritos. Seis países da Região – Botsuana, Cabo Verde, Eritreia, Malawi, Maurícias e Seychelles – estavam no bom caminho para atingir o ODM 4. Indicou que, no que toca à redução da mortalidade materna, nenhum país da Região estava no bom caminho para atingir o ODM 5. Em resposta, foram desenvolvidas diversas iniciativas, incluindo a Campanha da Comissão da União Africana para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna em África (CARMMA), de 2009; a Declaração sobre Acções em Saúde Materna, Neonatal e Infantil e Desenvolvimento, aprovada pela 15.ª sessão ordinária da UA em 2010; a Iniciativa Mundial de Saúde do Governo dos EUA; a Iniciativa de Muskoka, dos G8, em 2010; e o Plano de Acção Conjunto do Secretário-Geral da ONU para a Saúde das Mulheres e das Crianças.

49. O Dr. Sambo informou ainda que, em resposta à Resolução aprovada pelo Comité Regional Africano em 2008, criara uma Comissão multidisciplinar de Saúde da Mulher, cujo objectivo é gerar evidências sobre o papel que a melhoria da saúde das mulheres tem no desenvolvimento socioeconómico. A Comissão foi lançada em Monrovia, na Libéria, sob a liderança de Sua Excelência a Sr.ª Ellen Johnson Sirleaf, Presidente da Libéria, que gentilmente aceitou ser a Presidente Honorária.

50. Em relação ao Objectivo Estratégico 5, que visa reforçar a resposta às emergências, catástrofes, crises e conflitos, o Director referiu que, durante o biénio, 70% dos países da Região enfrentaram emergências de diversa ordem. A capacidade da OMS em auxiliar os Estados-Membros a preparar-se e a dar resposta às situações de emergência foi reforçada. Os Objectivos Estratégicos 6, 7, 8 e 9 contemplam actividades transversais sobre as temáticas da promoção da saúde, ambiente mais saudável, nutrição, segurança e suficiência alimentar. A 7.ª Conferência Mundial para a Promoção da Saúde, realizada em Nairobi, no Quênia, em 2009, aprovou o Apelo de Nairobi à Acção para Colmatar a Lacuna na Implementação da Promoção da Saúde. Este Apelo está em sintonia com as recomendações da Comissão da OMS para os Determinantes Sociais da Saúde (2008). Para além disso, o Escritório Regional apoiou os países a reforçarem a nutrição e a vigilância das doenças de origem alimentar, a formularem políticas e planos de nutrição e segurança alimentar e a reforçarem os sistemas de controlo dos alimentos.

51. O Dr. Sambo informou que o reforço dos sistemas de saúde com base na abordagem dos cuidados de saúde primários recebeu prioridade nos Objectivos Estratégicos 10 e 11. Neste domínio, a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde, de 2008, culminou na adopção da Declaração de Ouagadougou. A tradução em acção dessa Declaração é orientada pelo seu Quadro de Implementação, que procura ajudar os países a melhorarem o desempenho dos seus sistemas de saúde. Sete países receberam apoio para reverem os seus planos e políticas nacionais estratégicas de saúde, 14 países conduziram Estudos sobre as Contas da Saúde Nacionais e 13 reforçaram os seus serviços de saúde de base comunitária e sistemas distritais de saúde.

52. Informou que durante o biênio e ao abrigo dos Objectivos estratégicos 12 e 13 que se relacionam com liderança, parcerias e funções administrativas e de apoio, foram tomadas acções decisivas para consolidar a liderança da OMS nas questões de saúde na Região. O mecanismo de Harmonização para a Saúde foi usado para prestar apoio técnico conjunto aos países, incluindo a facilitação do processo de acordos, no contexto da Parceria Internacional para a Saúde (IHP+). Afirmou que a HHA estava a trabalhar num caso de investimento para a África, a apresentar aos ministros da saúde, ministros das finanças e parceiros, numa reunião a organizar conjuntamente pela União Africana (UA) e a Comissão Económica para África (CEA), em 2011. Informou ainda que as Equipas de Directores Regionais (EDR), criadas em 2004, e os Mecanismos de Coordenação Regional (MCR) permitiram acções mais coerentes e com maiores sinergias, por parte das Agências das Nações Unidas, nos países da Região. A OMS continuou a fornecer liderança ao Cluster da Saúde das EDR.

53. O Dr. Sambo informou que a criação das três Equipas de Apoio Interpaíses (IST) situadas em Harare, Libreville e Ouagadougou contribuíram para uma resposta oportuna e eficaz aos pedidos de apoio técnico às intervenções contra os surtos de doenças, emergências e acções humanitárias.

54. Informou ainda que as actividades da OMS na Região Africana se realizaram num contexto regional de crescimento económico, durante o qual a saúde foi considerada de elevada prioridade na agenda do desenvolvimento, apesar dos persistentes problemas de saúde. O Secretariado da OMS enfrentou desafios que incluíram recursos financeiros inadequados e dificuldades em corresponder aos pedidos crescentes e complexos dos Estados-Membros e parceiros do desenvolvimento. No trabalho com os parceiros, os principais obstáculos que o

Secretariado enfrentou incluíram: o financiamento inadequado de áreas críticas, tais como a investigação, vigilância das doenças, sistema de informação sanitária e controlo das doenças não transmissíveis; o desembolso tardio dos fundos; e a limitada flexibilidade no uso do financiamento dos doadores. Afirmou que as lições aprendidas durante o biénio 2008-2009, tinham ajudado ao planeamento e implementação do Orçamento-Programa da OMS 2010-2011.

55. Concluindo a sua apresentação, o Director Regional expressou a sua satisfação com o nível global de consecução dos objectivos definidos para o biénio. Afirmou que o desempenho global da OMS na Região foi elevado e que a Organização continuará a incentivar a liderança dos ministros da saúde, ao mesmo tempo que assegura a apropriação e administração-geral por parte dos países para o reforço acelerado, abrangente e baseado em evidências, das intervenções comprovadas e com boa relação custo-eficácia. Concluiu dizendo que o plano operacional da OMS na Região continuaria a orientar-se pelo 11º Programa Geral de Trabalho da OMS e as Orientações Estratégicas para a OMS, 2010-2015.

56. Os delegados elogiaram a intervenção da Directora-Geral e louvaram a sua liderança. Manifestaram-se agradados com o destaque conferido aos cuidados de saúde primários, enquanto via para melhorar a prestação dos serviços de saúde.

57. Os delegados saudaram igualmente o relatório do Director Regional e felicitaram-no pelo seu conteúdo e qualidade. Os delegados partilharam experiências dos seus países na áreas da erradicação do poliomielite, da gripe pandémica A (H1N1), paludismo, reforço dos sistemas de saúde e saúde materno-infantil. Destacaram alguns dos desafios com que os países se deparam, incluindo a ocorrência frequente de situações de emergência, o fardo elevado das doenças não transmissíveis, a crise dos RHS, as iniquidades no acesso aos serviços de saúde e as limitações no financiamento. Os delegados sublinharam a necessidade da criação do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública.

58. O Secretariado agradeceu aos delegados pelos seus valiosos contributos e louvou a profundidade dos seus conhecimentos sobre a saúde. Foi destacada a importância de documentar e partilhar as melhores práticas. O Director Regional reiterou o compromisso da OMS de prosseguir com o apoio aos países.

59. O Comité Regional aprovou o relatório, conforme consta do documento: Actividades da OMS na Região Africana 2008-2009: Relatório Bienal do Director Regional (documento AFR/RC60/2).

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA (documento AFR/RC60/15)

60. O Presidente do Subcomité do Programa, Dr. Frank Nyonator, apresentou o relatório do Subcomité do Programa. Referiu que nas deliberações do Subcomité do Programa, realizado em Brazzaville, na República do Congo, de 8 a 11 de Junho de 2010, tinham participado 17 membros. Informou o Comité Regional que o Secretariado tinha devidamente integrado as observações gerais e as sugestões específicas do Subcomité nos documentos revistos, agora apresentados à aprovação do Comité Regional. O Dr. Nyonator elogiou o Director Regional e o seu pessoal pela qualidade e relevância dos documentos técnicos.

ESTRATÉGIA PARA ABORDAR OS PRINCIPAIS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA (documento AFR/RC60/3)

61. O Presidente do Subcomité do Programa referiu que a Região Africana estava atrasada em relação a outras regiões da OMS, no que se refere aos sucessos globais da saúde. Muitos países não estão em vias de alcançar os ODM. A Região confronta-se com enormes desafios, incluindo a pobreza, e a insegurança alimentar, o VIH/SIDA, a destruição e degradação do meio-ambiente e o desemprego crescente. Os progressos na sobrevivência infantil não se traduziram em maior esperança de vida, porque os ganhos foram destruídos pelo VIH/SIDA. Notam-se desigualdades generalizadas entre os países e dentro de cada um deles, em relação a alguns indicadores, nomeadamente a nível da mortalidade infanto-juvenil e materna, raquitismo infantil e também quanto ao acesso a serviços de saúde. Trata-se, muitas vezes, de diferenças dramáticas entre ricos e pobres e o fosso está a alargar-se em alguns países.

62. O objectivo desta estratégia é apoiar os Estados-Membros nas medidas para reduzir as iniquidades na saúde, graças a políticas e planos intersectoriais para enfrentar com eficácia os principais determinantes da saúde, em harmonia com as recomendações gerais da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde e a Resolução WHA62.14 da Assembleia Mundial da Saúde. Entre as intervenções específicas do sector da saúde, contam-se o reforço do papel da administração geral

e de liderança do ministério da saúde, o reforço das capacidades para a formulação de políticas, a liderança e a advocacia para abordar os determinantes sociais da saúde; a advocacia em favor de legislação e normas que garantam um nível elevado de protecção à população em geral; a garantia de que os sistemas de saúde se apoiam na universalidade e qualidade dos cuidados de saúde e a garantia de equidade no financiamento da saúde e na afectação dos recursos.

63. As intervenções em sectores externos à saúde, incluindo as acções transectoriais, foram as seguintes: assegurar a protecção social a título vitalício; criar ou promover políticas para ambientes e pessoas saudáveis, incluindo a abordagem às alterações climáticas e à degradação ambiental; garantir a igualdade na saúde em todas as políticas; avaliar e mitigar os efeitos adversos do comércio internacional e da globalização; melhorar a boa governação no domínio da saúde e da igualdade na saúde; investir no desenvolvimento da primeira infância; promover o justo emprego e trabalho decente, integrando a promoção da saúde; integrar e promover a igualdade dos sexos; resolver a exclusão e a discriminação social; melhorar a capacitação política; proteger ou melhorar os determinantes sociais da saúde em situações de conflito; e assegurar a monitorização de rotina, a investigação e a formação.

64. O Comité Regional louvou a estratégia, visto que ela ajudará a abordar alguns dos problemas relacionados com os determinantes da saúde, incluindo factores associados à mudança de comportamentos. Observou-se que a Região está a enfrentar uma situação de pobreza crescente e um pesado fardo de doenças, as condições de vida são más, especialmente nos bairros urbanos pobres e nas zonas rurais, o acesso à água e ao saneamento é inadequado e os progressos para os ODM são lentos. Salientou-se que a implementação da estratégia contribuirá para a consecução dos ODM.

65. Os delegados partilharam as suas experiências sobre as abordagens que estão a adoptar em relação aos determinantes da saúde. Entre essas experiências contam-se a revisão das políticas e planos de saúde já existentes; a formulação de estratégias nacionais de crescimento e desenvolvimento; o aumento do investimento na habitação social; a melhoria do acesso à água e ao saneamento; a oferta de serviços gratuitos aos grupos vulneráveis, incluindo crianças, mulheres grávidas e mães que amamentam; a melhoria do acesso das raparigas à educação; e criação de actividades geradoras de rendimento para os pobres das zonas rurais.

66. Observou-se que são necessários um empenhamento político de alto nível e recursos adequados para implementar a estratégia. Os delegados recomendaram que a implementação da abordagem dos Cuidados de Saúde Primários seja coordenada ao mais alto nível. As condições de vida, tanto nas zonas rurais como nas urbanas, devem ser abordadas através da capacitação das comunidades e da acção intersectorial, incluindo a participação activa de organizações da sociedade civil. Os Estados-Membros devem ser encorajados a documentar e partilhar as suas experiências e a aplicar as lições aprendidas com o uso da abordagem multisectorial na luta contra o VIH/SIDA, incluindo a Iniciativa 3 by 5 para reforçar as acções intersectoriais. Os Estados-Membros solicitaram ao Secretariado que prestasse apoio à formulação de políticas para abordar os determinantes sociais da saúde e apresente, de dois em dois anos, relatórios dos progressos sobre os determinantes da saúde.

67. O Secretariado informou os delegados que, em resposta à resolução WHA62.14 da Assembleia Mundial da Saúde, a OMS organizaria uma reunião sobre os determinantes sociais da saúde, no Brasil, em Outubro de 2011, e convidou os Estados-Membros a participarem nessa reunião. Os Ministros da Saúde foram encorajados a desempenharem um papel de liderança e a prestarem o apoio fundamental necessário a outros sectores, com o fim de adoptarem a abordagem de "globalidade do governo". O Secretariado expressou o seu compromisso em prestar o apoio técnico aos Estados-Membros na implementação da estratégia.

68. O Comité Regional aprovou com alterações o documento AFR/RC60/3: Estratégia para abordar os principais determinantes da saúde na Região Africana e a correspondente Resolução AFR/RC60/R1.

REDUÇÃO DO USO NOCIVO DO ÁLCOOL: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA DA OMS (documento AFR/RC60/4)

69. No seu relatório, o presidente do Subcomité do Programa indicou que, embora o álcool constitua uma importante fonte de rendimento e o seu uso seja parte das práticas e normas sociais e culturais em muitos países da Região, não se podem ignorar os custos que o uso nocivo do álcool comporta para a saúde e a sociedade. Os problemas para a saúde pública relacionados com o consumo de álcool são substanciais e exercem um significativo impacto adverso, tanto sobre o consumidor como sobre a sociedade. Na Região Africana, o fardo das doenças atribuíveis ao

álcool está a aumentar, com um total de mortes atribuíveis ao uso nocivo do álcool de 2,1% em 2000, 2,2% em 2002 e 2,4% em 2004.

70. O Presidente do Subcomité do Programa informou que, em 2008/2009, um Inquérito Mundial da OMS sobre Álcool e Saúde revelou que dos 46 países da Região, apenas 10 países tinham políticas recentes sobre álcool e 16 países tinham regulação da publicidade. Além da fraca sensibilização das pessoas, em muitos países, para os riscos específicos que o álcool representa para a saúde, não existia coordenação entre os sectores relevantes; ainda não existiam sistemas de vigilância do álcool sistemáticos e adequadamente financiados; e, no seio dos sistemas de saúde, os problemas com o álcool raramente eram reconhecidos ou tendiam a ser minimizados e mal geridos.

71. A finalidade da estratégia é contribuir para a prevenção ou, pelo menos, para a redução do uso nocivo do álcool e dos problemas correlacionados, na Região Africana. As intervenções prioritárias incluem desenvolver e implementar políticas de uso nocivo do álcool; reforçar a liderança, coordenação e mobilização dos parceiros; gerar a consciencialização e a acção comunitária; fazer a educação do público com base na informação; melhorar a resposta do sector da saúde; reforçar os sistemas de informação estratégica, vigilância e investigação; aplicar a legislação sobre a condução sob o efeito do álcool e medidas de coacção; regulamentar o mercado do álcool; combater o acesso, a oferta e o preço acessível do álcool; combater a produção ilegal e informal do álcool; e aumentar a mobilização de recursos e a sua afectação adequada.

72. O Comité Regional elogiou o Secretariado por elaborar o documento da estratégia para a redução do uso nocivo do álcool. Os delegados manifestaram a sua preocupação com a natureza e magnitude do uso nocivo do álcool nos países e reiteraram a necessidade de resolver problemas relacionados com a produção não regulada, os interesses comerciais, o comércio transfronteiriço, a comercialização agressiva, a disponibilidade sem restrições, a embalagem inadequada e a venda a menores e crianças em idade escolar. Expressaram igualmente a sua preocupação com os problemas de saúde associados ao uso nocivo do álcool, tais como os cancros, as doenças cardiovasculares, as condições neuropsiquiátricas e a insuficiência ponderal à nascença.

73. Os delegados trocaram experiências sobre as abordagens em uso nos países para reduzir os efeitos nocivos do álcool. Entre elas incluem-se a formulação e implementação de políticas e regulamentação relacionadas com o álcool, a consciencialização das populações e a implementação de medidas para proteger os jovens. Sublinharam a necessidade de gerar dados úteis para servirem de base à elaboração de políticas e roteiros destinados a reduzir o uso nocivo do álcool. Os delegados recomendaram ainda que se adoptasse uma abordagem de saúde pública, para orientar os esforços dos Estados-Membros, e apelaram ao reforço das capacidades, para se prestarem cuidados e apoio adequados aos utentes e famílias afectadas pelo uso nocivo do álcool. Foi sublinhada a necessidade de integrar as respectivas intervenções de prevenção e tratamento no sistema de saúde usando a abordagem dos cuidados de saúde primários.

74. O Secretariado agradeceu aos delegados as suas excelentes contribuições. A Directora-Geral encorajou os delegados a prosseguirem os seus esforços para a redução do uso nocivo do álcool na Região. O Director Regional apelou aos Estados-Membros para que redobrassem os seus esforços para gerar dados destinados à elaboração de políticas com base em evidências e para acompanhar os progressos realizados na implementação da estratégia. Lembrou aos delegados que a Assembleia Mundial da Saúde de Maio de 2010 tinha adoptado uma estratégia mundial sobre o álcool e apelado aos Estados-Membros para que implementassem, tanto a estratégia mundial como regional, para reduzir o uso nocivo do álcool. Sublinhou a importância da liderança governamental na elaboração de quadros reguladores do consumo do álcool e na implementação de estratégias.

75. O Comité Regional adoptou, com alterações, o documento AFR/RC60/4: Redução do uso nocivo do álcool: estratégia para a Região Africana da OMS e a respectiva Resolução AFR/RC60/R2.

ESTADO ACTUAL DA VACINAÇÃO DE ROTINA E DA ERRADICAÇÃO DA POLIOMIELITE NA REGIÃO AFRICANA: DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES (documento AFR/RC60/14)

76. O Presidente do Subcomité do Programa afirmou que a vacinação é uma intervenção eficaz de saúde pública que evita 2 a 3 milhões de óbitos de crianças por ano, podendo potencialmente dar um grande contributo para o 4.º ODM. A implementação da abordagem Chegar a Todos os Distritos (RED), incluindo outras estratégias inovadoras, como a Intensificação Periódica das Actividades de

Vacinação de Rotina, Jornadas da Saúde Infantil e Jornadas de Vacinação Plus, contribuiu para uma melhor cobertura. No entanto, 26 países ainda não atingiram o nível de cobertura recomendado. Estima-se que 4,2 milhões de crianças da Região Africana não foram vacinadas com a DPT3 em 2009, em comparação com 5,2 milhões em 2008. Além disso, a notável redução dos óbitos por sarampo está a ser posta em risco por uma insuficiente cobertura da vacinação de rotina a nível distrital, em diversos países, o que resultou em vários surtos de sarampo em 2010.

77. O Presidente do Subcomité do Programa lembrou que, em 2004, a transmissão indígena do póliovírus selvagem tinha sido interrompida em 45 dos 46 países da Região, sendo a Nigéria o único país com endemia. No entanto, em 2006, oito Estados-Membros tiveram surtos de poliomielite e, em 2009, 18 países sofreram importações na sequência da propagação do póliovírus selvagem para Estados-Membros anteriormente já livres da pólio, a partir dos reservatórios de poliomielite resistentes. Esta situação decorreu de uma cobertura inadequada da vacinação de rotina e de actividades insuficientes de vacinação suplementar (SIA), o que originou uma baixa imunização das populações. Durante os primeiros quatro meses de 2010, nove países da África Ocidental e Central notificaram 40 casos de polio enquanto que, no mesmo período de 2009, 12 países tinham notificado 306 casos nessa região.

78. De entre os principais desafios que os países terão de enfrentar, mencionam-se: inadequação da política e do planeamento da vacinação; não aplicação da legislação existente para a saúde pública; deficiências no planeamento e nas estratégias a nível de distrito; financiamento inadequado; infra-estrutura desajustada; participação e apropriação inadequadas por parte das comunidades; deficiente cobertura dos serviços de vacinação; sistemas de monitorização e avaliação ineficazes, devido à falta de rigor da cobertura administrativa da vacinação e a erros no cálculo das necessidades em vacinas e produtos afins; inadequada vigilância das doenças evitáveis pela vacinação; e limitações na investigação sobre vacinas, a nível regional.

79. Entre as recomendações feitas pelo Subcomité do Programa constam as seguintes: integrar a vacinação na política nacional de saúde e no reforço dos sistemas de saúde; aumentar o financiamento para a vacinação; fomentar as parcerias para a vacinação; melhorar o acesso a novas vacinas; reforçar as capacidades das instituições, dos recursos humanos e da gestão; alargar a sensibilização, participação e apropriação por parte das comunidades; reforçar a monitorização e avaliação; reforçar a vigilância das doenças evitáveis pela

vacinação; reforçar a investigação sobre vacinas; e insitucionalizar uma Semana Africana da Vacinação com periodicidade anual.

80. O Comité Regional louvou o Secretariado pela qualidade e conteúdo do documento. Ao abordar os progressos alcançados nos países, os delegados fizeram notar a existência de vários níveis de sucesso. Foi referido que diversos países tinham conseguido interromper a circulação do poliovírus selvagem. Foi também assinalado que a cobertura vacinal de rotina fora ampliada graças à abordagem Chegar a Todos os Distritos (RED). Os delegados referiram a criação de linhas orçamentais e a afectação de recursos locais para a aquisição de vacinas. Foi também referido que as actividades transfronteiriças tinham obtido sucesso, abrangendo mais crianças em países vizinhos.

81. No entanto, os membros do Comité Regional destacaram a necessidade de vigiar os recuos nos ganhos conseguidos, sobretudo nas áreas da erradicação da polio e da notável redução nas mortes por sarampo. Esses recuos explicam-se pela redução nos recursos afectados tanto pelos parceiros como pelos países, para a vacinação de rotina e as actividades suplementares de vacinação. Foi igualmente referido o problema da qualidade dos dados, como aspecto a exigir melhorias. Os delegados sublinharam ainda os seguintes desafios: introdução de novas e dispendiosas vacinas; manutenção de taxas elevadas de cobertura vacinal e de indicadores de vigilância; abordagem à recusa da vacinação das crianças por motivos religiosos; a grave escassez de profissionais da saúde; e manutenção ou aumento do nível de financiamento, no contexto da competição com muitas outras prioridades.

82. O Secretariado agradeceu os úteis contributos dos delegados. Na sua intervenção, a Directora-Geral salientou que a vacinação é o pilar do reforço dos sistemas de saúde. Aludiu à necessidade de não descuidar a cobertura vacinal de rotina e as actividades de vigilância da pólio, de modo a aceder mais depressa ao estatuto de Região livre da polio. Mencionou a existência de novas oportunidades de financiamento, graças à Fundação Bill e Melinda Gates, e à necessidade de actualizar a Visão e Estratégia Globais da Vacinação (GIVS). Mencionou também a importância da comunicação e da advocacia, para melhorar a adesão das comunidades aos serviços de vacinação.

83. O Director Regional referiu os desafios relacionados com a qualidade dos dados, em especial a exactidão e fiabilidade do denominador. Insistiu na necessidade de mais advocacia no sentido de se conseguir mais acessibilidade e melhores preços nas novas vacinas. Assinalou o reaparecimento de surtos de sarampo, resultantes de quebras na cobertura vacinal de rotina, tendo apelado a um maior empenhamento político e à afectação de recursos adicionais, locais ou externos. Elogiou a bem sucedida colaboração existente entre os parceiros, em especial a UNICEF, a GAVI e a OMS.

84. O Comité Regional adoptou o Documento AFR/RC60/14: Estado actual da vacinação de rotina e da erradicação da póliomielite na Região Africana e perspectivas para a implementação do plano estratégico regional de vacinação bem como a correspondente Resolução AFR/RC60/R4.

SOLUÇÕES DE CIBERSAÚDE NA REGIÃO AFRICANA: CONTEXTO ACTUAL E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC60/5)

85. O Presidente do Subcomité do Programa esclareceu que o documento define Cibersaúde como o uso seguro e com boa relação custo-eficácia das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para a saúde e áreas relacionadas. Acrescentou que a cibersaúde pode: contribuir para reforçar os sistemas de saúde de diversas formas, ao melhorar a disponibilidade, qualidade e uso da informação e das bases factuais, através do reforço dos sistemas de informação; promover o desenvolvimento dos efectivos da saúde e melhorar o seu desempenho, eliminando as barreiras do espaço e do tempo através da telemedicina e da educação médica contínua; melhorar o acesso à informação e aos conhecimentos de saúde existentes a nível mundial e local; e fomentar mudanças positivas nos estilos de vida, para prevenir e controlar doenças comuns.

86. De entre os principais problemas que os países deverão resolver mencionam-se: a "divisão digital", ou seja, a inadequação da infra-estrutura e dos serviços de TIC e as limitadas capacidades e competências para os utilizar; os custos elevados da criação e manutenção da infra-estrutura das TIC; os limitados conhecimentos sobre cibersaúde; falta de um ambiente político favorável; fraca liderança e coordenação; capacidade humana inadequada para planear e aplicar soluções de cibersaúde; fraca infra-estrutura e serviços de TIC no âmbito do sector da saúde; recursos financeiros inadequados; e fracos sistemas de monitorização e avaliação.

87. Entre as medidas propostas, mencionam-se: promover o empenho político nacional e a sensibilização para a ciber saúde; desenvolver um ambiente político favorável; reforçar a liderança e a coordenação; criar a infra-estrutura e os serviços para a ciber saúde, incluindo o estabelecimento de ligações à Internet nas instituições de saúde, a criação de sítios na Web para os ministérios da saúde, o desenvolvimento de redes locais e a criação de unidades de telemedicina; desenvolver a capacidade humana para a ciber saúde; mobilizar recursos financeiros para a ciber saúde; e monitorizar e avaliar os planos e quadros nacionais de ciber saúde.

88. Os membros do Comité Regional elogiaram o documento e reconheceram a importância e utilidade da ciber saúde para mudar o modo como as actividades se desenvolvem, modernizando e melhorando o acesso e a eficácia na prestação dos serviços de saúde. Vários delegados partilharam experiências sobre o uso de soluções de ciber saúde para reforçar os serviços de saúde. Entre elas contam-se: melhorias nos sistemas de informação sanitária; a ligação entre as unidades de saúde centrais e periféricas para a prestação de serviços de telemedicina; o uso do ciber ensino para a formação de profissionais de saúde; e o uso de telemóveis para lembrar aos doentes que estão em tratamento ARV, acompanhar o circuito dos medicamentos, relatar sobre doenças epidémicas e prestar assistência às mulheres em trabalho de parto.

89. Foram expressas preocupações com a multiplicidade de soluções de ciber saúde e a pressão exercida sobre os ministérios da saúde pelos vendedores interessados em promover os seus produtos, embora aqueles não tenham capacidade para avaliar esses produtos. Salientou-se que a implementação de aplicações e soluções de ciber saúde exige a criação de quadros legais e éticos, garantindo a harmonização e interoperacionalidade dos serviços e sua integração nos sistemas nacionais de saúde. Os delegados expressaram a necessidade de personalizar as normas e tecnologias adoptadas, para que se adaptem às condições locais e para assegurar a sustentabilidade dos sistemas a longo prazo. Apelaram à OMS para que crie um "grupo das patentes" para as soluções de ciber saúde elaboradas pelos Estados-Membros; facilite a documentação e partilha de experiências e melhores práticas; forneça orientações para a formulação de políticas, estratégias e programas nacionais de ciber saúde; e ajude os países a negociarem com os vendedores.

90. A Directora-Geral reconheceu os esforços desenvolvidos pelos Estados-Membros na aplicação de soluções de ciber saúde para o reforço dos sistemas de saúde. Informou os delegados que a União Internacional de Telecomunicações das

Nações Unidas (ITU) tinha criado uma Comissão para a Banda Larga, co-presidida pelo Presidente da República do Ruanda, Sua Ex.^a o Senhor Paul Kagame, para apresentar recomendações sobre o caminho a seguir. Afirmou que a OMS procurará aconselhar-se com a UNITAID sobre a aplicabilidade de um "grupo das patentes" para as aplicações de ciber saúde.

91. O Director Regional lembrou o pedido do Ministro da Saúde do Ruanda, para que se discutisse a ciber saúde durante a quinquagésima nona sessão do Comité Regional e esclareceu que o documento se destinava a proporcionar um entendimento comum sobre as questões envolvidas. Informou os delegados sobre os esforços que a OMS está a desenvolver na Região Africana para se usarem soluções baseadas nas TIC, a fim de melhorar o seu desempenho. Entre eles contam-se a instalação do Sistema Mundial de Gestão da OMS (GSM), a criação do Centro Estratégico de Operações de Saúde e a criação do Observatório Africano da Saúde. Esclareceu ainda que a OMS está a colaborar com a Comissão da União Africana na área da harmonização das políticas nacionais de ciber saúde. A Organização Mundial da Saúde colaborará com as agências relevantes, tais como a Organização Mundial da Propriedade Intelectual (WIPO), para fornecer orientações aos Estados-Membros em relação à protecção de software/aplicações. O Dr. Sambo esclareceu que a ciber saúde assumirá uma importância crescente, sendo os progressos registados na sua implementação comunicados em futuras sessões do Comité Regional.

92. O Comité Regional aprovou, com alterações, o documento AFR/RC60/5: Soluções de ciber saúde na Região Africana: contexto actual e perspectivas e a correspondente Resolução AFR/RC60/R3.

CANCRO DO COLO DO ÚTERO NA REGIÃO AFRICANA: SITUAÇÃO ACTUAL E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC60/6)

93. O Presidente do Subcomité do Programa referiu que o cancro do colo do útero é a forma mais frequente de cancro nas mulheres oriundas dos países em desenvolvimento. Cerca de 500 000 novas doentes foram diagnosticadas em todo o mundo em 2002, mais de 90% delas de países em desenvolvimento. Na África registou-se uma elevada incidência do cancro do colo do útero, com taxas superiores a 50 por 100 000 habitantes e com as taxas-padrão de mortalidade em função da idade a ultrapassar, por vezes, os 40 por 100 000 habitantes. O principal factor de risco do cancro do colo do útero é a infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (VPH) que se manifesta, geralmente, na adolescência. Mais de 80% dos cancros na

África Subsariana foram detectados em fase avançada, sobretudo devido à falta de informação, o que provoca uma elevada mortalidade, mesmo após o tratamento.

94. De entre os principais desafios com que os países se deparam, referem-se ausência de políticas, estratégias e programas de controlo do cancro do útero; insuficiência de dados recentes e completos; uma pesada carga económica e social; insuficiência ou inexistência de informação e de competências; custo elevado da vacinação contra o VPH; indisponibilidade de prevenção secundária; meios terapêuticos inacessíveis; cuidados paliativos negligenciados; inacessibilidade geográfica da prevenção terciária; e falta de colaboração e coordenação nas intervenções realizadas.

95. Entre as acções propostas para melhorar a prevenção e controlo do cancro, contam-se as seguintes: elaborar e implementar programas com base em políticas claramente definidas; mobilizar e afectar recursos suficientes; melhorar os conhecimentos e competências do pessoal de saúde; implementar as técnicas de exame visual para rastreio do cancro do colo do útero, acompanhadas de tratamento imediato com crioterapia; introduzir a vacinação contra o VPH como forma de luta contra o cancro do colo do útero; tratar os casos de cancro em estado avançado; implementar um sistema adequado de vigilância, garantindo o controlo das intervenções e avaliando o impacto do programa de prevenção; e reforçar a colaboração interdisciplinar e as parcerias intersectoriais e multisectoriais para uma sinergia na acção.

96. O Comité Regional elogiou o documento e observou que o cancro do colo do útero é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade nas mulheres. Os delegados partilharam as experiências dos seus países, que incluíam a falta de serviços; inexistência de programas nacionais contra o cancro; uso de abordagens de prevenção primária, incluindo a promoção de estilos de vida saudáveis e práticas sexuais seguras; introdução da vacina do HPV; detecção precoce através de exame visual com ácido acético ou lugol e tratamento com crioterapia; e abordagens de prevenção terciária, incluindo tratamento e cuidados paliativos de casos avançados.

97. Os delegados reconheceram o apoio recebido da Agência Internacional da Energia Atómica (AIEA), Centro Internacional de Investigação do Cancro (ICRC), Fundação Bill e Melinda Gates, GAVI, FNUAP, Agência Francesa de Desenvolvimento, entre outras. Este apoio permitiu que alguns países criassem centros oncológicos com instalações ultra-modernas e clínicas móveis para facilitar o

rastreio. Apelaram à OMS e aos parceiros para prestarem apoio à avaliação da magnitude das doenças e do impacto das intervenções actualmente disponíveis; empreenderem advocacia para a mobilização de recursos; e desenvolveram as capacidades dos países.

98. Os delegados salientaram ainda alguns dos principais desafios, designadamente a ausência de dados precisos; recursos humanos e financeiros inadequados; falta de equipamento e materiais; custo elevado do tratamento e da vacina do VPH; falta de sensibilização; e estilos de vida de risco. Os participantes frisaram a importância de se adoptar uma abordagem multisectorial e integrada em serviços de saúde reprodutiva, incluindo a participação de outros sectores, como o da educação, saúde da mulher, segurança social, comunicação e sociedade civil. As políticas, planos e programas integrais devem abordar todos os tipos de cancro, ao mesmo tempo que tomam em consideração as necessidades de grupos específicos.

99. O Secretariado agradeceu os comentários e as sugestões dos delegados e reiterou a necessidade de se formular e implementar uma estratégia abrangente para a prevenção e controlo do cancro do colo do útero. Realçou que a introdução de uma vacina VPH não deverá substituir o exame visual eficaz.

100. O Comité Regional aprovou, com emendas, o documento AFR/RC60/6: Cancro do colo do útero na Região Africana: Análise da situação e perspectivas.

REFORÇO DOS SISTEMAS DE SAÚDE: MELHORAR A PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE A NÍVEL DISTRITAL E A APROPRIAÇÃO E PARTICIPAÇÃO POR PARTE DAS COMUNIDADES (documento AFR/RC60/7)

101. No seu relatório, o Presidente do Subcomité do Programa referiu que a Organização Mundial de Saúde define um sistema de saúde como o conjunto das organizações, pessoas e actividades cujo primeiro intento é promover, recuperar e manter a saúde; e que um distrito é uma área administrativa claramente definida, abrangendo uma população face à qual uma qualquer forma de governo ou administração local assume muitas das responsabilidades do governo central. A eficácia na prestação de serviços a nível de distrito depende da competência e dimensão das equipas distritais de administração da saúde, assim como das equipas dos centros de saúde, postos e comunidades.

102. O Presidente do Subcomité do Programa lembrou que a Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África, a Declaração de Adis Abeba sobre Saúde Comunitária, o Relatório da Saúde no Mundo de 2008 sobre Cuidados de Saúde Primários e outros documentos relacionados definem os princípios e as abordagens ao reforço dos sistemas de saúde e destacam o papel das comunidades e dos parceiros no desenvolvimento sanitário. As comunidades são definidas como grupos sociais de dimensão variável, cujos membros residem numa localidade específica, partilhando um governo e tendo, muitas vezes, uma herança cultural e histórica comum.

103. A Região Africana conheceu progressos quanto à promoção e ao reforço da participação comunitária no desenvolvimento da saúde. No entanto, persistem desafios como a escassez de equipas competentes a nível distrital; a inequidade na cobertura das intervenções essenciais da saúde; a insuficiente abrangência dos serviços de saúde; a coordenação insuficiente dos cuidados a longo prazo; a inadequada intensificação da produção de RHS; incentivos insuficientes ao recrutamento, retenção, formação e colocação do pessoal, de modo adequado e equitativo; inadequada instituição de sistemas sólidos de pré-pagamento; gestão ineficaz dos sistemas de aprovisionamento; inadequação dos mecanismos de reforço da gestão da informação sanitária; inexistência de um ambiente propício a nível de comunidade; e descentralização inadequada da autonomia e responsabilidade financeira para o recrutamento e formação de pessoal.

104. Entre as acções propostas, contam-se reforçar a liderança das equipas distritais de administração da saúde; implementar um pacote abrangente de serviços essenciais de saúde; melhorar a organização e gestão da prestação de serviços de saúde; institucionalizar o conceito dos cuidados primários como eixo coordenador; melhorar a adequação dos RHS e introduzir uma abordagem de equipa na avaliação do seu desempenho; criar mecanismos de pré-pagamento, como o seguro social de saúde e o financiamento dos cuidados de saúde a partir de impostos; reforçar os processos de aprovisionamento, suprimento e distribuição; clarificar a responsabilidade do distrito na consecução dos objectivos nacionais, internacionais e de desenvolvimento do milénio; capacitar as comunidades para assumirem as medidas necessárias à promoção da própria saúde; e criar um ambiente facilitador para a desconcentração do sector da saúde para os distritos.

105. O Comité Regional louvou o Secretariado por ter incluído este tópico na ordem do dia, dada a sua importância e pertinência. Os delegados reiteraram a importância de reforçar os sistemas do nível distrital e de capacitar as comunidades para se apropriarem da própria saúde e participarem na sua melhoria. Foram partilhadas experiências sobre as várias estratégias usadas para reforçar os sistemas de saúde e garantir a disponibilidade, acesso, preço suportável e utilização de serviços de saúde de qualidade, recorrendo à abordagem dos Cuidados de Saúde Primários. Entre estas, contam-se a utilização de planos nacionais estratégicos da saúde para harmonizar e alinhar recursos, recorrendo a abordagens de âmbito sectorial e acordos; o uso de mecanismos de pré-pagamento para aumentar a cobertura dos serviços gratuitos de saúde materno-infantil, nos locais de prestação de cuidados; a introdução de incentivos para reter profissionais da saúde; a criação de centros de saúde na proximidade de escolas, para promover o uso dos serviços de saúde pelos alunos; e o recurso a mulheres para promover a utilização dos serviços de saúde, especialmente a nível de comunidade.

106. Em resposta, o Secretariado destacou o papel de administração geral e liderança dos ministérios da saúde na gestão dos serviços, tendo sublinhado a importância da coordenação em todos os níveis, do financiamento com base no desempenho e da descentralização dos serviços. Os Estados-Membros foram estimulados a elaborar planos estratégicos nacionais para a saúde plenamente financiados, incluindo quadros de responsabilização para avaliar os contributos e processos das intervenções em saúde, assim como os seus resultados e impacto. Os participantes destacaram a necessidade de os Estados-Membros mobilizarem e afectarem recursos internos à saúde, de modo a garantir uma maior sustentabilidade e apropriação por parte do país. O Secretariado afirmou o seu empenho em apoiar os países, em colaboração com outros parceiros, no reforço dos sistemas de saúde, recorrendo à abordagem dos CPS através dos mecanismos existentes, como a HHA.

107. O Comité Regional adoptou, com emendas, o documento: AFR/RC60/7, Reforço dos sistemas de saúde: Melhorar a prestação dos serviços de saúde a nível distrital e a apropriação e participação por parte das comunidades.

DREPANOCITOSE: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA (documento AFR/RC60/8)

108. O Presidente do Subcomité do Programa referiu que a drepanocitose (SCD) é uma anomalia hereditária da hemoglobina, sendo a doença genética com maior

prevalência na Região Africana da OMS. Em cerca de 22 países da África Ocidental e Central, a prevalência do traço falciforme (SCT) varia entre 20% e 30%. Não existem intervenções de saúde pública com vasta aceitação para a cura clínica da SCD. Assim, a esperança de vida dos doentes de SCD na África é inferior a cinco anos; cerca de 50% a 80% das cerca de 400 000 crianças que nascem anualmente na África com SCD morrem antes de atingir os cinco anos de idade. Os sobreviventes sofrem lesões nos órgãos terminais, o que encurta a sua esperança de vida.

109. Na Região Africana, o fardo da drepanocitose tem vindo a aumentar com o crescimento demográfico. Esta situação tem importantes implicações socioeconómicas e de saúde pública. Apesar do recente interesse de alto nível pela SCD, incluindo o empenho de algumas das Primeiras Damas africanas, e da aprovação de uma resolução das Nações Unidas, reconhecendo a SCD como um problema de saúde pública, continua insuficiente o investimento na prevenção e tratamento da SCD com o uso de medidas eficazes de prevenção primária e de CHCM.

110. A finalidade da estratégia é contribuir para a redução da incidência, morbidade e mortalidade devidas à drepanocitose na Região Africana. Entre as intervenções propostas destacam-se: implementar intervenções eficazes de advocacia em favor de maior sensibilização e mobilização de recursos; criar parcerias; criar ou reforçar os programas nacionais de SCD; reforçar as capacidades dos profissionais de saúde; organizar actividades de apoio a grupos especiais; reforçar a prevenção primária, incluindo aconselhamento e testes na área da genética; reforçar a identificação precoce e rastreio; proporcionar cuidados de saúde abrangentes aos doentes com SCD; fornecer medicamentos acessíveis; reforçar as capacidades laboratoriais e de diagnóstico, bem como os suprimentos; iniciar e melhorar a vigilância da drepanocitose; e promover investigação inovadora.

111. O Comité Regional agradeceu ao Secretariado a inclusão deste importante tópico na ordem do dia, por se tratar de uma das doenças mais preocupantes de saúde pública na Região. Os delegados partilharam as experiências dos seus países nas áreas da vigilância; prevenção primária, incluindo o aconselhamento genético; e prevenção secundária, incluindo o despiste neonatal, a detecção precoce e o tratamento sustentado dos casos. Destacou a necessidade de criar redes interpaíses, advogar em favor de cuidados médicos gratuitos, promover a investigação, reforçar as capacidades de tratamento da SCD e estimular os conselheiros a terem em conta os factores sociais e culturais. Também foi referido que a advocacia em favor da SCD

tinha ganho nova dinâmica, como se verifica em certos Estados-Membros pela participação de figuras políticas de alto nível, incluindo as Primeiras Damas.

112. Alguns delegados mencionaram a existência de medicamentos tradicionais, recentemente comercializados para alívio da dor causada pela SDC e solicitaram à OMS que desse apoio técnico à intensificação dos ensaios clínicos de medicamentos tradicionais, para garantir a sua segurança e eficácia.

113. O Secretariado agradeceu os contributos dos delegados e a aprovação do documento, tendo exprimido o seu empenho em apoiar tecnicamente os países na implementação da estratégia regional para a drepanocitose.

114. O Comité Regional adoptou o documento AFR/RC60/8: Drepanocitose: Estratégia para a Região Africana.

TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE E ULTRA-RESISTENTE NA REGIÃO AFRICANA: ANÁLISE DA SITUAÇÃO, DESAFIOS E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC60/10)

115. No seu relatório, o presidente do Subcomité do Programa salientou que a tuberculose (TB) é uma doença de elevada prioridade na Região Africana da OMS e que, em 2005, o Comité Regional declarou a doença uma emergência na Região. Em 2007, a Região contava com 22% dos casos de TB notificados em todo o mundo. As taxas de notificação dos casos tinha subido de 82 por 100 000, em 1990, para 158 por 100 000, em 2007. Cerca de 51% dos doentes com TB que fizeram o teste em 2007 eram portadores de VIH, o que faz da infecção pelo VIH, isoladamente, o factor de risco mais importante na infecção pela TB na Região.

116. Declarou que a TB multirresistente (TB MR) está a tornar-se um problema na Região. A MDR-TB define-se como a TB causada por organismos que são resistentes, pelo menos, à isoniazida e à rifampicina. Tuberculose ultra-resistente (TB UR) é a TB MR que também é resistente a qualquer uma das fluoroquinolonas e a, pelo menos, um de quatro medicamentos injectáveis de segunda linha. Entre Janeiro de 2007 e Dezembro de 2009, foram notificados por 33 países um total de 22 032 novos casos de TB MR. Durante o mesmo período, foram notificados cerca de 1501 novos casos de TB UR por oito países.

117. Os desafios que os países enfrentam incluem: taxas de sucesso no tratamento da TB insatisfatórias; ausência generalizada de medidas de controlo da infecção nas comunidades e unidades de saúde; políticas, manuais e orientações desactualizadas; serviços laboratoriais de qualidade garantida inadequados; fraca vigilância da TB resistente aos medicamentos; fracos padrões de cuidados e controlo da infecção; inadequada disponibilidade de medicamentos de segunda linha; longa duração do tratamento; e outros problemas relacionados com o sistema de saúde, tais como o limitado acesso aos serviços gerais de TB e inadequados recursos humanos para a saúde.

118. As acções propostas incluem prevenir a geração de estirpes de TB resistentes aos medicamentos; desenvolver e reforçar a gestão programática da TB resistente aos medicamentos; criar e manter sistemas nacionais de vigilância da TB resistente aos medicamentos; reforçar o sistema de compras e de gestão do abastecimento de medicamentos anti-TB de segunda linha; criar e implementar medidas de controlo da infecção pela TB; mobilizar recursos financeiros para apoiar a implementação das acções recomendadas; expandir as redes regionais de diagnóstico da TB MR e TB UR e empreender investigação operacional.

119. O Comité Regional observou que a situação da TB MR e da TB UR constitui um grande problema de saúde pública na Região. Os países partilharam experiências relacionadas com a qualidade dos dados relativos à estimativa da magnitude tanto da TB MR como da TB UR, tratamento dos casos, reforço dos laboratórios, compras e gestão da logística dos medicamentos contra a tuberculose e melhoria da vigilância. Os delegados manifestaram a sua preocupação acerca do número de doentes perdidos no acompanhamento, devido à circulação transfronteiriça das populações migrantes; custos excessivos dos tratamentos; limitada capacidade de diagnóstico; número insuficiente de peritos em TB; falta de centros de excelência; e financiamento insuficiente.

120. O Secretariado elogiou os países pelos esforços que desenvolveram para a redução do peso da TB e encorajou-os a intensificarem esses esforços, para manterem a dinâmica e conservarem as parcerias existentes. O Secretariado reconheceu os esforços que a UNITAID está a fazer para reduzir o preço dos medicamentos anti-TB de segunda linha e apelou ao reforço das capacidades do pessoal e à formação de mais profissionais para o tratamento da TB MR e da TB UR.

121. O Comité Regional aprovou, com alterações, o documento AFR/RC60/10: Tuberculose multirresistente e ultra-resistente na Região Africana: análise da situação, desafios e perspectivas.

CRISE FINANCEIRA MUNDIAL: IMPLICAÇÕES PARA O SECTOR DA SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA (documento AFR/RC60/12)

122. No seu relatório, o presidente do Subcomité do Programa informou que, no contexto da actual crise económica mundial, o Fundo Monetário Internacional prevê que a produtividade mundial diminua 1,4% em 2009 e comece a retomar gradualmente em 2010, até atingir uma taxa de crescimento de 2,5%. A taxa de crescimento média real do produto interno bruto (PIB) da África diminuiu de mais de 5%, em 2008, para 2,8%, em 2009. O PIB dos países da Região Africana diminuiu em 94,48 mil milhões de dólares americanos, entre 2008 e 2009. Embora não existam dados relativos ao impacto das crises económicas passadas sobre a saúde em África, a crise económica asiática de 1997/98 e a crise económica latino-americana de 2001/02 resultaram em cortes na despesa com a saúde, menor utilização dos serviços de saúde e deterioração da nutrição infantil e materna e dos resultados na saúde. Assim, espera-se que haja na Região uma redução nas despesas do governo, das famílias e dos doadores em saúde.

123. Os principais problemas que os países terão de resolver incluem uma diminuição nas despesas per capita com a saúde, no sector da saúde e noutros sectores sociais, pelos governos, famílias e doadores; redução nas despesas de manutenção, medicamentos e outros produtos recorrentes; um aumento da utilização dos serviços de saúde pública, devido a uma menor utilização dos serviços de saúde do sector privado; grande diminuição no consumo dos serviços de saúde e de alimentos pelas pessoas mais pobres; ineficiências no uso dos recursos atribuídos às unidades de saúde; falta de institucionalização das Contas Nacionais da Saúde; e falta de dados sobre o impacto das crises económicas passadas na Região Africana.

124. As acções propostas incluem a investigação operacional para monitorizar o impacto sobre a saúde e as respostas políticas; intensificação da advocacia interna e externa; institucionalização das contas nacionais e distritais da saúde para monitorizar as despesas internas e externas com a saúde; redefinição das prioridades da despesa pública, desde as intervenções de saúde pública de baixo impacto até às de alto impacto; melhoria da gestão dos recursos financeiros;

melhoria da gestão dos produtos médicos; melhoria da interacção entre o profissional de saúde e o doente; redução da falta de eficiência económica; reforço das redes sociais de segurança; aumento do envolvimento do sector privado; e aumento dos investimentos nos sistemas nacionais de saúde.

125. O Comité Regional agradeceu ao Secretariado pelo documento e salientou que a actual crise económica e financeira mundial tem importantes implicações para o sector da saúde nos Estados-Membros da Região Africana e exige respostas eficazes a curto e longo prazo.

126. Os delegados sublinharam que há necessidade de novas análises e identificação de uma combinação de intervenções eficazes, para mitigar as consequências adversas da crise para a saúde e para o sector da saúde; é também necessário dar respostas a longo prazo que se baseiem nos princípios dos CSP, conforme estabelece a Declaração de Ouagadougou. Foi observado que a crise provavelmente implicará cortes orçamentais, principalmente devido à diminuição dos recursos externos, comprometendo assim a luta contra os principais problemas de saúde no continente. Por outro lado, a crise pode levar à fragmentação dos serviços. Os delegados sugeriram que o papel da OMS seja claramente divulgado. Recomendou-se também que se exerça uma intensa advocacia para a mobilização de recursos, em conformidade com os princípios da Declaração de Paris sobre Eficácia da Ajuda e outras iniciativas relevantes.

127. O Secretariado reiterou a necessidade de se melhorar a eficácia técnica dos sistemas de saúde, como forma de gerar novos recursos internos. A necessidade de criar mecanismos financeiros inovadores e cumprir as promessas assumidas em diversos fóruns (incluindo a meta de 15% de Abuja) foi salientada como forma de atenuar o efeito da crise financeira na saúde e no sector. As acções sectoriais e intersectoriais serão de suma importância para mitigar as consequências da contracção económica. O Secretariado informou os delegados que a OMS tinha alertado a União Africana e as comunidades económicas regionais a respeito do impacto potencial da crise no sector da saúde.

128. O Comité Regional aprovou, com emendas, o documento AFR/RC60/12: Crise financeira mundial: Implicações para o sector da saúde na Região Africana.

EPIDEMIAS RECORRENTES NA REGIÃO AFRICANA: ANÁLISE DA SITUAÇÃO, PREPARAÇÃO E RESPOSTA (documento AFR/RC60/9)

129. Neste relatório, o Presidente do Subcomité do Programa observou que os países da Região Africana continuam a ser afectados por epidemias recorrentes de cólera, paludismo, meningite, sarampo e zoonoses, incluindo as febres hemorrágicas, a peste e a febre do dengue, com um impacto significativo na saúde e no desenvolvimento económico da Região. Em 2009, todos os 46 Estados-Membros da Região notificaram pelo menos um episódio epidémico e 33 países notificaram casos de gripe pandémica A (H1N1).

130. Apesar da notável melhoria das capacidades regionais e nacionais de detecção precoce, confirmação e caracterização das epidemias e pandemias, os Estados-Membros continuaram a enfrentar desafios, nomeadamente a falta de uma avaliação integral de riscos; sistemas ineficazes de alerta precoce e resposta; fraca coordenação e colaboração entre os sectores da saúde humana e da saúde animal; coordenação interpaíses inadequada; inexistência de planos consolidados de preparação e resposta às epidemias; incapacidade para manter em funcionamento equipas nacionais de resposta rápida às epidemias, bem como os stocks de consumíveis de contingência necessários; falta de recursos financeiros adequados; capacidade de resposta limitada ao nível local; acesso inadequado a água segura e ao saneamento básico; épocas das chuvas ou secas prolongadas; e deslocamentos populacionais associados a catástrofes naturais e provocadas pelo Homem.

131. Entre as medidas propostas, mencionam-se a realização de avaliações dos riscos; criar ou reforçar os sistemas de alerta; adoptar a abordagem “um mundo, uma saúde” para a prevenção e controlo das zoonoses; investir na saúde ambiental; alargar as actividades de promoção da saúde; realizar investigação; criar comissões nacionais multisectoriais e funcionais de resposta às epidemias; dar formação aos profissionais de saúde; criar e manter equipas de resposta rápida às epidemias, aos níveis nacional, provincial e distrital; melhorar a resposta rápida através do pré-posicionamento de consumíveis essenciais e equipamento, incluindo vacinas, instrumentos de diagnóstico e material de tratamento; organizar reuniões interpaíses regulares e reforçar os elos de comunicação com os países vizinhos.

132. O Comité Regional agradeceu à OMS, os Centros para a Prevenção e Controlo das Doenças (Atlanta) e à Fundação Bill e Melinda Gates o apoio prestado para reforçar os sistemas de vigilância na África Central. Os delegados recomendaram

que fossem encontradas soluções para os problemas relacionados com o empenho político, a acção intersectorial e o envolvimento comunitário; o fornecimento de equipamento para as equipas de resposta rápida; o reforço da investigação das doenças com potencial epidémico; disponibilização de instrumentos de comunicação aos distritos e melhoria da triagem para a detecção precoce de surtos; e o reforço das parcerias entre a OMS, a Organização das Nações Unidas Para a Alimentação e Agricultura, a Organização Internacional das Epizootias e outros parceiros. Foi também recomendado que os países reforçassem as parcerias entre os diversos sectores, para fazer face aos problemas associados à interface humana-animal e investissem no ambiente. Os delegados mostraram-se favoráveis à criação de um fundo de emergência para fornecer recursos adequados, incluindo medicamentos e vacinas contra as epidemias.

133. Os delegados recomendaram ainda que, em virtude das dificuldades em matéria de recursos humanos e financeiros, as medidas propostas deveriam ser implementadas por fases, por exemplo, as medidas relacionadas com a implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) até 2012 e as restantes quatro medidas até 2015. Recomendaram também que o papel da OMS no apoio às medidas propostas deveria ser claramente articulado e a capacidade da Organização em prestar apoio técnico através das Equipas de Apoio Interpaíses deveria ser reforçada.

134. O Comité Regional aprovou, com emendas, o documento AFR/RC60/9: Epidemias recorrentes na Região Africana: Análise da situação, preparação e resposta.

PREPARAÇÃO E RESPOSTA A SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA NA REGIÃO AFRICANA: SITUAÇÃO ACTUAL E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC60/11)

135. O Presidente do Subcomité do Programa referiu que a Região Africana da OMS continua a ser atingida por frequentes conflitos e situações de emergência que provocam traumatismos, mortes, deslocamento de populações, destruição de unidades de saúde e ruptura dos serviços, o que resulta em situações de catástrofe. Em 2007, a perda económica total resultante das mortes relacionadas com catástrofes na Região foi avaliada em 117,2 milhões de dólares americanos. Durante 2008, foram registados mais de 12 milhões de refugiados e de pessoas deslocadas internamente, em comparação com cerca de 6 milhões em 1997. Em 2008, no Corno de África, cerca

de 23 milhões de pessoas solicitaram ajuda alimentar humanitária e as cheias afectaram mais de um milhão e meio de pessoas em 26 países.

136. Os principais desafios com que o países se deparam incluem a incapacidade de proceder à avaliação das vulnerabilidades e ao mapeamento dos riscos; falta de planos nacionais de preparação para as emergências que abranjam perigos múltiplos; ausência de actividades humanitárias e de emergência nos planos nacionais de desenvolvimento sanitário; inexistência de programas abrangentes de preparação e redução dos riscos de catástrofes; falta de capacidade para aplicar as normas nacionais; fragilidade dos mecanismos de coordenação; fraqueza dos sistemas de alerta precoce; falta de uma massa crítica de pessoal formado; inadequação do envolvimento comunitário; insuficiência dos recursos afectados; e falta de uma estratégia regional actualizada que integre novas abordagens e resoluções de nível mundial.

137. As acções propostas incluem avaliar os perigos, vulnerabilidades, riscos e capacidades, na perspectiva do sector da saúde; actualizar os planos nacionais de desenvolvimento sanitário para que integrem a recuperação dos sistemas de saúde; criar uma unidade de gestão de emergências sanitárias com pessoal a tempo inteiro no Ministério da Saúde; criar ou reforçar uma comissão multisectorial de emergência; reforçar os sistemas de alerta precoce para as componentes sanitárias das catástrofes naturais e das crises alimentares; criar e financiar programas de educação e de formação; promover a consciencialização, a comunicação dos riscos, a formação e outros programas que assegurem comunidades mais preparadas; melhorar o financiamento para a prevenção de catástrofes, preparação para situações de emergência e recuperação dos sistemas de saúde pós-emergência; e formular uma nova estratégia regional de preparação e resposta às situações de emergência (EPR) e um quadro para orientação dos Estados-Membros.

138. O Comité Regional elogiou o documento e agradeceu o apoio técnico prestado aos países durante as emergências. Os delegados expressaram a sua preocupação acerca da insuficiência de recursos humanos para a EPR ao nível nacional; inadequados recursos financeiros; e dos riscos de natureza ocupacional. Recomendaram que as estratégias nacionais de saúde incluíssem intervenções de EPR, bem como o financiamento adequado. Salientaram que as epidemias e as catástrofes afectavam frequentemente mais do que um país; por isso deveria ser encorajada a colaboração interpaíses, a partilha dos recursos e as intervenções transfronteiriças. Os delegados recomendaram que, como os pequenos estados

insulares são especialmente vulneráveis a eventos meteorológicos extremos relacionados com as alterações climáticas, estes deveriam ser alvo de estratégias específicas de EPR. Foi solicitado ao Secretariado que apoiasse a formação de profissionais e que desenvolvesse políticas e orientações, tendo em vista sistemas de alerta precoce, incluindo equipas de resposta rápida.

139. O Secretariado agradeceu as observações proferidas pelos delegados e manifestou a necessidade de integração e de coordenação da EPR dentro dos planos nacionais de desenvolvimento sanitário e dos sistemas de saúde. Realçou a importância da preparação para gerir as emergências e as catástrofes, bem como a utilidade de planos estratégicos nacionais custeados para a mobilização de recursos. O Secretariado informou os delegados de que a OMS estava actualmente a trabalhar com instituições de formação para formar capacidades de recursos humanos para a EPR. As dificuldades de mobilização de recursos poderão ser minimizadas através da utilização de planos estratégicos nacionais orçamentados para advocacia.

140. O Comité Regional aprovou, com emendas, o documento AFR/RC60/11: Preparação e resposta a situações de emergência na Região Africana: situação actual e perspectivas.

DOCUMENTO-QUADRO DO FUNDO AFRICANO PARA AS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA (documento AFR/RC60/13)

141. O presidente do Subcomité do Programa lembrou que, em reconhecimento dos insuficientes recursos disponíveis aos Estados-Membros para combater as epidemias e outras emergências de saúde pública na Região Africana, a quinquagésima nona sessão do Comité Regional Africano da OMS adoptou a Resolução AFR/RC59/R5, intitulada "Reforçar a preparação e resposta para os surtos na Região Africana, no contexto da actual pandemia de gripe". Essa resolução solicitava ao Director Regional que facilitasse a criação de um "Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública" que apoiasse a investigação e resposta às epidemias e outras emergências de saúde pública. O documento estabeleceu o quadro para a sua criação.

142. Esclareceu que a ideia fundamental para a criação do fundo era a falta de recursos adequados para dar resposta às frequentes epidemias e intervenções correlacionadas de saúde pública na Região Africana. Foi proposto que o nome do fundo seria "Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública" (APHEF). O

Fundo seria criado como uma iniciativa intergovernamental regional destinada a mobilizar recursos adicionais para a preparação e resposta aos surtos de doenças e outras emergências de saúde pública, nos termos do Artigo 50º, alínea f) da Constituição da OMS, complementando os actuais esforços dos governos e parceiros, e promoveria a solidariedade entre os Estados-Membros na resolução das emergências de saúde pública.

143. O Fundo seria financiado por contribuições acordadas e contribuições voluntárias dos Estados-Membros, nos termos do Artigo 50 alínea f) da Constituição da OMS. As contribuições anuais mínimas dos Estados-Membros foram determinadas como percentagem do PIB de cada país, em função do PIB total dos países da Região Africana. No total, as contribuições anuais propostas para o Fundo atingiriam os 100 milhões de dólares. Foram propostas as contribuições mínimas de cada Estado-Membro. A OMS seria responsável pelo desembolso e pelos relatórios sobre a utilização dos fundos, através dos seus mecanismos financeiros. O Banco Africano de Desenvolvimento seria designado como gestor do Fundo, enquanto um fundo renovável, com um limite de 20 milhões de dólares, seria criado no Escritório Regional da OMS. Os reforços do fundo renovável seriam feitos pelo BAD, com base em critérios e procedimentos previamente acordados.

144. As estruturas nucleares propostas para o Fundo seriam uma Comissão Consultiva Rotativa, um Grupo Técnico de Análise e um Secretariado. A Comissão Consultiva Rotativa, constituída pelo Director Regional, três ministros da saúde e um representante do Banco Africano de Desenvolvimento, forneceria o aconselhamento necessário e tomaria decisões sobre a orientação estratégica do Fundo. O Grupo Técnico de Análise, constituído por peritos da OMS, analisaria as propostas e pedidos, com base em critérios técnicos, e submeteria as recomendações de financiamento à aprovação do Director Regional da OMS. O Secretariado do Fundo, que ficaria sediado no Escritório Regional, seria o gestor do Fundo. Para apoiar uma administração eficaz do Fundo, seriam aplicados custos de apoio ao programa sobre todas as verbas recebidas pelo Fundo, a uma taxa de 13% de acordo com a resolução WHA34.17.

145. Para garantir a responsabilidade, o Fundo usaria os actuais sistemas administrativos internos da OMS (mecanismos, normas e regulamentos) e sistemas de gestão financeira para receber, desembolsar, justificar, auditar e reportar sobre a utilização dos fundos. Um relatório anual técnico e financeiro certificado sobre as operações do Fundo seria apresentado em todas as reuniões do Comité Regional.

146. O Comité Regional recebeu com agrado o Quadro e felicitou o Director Regional por executar o mandato que lhe foi conferido pela quinquagésima nona sessão do Comité Regional, de facilitar o processo de criação do APHEF. Os delegados reiteraram, unanimemente, a necessidade de criar o Fundo como uma oportunidade para os Estados-Membros se apoiarem uns aos outros, em tempo oportuno, durante situações de emergência imprevistas. Observaram que a formulação do Quadro era ainda um trabalho em curso e facilitaria as discussões sobre as modalidades de funcionamento do Fundo.

147. Os delegados pediram esclarecimentos sobre os critérios usados para as contribuições anuais propostas, incluindo outras opções usadas por outros organismos e organizações; o prazo para receber as contribuições; os critérios para aceder aos fundos; o intervalo entre a apresentação das propostas e a recepção dos fundos; o nível dos custos administrativos; e o papel da Comissão Consultiva Rotativa. Realçaram também a necessidade de explorar a possibilidade de alargar as contribuições para o Fundo a sectores extra-governamentais, para se ter uma distribuição equitativa das contribuições e para explorar cenários diferentes para as contribuições. Os delegados recomendaram que as discussões subsequentes sobre o critério e modalidades de contribuição financeira para o Fundo envolvessem os ministros das finanças, o Banco Africano de Desenvolvimento, a União Africana e as comunidades económicas regionais.

148. O Director Regional agradeceu aos delegados pela sua contribuição a fim de melhorar o Quadro para a criação do Fundo e a correspondente Resolução. Informou, em seguida, os delegados sobre os passos dados para cumprir o mandato de facilitar a criação do Fundo que lhe tinha sido conferido pela quinquagésima nona sessão do Comité Regional. Esses passos incluíram advocacia com os Chefes de Estado dos Estados-Membros; interações com a União Africana e o Banco Africano de Desenvolvimento; e consultas com a Organização Pan-Americana da Saúde, que está a implementar o artigo 50 alínea f) da constituição da OMS.

149. Foram dados esclarecimentos sobre algumas das opções para determinar as contribuições, incluindo as questões relacionadas com a equidade, o tamanho da população, o nível económico e o valor da dívida nacional, que estavam a ser usados por outras organizações e agências das Nações Unidas. Os delegados receberam também a informação de que a cobrança administrativa de 13% de custos de apoio ao programa era uma decisão da Assembleia Mundial da Saúde. Sugeriu-se que a próxima reunião interministerial dos ministros das finanças e da saúde, organizada

sob os auspícios da Comissão Económica das Nações Unidas para África, será uma oportunidade para obter os pontos de vista dos ministros de finanças.

150. O Comité Regional concordou em adiar a discussão sobre as modalidades de funcionamento do Fundo para a sexagésima primeira sessão do Comité Regional e criar um grupo de trabalho técnico (GTT) para preparar deliberações para o próximo ano. As recomendações do GTT serão incorporadas na versão corrente do Documento-Quadro do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública (documento AFR/RC60/13) que será posteriormente emendado e submetido ao Comité Regional para consideração durante a sexagésima primeira sessão.

151. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC60/R5 sobre a criação do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública.

DOCUMENTOS INFORMATIVOS

152. O Comité Regional tomou nota de vários documentos informativos. Estes incluíam os relatórios da OMS de auditorias internas e externas (documento AFR/RC60/INF.DOC/1) e o relatório sobre o pessoal da OMS na Região Africana (documento AFR/RC60/INF.DOC/2).

RELATÓRIO DO GRUPO DE ACÇÃO REGIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DE PRODUTOS MÉDICOS DE QUALIDADE INFERIOR/ ADULTERADOS/ COM RÓTULOS FALSOS / FALSIFICADOS/ CONTRAFEITOS NA REGIÃO AFRICANA DA OMS (documento AFR/RC60/16)

153. O Presidente do Grupo de Acção, Sr. Hashim Yusufu, apresentou o relatório da Reunião Consultiva do Grupo de Acção sobre Prevenção e Controlo de Produtos Médicos de Qualidade Inferior/Adulterados/com Rótulos Falsos/Falsificados/Contrafeitos que se realizou em Brazzaville, República do Congo, de 13 a 14 de Julho de 2010.

154. O relatório contemplava que, na sequência das deliberações da sexagésima terceira sessão da Assembleia Mundial da Saúde sobre produtos médicos contrafeitos, o Escritório Regional tinha organizado uma reunião consultiva que reuniu peritos reguladores de medicamentos dos Estados-Membros, para analisar a actual situação, problemas e desafios, assim como para propor acções de prevenção

e controlo de produtos médicos de qualidade inferior/ adulterados/ com rótulos falsos/ falsificados/contrafeitos na Região Africana.

155. O Grupo de Acção reiterou a necessidade dos produtos médicos obedecerem às normas de qualidade, segurança e eficácia. Foi referido que a qualidade dos produtos médicos era um grande problema de saúde pública para a Organização Mundial da Saúde e seus Estados-Membros, pois o fabrico ilegal, distribuição, proliferação e uso indiscriminado de produtos médicos de qualidade inferior/ adulterados/ com rótulos falsos/ falsificados/contrafeitos poderá ter graves consequências para a saúde pública. Estas incluíam a ineficácia do tratamento, agravamento da doença, resistência antimicrobiana, incapacidades e traumatismos, morte e perda de confiança nos sistemas de cuidados de saúde.

156. O Grupo de Acção salientou que os factores que contribuem para o fabrico e distribuição de produtos médicos de qualidade inferior/ adulterados/ com rótulos falsos/ falsificados/contrafeitos incluíam falta de uma definição harmonizada de contrafacção; globalização; rápida expansão da Internet; criação de zonas de comércio livre; permeabilidade das fronteiras; corrupção; conflitos de interesses, má governação; e o acesso cada vez mais fácil a tecnologias de impressão e fabrico que contribuem consideravelmente para as práticas ilegais.

157. O Presidente do Grupo de Acção também esclareceu que, em muitos Estados-Membros da Região, as autoridades reguladoras dos medicamentos (NMRA) não possuem capacidade adequada para uma aplicação efectiva da legislação. Muitas NMRA têm recursos humanos e financeiros limitados; os sistemas de abastecimento e distribuição são fragmentados e fracos; o analfabetismo e a pobreza são factores de risco para as populações. Por outro lado, a extensão do problema não está bem documentada na maioria dos países da Região; e a cooperação e a colaboração entre as autoridades envolvidas (e.g., autoridades reguladoras, agentes comerciais, polícia, alfândegas e tribunais) no seio dos países da Região e entre eles são, regra geral, fracas.

158. As acções propostas incluem reafirmar o empenho nacional na luta contra os produtos médicos contrafeitos e proceder à utilização, elaboração, implementação e monitorização das políticas nacionais de medicamentos; criar NMRA com um mandato legal adequado, independência e capacidade institucional para actuar; elaborar e implementar uma estratégia sustentável de recursos humanos para o sector farmacêutico; criar sistemas fiáveis de abastecimento e os recursos financeiros

necessários; criar sistemas eficazes para realizarem estudos específicos e vigilância de rotina do mercado; criar estratégias de informação, educação e comunicação para aumentar a sensibilização; criar mecanismos eficazes de cooperação e colaboração aos níveis nacional, regional e inter-regional; e criar um grupo de trabalho regional, temporário e orientado para os resultados, para os produtos médicos de qualidade inferior/adulterados/com rótulos falsos/falsificados/contrafeitos.

159. O Grupo de Acção recomendou que a OMS continue a preparar instrumentos e orientações que permitam aos Estados-Membros adaptar e implementar políticas e estratégias; continue a avaliar e reforçar as NMRA; ajude os Estados-Membros a mobilizar mais recursos; continue a facilitar a troca de informação reguladora objectiva e independente entre os Estados-Membros; intensifique a promoção e implementação da boa governação, responsabilização e transparência nos Estados-Membros; reforce a condução e divulgação da investigação operacional sobre os produtos médicos de qualidade inferior/adulterados/com rótulos falsos/falsificados/contrafeitos; reforce a monitoria e avaliação de programas destinados a combater a fabricação, distribuição e utilização de produtos médicos de qualidade inferior/adulterados/com rótulos falsos/falsificados/contrafeitos.

160. O Comité Regional elogiou a qualidade do relatório do Grupo de Acção. Os Estados-Membros concordaram que o problema dos produtos médicos contrafeitos constitui uma grande preocupação de saúde pública. Realçaram a ameaça dos mercados informais, a fraca capacidade reguladora e de controlo de qualidade dos laboratórios e os recursos humanos inadequados. Por outro lado, os delegados referiram que o acesso inadequado e a cobertura dos produtos médicos ao abrigo dos esquemas dos seguros de saúde contribuem para a circulação e uso de produtos médicos contrafeitos. Os principais problemas a abordar incluem a sobredependência de produtos médicos importados; fracas capacidades locais de produção em alguns países; e produtos doados que, por vezes, não cumprem os padrões de qualidade. Comentaram ainda a futura luta contra a circulação de produtos médicos contrafeitos vendidos através da Internet.

161. Os delegados revelaram-se também preocupados com os debates em curso sobre a prevenção e o controlo dos produtos médicos de qualidade inferior/adulterados/com rótulos falsos /falsificados/contrafeitos e a relação entre a OMS e o Grupo de Acção Internacional Anticontrafacção de Produtos Médicos (IMPACT). Houve um apelo aos Estados-Membros para que participem e contribuam em uníssono para os debates em curso.

162. Os delegados recomendaram a criação de um grupo de trabalho regional para abordar as perspectivas africanas relacionadas com a prevenção e o controlo dos produtos médicos de qualidade inferior/adulterados/com rótulos falsos/falsificados/contrafeitos, assim como a sua definição; o reforço da colaboração e cooperação entre os países exportadores e importadores, para assegurar os padrões de qualidade e de segurança dos produtos médicos; a criação de uma agência reguladora africana dos medicamentos. Solicitaram à OMS que forneça apoio técnico para a promoção das boas práticas de fabrico e reforço dos sistemas de farmacovigilância.

163. O Secretariado manifestou apreciação pelo trabalho desenvolvido pelo grupo de acção, a qualidade do relatório e os valiosos contributos dos delegados, que serão tomadas em consideração para introduzir alterações ao documento. A OMS continuará a prestar apoio aos Estados-Membros, para contribuir para o trabalho do grupo intergovernamental para os produtos médicos de qualidade inferior/adulterados/com rótulos falsos/falsificados/contrafeitos.

164. O Secretariado reafirmou o empenho da OMS em proteger a saúde pública e continuar a avaliar, apoiar e reforçar as NMRA, com a finalidade de garantir a qualidade, eficácia e segurança dos produtos médicos. Os Estados-Membros foram convidados a contribuir com os seus pontos de vista para a consulta mundial através da Internet, enviando as suas sugestões para o Escritório Regional para consolidação e posterior apresentação aos membros do Conselho Executivo da OMS da Região Africana, antes de Janeiro de 2011. Concordaram em continuar a reflectir sobre a criação da Agência Africana Reguladora do Medicamento.

165. O Comité Regional aprovou, com emendas, o documento AFR/RC60/16: Relatório do Grupo de Trabalho Regional para a Prevenção e Controlo dos produtos médicos de qualidade inferior/adulterados/com rótulos falsos/falsificados/contrafeitos na Região Africana da OMS.

ORÇAMENTO-PROGRAMA DA OMS PARA 2012-2013 (documento AFR/RC60/17)

166. O projecto de Proposta de Orçamento-Programa para 2012-2013 foi apresentado ao Comité Regional, para discussão e comentários. O Orçamento-Programa para o biénio 2012-2013 é o último do Plano Estratégico a Médio Prazo (MTSP) para 2008-2013. Foi referido que a estrutura do MTSP se manteve na mesma,

com os seus 13 objectivos estratégicos (OE). Os OE do MTSP pretendem definir as orientações gerais e as prioridades.

167. O Comité Regional foi informado de que a proposta do Orçamento-Programa para 2012-2013 reflecte uma avaliação dos recursos disponíveis no panorama financeiro, assim como a real capacidade de implementação da Organização em 2008-2009. Reafirma o compromisso do Secretariado num melhor alinhamento da gestão dos recursos com a prestação planeada em todos os OE e nos principais escritórios, especialmente no que diz respeito aos OE prioritários, que continuam a ser subfinanciados. Mantém o compromisso da Organização de reforçar o apoio de primeira linha aos países e oferecer o apoio adequado, a nível regional e global. A esse respeito, o princípio "70%-30%" continua a presidir à distribuição geral dos recursos entre as regiões e a Sede.

168. O total da proposta do Orçamento-Programa para 2012-2013 é de 4804 milhões de dólares americanos. O aumento de 264 milhões em relação ao orçamento aprovado para 2010-2011 refere-se principalmente ao ajustamento dos programas especiais, acordos de colaboração e aos orçamentos da resposta a surtos e crises às realidades do respectivo financiamento e da sua implementação. A proposta do Orçamento-Programa para 2012-2013 tem 3 componentes: 1) Programas de base: a OMS detém em exclusivo o controlo estratégico e operacional sobre as actividades correspondentes e quando à escolha dos meios, localização e calendário da implementação; 2) Programas especiais e acordos de colaboração: são actividades totalmente integradas na hierarquia dos resultados da OMS e sobre os quais a Organização detém autoridade executiva, mas que são empreendidas em colaboração com parceiros; 3) Resposta a surtos e crises: estas actividades são governadas por eventos externos e prementes.

169. Prevê-se que o Orçamento-Programa proposto para 2012-2013 seja financiado em 20% pelas contribuições fixas e em 80% pelas contribuições voluntárias, muitas destas minuciosamente especificadas. Propõe-se que o nível das contribuições fixas a nível mundial se mantenha como no biénio 2010-2011. Propõe-se que a afectação das contribuições fixas por escritório principal permaneça igual à de 2010-2011.

170. O Comité Regional foi informado de que a monitorização e avaliação do desempenho do Orçamento Programa ocorrerá ao fim de um período de 12 meses (revisão intermédia) e após terminado o biénio (avaliação do desempenho do Orçamento-Programa). O relatório da revisão intermédia será disponibilizado à

Comissão do Programa, Orçamento e Administração do Conselho Executivo, ao próprio Conselho Executivo, à Assembleia Mundial da Saúde e às sessões dos comités regionais que ocorram após o primeiro ano do biénio. O relatório da avaliação será apresentado aos mesmos órgãos, nas sessões após o final do segundo ano do biénio.

171. O Comité Regional congratulou-se com a apresentação do Orçamento-Programa da OMS para 2012-2013 e verificou, com preocupação, o facto de cerca de 80% do orçamento proposto não estar garantido, em especial no contexto da crise económica mundial. Foi também notado que, mesmo no caso de as contribuições voluntárias aumentarem, a sua disponibilidade não será suficientemente flexível para que a OMS possa dar resposta às prioridades, com base nas solicitações dos países.

172. Face às incertezas relacionadas com a mobilização de 80% do orçamento, o Comité Regional questionou se estavam implementadas modalidades ou estratégias inovadoras, capazes de melhorar a disponibilidade e a flexibilidade dos fundos voluntários, para a execução do Orçamento Programa. Foi solicitada uma clarificação sobre o significado e as implicações dos conceitos "fundos totalmente e altamente flexíveis" e "fundos de média flexibilidade" e sobre os processos de decisão e execução dos fundos não especificados. Os delegados sublinharam a ideia de que cabe aos Estados-Membros a responsabilidade de advogar em favor de fundos mais abundantes e mais flexíveis, para garantir que a OMS cumpra o seu mandato e responda melhor às solicitações dos países.

173. O Secretariado agradeceu as úteis contribuições dos delegados e o interesse manifestado pelo Orçamento-Programa. O Secretariado esclareceu que "fundos totalmente e altamente flexíveis" são fundos nucleares voluntários que são flexíveis a vários níveis: quanto aos Resultados Esperados a Nível da Organização, quanto ao escritório principal e quanto ao tema. Foi referido que a incapacidade de mobilizar fundos adequados poderia resultar na perda de competências bem desenvolvidas e na falência em prestar o apoio técnico aos países. O Secretariado informou os delegados que tinha preparadas estratégias de âmbito mundial e regional para a mobilização de recursos, incidindo no reforço das capacidades internas, sobretudo a nível de país, e numa melhor comunicação dos sucessos da OMS. O Secretariado solicitou aos Estados-Membros que continuassem a fazer advocacia em favor de recursos adicionais mais abundantes e mais flexíveis para a OMS.

174. Ao encerrar a sessão, o Presidente do Comité Regional apelou aos Estados-Membros para que mobilizassem financiamentos adicionais e fizessem advocacia nesse sentido, de modo a apoiar a execução do Orçamento-Programa na Região Africana.

O FUTURO DO FINANCIAMENTO DA OMS (documento AFR/RC60/18)

175. Ao apresentar o documento, o Director Regional lembrou que, em Janeiro de 2010, a Directora-Geral convocou um debate informal sobre o futuro do financiamento da OMS. A reunião consultiva não tinha por objectivo a tomada de decisões, mas sim encetar uma conversação estratégica, destinada a identificar os principais problemas relacionados com as actividades da OMS, aos níveis mundial, regional e nacional; reconhecer as diferenças de opinião onde elas existem; e traçar o rumo a seguir, o que irá trazer o debate para o âmbito mais formal dos Órgãos Directivos da OMS. As principais questões relacionavam-se com as funções centrais da OMS; saúde e desenvolvimento; parcerias; apoio da OMS aos países; colaboração técnica; as implicações na governação da OMS; definição de prioridades e comunicação; e implicações para o financiamento. Ficou acordado que um relatório formal sobre as questões levantadas durante a consulta seria apresentado pelo Secretariado ao Conselho Executivo, em Janeiro de 2011, e que o relatório incluiria os pontos de vista dos Estados-Membros, obtidos através de uma consulta técnica via Internet e debates durante a sessão do Comité Regional de 2010.

176. O Comité Regional Regional elogiou a informação de base fornecida pelo Director Regional a respeito do documento. Os delegados sublinharam a importância do documento, mas indicaram que não tinham tido tempo para analisá-lo. Dada a necessidade de rever os contributos dos Estados-Membros sobre este assunto, os delegados solicitaram mais tempo para reverem o documento e apresentarem, posteriormente, os seus comentários ao Secretariado.

177. O Secretariado incentivou os Estados-Membros a enviarem as suas contribuições para o sítio Web ou para o Escritório Regional até Novembro de 2010, de modo a que as mesmas possam ser tidas em consideração durante a próxima reunião do Conselho Executivo da OMS, agendada para Janeiro de 2011.

CORRELAÇÃO ENTRE OS TRABALHOS DO COMITÉ REGIONAL, DO
CONSELHO EXECUTIVO E DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE
(documento AFR/RC60/19)

178. O Presidente do Comité Regional convidou os delegados a fazer comentários ao documento. A primeira parte do documento define as modalidades de implementação das resoluções de interesse regional adoptadas pela 63.^a sessão da Assembleia Mundial da Saúde (WHA) e a 126.^a sessão do Conselho Executivo, nomeadamente:

- a) Preparação para a pandemia da gripe: Partilha dos vírus da gripe e acesso a vacinas e outros benefícios (WHA63.1)
- b) Avançar com as iniciativas de segurança alimentar (WHA63.3)
- c) Parcerias (WHA63.10)
- d) Disponibilidade, segurança e qualidade dos produtos do sangue (WHA63.12)
- e) Estratégia mundial para reduzir o uso nocivo do álcool (WHA63.13)
- f) Venda de alimentos e bebidas não alcoólicas a crianças (WHA63.14)
- g) Monitorização da consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde (WHA63.15)
- h) Recrutamento internacional de pessoal de saúde: projecto de um código de prática mundial (WHA63.16)
- i) Malformações congénitas (WHA63.17)
- j) Hepatite viral (WHA63.18)
- k) Estratégia da OMS para o VIH/SIDA em 2011-2015 (WHA63.19)
- l) Papel e responsabilidades da OMS na investigação em saúde (WHA63.21)
- m) Transplante de órgãos e tecidos humanos (WHA63.22)
- n) Nutrição dos bebés e crianças pequenas (WHA63.23)

- o) Acelerar os progressos para a consecução do 4.º Objectivo de Desenvolvimento do Milénio, de reduzir a mortalidade infantil: prevenção e tratamento da pneumonia (WHA63.24)
- p) Melhorar a saúde através de um tratamento de resíduos seguro e amigo do ambiente (WHA63.25)
- q) Melhorar a saúde através de uma boa gestão dos pesticidas e outros produtos químicos obsoletos (WHA63.26)
- r) Reforçar a capacidade dos governos para envolver construtivamente o sector privado na prestação de serviços essenciais de cuidados de saúde (WHA63.27).

179. A segunda parte do documento contém a ordem do dia da 128.ª sessão do Conselho Executivo e a ordem do dia provisória da 61.ª sessão do Comité Regional

180. A terceira parte do documento contém as decisões processuais destinadas a facilitar o trabalho da 64.ª Assembleia Mundial da Saúde, de acordo com as decisões pertinentes do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial de Saúde, referentes ao método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde.

181. O Comité Regional tomou nota do método de trabalho e duração da 64.ª Assembleia Mundial da Saúde e tomou decisões processuais quanto aos países designados para servir na 64.ª Assembleia Mundial da Saúde e no Conselho Executivo, bem como quanto à designação de representantes para Membros do Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Investigação para a Reprodução Humana (HRP); Categoria 2 do Comité de Política e Coordenação (PCC); do Membro do Conselho Conjunto de Coordenação Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais; e de um representante da Região Africana na Assembleia Geral da Parceria Europeia e dos Países em Desenvolvimento para os Ensaio Clínicos.

182. O Comité Regional adoptou o documento e as decisões processuais com ele relacionadas.

DATAS E LOCAIS DA 61.^a E 62.^a SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL
(documento AFR/RC60/20)

183. O Director Regional informou os delegados que, após consultas com as autoridades nacionais, foi proposto que a 61.^a sessão do Comité Regional tenha lugar em Abidjan, Côte d'Ivoire, e que a 62.^a sessão se realize em Luanda, Angola.

184. O Comité Regional, tendo ouvido e felicitado o Director Regional pela consulta com os dois países para concertação de posições, aprovou a proposta por aclamação.

APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DA SEXAGÉSIMA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC60/21)

185. O relatório da sexagésima sessão do Comité Regional (documento AFR/RC60/21) foi aprovado com emendas mínimas.

ENCERRAMENTO DA SEXAGÉSIMA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL

Moção de Agradecimento

186. A Resolução sobre a “Moção de Agradecimento” (AFR/RC60/R6), ao Presidente, ao governo e à população da Guiné Equatorial pela organização da sexagésima sessão do Comité Regional foi apresentada pelo Exmo. Senhor (Dr.) Ramatlapeng, Ministro da Saúde e do Bem-estar Social do Lesoto, em nome dos delegados. A moção foi aprovada pelo Comité Regional.

Observações de encerramento do Director Regional

187. Na sua intervenção de encerramento, o Director Regional da OMS para África, Dr. Luis Gomes Sambo, agradeceu a Sua Excelência o Presidente, ao Governo e à população da Guiné Equatorial a sua hospitalidade e os inestimáveis esforços envidados para garantir o êxito do Comité Regional. Manifestou ainda o sua especial gratidão ao Presidente da sexagésima sessão do Comité Regional, o Senhor Francisco Pascual Obama Asue, Ministro de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social da República da Guiné Equatorial pelo apoio prestado e a competência e elegância com que conduziu as deliberações do Comité Regional.

188. O Director Regional observou que o programa de trabalho e as deliberações tiveram em consideração a actual situação política e o contexto internacional, assim como as aspirações da Região Africana. Lembrou que os principais pontos da ordem do dia da sessão, sobretudo os relacionados com os determinantes sociais da saúde, uso nocivo do álcool e reforço dos sistemas de saúde, tendo em conta a abordagem dos Cuidados de Saúde Primários, destinavam-se a melhorar a qualidade de vida das populações da Região Africana. Reiterou a importância da promoção da saúde e de se prestar particular atenção à redução dos estilos de vida e comportamentos de risco, e em se encontrar soluções adequadas aos problemas de saúde aos níveis comunitário e local. Apelou à melhoria da colaboração entre todos os sectores na implementação das estratégias adoptadas.

189. O Dr Sambo registou que a aprovação da resolução relativa à criação do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública era de suma importância e esperava que o progresso na sua implementação fosse alvo de um relatório a apresentar à próxima sessão do Comité Regional. Observou que os conhecimentos e as tecnologias para fazer face aos problemas de saúde estão disponíveis, e exortou os ministros da saúde e os líderes do sector, a todos os níveis, a mobilizarem os recursos necessários para aumentar a cobertura e a eficácia na utilização, para se conseguir alcançar melhores resultados. Solicitou que fosse dada mais atenção às vertentes da monitorização e da avaliação, de modo a se poder medir os progressos alcançados e a identificar as falhas que exigem atenção, para se melhorar o estado de saúde das populações.

190. A concluir a sua alocução, o Director Regional agradeceu às agências das Nações Unidas por terem respondido ao seu convite para participar no Comité Regional e a sua colaboração com o governo da Guiné Equatorial, para assegurar o êxito do Comité Regional. Agradeceu também ao Secretariado e a todos aqueles que contribuíram de diversas formas, incluindo os intérpretes, tradutores, motoristas e outros, para que a sexagésima sessão do Comité Regional fosse coroada de êxito.

Observações de encerramento do Presidente do Comité Regional

191. Nas suas observações de encerramento, o Presidente da sexagésima sessão do Comité Regional, o Sr. Francisco Pascual Obama Asue, Ministro de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social da República da Guiné Equatorial, agradeceu aos delegados a sua participação activa nas deliberações do Comité Regional. Recordou a declaração feita por Sua Excelência o Presidente da República da Guiné durante a

cerimónia de abertura, na qual reiterou a importância do reforço da saúde e de se mobilizarem recursos adicionais, a fim de se alcançar os ODM. Afirmou que isto está em sintonia com o compromisso assumido pela Directora-Geral da OMS, Dr.^a Margaret Chan, em apoiar os Estados-Membros nos seus esforços no sentido da consecução dos ODM.

192. O Presidente apelou aos delegados para que implementem acções prioritárias relacionadas com as Orientações Estratégicas da OMS para 2011-2015, definidas pelo Director Regional. Estas continuam a centrar-se no papel de liderança da OMS, no fornecimento de orientações em matéria de políticas; apoio ao reforço dos sistemas de saúde com base na abordagem dos cuidados de saúde primários; colocar a saúde das mães e das crianças em primeiro lugar; acções aceleradas no combate ao VIH/SIDA, paludismo e tuberculos; intensificar a prevenção e controlo das doenças transmissíveis e não transmissíveis; e acelerar a resposta aos determinantes da saúde.

193. O Presidente felicitou os delegados pelos resultados das deliberações, incluindo a aprovação da Resolução AFR/RC60/R5, sobre a criação do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública e convidou os Estados-Membros a aproveitarem a oportunidade para efectuarem advocacia e contribuírem para o Fundo. Referiu que o Fundo é uma expressão da apropriação por parte dos países e da solidariedade na abordagem aos problemas da Região, e uma forma de reduzir a dependência dos doadores. Salientou que a implementação e a adopção de resoluções eram primeiramente uma responsabilidade dos governos nacionais. Apelou a uma maior colaboração transfronteiriça, uma vez que os problemas não se restringem às fronteiras nacionais.

194. O Presidente felicitou o Director Regional e o Secretariado pelos seus contributos para o êxito da organização da sexagésima sessão do Comité Regional.

195. O Presidente declarou então encerrada a sexagésima sessão do Comité Regional.

PARTE III

ANEXOS

LISTA DOS PARTICIPANTES

1. REPRESENTANTES DOS ESTADOS MEMBROS

ARGÉLIA

Mr Mesbah Smail
Directeur de la Prévention
(Chef de délégation)

Mrs Cherifa Zerrouki
Directrice de la Planification et du
Développement

ANGOLA

Dr. José Vieira Dias Van Dunem
Ministro da Saúde
(Chefe de delegação)
Luanda

Dr.^a Adelaide de Fátima dos Santos
Fernandes de Carvalho
Directora Nacional de Saúde Pública
Luanda

Dr. Augusto Rosa Mateus Neto
Director do Gabinete de Intercâmbio
Internacional do Ministério da Saúde
Luanda

Dr.^a Isilda Maria Simões Neves
Chefe do Departamento da Saúde
Pública
Rua Amílcar Cabral, 126-128
Luanda

Sr. Sérgio Neto
Conselheiro da Embaixada de
Angola na Guiné Equatorial
Caracolas
Malabo

BENIM

Dr Laurent A. Assogba
Directeur national Santé Publique
(Chef de délégation)
Bénin

Ms Radji Béatrice
Directrice financière

BOTSUANA

Ms Shenaaz El-Halabi
Director, Public Health

Ms Seloï Mogatle
Pharmacist
Drugs Regulatory Unit
Ministry of Health
P/BAG 0038
Gaborone

BURKINA FASO

Mr Seydou Bouda
Ministre de la Santé
(Chef de délégation)
Ouagadougou

Dr Joseph André Tiendrébéogo
Secrétaire permanent du Conseil
national de lutte contre le SIDA et
les Infections sexuellement
transmissibles
03 B.P. 7030
Ouagadougou

Dr Bocar Amadou Kouyaté
Conseiller Technique

Dr Souleymane Sanou
Directeur Général de la Santé

Dr Pagomdzanga Abdoulaye
Nitiéma
Secrétaire technique du Plan
national de Développement
Sanitaire

Dr Narcisse Mathurin Naré
Chef de Service Enfant/Adolescent
Ministère de la Santé

Dr Amédée Prosper Djiguemdé
Directeur régional de la Santé du
Centre

BURUNDI

Dr Norbert Biriniana
Directeur général de la Santé
publique
(Chef de délégation)
Bujumbura

Onésime Ndayishimiye
Médecin Directeur du Programme
national intégré de lutte contre les
maladies tropicales négligées et la
cécité
Bujumbura

Dr Uphrasie Ndiokubwayo
Responsable technique adjoint du
Projet Tuberculose/GFP/NLT-MSP
Bujumbura

Dr Thaddée Ndikumana
Directeur PNLT-MSP
Bujumbura

Dr Julien Kamyó
Directeur du Programme national
intégré de lutte contre le Paludisme
(PNILP)
Bujumbura

CAMARÕES

Mr André Mama Fouda
Ministre de la Santé publique
(Chef de la délégation)

Mr Mpouel Bala Lazare
Ambassadeur du Cameroun en
Guinée Equatoriale
(Chef de la délégation adjoint)

Mr Batamack
Représentant du Premier Ministre

Dr Ondobo Andze Gervais
Directeur de la Lutte contre la
Maladie

Prof Robinson Mbu Enow
Director of Family Health

Dr Sa'a
Directeur de la Promotion de la
Santé

M. Maina Djoulde Emmanuel,
Chef de Division de la Coopération

CABO-VERDE

Basílio Mosso Ramos
Ministro da Saúde
Chefe de delegação

Ildo A. S. Carvalho
Conselheiro técnico

REPÚBLICA CENTRO-AFRICANA

Mr André Nalke Dorogo
Ministre de la Santé publique, de la
Population et de la lutte contre le
SIDA
Chef de Délégation

Dr Jean Pierre Banga-Mingo
Chargé de Mission Responsable de
Suivi du PNDSII, Expert
(Commission A)

Dr Louis Namboua
Directeur Général de Santé publique
Expert (Commission B)

Dr Philémon Mbessa
Directeur des Études et de la
Planification
Expert (Commission C)

CHADE

Dr Toupta Boguena
Ministre de la Santé publique
(Chef de délégation)

Dr Mahamat Saleh Younous
Conseiller Santé/PR

Dr Matchoke Gong Zoua
Directeur Général Adjoint des
Activités Sanitaires
Njaména

Dr Mahamat Koyalta
Directeur général de l'Hôpital Mère
et Enfant
Njaména

Dr Hamid Djabbar
Responsable du Programme élargi
de Vaccination (PEV)

Dr Ali Mahamat Moussa
Secrétaire exécutif adjoint du Conseil
national de Lutte contre le SIDA
Njaména

Mr Kabo Gangroh Nantoïgar
Secrétaire général Adjoint du MSP

COMORES

Mr Sounhadj Attoumane
Ministre de la Santé
(Chef de Délégation)
B.P. 1028
Moroni

Dr Ahamada Msa Mliva
Inspecteur général de la Santé
Moroni Coulée
B.P. 484
Moroni

REPÚBLICA DO CONGO

Prof. Georges Moyen
Ministre de la Santé et de la
Population (Chef de délégation)
Brazzaville

Prof. Alexis Elira Dokekias
Directeur général de la Santé
Brazzaville

Prof Obengui
Directeur de l'Epidémiologie et de la
Lutte contre la Maladie
Brazzaville

Prof. Léon Hervé Iloki
Chef de Service Gynécologie
Obstétrique au CHU
Brazzaville

Dr Ndinga Edouard
Chef de Programme élargi de
Vaccination
Brazzaville

Dr Yvonne Valérie Yolande Voumbo
Matoumona
Conseillère à la Santé
Ministère de la Santé et de la
Population
Brazzaville

Mme Marthe Moumbolo
Ngouambari
Chargée du Protocole
Ministère de la Santé et de la
Population
Brazzaville

Mr Donatien Yokamiya
Attaché du Ministre de la Santé et
de la Population
Brazzaville

CÔTE D'IVOIRE

Dr Aka Aouélé
Ministre de la Santé et de l'Hygiène
Publique (Chef de délégation)

Prof. Anongba Danho Simplicie
Directeur général de la Santé

Prof. Loukou Guillaume
Conseiller technique

Dr Sandrine Critié Thobouet
Chargée d'études du Ministre

Mr Kakou Ange Félix
Chargé de mission

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CONGO

Dr Victor Makweng Kaput
Ministre de la Santé publique
(Chef de délégation)
Kinshasa

Mwansa Kankela
Secrétaire particulier du Ministre de
la Santé publique
Kinshasa

Professeur Mala Ali Mapatano
Directeur de Cabinet Adjoint
Ministère de la Santé
Kinshasa

GUINÉ EQUATORIAL

Excmo. Señor Don Francisco-Pascual
Obama Asue
Ministro de Estado Encargado de
Sanidad y Bienestar Social
(Jefe de la delegación)

Exma. Señora Doña María de la Vida
Asue Ndong
Vice-Ministra de Sanidad y Bienestar
Social

Excmo. Señor Don Práxedes Rabat
Makambo
Secretario de Estado-Encargado de
Salud Pública y Planificación
Sanitaria

Exma. Señora María del Carmen
Andeme Ela
Secretaria de Estado-Encargada de
Servicios y Asistencia Hospitalaria

Excmo. Señor Don Acacio Ntutumu
Ela
Secretario de Estado-Encargado de
Infraestructuras y Logística

Exma. Señora Doña Pilar Djombe
Djangani
Consejera Presidencial en Materia de
Asistencia Sanitaria

Excmo. Señor Don Pedro Abaga
Esono
Consejero Presidencial en Materia de
Cooperación

Exma. Señora Doña Josefina Medja
Consejera Presidencial en Materia de
Salud Pública y Lucha Contra el
VIH/SIDA

Ilmo. Señor Don Víctor Sima Oyana
Director General de Salud Pública
y Planificación Sanitaria

Ilma. Señora Doña Consuelo Ondo
Efua
Directora General de
Aprovisionamiento
y Suministros

Ilmo. Señor Don Gregorio Gori
Momolu
Director General de Farmacia y
Medicina
Traditional

Ilmo. Señor Don Miguel Obiang
Abeso
Director General de Recursos
Humanos

Ilmo. Señor Don Santiago Micha
Oyono
Director general de Sanidad Exterior

Ilmo. Señor Don Amadeo Nguema
Ondo
Director General de Logística,
Mantenimiento e Infraestructuras
Sanitarias

Ilmo. Señor Don Jose María Sima
Director General de Asistencia y
Coordinación Hospitalaria

Ilmo. Señor Don Jose Ramon Obama
Sima
Director General de gabinete del
Ministro de Estado

Ilmo. Señor Don Graciano-Vicente
Ebale
Director General Multisectorial de
Lucha contra El VIH/SIDA

Ilma. Señora Doña Maria Mangue
Mezeme
Inspectora General de los Servicios
Sanitarios

Ilma. Señora Doña Emerenciana
Obiang Esidang
Inspectora General Adjunta de los
Servicios Sanitarios

Ilmo. Señor Don Anacleto Sima
Nzue
Director Nacional de Lucha contra la
Onchocercosis

Ilmo. Señor Don Job Obiang
Presidente del Consejo Técnico

Ilmo. Señor Don Eldemiro Castaño
Bizantino
Director Nacional de Lucha contra la
TBC y Lepra

Dra. Gloria Nseng Chama
Directora Nacional del Programa de
Lucha contra el Paludismo

Señor Ambrosio José Monsuy Mikue
Director Nacional del Programa
Ampliado de Vacinacion

Señora Teodora Alene Nfa Nchama
Directora Nacional de Atención
Primaria de Salud (APS)

Dr Marcelo Asumu Abaga
Jefe de Servicio de Epidemiologia

Mr Eugenio Edu Obono
Director Nacional del SIS

Doctora Clara Eyegue Nansie
Programa de TB/Lepra

Doña Gertrudis Nzang
Coordinadora del Programa de
Salud Reproductiva en la Región
Insular

Doña Amparío Efiri
Coordinadora Salud Reproductiva
en la Región Continental

Dra Sandra Rodriguez Roa
INSENSO

Doña Petra Nsue Nchama
ASOMETRAGE

Don Manuel Abaga Okiri
ASOMETRAGE-NIEFANG

ERITREIA

Mrs Amina Nurhussien Abdulkader
Minister of Health (Head of
delegation)
Asmara

Dr Bereket Sebratu Ogbagabir
Gyn/Oby, Orotta Maternity Hospital
National Referral Hospital Ogbevo

Dr Berhane Debru Beyin
Director, Medical Services, MOH

ETIÓPIA

Dr Worku Kebede Admassu
H.E State Minister (Head of
delegation)
Addis Ababa

Dr Amha Kebede H. Michael
Deputy Director General of EHNRI

Mrs Roman Tesfay Mebrahtu
Director-General of Policy Planning
and, Finance General
Directorate/FMOH

Mrs Mihret Hiluf Nigussie
Director of Agrarian Health
Promotion and
Disease Prevention Directorate

Dr Filimona Bisrat Semunigus
Director of CCRDA/CGPP
Addis Ababa

GABÃO

Dr Jean Damascène Khouilla
Directeur général de la Santé
(Chef de délégation)
Libreville

Dr Julienne Packou
Conseiller du Ministre, Chargé des
Questions médicales,
Pharmaceutiques et
Laboratoires
Libreville

Mme Suzanne Bike
Conseiller du Ministre, Chargé du
Développement social et du Bien-
être
Libreville

GÂMBIA*

* Não pôde participar

GHANA

Mr Robert Mettle-Nunoo
Deputy Minister of Health
(Head of delegation)
Accra

H.E William Ntow Boahene
Ambassador Embassy
Equatorial Guinea

Dr Frank Kwadjo Nyonator
Director, Policy Planning
Monitoring and Evaluation
Ghana Health Service

Dr Christian Baeta
Head of Chancery
Ghana Embassy
Equatorial Guinea

Dr Sebastian N. Sandaare
District Director, Lawra Health
Directorate GHS - Ghana

Dr Mohamed Ahmed
Assistant Director
MOH
Ghana

GUINÉ

Dr Ibrahima Sorry Sow
Ministre de la Santé et de l'Hygiène
Publique
(Chef de délégation)
B.P. 585 - Conakry

Pr Mamadou Diouldé Baldé
Conseiller chargé de Mission
B.P. 48480 - Conakry

Dr N'Goma Onivogui
Directrice nationale de la Santé
publique - B.P. 585 – Conakry

GUINÉ-BISSAU

Dr Augusto Paulo José da Silva
Secretário de Estado da Saúde
Chefe da delegação

Dr Umaro BÁ
Director Geral da Prevenção e
Promoção da Saúde

QUÉNIA

Hon. Beth Wambui Mugo
Minister of Public Health and
Sanitation (Head of Delegation)
PO Box 30016
Nairobi

Hon. James O. Gesami
Hon. Asst. Minister for Public
Health and Sanitation
Nairobi

Dr James K. Mukabi
Head/Department of international
Health Relations
Nairobi

Dr Annah Wanjugu Wamae
Head/Department of Family Health
Ministry of Public Health and
Sanitation
Nairobi

LESOTO

Dr Mphu Ramatlapeng
Minister of Health & Social Welfare
(Head of delegation)
Maseru

Dr Mpolai Moteetee
Director General of Health Services
Ministry of Health and Social
Welfare
Maseru

Mr Malefetsane Gerard Masasa
Director of Health Planning &
Statistics
Ministry of Health and social
Welfare
Maseru

Moliehi Khabele
Principal Secretary ai
Ministry of Health & Social Welfare
Maseru

LIBÉRIA

Dr Walter T. Gwenigale
Minister of Health and Social
Welfare
(Head of delegation)

Dr Bernice Dahn
Deputy Minister/CMO-RL
Moronvia

Dr Ansuma Camara
County Health Officer
Moronvia

MADAGÁSCAR

Dr Pascal Jacques Rajaonarison
Ministre de la Santé publique
(Chef de délégation)

MALAWI

Dr Storn Binton Kabuluzi
Director of Preventive Health
Services
Ministry of Health
(Head of delegation)
Lilongwe

Dr Ann Maureen Phoya
Director Swap Secretariat
Ministry of Health
Box 30377
Lilongwe

Mrs Fannie Kachale
Deputy Director, Reproductive
Health
Ministry of Health
Box 30377
Lilongwe

Dr Grace Mayamiko Chatsika
District Health Officer
Blantyre District Health Office
Private Bag 66 - Blantyre
Lilongwe

MALI

Dr Mountaga Bouaré
Conseiller technique
(Chef de délégation)
Bamako

Ibrahima Sangho
Chargé de Mission
Ministère de la Santé
Bamako

Dr Mamadou Namory Traoré
Directeur national de la Santé
Bamako

MAURITÂNIA

Mr Sidi Aly Ould Sidi Boubacar
Secrétaire général du Ministère
Nouakchott

Dr Abderrahmane Ould Jiddou
Directeur de la santé de base
Nouakchott

Dr Niang Saidou Doro
Directeur de la lutte contre les
maladies
Nouakchott

MAURÍCIAS

Mrs Santibai Hanoomanjee
Minister of Health and Quality of
Life
(Head of delegation)

Mr Premhans Jugroo
Permanent Secretary
Ministry of Health and Quality of
Life

MOÇAMBIQUE

Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido
Minister of Health (Chefe de
delegação)
Maputo

Dr.^a Célia Maria de Deus Gonçalves
Directora Nacional Adjunta de
Planificação e Cooperação
Ministério da Saúde
Maputo

Dr. Dinis Viegas
Director Provincial de Saúde
Niassa

Dra Maria Benigna Pedro Matsinhe
Directora de Saúde da Cidade de
Maputo
Maputo

NAMÍBIA

Dr Richard Nchabi Kamwi
Minister of Health and Social
Services (Head of delegation)
Windhoek

Mr Peter Kondjeni Ndaitwa
Under Secretary : Policy
Development and Resource
Management
Windhoek

Ms Magdaleena Nghatanga
Director, Primary Health Care
Services
Windhoek

Dr Naftal Tuyoleni Hamata
Regional Director of Health,
Oshana Region
Windhoek

Ms Jennie Lates
Deputy Director
Pharmaceutical Services
Windhoek

Mrs Rene Adams
Chief Control Social Worker
Windhoek

Mr Asheelo David Thomas
Personal Assistant to the Minister
Windhoek

NÍGER

Prof. Nouhou Hassan
Ministre de la Santé publique
(Chef de délégation)

Dr Hama Issa Moussa
Directeur général de la Santé
publique

Dr Asma Gali
Directrice de la Santé de la Mère et
de l'Enfant

Dr Rabi Maitournam
Directrice des statistiques, de la
Surveillance et de la Riposte aux
Épidémies

Dr Harouna Amadou
Directeur régional de la Santé
publique de Zinder

NIGÉRIA

Prof Christian Onyebuchi Chukwu
Minister of Health
(Head of delegation)
Abuja

Dr Mohamed Jibril Adullahi
Director, Primary Health Care
systems development
Abuja

Dr Michael Ejike Anibueze
Director of Public Health
FMOH - Abuja

Dr Inyang Oko
Special Assistant to Honourable
Minister of Health (SA/HMH)
FMOH
Abuja

Dr Taiwo Avbayeru
Assistant Director (Multilateral)
FMOH
Abuja

Mrs Yahaya Cecilia O.
Permanent Mission
Geneva

Dr Mahmud Mustafa Zubairu
National Primary Health care
Development Agency
Plot 681/682 Port Harcourt Crescent
PMB 367, Area II Garki
Abuja

Dr John Idoko
Director General National
Agency for Control of AIDS

Dr Folasade Omolara Yemi-Essan
CDO/WAHO Focal Person
Abuja

Maureen Anacke
Federal Radio Corporation of
Nigeria

Ruby Rabi-Leo
Daily Trust Newspaper

Mohamed Salihu
Cameraman
Mr Hashim Yusufu
Director, NAFDAC

RUANDA

Dr Sezibera Richard
Minister of Health
(Head of Delegation)
Kigali

Dr Bantura Leonard
Medical Director
Ngarama hospital
Kigali

Dr Ngabo Fidele
Maternal and Child Health
Coordinator
Kigali

Dr Ida Kankindi
Coordinator of Decentralization and
Integration in Rwanda
MOH - Kigali

SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Dr. Nelson Daniel Texeira Bandeira
Médico Ginecologista
Hospital Central de São Tomé

Sr. Agostinho Miguel Soares Batista
de Sousa
Seguimento e Avaliação dos
Programas
CNE, Ministério da Saúde

SENEGAL

Mr Modou Diagne Fada
Ministre de la Santé et de la
Prévention (Chef de délégation)
Dakar

Mr Mady Ba
Médecin, Conseiller technique n°2
Ministère de la Santé et de la
Prévention
Dakar

Mme Mbayang Ndiaye Niang
Professeur, Conseiller technique
Télé médecine
Dakar

Mrs Ndeye Codou Lakh
Chef de la Division des Soins de
Santé Primaires
Dakar

Mr El Hadj Ousseynou Faye
Médecin-gynécologue, Chef du
bureau de la santé de la mère à la
Division de la santé de la
Reproduction - Dakar

Mrs Thérèse Toute Diouf Diallo
Journaliste, Attaché de Presse
Dakar

Mrs Fatou Diop
Technicienne de l'audio visuel,
service national de l'éducation et de
l'information pour la santé - Dakar

SEYCHELLES

Dr Erna Athanasius
Minister for Health
(Head of delegation)
P.O. Box 52
Victoria

Dr Andre Bernard Valentin
Special Adviser
Ministry of Health
Victoria

SERRA LEOA

Dr Kisito Sheku Daoh
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Sanitation
(Head of delegation)
4th floor
Youyi Building
Freetown

ÁFRICA DO SUL

Ms N. Matsau
Drirector general Department of
Health (Head of delegation)
Pretoria

Ms T. Mnisi
Director,
Health Liaison
Department of Health
Pretoria

Dr F. Benson
Manager Cluster Communicable
Diseases
Pretoria

Dr R. E. Mhlanga
Manager Cluster Maternal, Child
and Women's Health
Pretoria

Dr Lindiwe Mvusi
Director, TB Control and
Management
National Department of Health
Pretoria

SUAZILÂNDIA

Mrs Nkambule Rejoice
Deputy Director of Health Service
(Head of delegation)
Mbabane

Dr Okello Velephi Joana
Official Delegate
Ministry of Health
Mbabane

Dr Mohammed Kamal
Abdurrahman
Official Delegate
Mbabane

TOGO

S.E.M. Mr Komlan Mally
Ministre de la Santé
(Chef de délégation)

Dr Dogbe Koku Sika
Directeur Général de la Santé
Lomé

Dr N'Tapi Tchiguiriri Kassouta
Chef Division Santé familiale
Lomé

UGANDA

Dr Nathan Kenya-Mugisha
Director General Health services
Kampala

Dr Jennifer Wanyana
Assistant Commissioner for Health
Services
Reproductive Health
Ministry of Health
Kampala

Dr Timothy Musila
Senior Health Planner
Kampala

Mr David Nuwamanya
Principal Hospital Administrator

TANZÂNIA

Dr Gilbert R. Mliga
Director, Human Resources
Development (Head of delegation)
Ministry of Health and Social
Welfare
Dar es-Salaam

Ms Regina L. Kikuli
Director, Policy and Planning
Ministry of Health and Social
Welfare

Dr Janneth Maridadi Mghamba
Medical Epidemiologist
Ministry of Health and Social
Welfare

Dr Mohamed Ally Mohamed
Medical Epidemiologist
Ministry of Health and Social
Welfare

ZÂMBIA

Hon. Kapembwa Simbao MP
Minister of Health
(Head of delegation)
Lusaka

Dr Victor Munyongwe Mukonka
Director of Public Health and
Research
Ministry of Health
Alternate Head of delegation
Lusaka

Dr Penelope Kalesha Masumbu
Child Health Specialist
Ministry of Health
P. O. Box 30205
Lusaka

Dr Muzala Kapina Kanyanga
Epidemiologist
Ministry of Health
Ndeke House, P. O. Box 30205
Lusaka

ZIMBABWE

Dr Henry Madzorera
Minister of Health and Child
Welfare
(Head of delegation)
4th floor, Kaguvi Building
Harare

Dr Gerald Gwinji
Brigadier General
Permanent Secretary

Dr Charles Sandy
National Tuberculosis and Leprosy
Programme Manager
Harare

Dr Milton Chemhuru
Provincial Medical Director
Manicaland Province - Mutare

Mrs Dorcas Shirley Sithole
Deputy Director Mental Health
Services
PO Box CY1122- Causeway
Harare

Dr Portia Manangazira
Head of Epidemiology and Disease
Control
Ministry of Health and Child
Welfare
P.O Box A355-Avondale
Harare

2. REPRESENTANTES DAS NAÇÕES UNIDAS E DAS INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS

Programa das Nações Unidas para o
Desenvolvimento

Mr Leo I. Hieleman
UN Resident Coordinator and
UNDP Resident Representative
Equatorial Guinea
Calle Kenya, Esquina Rey Boncoro
Malabo

Programa das Nações Unidas para a População (FNUAP)

Dr Oumar Balde
Expert International en SSR

Dr Marcelle Chevallier
Représentante UNFPA Guinée
Représentant du Directeur
Régional pour l'Afrique

ONUSIDA

Dr Grunitzky Bekele Meskerem
Directeur Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre
(Chef de Délégation)
RST BP 5748 Point E
Dakar

WCAR

Dr Gianfranco Rotigliano
Regional Director WCAR

Mr Eduardo Rodriguez
Deputy Representative, Equatorial Guinea

3. REPRESENTANTES DAS ORGANIZAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS

Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC)

Dr Alphonse M. Mulumba
Programme Officer, HIV Research and MBE

Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

Professor Benjamin Ozumba
Department of Obstetrics and Gynecology, University of Nigeria Teaching Hospital
Enugu, Nigeria

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

Dr Jean Jacques Moka
Secrétaire Exécutif
(Chef de délégation)

Mme Jeanne Françoise Mucomwiza
Conseillère technique du Secrétaire exécutif

Mr Charles Gnongo
Chef de service des Relations Publiques et Communication

União Económica e Monetária da África Ocidental (UEMOA)

Mr. Jérôme Bro Grebe
Commissaire chargé du Département du Développement social et culturel

Dr Mahamane Hamidine
Chargé de la Santé

Organização de Saúde da África Ocidental (WAHO)

Dr Placido Monteiro Cardoso
Directeur général
WAHO/OOAS

Prof P. Tarpowah Kear Jr
Professional Officer for Pharmacy,
WAHO/OOAS

Me Ely Noël Diallo
Legal Adviser,
WAHO/OOAS

União Africana

Dr Djoudalbaye Benjamin
Fonctionnaire Principal de Santé en
charge du VIH/SIDA, Tuberculose,
Paludisme et autres maladies
infectieuses
Addis-Ababa

Banco Africano de
Desenvolvimento (BAD)

Dr Mohamed Mohsen Chakroun
Analyste principal en Santé
B.P. 323-1002 Tunis-Belvédère
Tunis

Departamento dos Estados Unidos
para a Saúde

Dr Samuel Adeniyi James
Director, Africa Region

Genessa Giorgi
International health Analyst

UNITAID

Dr Jorge Bermudez
Executive Secretary

Fazer Recuar o Paludismo (RBM)

Prof Awa Marie Coll-Seck
Directeur exécutif

Mrs Caroline Aminata Ndiaye
Chargée de Gouvernance
20, Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27

IFM

Dr Jean-Claude Javet
Executive Director IFM

BANCO MUNDIAL

Dr Donald A. P. Bundy
Program Leader
Coordinator Onchocerciasis
Coordination Unit Africa Region
World Bank , 1818 street, NW,
Washington DC 20433
Washington

FUNDO MUNDIAL

Dr Akram A. Elton
Director, Partnerships Unit
AIDS, TB and Malaria
Chemide Blandonnet 8
CH 1214-Vernier, Geneva

ALIANÇA GAVI

Dr Helen Evans
Deputy CEO

Dr Mercy Ahun
Director, Programme Delivery

Dr Jean Kaseya
Senior Programme Manager

Dr Santiago Cornejo
Senior Programme Manager

4. REPRESENTANTES DAS
ORGANIZAÇÕES NÃO
GOVERNAMENTAIS

ROTARY International

Mr Jean Richard Bieleu
Représentant du Rotary
International

WHITAKER GROUP

Eliot Pence
1133, 21st St. NW, Suite 405
20036
Washington DC, USA

Dacia Mc Pherson
1133, 21st St. NW, Suite 405
20036
Washington DC, USA

EMP

Dr Samvel Azatyan
Manager of the Medicines
Regulatory Support programme

EAST CENTRAL AND
SOUTHERN AFRICA HEALTH
COMMUNITY
(ECSA-HC)

Dr Josephine Kibaru-Mbae
Director-General

SOCIETE AFRICAINE DE
GYNECOLOGIE ET
D'OBSTETRIQUE
(SOGO)

Prof Aloïs Nguma Monganza
Président de la Société Africaine
de Gynécologie et d'Obstétrique
(SAGO)

CONVIDADOS

Professeur Gérard Gifuza-Ginday
Expert Juridique et en
Développement Social
gifuza_ginday28@yahoo.fr

Mme Martha Ngimbus George
Africa Business Connections
mnabc54@yahoo.fr

Dra Valentina Herrero Vicente
Brigada Medica Cubana en Guinea
Ecuatorial
Malabo

Dr Juan Carlos Mendez Achon
Brigada Medica Cubana en Guinea
Ecuatorial
Malabo

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

Prof. Alpha Oumar Konaré
Former Head of State of Mali
And Former Chairperson of the
African Union Commission

Dr Alejandro Guerrero Gonzalez
Brigada Medica Cubana en Guinea
Ecuatorial

CANADÁ

Mr Pierre Blais
Counsellor,
Permanent Mission of Canada in
Geneva
pierre.blais@international.gc.ca
Geneva

ORDEM DO DIA DA SEXAGÉSIMA SESSÃO
DO COMITÉ REGIONAL

1. Sessão de abertura
2. Constituição da Comissão de Designações
3. Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
4. Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC60/1)
5. Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes
6. Actividades da OMS na Região Africana em 2008-2009: Relatório Bienal do Director Regional (documento AFR/RC60/2)
7. Relatório do Subcomité do Programa: (documento AFR/RC60/15)
 - 7.1 Estratégia para abordar os principais determinantes da saúde na Região Africana (documento AFR/RC60/3)
 - 7.2 Redução do uso nocivo do álcool: Estratégia para a Região Africana da OMS (documento AFR/RC60/4)
 - 7.3 Soluções de ciber saúde na Região Africana da OMS: Contexto actual e perspectivas (documento AFR/RC60/5)
 - 7.4 Cancro do colo do útero na Região Africana da OMS: Situação actual e perspectivas (documento AFR/RC60/6)
 - 7.5 Reforço dos sistemas de saúde: Melhorar a prestação dos serviços de saúde a nível distrital, apropriação e participação por parte das comunidades (documento AFR/RC60/7)
 - 7.6 Drepanocitose: Estratégia para a Região Africana da OMS (documento AFR/RC60/8)
 - 7.7 Tuberculose multirresistente e tuberculose ultrarresistente na Região Africana: Análise da situação, desafios e perspectivas (documento AFR/RC60/10)
 - 7.8 Estado actual da vacinação de rotina e da erradicação da poliomielite na Região Africana: Desafios e recomendações (documento AFR/RC60/14)
 - 7.9 Crise financeira mundial: Implicações para o sector da saúde na Região Africana (documento AFR/RC60/12)

- 7.10 Epidemias recorrentes na Região Africana da OMS: Análise da situação, preparação e resposta (documento AFR/RC60/9)
- 7.11 Preparação e resposta a situações de emergência na Região Africana: Situação actual e perspectivas (documento AFR/RC60/11)
- 7.12 Documento-Quadro do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública (documento AFR/RC60/13)
8. Informações
 - 8.1 Relatórios das auditorias interna e externa da OMS: Relatório de progresso na Região Africana (documento AFR/RC60/INF.DOC/1)
 - 8.2 Relatório sobre o pessoal da OMS na Região Africana (documento AFR/RC60/INF.DOC/2)
9. Relatório do Grupo de Acção Regional para a prevenção e controlo de produtos médicos de qualidade inferior/adulterados/com rótulos falsos/falsificados/contrafeitos na Região Africana da OMS (documento AFR/RC60/16)
10. Orçamento-Programa da OMS para 2012-2013 (documento AFR/RC60/17)
11. O futuro do financiamento da OMS (documento AFR/RC60/18)
12. Discussão em Painel
 - 12.1 Acesso universal aos cuidados obstétricos e neonatais de emergência (documento AFR/RC60/PD/1)
13. Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC60/19)
14. Datas e locais das 61ª e 62ª sessões do Comité Regional (documento AFR/RC60/20)
15. Aprovação do Relatório do Comité Regional (documento AFR/RC60/21)
16. Encerramento da 60ª sessão do Comité Regional.

PROGRAMA DE TRABALHO

1.º DIA: SEGUNDA-FEIRA, 30 DE AGOSTO DE 2010

09h00 – 12h30	Ponto 1	Sessão de abertura
12h30 – 14h00	Almoço	Ponto 2 Constituição da Comissão de Designações
14h00 – 14h05	Observações iniciais	Presidente da Quinquagésima nona sessão do Comité Regional
14h05 – 14h30	Ponto 3	Eleição do Presidente, do Vice-Presidente e dos Relatores
	Ponto 4	Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC60/1)
	Ponto 5	Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de poderes
14h30 – 15h15	Ponto 6	Alocação da Directora-Geral da OMS Apresentação sobre as Actividades da OMS na Região Africana: Relatório Bienal do Director Regional 2008-2009 (documento AFR/RC60/2)
15h15 – 15h45	Intervalo: Chá	
15h45 – 17h00	Ponto 6 (continuação)	Discussão sobre as Actividades da OMS na Região Africana: Relatório Bienal do Director Regional 2008-2009 (documento AFR/RC60/2)
17h00	Fim da sessão	
18h00	Recepção oferecida pela Organização Mundial da Saúde	

2.º DIA: TERÇA-FEIRA, 31 DE AGOSTO DE 2010*

09h00 – 09h15		Discurso do Representante do Director-Regional do ONUSIDA sobre o trabalho de Harmonização para a Saúde em África (HHA)
	Ponto 5 (cont.)	Relatório da Comissão de Credenciais
09h15 – 09h30	Ponto 7	Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC60/15)
09h30 – 10h30	Ponto 7.1	Estratégia para abordar os principais determinantes sociais da saúde na Região Africana (documento AFR/RC60/3)
10h30 – 11h00	Intervalo: Chá	
11h00 – 12h00	Ponto 7.2	Redução do uso nocivo do álcool: Estratégia para a Região Africana da OMS (documento AFR/RC60/4)
12h00 – 12h30	Ponto 7.8	Estado actual da vacinação de rotina e erradicação da poliomielite na Região Africana: Problemas, desafios e acções propostas (documento AFR/RC60/14)
		Alocução do Director Regional da UNICEF/WCARO
12h30 – 14h00	Almoço	
14h00 – 14h45	Ponto 7.3	Soluções de ciber saúde na Região Africana: Contexto actual e Perspectivas (documento AFR/RC60/5)

14h45 – 15h45	Ponto 8	Informação
	Ponto 8.1	Relatórios das auditorias interna e externa da OMS: Relatório de progresso na Região Africana (documento AFR/RC60/INF.DOC/1)
15h45 – 16h15	Intervalo: Chá	
16h15 – 17h15	Ponto 8.2	Relatório sobre o pessoal da OMS na Região Africana (documento AFR/RC60/INF.DOC/2)
17h15	Fim da sessão	
18h00	Recepção oferecida pelo Governo da República da Guiné Equatorial	

(* Exposição durante todo o dia, por ocasião do Dia da Medicina Tradicional)

3.º DIA: QUARTA-FEIRA, 1 DE SETEMBRO DE 2010

09h00 – 10h45	Ponto 7.4	Cancro do colo do útero na Região Africana: Situação actual e perspectivas (documento AFR/RC60/6)
	Ponto 7.5	Reforço dos sistemas de saúde: Melhorar a prestação dos serviços de saúde a nível distrital e apropriação e participação por parte das comunidades (documento AFR/RC60/7)
10h45 – 11h15	Intervalo: Chá	

11h15 – 12h45	Ponto 7.6	Drepanocitose: Estratégia para a Região Africana da OMS (documento AFR/RC60/8)
	Ponto 7.7	Tuberculose multirresistente e ultrarresistente na Região Africana: Análise da situação, desafios e perspectivas (documento AFR/RC60/10)
12h45 – 14h00	Almoço	
14h00 – 15h00	Ponto 7.9	Crise financeira mundial: Implicações para o sector da saúde na Região Africana (documento AFR/RC60/12)
15h00 – 15h45	Ponto 7.10	Epidemias recorrentes na Região Africana: Análise da situação, preparação e resposta (documento AFR/RC60/9)
15h45 – 16h15	Intervalo: Chá	
16h15 – 17h15	Ponto 7.11	Preparação e resposta a situações de emergência na Região Africana: Situação actual e perspectivas (documento AFR/RC60/11)
17h15 – 19h00	Ponto 7.12	Documento-Quadro do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública (documento AFR/RC60/13)
19h00	Fim da sessão	

4.º DIA: QUINTA-FEIRA, 2 DE SETEMBRO DE 2010

08h30 – 10h30	Ponto 7.12 (cont.)	Documento-Quadro do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública (documento AFR/RC60/13)
10h30 – 11h00	Intervalo: Chá	
11h00 – 12h30	Ponto 9	Relatório do Grupo de Acção Regional para a prevenção e controlo de produtos médicos de qualidade inferior/adulterados/com rótulos falsos/falsificados/contrafeitos na Região Africana da OMS (documento AFR/RC60/16)
12h30 – 14h00	Almoço	
14h00 – 15h30	Ponto 10	Orçamento-Programa da OMS para 2012-2013 (documento AFR/RC60/17)
15h30 – 16h00	Intervalo: Chá	
16h00 – 17h00	Ponto 11	O futuro do financiamento da OMS (documento AFR/RC60/18)
17h00 – 18h00	Ponto 13	Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC60/19)
	Ponto 14	Datas e locais das 61.ª e 62.ª sessões do Comité Regional (documento AFR/RC60/20)
17h30	Fim da sessão	

5.º DIA: SEXTA-FEIRA, 3 DE SETEMBRO DE 2010

09h00 – 09h30	Discurso principal	Discurso da Sr. ^a Joy Phumaphi, Secretária Executiva da ALMA
09h30 – 10h00	Ponto 12	Painel de discussão: Acesso universal aos cuidados obstétricos e neonatais de emergência (documento AFR/RC60/PD/1)
10h00 – 10h30	Intervalo: Chá	
10h30 – 13h00	Ponto 12 (Continuação)	
13h00 - 15h00	Almoço	
15h00 - 16h00	Ponto 15	Aprovação do Relatório do Comité Regional (documento AFR/RC60/21)
16h00 – 17h00	Ponto 16	Encerramento da 60. ^a sessão do Comité Regional.

RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

ABERTURA DA REUNIÃO

1. O Subcomité do Programa (SCP) reuniu-se em Brazzaville, na República do Congo, entre 8 e 11 de Junho de 2010.
2. O Director Regional, Dr. Luis Gomes Sambo, deu as boas-vindas aos membros do Subcomité do Programa e a um membro do Conselho Executivo da Região Africana.
3. O Director Regional observou que a reunião do SCP se realiza numa altura em que o Secretário-Geral das Nações Unidas planeia uma reunião no segundo semestre deste ano, para se fazer um inventário dos progressos realizados no sentido da consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). Lembrou que a quinquagésima nona sessão do Comité Regional discutiu os progressos feitos pelos Estados-Membros e que os países continuam a recolher e analisar dados, com a finalidade de contribuírem para uma inventariação realista e para tomarem decisões sobre a aceleração dos progressos que estão em curso para a consecução dos ODM.
4. O Director reiterou o empenho da Região Africana da OMS na consecução de todos os ODM, em especial o Objectivo 4 (mortalidade infantil), o Objectivo 5 (mortalidade materna) e o Objectivo 6 (VIH/SIDA, Tuberculose e paludismo). Observou que alguns progressos foram feitos no domínio da mortalidade infantil e VIH/SIDA, mas que, relativamente à mortalidade materna e à TB, se verifica uma estagnação. É preciso encontrar novas formas tendentes a melhorar a situação.
5. O Director Regional reconheceu o envolvimento sustentado da comunidade internacional no reforço dos sistemas de saúde e na necessidade de melhorar a prestação dos serviços distritais de saúde, assim como a apropriação e participação por parte das comunidades, em conformidade com a Declaração de Ouagadougou. Realçou igualmente a necessidade de fornecer recursos adicionais e de trabalhar com as instituições de saúde e de investigação, a fim de melhor preparar e dar resposta às epidemias recorrentes e novas na Região.

6. O Dr. Sambo lembrou aos membros do SCP o seu papel na preparação das deliberações do Comité Regional, analisando as políticas, estratégias e programas de saúde propostos pelo Secretariado, para que os Estados-Membros possam receber orientações. Declarou estar convicto de que os peritos seleccionados pelos países e membros do SCP participariam activamente nessas deliberações, a fim de assegurar que os relatórios técnicos abordarão os problemas relevantes de saúde e responderão as expectativas das populações e governos da Região.

7. O Director Regional referiu que na reunião serão discutidos, entre outros, tópicos importantes como os determinantes sociais da saúde, uso nocivo do álcool, reforço dos sistemas de saúde, drepanocitose, epidemias recorrentes, tuberculose multirresistente e ultrarresistente, a crise financeira mundial e vacinação de rotina e a erradicação da poliomielite na Região Africana.

8. Lembrou a decisão da 59.^a sessão do Comité Regional quanto à criação do Fundo Africano para a Saúde Pública. Afirmou que este Fundo permitirá à Região de se preparar e responder melhor a epidemias e desastres, apelando aos membros do Subcomité do Programa para que garantam a adopção dos procedimentos mais adequados para o Fundo.

9. Concluindo a alocução de abertura, o Director Regional sublinhou que, embora as actividades do Subcomité do Programa se desenvolvam em torno de documentos, em escritórios e salas de reuniões, o seu objectivo final é de melhorar o estado de saúde das populações, a qualidade de vida e prevenir mortes prematuras. Referiu que o Secretariado se encarregará de fazer com que os trabalhos do Subcomité do Programa decorram num ambiente favorável.

10. Após a apresentação dos membros do Subcomité do Programa e do Secretariado do Escritório Regional, a mesa foi constituída do seguinte modo:

Presidente: Dr. Frank Nyonator, do Gana
Vice-Presidente: Prof. Mapatano Mala Ali, da República Democrática do Congo

Relatores: Dr. Storn Kabuluzi, do Malauí (Inglês)
Prof. Mamadou Diouldé Baldé, da Guiné (Francês)
Dr. Mouzinho Saíde, de Moçambique (Português)

11. A lista dos participantes encontra-se na Adenda 1.

12. O Presidente agradeceu aos membros do SCP a confiança nele depositada e apelou à participação activa de todos os membros e a uma gestão eficiente do tempo, para que os trabalhos da reunião sejam completados.

13. Foram discutidos e adoptados sem emendas a proposta de ordem do dia (Adenda 2) e o programa de trabalho (Adenda 3). Foi acordado o seguinte horário de trabalho:

8h30 – 12h00, incluindo um intervalo de 30 minutos para a pausa chá/café

12h00m – 13h30, intervalo para o almoço

13h30 – 18h30, incluindo um intervalo de 30 minutos para a pausa chá/café

14. Algumas informações de ordem administrativa e de segurança foram prestadas aos membros do SCP.

ESTRATÉGIA PARA ABORDAR OS PRINCIPAIS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA (documento AFR/RC60/PSC/3)

15. O documento nota que, para além dos processos biológicos, a saúde é influenciada pelas condições socioeconómicas nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e pelos sistemas criados para tratar as doenças. Estas condições são habitualmente designadas por “determinantes sociais da saúde”, e incluem os rendimentos, a riqueza e a sua distribuição, cuidados na primeira infância, educação, condições de trabalho, estabilidade no emprego, segurança alimentar, género e as condições de habitação, incluindo o acesso a água segura e ao saneamento básico, e redes de segurança social. Por sua vez, estas condições são influenciadas pela governação e pelas forças socioeconómicas. Para diferentes grupos sociais, é o acesso desigual a estas condições socioeconómicas que dá origem a resultados desiguais na saúde.

16. O documento indica que a Região Africana ficou para trás em relação às demais regiões da OMS, no global da realização dos seus objectivos de saúde. Muitos países não poderão, a este ritmo, atingir os ODM. A Região enfrentou enormes desafios, nomeadamente a pobreza, a insuficiência alimentar, o VIH/SIDA, a destruição/degradação ambiental, e um aumento do desemprego. As melhorias no domínio da sobrevivência infantil não estão a traduzir-se num aumento da

esperança de vida, em virtude das conquistas alcançadas terem sido reduzidas pelo VIH/SIDA. Existiram desigualdades generalizadas, dentro e entre os países, em diversos indicadores de resultados na saúde, tais como: mortalidade infantil e do recém-nascido, mortalidade materna, raquitismo infantil e até mesmo no que respeita ao acesso aos serviços de saúde. Existiram, frequentemente, diferenças gritantes entre os ricos e os pobres, e o fosso entre estes continuou a aumentar em alguns países.

17. A estratégia tem por objectivo auxiliar os Estados-Membros a dinamizar acções para reduzir as iniquidades na saúde, através de políticas e planos intersectoriais, por forma a abordar eficazmente os principais determinantes da saúde, em linha com as recomendações abrangentes da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. As intervenções mais ou menos específicas ao sector da saúde incluem o reforço do papel de administração e de liderança do ministério da saúde; criação de capacidades para a formulação de políticas, liderança e advocacia, para abordar os determinantes sociais da saúde; advogar a existência de legislação e regulamentação que garanta um elevado nível de protecção para a população em geral; criação de sistemas de saúde baseados em cuidados universais e de qualidade; e melhoria da equidade no financiamento da saúde e na afectação de recursos.

18. As intervenções em sectores externos à saúde, incluindo intervenções transectoriais, foram as seguintes: garantir a protecção social ao longo de toda a vida; desenvolver e/ou promover ambientes e pessoas saudáveis, incluindo a abordagem de problemas como as alterações climáticas e a degradação ambiental; assegurar a equidade em todas as políticas de saúde; avaliar e atenuar os efeitos adversos do comércio internacional e da globalização; melhorar a boa governação para a saúde e a equidade na saúde; investir no desenvolvimento da primeira infância; integrar a promoção da saúde; integrar e a promover a igualdade do género; fazer face aos problemas da exclusão social e da discriminação; melhorar a capacitação política de todos os grupos da sociedade, através da representação equitativa na tomada de decisões; proteger e/ou a melhorar os determinantes sociais da saúde em situações de conflito; e estabelecer a investigação, formação e monitorização de rotina.

19. Os membros do Subcomité do Programa elogiaram o documento, felicitando o Secretariado pela sua pertinência, e apelaram à sua implementação. Salientaram a necessidade de se focalizar na “apropriação pelos países” e na “participação de todas as partes interessadas” enquanto princípios orientadores. Realçaram a

necessidade de se incluir, na análise da situação, os progressos realizados na Região em termos de redução da pobreza, e incluir as doenças mentais no grupo das doenças prioritárias de saúde pública.

20. O Subcomité do Programa observou que é necessária a cooperação entre os ministérios da saúde e as instituições de formação e investigação, de modo a documentar a situação e monitorizar regularmente os determinantes da saúde. Para além disso, a criação de um grupo nacional de acção sobre os determinantes socioeconómicos da saúde deverá ser considerada a curto prazo. A melhoria da boa governação, no âmbito do contexto nacional, foi identificada como sendo uma componente essencial para promover a colaboração intersectorial. Foi ainda dada ênfase à necessidade de se criarem capacidades para abordar os determinantes sociais da saúde no contexto dos cuidados de saúde primários.

21. Os membros do Subcomité do Programa sugeriram que a intervenção sobre emprego justo e condições decentes de trabalho incluía também a segurança e a saúde ocupacional. No que respeita à intervenção relativa ao desenvolvimento da primeira infância, dever-se-á solicitar aos países que garantam a existência de um ensino primário e secundário de qualidade.

22. Os membros do Subcomité do Programa fizeram recomendações específicas sobre o conteúdo e formulação do documento.

23. O Secretariado agradeceu os comentários e sugestões feitas pelos membros do Subcomité do Programa e frisou a importância da acção intersectorial e dos desafios associados à sua implementação, que remontam à data da Declaração de Alma Ata sobre os Cuidados de Saúde Primários.

24. O Subcomité do Programa concordou em apresentar o documento com emendas e preparou um projecto de resolução (AFR/RC60/PSC/WP/1) sobre o assunto à consideração e para ser aprovado pela sexagésima sessão do Comité Regional.

REDUÇÃO DO USO NOCIVO DO ÁLCOOL: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA DA OMS (documento AFR/RC60/PSC/4)

25. O documento assinala que, embora o álcool constitua uma importante fonte de rendimento e o seu consumo faça parte de práticas e normas sócio-culturais em muitos países da Região, os custos sociais e para a saúde relacionados com o álcool não podem ser ignorados. Os problemas de saúde pública relacionados com o consumo de álcool são substanciais e têm um impacto adverso significativo, tanto no consumidor como na sociedade. Na Região Africana, o fardo de doenças atribuíveis ao álcool está a aumentar, calculando-se que o total de óbitos atribuíveis ao uso nocivo do álcool tenha sido de 2,1% no ano 2000, 2,2% em 2002 e 2,4% em 2004.

26. O documento observa que nenhum outro produto disponível de forma generalizada ao consumidor é tão responsável por mortes prematuras e incapacidades como o álcool. A intoxicação e os efeitos crónicos do consumo de álcool podem resultar em danos permanentes para a saúde, complicações neuropsiquiátricas e outras, com consequências a curto e longo prazo, problemas sociais e traumatismos ou mesmo a morte. Há cada vez mais dados a associar o consumo de álcool a comportamentos sexuais de alto risco e a doenças infecciosas, como a tuberculose e o VIH.

27. O documento indica que, em muitos países, o público está pouco alertado para os danos específicos do álcool, existem poucas políticas adequadas e há falta de coordenação com os sectores relevantes, continuam a não existir sistemas regulares e sistemáticos de vigilância do álcool; e que é frequente os problemas do álcool não serem reconhecidos ou tenderem a ser minimizados ou a não serem abordados devidamente.

28. A finalidade da estratégia é a de contribuir para a prevenção ou, pelo menos, a redução do uso nocivo do álcool e dos problemas com ele relacionados na Região Africana. As intervenções prioritárias incluem: formular e implementar políticas de controlo do álcool; reforçar a liderança, coordenação e mobilização dos parceiros; reforçar a consciencialização e a acção comunitária; educação do público baseada na informação; melhorar a resposta do sector da saúde; reforçar os sistemas de informação estratégica, vigilância e investigação; aplicar a legislação sobre condução sob o efeito do álcool e medidas preventivas; regulamentar o mercado do álcool, abordando as vertentes do acesso, da disponibilidade e da acessibilidade do preço;

combater a produção ilegal e informal de álcool; e aumentar a mobilização e afectação de recursos.

29. Os membros do Subcomité do Programa felicitaram o Secretariado pela apresentação deste documento de estratégia, tendo em consideração a magnitude das consequências que o uso nocivo do álcool representa para a sociedade e para a saúde na Região. Sublinharam a necessidade de reforçar a justificação do documento e recomendaram que os efeitos da globalização e do comércio livre fossem incluídos como uma das justificações do documento. Foi reconhecida a necessidade de uma abordagem integrada ao abuso de substâncias psicoactivas, salientando-se, igualmente, as dificuldades experimentadas na implementação de algumas das intervenções prioritárias. Os membros do Subcomité do Programa sugeriram que se deveria chegar a um consenso sobre as abordagens e medidas a adoptar na implementação das intervenções e recomendaram que se divulgassem dados mais recentes, se criasse um processo de acompanhamento para avaliar a eficácia da implementação da estratégia nos países e que as recomendações propostas fossem mais assertivas.

30. Os membros do Subcomité do Programa fizeram recomendações específicas sobre o conteúdo e a forma do documento.

31. Em resposta, o Secretariado agradeceu aos membros do Subcomité do Programa pela contribuição prestada. O Director Regional propôs que se adoptassem as seguintes acções: 1) elaborar um Plano de Acção Regional para a implementação da estratégia, tendo em consideração a Estratégia Mundial sobre o uso nocivo do álcool, adoptada pela sexagésima terceira Assembleia Mundial da Saúde; 2) organizar uma consulta regional que envolva abertamente os representantes da indústria do álcool, comércio, agricultura e outros sectores relevantes sobre a limitação do impacto do álcool na saúde; 3) melhorar os dados e as evidências para a tomada de decisões; 4) advogar o aumento de recursos; 5) investir no sector da saúde, para melhorar as capacidades humanas e institucionais na abordagem dos problemas relacionados com o uso nocivo do álcool.

32. O Subcomité do Programa concordou em apresentar o documento emendado e preparou um projecto de resolução (AFR/RC60/PSC/WP/2) sobre o assunto à consideração e para ser aprovado pela sexagésima sessão do Comité Regional.

SOLUÇÕES DE CIBERSAÚDE NA REGIÃO AFRICANA: CONTEXTO ACTUAL E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC60/PSC/5)

33. O documento define ciber saúde como o uso seguro e de boa relação custo-eficácia das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) para a saúde e áreas relacionadas. Refere ainda que a ciber saúde pode contribuir para reforçar os sistemas de saúde, ao melhorar a disponibilidade, qualidade e uso da informação e de dados factuais, através do reforço dos sistemas de informação; promover o desenvolvimento dos profissionais de saúde e melhorar o seu desempenho, eliminando as barreiras da distância e do tempo, através da telemedicina e da educação médica contínua; melhorar o acesso à informação e a conhecimentos existentes sobre saúde, ao nível mundial e local; e promover mudanças no estilo de vida, para prevenir e controlar as doenças comuns.

34. De entre os principais desafios que os países têm de enfrentar, contam-se a “divisão digital” ou a inadequação das infra-estruturas e serviços de TIC, assim como as capacidades e competências limitadas para as usar; os elevados custos do desenvolvimento e manutenção de uma infra-estrutura de TIC adequada; a fraca sensibilização para a ciber saúde; a ausência de um ambiente político favorável; a fraca liderança e coordenação; a inadequada capacidade humana para planear e aplicar as soluções da ciber saúde; a fragilidade das infra-estruturas e serviços de TIC dentro do sector da saúde; a inadequação dos recursos financeiros, e a fraqueza dos sistemas de monitorização e de avaliação.

35. As acções propostas incluem a promoção do empenho político nacional e a sensibilização para a ciber saúde; o desenvolvimento de um ambiente político favorável; o reforço da liderança e da coordenação; a criação de infra-estruturas e de serviços para a ciber saúde, incluindo ligações via Internet para as instituições de saúde; a criação de sítios na Web para os ministérios da saúde e de redes de área local, e o fornecimento de equipamento para processamento de dados; o desenvolvimento de capacidades humanas para a ciber saúde; a mobilização de recursos financeiros para a ciber saúde; e a monitorização e avaliação da implementação de Planos/Quadros Nacionais para a ciber saúde.

36. Os membros do Subcomité do Programa salientaram a relevância do tópico, manifestando a sua preocupação pelo facto de, apesar da disponibilidade de tecnologias apropriadas, os governos serem incapazes de intensificar a sua utilização de modo a reforçar os sistemas de saúde. Reiteraram ainda a necessidade

de uma liderança de topo no sector da saúde, para conduzir, por exemplo, à aquisição de competências de utilização das tecnologias relevantes, ajudando, assim, a formar as capacidades humanas necessárias. Os membros do Subcomité do Programa reconheceram a necessidade de se utilizar abordagens de ciber saúde como forma de reforçar o desenvolvimento profissional do seu pessoal de saúde.

37. Foi salientada a necessidade de reforçar a sensibilização e de afectar recursos à ciber saúde. Os membros do Subcomité do Programa sublinharam que os países se têm de organizar para resistir às pressões do mercado e adoptar soluções que possam resolver os seus problemas. Por outro lado, reconheceram que medidas devem ser tomadas para criar uma massa crítica de peritos que possam servir de modelos e pressionar os grupos no sentido de adoptarem a ciber saúde, reforçando, assim, os sistemas nacionais de saúde. Os países foram convidados a tirar vantagens das ligações e sinergias entre a ciber saúde e os programas de gestão das tecnologias dos cuidados de saúde. Foi também sublinhada a necessidade de contemplar as questões éticas referentes à ciber saúde.

38. Os membros do Subcomité do Programa fizeram recomendações específicas sobre o conteúdo e a forma do documento.

39. O Secretariado esclareceu o papel do Secretariado da OMS para defender e apoiar os Estados-Membros na adopção e implementação das políticas e estratégias de ciber saúde. O Director Regional referiu que, embora o uso das TIC na área da saúde fosse relativamente recente, os Estados-Membros tinham de saber aproveitar as tecnologias existentes. Informou a reunião sobre as actuais iniciativas relativas às TIC que o Secretariado estava a implementar. Estas incluem o arranque do Sistema de Gestão Mundial da OMS, a criação do Centro Estratégico de Operações para a Saúde e do Observatório Africano da Saúde.

40. O Director Regional assinalou que tanto o Secretariado da OMS como os Estados-Membros teriam de agir com mais vigor na esfera da ciber saúde. Relembrou que a Resolução WHA 58.28 da Assembleia Mundial da Saúde, sobre ciber saúde, e a Resolução AFR/RC56/R8 do Comité Regional, sobre Gestão do Conhecimento, representavam um esforço para galvanizar a acção a nível de cada país. A finalidade deste documento era de continuar a sensibilizar e encorajar os Estados-Membros a elaborarem políticas e estratégias que contemplem os seus contextos e necessidades nacionais específicos e que respeitem os padrões internacionais. Apelou à OMS e aos Estados-Membros para que invistam mais nos

recursos humanos e nas instituições necessárias à adopção das soluções da ciber saúde.

41. O Subcomité do Programa concordou em apresentar o documento com emendas e preparou um projecto de resolução (AFR/RC609/PSC/WP/3) sobre o assunto à consideração e para ser aprovado pela sexagésima sessão do Comité Regional.

CANCRO DO COLO DO ÚTERO NA REGIÃO AFRICANA: ANÁLISE DA SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC60/PSC/6)

42. O documento salienta que o cancro do colo do útero é a segunda forma mais comum de cancro nas mulheres em todo o mundo, com cerca de 500 000 novos casos diagnosticados em 2002, dos quais 90% nos países em desenvolvimento. É uma das principais causas de mortalidade e morbidade nas mulheres, em meios de poucos recursos, especialmente em África. O maior factor de risco do cancro do colo do útero é a infecção pelo Vírus de Papiloma Humano (VPH), que surge frequentemente nas adolescentes em África. Mais de 80% dos cancros na África Subsariana são detectados em fases avançadas da doença, devido, sobretudo, à falta de informação, o que resulta numa elevada mortalidade, mesmo após o tratamento.

43. O documento refere que, embora o cancro do colo do útero seja potencialmente evitável e que os programas eficazes de rastreio possam conduzir a uma significativa redução da morbidade e mortalidade, os sistemas de saúde na Região Africana não estão adequadamente preparados para fazer face a esta doença. Têm-se desenvolvido alguns esforços organizados em meios de poucos recursos para garantir que as mulheres com mais de 30 anos de idade efectuem o rastreio. Consequentemente, as mulheres com cancro do colo do útero não são identificadas até um estágio já avançado da doença. Para além disso, as modalidades de tratamento são, na generalidade, inexistentes ou demasiado dispendiosas e inacessíveis a muitas mulheres.

44. As acções propostas para promover a prevenção e o controlo do cancro do colo do útero incluem: a formulação e a implementação de políticas e programas; o reforço dos sistemas de vigilância; a mobilização e a afectação dos fundos adequados; o reforço das parcerias; a adopção da colaboração intersectorial; e o incremento da participação da sociedade civil. Para além disso, os países deverão melhorar a eficácia dos serviços de saúde na área do cancro do colo do útero, prestando

serviços de vacinação contra o VPH; concepção de modelos de prestação centrados nas pessoas; melhoria do rastreio e do diagnóstico precoce, incluindo o exame visual do colo uterino e serviços de cuidados curativos a todos os níveis; criação de bons sistemas de referência de doentes; elaboração de um plano de recursos humanos sustentado; e incremento da capacidade de formação das instituições de saúde para reforçar a formação de prestadores de cuidados de saúde relevantes.

45. Os membros do Subcomité do Programa saudaram o documento e observaram que as acções propostas são integrais e abrangem as três componentes da prevenção, tanto o nível primário, secundário como terciário. Sublinharam a necessidade de se integrar o controlo do cancro do colo do útero numa política nacional mais ampla, para combater todos os tipos de cancros nas mulheres. Foram suscitadas preocupações a respeito dos elevados custos e das questões de ordem ética relacionados com a introdução e alargamento da vacina contra o VPH nos países.

46. Relativamente às acções propostas, sugeriu-se que a prática de sexo seguro, incluindo o uso de preservativo, seja incluída como um dos factores relativos à melhoria do padrão de vida, enquanto forma de prevenção primária, contribuindo para a redução das Infecções de Transmissão Sexual. O exame visual foi reconhecido como uma abordagem eficaz e de baixo custo e foi ainda dado relevo à necessidade de se melhorar as capacidades para o rastreio.

47. Os membros do Subcomité do Programa fizeram recomendações específicas sobre o conteúdo e formulação do documento, que o Secretariado concordou em incorporar no mesmo.

48. O Subcomité do Programa concordou em apresentar o documento com emendas sobre o assunto à consideração e para ser aprovado pela sexagésima sessão do Comité Regional.

REFORÇO DOS SISTEMAS DE SAÚDE: MELHORAR A PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS A NÍVEL DISTRITAL E A APROPRIAÇÃO E PARTICIPAÇÃO POR PARTE DAS COMUNIDADES (documento AFR/RC60/PSC/7)

49. O documento lembrou que a Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África, a Declaração de Adis Abeba sobre Saúde Comunitária, o Relatório da Saúde no Mundo de 2008 sobre Cuidados de

Saúde Primários e outros documentos correlacionados definem os princípios e as abordagens ao reforço dos sistemas de saúde, destacando o papel das comunidades e dos parceiros no desenvolvimento sanitário. As comunidades são grupos sociais de dimensão variável, cujos membros residem numa localidade específica, partilhando um governo e tendo, muitas vezes, uma herança cultural e histórica comum.

50. A Região Africana conheceu progressos quanto à promoção e ao reforço da participação comunitária no desenvolvimento sanitário. No entanto, a interface entre as comunidades e o sistema formal de prestação de cuidados de saúde ainda é débil. Houve ainda dificuldades relativas: à fraca capacidade das equipas de gestão distrital e às limitações da cobertura das intervenções essenciais de saúde; à abrangência inadequada dos serviços de saúde; à coordenação insuficiente dos cuidados continuados; ao insuficiente reforço da produção de profissionais de saúde e à insuficiência de incentivos para recrutar, reter, desenvolver e colocar adequada e equitativamente o pessoal, para compensar o impacto da crise dos HRH; à ausência de institucionalização de sistemas robustos de pré-pagamento; à gestão ineficaz de sistemas de compra; e à ausência de um ambiente favorável ao nível comunitário.

51. As acções propostas incluem: o reforço da liderança das equipas distritais de gestão da saúde; a implementação de um pacote abrangente de serviços de saúde essenciais; a melhoria da organização e gestão da prestação de serviços de saúde; a institucionalização do conceito de cuidados primários como centro da coordenação; a melhoria da adequação dos HRH e a introdução de uma abordagem de equipa na avaliação do desempenho; a criação de mecanismos de pré-pagamento, como o seguro social de saúde e o financiamento dos cuidados de saúde a partir de impostos; o reforço dos processos de compra, abastecimento e distribuição; o esclarecimento da responsabilidade do distrito na consecução dos objectivos nacionais, internacionais e de desenvolvimento do milénio; e a capacitação das comunidades para tomarem as medidas adequadas à promoção da sua própria saúde.

52. Os membros do Subcomité do Programa felicitaram o Secretariado pela relevância e qualidade técnica do documento, tendo, contudo, expressado a necessidade de nele incluir a definição de distrito sanitário e de dar maior ênfase à colaboração e às parcerias intersectoriais. Expressaram, igualmente, a necessidade de um parágrafo separado sobre descentralização, realçando o papel das

autoridades e estruturas dos governos locais, da sociedade civil, do sector privado e de outros interessados , em particular a nível das comunidades.

53. Reconhecendo a importância dos recursos humanos a nível de distrito, os membros do Subcomité do Programa recomendaram que se prestasse maior atenção à instituição de incentivos e à retenção dos profissionais de saúde, especialmente nas zonas rurais. Solicitaram à OMS que fornecesse aos países normas actualizadas sobre os recursos humanos para a saúde e orientações técnicas para a avaliação dos progressos realizados na consecução dos ODM relativos à saúde, a nível distrital.

54. O Subcomité do Programa solicitou ao Secretariado que considerasse, numa secção apropriada do documento, a inclusão do reforço das infra-estruturas, dos sistemas de informação sanitária e da investigação operacional a nível de distrito. Apresentaram igualmente recomendações específicas sobre o conteúdo e a forma do documento, que o Secretariado se comprometeu a incluir na versão final.

55. O Secretariado agradeceu aos membros do Subcomité do Programa o seu contributo substantivo para a melhoria do documento, esclarecendo que a finalidade do documento era reflectir sobre duas das nove áreas prioritárias da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África (prestação de serviços e participação comunitária) e que as restantes prioridades seriam discutidas em futuras sessões do Comité Regional. O Secretariado garantiu aos membros do Subcomité do Programa que o conceito de “distrito sanitário”, assim como as normas, incentivos e retenção de recursos humanos, descentralização e infra-estruturas físicas seriam explicitados no documento.

56. O Subcomité do Programa concordou em apresentar o documento emendado sobre o assunto à consideração e para ser aprovado pela sexagésima sessão do Comité Regional.

DREPANOCITOSE: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA DA OMS (documento AFR/RC60/PSC/8)

57. O documento afirma que a drepanocitose (SCD) é uma anomalia hereditária da hemoglobina e é a doença genética mais prevalente na Região Africana da OMS. Em muitos países, 10%–40% da população possui o gene das células falciformes, o que resulta numa prevalência estimada da drepanocitose de, pelo menos, 2%. Os

óbitos por complicações da drepanocitose ocorrem, sobretudo, em crianças com menos de cinco anos, adolescentes e mulheres grávidas.

58. O fardo da drepanocitose na Região Africana está a agravar-se com o aumento demográfico. Tal situação acarreta importantes implicações socioeconómicas e de saúde pública. Apesar do recente interesse de alto nível pela drepanocitose, incluindo o empenho de algumas das Primeiras Damas Africanas e a aprovação de uma resolução das Nações Unidas, reconhecendo a drepanocitose como um problema de saúde pública, o investimento na prevenção e tratamento da drepanocitose, através do uso de medidas primárias eficazes de prevenção e de prestação de cuidados de saúde abrangentes, continua insuficiente.

59. A finalidade desta estratégia é contribuir para a redução da incidência, morbidade e mortalidade devidas à drepanocitose da Região Africana. As intervenções propostas incluem a implementação de acções eficazes de advocacia para aumentar a sensibilização e a mobilização de recursos; incentivos às parcerias; reforço dos programas nacionais de drepanocitose; formação de capacidades dos profissionais de saúde; implementação de actividades de apoio a grupos especiais; prevenção primária através do aconselhamento e testes na área da genética; identificação precoce e rastreio; prestação de cuidados de saúde abrangentes aos doentes com drepanocitose; fornecimento de medicamentos acessíveis; reforço das capacidades laboratoriais e de diagnóstico; promoção da vigilância da drepanocitose e promoção de uma investigação inovadora.

60. Os membros do Subcomité do Programa sublinharam a importância e relevância da Estratégia Regional. Reconheceram a drepanocitose como um problema de saúde pública em alguns Estados-Membros. Observou-se que, embora a drepanocitose seja um problema de saúde de longa data, a sua magnitude não era bem conhecida. Sublinhou-se a necessidade de a OMS apoiar os Estados-Membros na realização de uma análise da situação.

61. Os membros do Subcomité do Programa sublinharam a importância de reforçar a sensibilização para a prevenção e controlo da drepanocitose e o papel de aconselhamento genético prematrimonial e o rastreio nas clínicas pré-natais. Observou-se que algumas associações nacionais estão envolvidas na prestação de apoio às pessoas afectadas pela drepanocitose. Recomendou-se que as associações envolvidas na prevenção e controlo da drepanocitose fossem coordenadas e

prestassem apoio técnico e financeiro, para as habilitar a desempenhar o seu papel com maior eficácia na prevenção e controlo da drepanocitose.

62. Os membros do Subcomité do Programa apresentaram igualmente recomendações específicas sobre o conteúdo e a forma do documento que o Secretariado concordou em incorporar na versão final do documento.

63. O Secretariado reconheceu as contribuições feitas pelo Subcomité do Programa. O Director Regional lembrou que já anteriormente tinha havido deliberações e resoluções do Conselho Executivo, Assembleia Mundial da Saúde, União Africana e Assembleia-Geral das Nações Unidas sobre a drepanocitose. De facto, a Assembleia-Geral das Nações Unidas, de Março de 2009 reconheceu a drepanocitose como um problema de saúde pública. O Director Regional recomendou que as anteriores resoluções sejam discutidas no documento.

64. O Subcomité do Programa concordou em apresentar o documento emendado à consideração e para ser aprovado pela sexagésima sessão do Comité Regional.

EPIDEMIAS RECORRENTES NA REGIÃO AFRICANA: ANÁLISE DA SITUAÇÃO, PREPARAÇÃO E RESPOSTA (documento AFR/RC60/PSC/9)

65. O documento refere que a Região Africana da OMS continua a ser afectada por epidemias recorrentes de cólera, paludismo, meningite, sarampo e zoonoses, incluindo as febres hemorrágicas virais (FHV), a peste e, mais recentemente, a febre do dengue, com um impacto significativo sobre a saúde e o desenvolvimento económico na Região. Em 2009, todos os 46 Estados-Membros da Região notificaram, pelo menos, uma epidemia. Para além disso, 33 países notificaram a gripe pandémica A (H1N1) 2009.

66. O documento refere que, entre os desafios com que os Estados-Membros se confrontam, estão a falta de avaliações abrangentes dos riscos; sistemas ineficazes de aviso precoce, alerta e resposta; pouca coordenação e colaboração entre os sectores que lidam com a saúde humana e a saúde animal; coordenação inadequada entre os países; ausência de planos consolidados de preparação e resposta às epidemias; incapacidade de manter, a nível nacional, equipas funcionais de resposta rápida às epidemias e reservas de suprimentos de contingência necessários para responder às epidemias; falta de recursos financeiros adequados; limitações na capacidade de resposta a nível local; acesso inadequado a água potável e saneamento; estações de

chuvas e de seca prolongadas; e deslocamentos de populações associadas a desastres naturais ou causados pelo homem.

67. Entre as acções propostas, referem-se: proceder à avaliação dos riscos; criar e/ou reforçar os sistemas de alerta precoce; adoptar a abordagem “Uma só saúde, um só mundo” no controlo das zoonoses; investir na saúde do ambiente; ampliar a promoção da saúde; fazer investigação; manter equipas rápidas de resposta às epidemias a nível nacional, provincial e distrital; criar comissões multisectoriais nacionais de gestão das epidemias que funcionem devidamente; colocação estratégica prévia de equipamentos e suprimentos essenciais, incluindo vacinas e instrumentos de diagnóstico e de tratamento; e reforço dos sistemas de comunicação com os países vizinhos.

68. Os Membros do Subcomité do Programa louvaram o documento, tendo reconhecido a sua importância no contexto da Região Africana. Foi encarecido o apoio da OMS aos países na preparação e resposta às epidemias.

69. Ao partilhar as experiências dos países, os membros do Subcomité do Programa destacaram a importância das parcerias em todas as fases da gestão das epidemias. Foi sublinhada a necessidade de cooperação entre os países nas áreas da deteção precoce dos casos; da vigilância, incluindo a definição de casos; da capacidade laboratorial; da armazenagem de materiais e da partilha de suprimentos, como via para uma melhor resposta às epidemias.

70. Foram destacados como cruciais na resposta aos surtos os seguintes aspectos: planos nacionais abrangentes de preparação e resposta às epidemias, com boa definição dos papéis e responsabilidades de todos os intervenientes; testes aos planos por meio de simulações; formação das equipas de resposta; e garantia da existência de modelos bem definidos de procedimentos operacionais.

71. Os membros do Subcomité do Programa lembraram que a consciencialização das comunidades face às epidemias é limitada e apelaram a uma maior sensibilização, nomeadamente pela introdução de mensagens-chave nos currículos das escolas primárias e secundárias. Manifestaram-se também preocupados com a incapacidade dos países para afectarem recursos financeiros adequados ao combate às epidemias.

72. O Subcomité do Programa fez recomendações específicas sobre o conteúdo e a forma do documento.

73. O Secretariado agradeceu os contributos do Subcomité do Programa e acordou em integrar no documento as emendas sugeridas. Os membros do Subcomité do Programa foram informados de que, de acordo com a Resolução AFR/RC59/R5 do Comité Regional, que apela à criação do Fundo Africano para Emergências de Saúde Pública, fora elaborado um documento-quadro para o Fundo, a ser analisado pelo Subcomité do Programa.

74. O Secretariado informou os membros do Subcomité do Programa de que os Procedimentos Operativos Normalizados para combater as principais doenças com potencial epidémico estavam já prontos a ser compilados e distribuídos aos países da Região. Além disso, para melhorar o apoio aos países na resposta atempada às epidemias, estavam já implementados, ou em vias disso, mecanismos como a Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos, o Centro Estratégico de Operações da Saúde e a Equipa Regional Virtual de Resposta Rápida.

75. O Subcomité do Programa acordou em submeter o documento com emendas sobre o assunto à consideração e para ser aprovado pela sexagésima sessão do Comité Regional.

TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE E ULTRA-RESISTENTE NA REGIÃO AFRICANA: ANÁLISE DA SITUAÇÃO, DESAFIOS E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC60/PSC/10)

76. O documento refere que a tuberculose (TB) é uma doença de elevada prioridade na Região Africana e que, em 2005, o Comité Regional declarara esta doença uma emergência na Região. Em 2007, a Região foi responsável por 22% dos casos de TB notificados a nível mundial. As taxas de notificação de casos aumentaram de 82:100 000 em 1990 para 158:100 000 em 2007. Cerca de 51% dos doentes de TB testados em 2007 eram portadores do VIH, o que faz da infecção por VIH o mais importante factor de risco para a infecção por TB na Região.

77. O documento refere que a TB multirresistente (TB MR) está a tornar-se um problema na Região. A TB MR é definida como sendo uma tuberculose causada por organismos resistentes, pelo menos, à isoniazida e à rifampicina. A TB ultra-resistente (TB UR) é uma TB MR que apresenta também resistência a qualquer uma

das fluoroquinolonas e a, pelo menos, um de três medicamentos injectáveis de segunda linha. Entre Janeiro de 2007 e Dezembro de 2009, foram notificados por 33 países 22 032 novos casos de TB MR. Calcula-se que, no mesmo período, houve oito países a notificar 1501 novos casos de TB UR.

78. Entre os desafios com que os países se confrontam referem-se: taxas insatisfatórias de sucesso no tratamento da TB; falta generalizada de medidas de controlo da infecção nas comunidades e nas unidades de saúde; políticas, orientações e manuais ultrapassados; escassez de serviços de laboratórios de qualidade garantida; fraca vigilância da TB resistente aos medicamentos; procedimentos deficientes de tratamento e controlo da infecção; deficiências na disponibilidade de medicamentos de segunda linha; a longa duração do tratamento; e outros problemas relacionados com os sistemas de saúde, como o acesso limitado aos serviços gerais de TB e a inadequação dos recursos humanos para a saúde.

79. Entre as acções propostas, mencionam-se: prevenção da geração de estirpes da TB resistentes aos medicamentos; organizar e intensificar o tratamento programático da TB resistente aos medicamentos; criar e manter sistemas nacionais de vigilância da TB resistente aos medicamentos; reforçar os sistemas de aprovisionamento e suprimento de medicamentos anti-TB de segunda linha; criar e implementar medidas de controlo da infecção por TB; mobilizar recursos financeiros para apoiar a implementação das medidas recomendadas; alargar as redes regionais de diagnóstico da TB MR e da TB UR; e proceder a investigação operacional.

80. Os membros do Subcomité do Programa agradeceram ao Secretariado a pertinência e a qualidade do documento técnico sobre a TB multirresistente e ultra-resistente na Região Africana. Reconheceram que a lentidão dos progressos no controlo da TB e a emergência da TB MR e TB UR são consequências da falência dos sistemas de saúde. Assim, sugeriram que as medidas propostas fossem contextualizadas no reforço do sistema de saúde, incluindo o reforço de capacidades em todos os níveis. Os membros do Subcomité do Programa afirmaram-se preocupados face à eficácia da vacinação em crianças com BCG, que se estima ser inferior a 50%.

81. Referiram a necessidade de rever a abordagem dos sanatórios, como meio de evitar a infecção cruzada e a transmissão da TB. Além disso, solicitaram mais esclarecimentos sobre a Iniciativa DOTS nos países e orientações para a sua implementação a nível de comunidade. Os membros do Subcomité do Programa

referiram que os países não estão devidamente sensibilizados e informados sobre a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da TB MR e TB UR, incluindo o controlo da infecção. Neste contexto, foi ainda recomendado que a temática da concepção das unidades de saúde devia ser incluída no pacote das medidas para evitar a infecção cruzada.

82. Os membros do Subcomité do Programa fizeram recomendações específicas quanto ao conteúdo e a forma do documento.

83. O Secretariado agradeceu aos membros do Subcomité do programa pela validade dos seus comentários, perguntas e sugestões. Deu explicações sobre a eficácia da BCG na prevenção do desenvolvimento das formas severas em crianças; sobre as vantagens e inconvenientes da abordagem dos sanatórios, em termos de relação custo-eficácia; a importância da sensibilização e da consciencialização; e os ensinamentos recolhidos do uso da DOTS.

84. O Subcomité do Programa acordou em submeter o documento com emendas sobre o assunto à consideração e para ser aprovado pela sexagésima sessão do Comité Regional.

PREPARAÇÃO E RESPOSTA A SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA NA REGIÃO AFRICANA: SITUAÇÃO ACTUAL E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC60/PSC/11)

85. O documento informa que a Região Africana da OMS continua a ser assolada por frequentes crises e catástrofes naturais, provocando traumatismos, mortes, deslocação das populações, destruição das unidades de saúde e perturbação dos serviços. A perda económica total resultante de mortes relacionadas com catástrofes na Região, em 2007, está estimada em 117,2 milhões de dólares americanos. Em 2008, registaram-se mais de 12 milhões de refugiados e de pessoas internamente deslocadas, em comparação com cerca de 6 milhões em 1997. Em 2009, no Corno de África, aproximadamente 23 milhões de pessoas necessitaram de ajuda humanitária alimentar e mais de 1,5 milhões em 26 países foram afectadas por cheias.

86. O documento assinala que os principais desafios que os países enfrentam são: incapacidade para conduzir avaliações de vulnerabilidade e mapeamento dos riscos; inexistência de planos nacionais de preparação para as situações de emergência que abranjam riscos diversos; ausência de actividades humanitárias e de emergência nos

planos nacionais de desenvolvimento sanitário; falta de programas abrangentes de preparação e redução dos riscos de catástrofes; inadequada capacidade para aplicar normas nacionais; frágeis mecanismos de coordenação; fracos sistemas de alerta precoce; falta de massa crítica de pessoal devidamente formado; fraco envolvimento comunitário; inadequada afectação de recursos; e falta de um instrumento ou documento único na Região que incorpore novas abordagens e resoluções mundiais.

87. As acções propostas incluem: avaliação dos riscos, vulnerabilidades, riscos e capacidades na perspectiva do sector da saúde; actualização dos planos nacionais de desenvolvimento sanitário, com o fim de incorporar a recuperação pós-catástrofe nos sistemas de saúde; criação de uma unidade de gestão das emergências sanitárias, com funcionários a tempo inteiro no ministério da saúde; criação ou reforço de uma comissão multisectorial para as situações de emergência; reforço do alerta precoce para as componentes sanitárias das catástrofes naturais e das crises alimentares; criação e financiamento de programas de educação e formação; desenvolver a sensibilização, a comunicação dos riscos, a formação e outros programas que assegurem uma "comunidade preparada"; melhorar o financiamento para a prevenção das catástrofes, preparação para as situações de emergência e recuperação pós-emergência dos sistemas de saúde; e elaboração de uma nova estratégia regional para a EPR e de um quadro para orientar os Estados-Membros.

88. Os membros do Subcomité do Programa realçaram a relevância deste tópico. Dada a semelhança dos pontos 7.7 , 7.9 e 7.11 da ordem do dia da 60.ª sessão do Comité Regional, respectivamente, sobre epidemias recorrentes, preparação e resposta às situações de emergência e fundo para as emergências de saúde pública, o grupo sugeriu que os três pontos fossem discutidos em sequência.

89. Os membros do Subcomité do Programa sugeriram que os conceitos e a terminologia utilizados no trabalho das emergências/catástrofes fosse mais bem esclarecido, em coordenação com as partes interessadas. Para além disso, a mobilização de recursos para responder às emergências não deverá estar dependente da declaração, por parte dos países, de uma situação de catástrofe. Foi sublinhado que o financiamento das emergências deveria ser a primeira responsabilidade dos governos, centrando-se não apenas na resposta, mas também na preparação, e que os governos deveriam ser as primeiras entidades responsáveis pela preparação das pessoas para resistirem às catástrofes, tanto a nível nacional como comunitário.

90. Foi recomendado o reforço das estruturas existentes nos ministérios da saúde, para fazer face à preparação e resposta às emergências naturais e provocadas pelo homem, bem como às epidemias. Dados os elevados custos dos exercícios de simulação, deverão ser exploradas outras opções menos dispendiosas como exercícios nos escritórios. Para além da definição de acções a empreender individualmente pelos Estados-Membros, é preciso definir igualmente acções interpaíses e regionais. A partilha de experiências entre os países sobre a preparação e resposta às situações de emergência deve ser encorajada e o apoio técnico da OMS deve ser prestado de acordo com as necessidades dos países.

91. Os membros do Subcomité do Programa fizeram recomendações específicas sobre o conteúdo e forma do documento, que o Secretariado concordou em integrar na sua versão final.

92. O Secretariado informou os participantes de que, na sequência de uma reunião consultiva com os intervenientes nas situações de emergência/catástrofe se está a trabalhar no sentido de apresentar um documento sobre as definições operacionais de situações de emergência e catástrofe. O Director Regional concordou com a sugestão de que a ordem sequencial dos pontos da ordem do dia da 60.^a sessão do Comité Regional fosse mudada, para facilitar o debate sobre as epidemias, as situações de emergência e o Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública. Informou também os participantes de que o Fundo contemplará todas as emergências de saúde pública, incluindo as catástrofes naturais e provocadas pelo homem.

93. O Subcomité do Programa concordou em apresentar o documento emendado sobre o assunto à consideração e para ser aprovado pela sexagésima sessão do Comité Regional.

CRISE FINANCEIRA MUNDIAL: IMPLICAÇÕES PARA O SECTOR DA SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA (documento AFR/RC60/PSC/12)

94. O documento refere que, no contexto da actual crise económica mundial, o Fundo Monetário Internacional previu que a produtividade mundial diminuísse 1,4% em 2009 e que retomasse gradualmente em 2010, até atingir uma taxa de crescimento de 2,5%. Em África, a taxa de crescimento média do produto interno

bruto (PIB) decresceu de cerca de 5% em 2008 para 2,8% em 2009. O PIB total dos países da Região Africana diminuiu cerca de 94,48 mil milhões de dólares americanos entre 2008 e 2009. A crise económica asiática de 1997/98 e a crise económica da América Latina de 2001/02 resultaram em cortes nas despesas da saúde, numa menor utilização dos serviços de saúde e na deterioração da nutrição das mães e crianças, assim como dos indicadores de saúde. As expectativas apontavam para uma redução, das despesas com a saúde por parte de governos, famílias e doadores na Região.

95. Entre os principais desafios que os países terão de enfrentar mencionam-se: a redução das despesas com a saúde per capita, por parte de governos, famílias e doadores; a redução das despesas com a manutenção e os medicamentos e de outras despesas correntes; o aumento na procura dos serviços de saúde públicos, face ao menor recurso aos serviços de saúde do sector privado; uma redução desproporcionada no consumo de serviços de saúde e de alimentos, por parte das populações empobrecidas; a ineficácia no uso dos recursos alocados às unidades de saúde; a falta de institucionalização das contas nacionais da saúde; e a falta de dados sobre o impacto das últimas crises económicas na Região Africana.

96. Entre as acções propostas referem-se: monitorizar os impactos sobre a saúde e as respostas das políticas; intensificar a advocacia a nível nacional e internacional; monitorizar as despesas internas e externas com a saúde; redefinir as prioridades das despesas públicas, partindo das intervenções de saúde pública com menor impacto para as de maior impacto; melhorar a gestão dos recursos financeiros; melhorar a gestão dos medicamentos e artigos médicos; melhorar a interação entre o pessoal de saúde e os doentes; institucionalizar a monitorização da eficiência económica no seio dos sistemas nacionais de informação para a gestão sanitária; reforçar as redes de segurança social; aumentar a participação do sector privado; e investir para o reforço dos sistemas de saúde, usando financiamentos de fontes nacionais e internacionais, já existentes e novos.

97. Os membros do Subcomité do Programa agradeceram ao Secretariado a apresentação do documento e fizeram as seguintes sugestões: inclusão de acções sobre investigação operacional; referência à Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda; indicação do papel das comunidades económicas regionais (REC); inclusão de um ponto de acção sobre planeamento e orçamentação com base em evidências, a todos os níveis; desenvolvimento das capacidades dos planeadores; prioridade a

uma melhor afectação e utilização dos recursos disponíveis; esclarecimento sobre os mecanismos de canalizar toda a ajuda através de um apoio ao orçamento geral.

98. Os membros do Subcomité do Programa registaram também a ausência de referências às taxas de utentes e à necessidade de: implementar mecanismos adequados de isenção para os grupos mais vulneráveis; reforçar a capacidade dos ministérios da saúde para dialogarem com os ministérios das finanças, tendo em vista a mobilização de recursos adicionais a nível doméstico; incluir outras redes de segurança social, para além dos mecanismos pré-pagos, ou seja, transferências directas de dinheiro; expressar os recursos externos para a saúde como percentagem das despesas totais dos governos com a saúde; encorajar os países a actualizarem com regularidade as contas nacionais da saúde; incluir debates sobre os efeitos da inflação e da desvalorização monetária, bem como o seu impacto sobre o sector; utilizar outros instrumentos para melhorar a eficácia, tais como as contas distritais de saúde e estudos sobre o fardo das doenças; e envolver as comissões de planeamento do desenvolvimento nacional e/ou entidades similares, para advogar a atribuição de uma prioridade elevada à saúde, na agenda do desenvolvimento

99. O Secretariado acolheu os comentários e sugestões feitos pelos membros do Subcomité do Programa, tendo concordado em integrá-los na versão final do documento. Por outro lado, o Secretariado informou os membros do Subcomité do Programa sobre as acções empreendidas desde o início da crise, incluindo a realização de reuniões de advocacia e as mensagens enviadas aos Estados-Membros, à União Africana e às REC, para advogar a necessidade de salvaguardar o orçamento do sector da saúde e monitorizar o efeito da crise financeira mundial sobre o sector. O Secretariado salientou ainda a necessidade de uma maior eficácia económica no seio dos ministérios da saúde e dos governos, e ainda, de insistir na implementação do compromisso dos Chefes de Estado em afectar, pelo menos, 15% do orçamento governamental à saúde. O Secretariado salientou a necessidade de se enviar o presente documento à reunião conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde.

100. O Subcomité do Programa concordou em apresentar o documento emendado à aprovação da sexagésima sessão do Comité Regional.

DOCUMENTO-QUADRO DO FUNDO AFRICANO PARA AS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA (documento AFR/RC60/PSC/13)

101. O documento lembra que, tendo reconhecido serem inadequados os recursos à disposição dos Estados-Membros para a luta contra as epidemias e outras situações de emergência na Região Africana, a 59.^a Sessão do Comité Regional Africano da OMS adoptou a Resolução AFR/RC59/R5, intitulada “Reforçar a preparação e resposta aos surtos epidémicos na Região Africana no contexto da actual pandemia de gripe”. Esta resolução solicita ao Director Regional que facilite a criação de um “Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública”, destinado a apoiar a investigação e a resposta a epidemias e outras situações de emergência de saúde pública. O documento define o quadro para a criação do fundo.

102. O documento indica que a principal justificação para a criação do Fundo é a falta de recursos adequados para dar resposta às frequentes epidemias e intervenções de saúde pública na Região Africana. Foi proposto que o Fundo seja intitulado “Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública” (APHEF). O documento indicava ainda que o Fundo assumisse a forma de uma iniciativa intergovernamental regional, destinada à mobilização para a preparação e resposta a surtos de doenças e outras emergências de saúde pública, em linha com o Artigo 50.^o (f) da Constituição da OMS. O fundo irá complementar os esforços existentes dos governos e dos parceiros e promover a solidariedade entre os Estados-Membros na abordagem às emergências de saúde pública.

103. O Fundo será financiado tanto através de dotações mínimas definidas como das contribuições voluntárias dos Estados-Membros, em linha com o Artigo 50.^o (f) da Constituição da OMS. As contribuições mínimas anuais dos Estados-Membros foram determinadas como percentagem do PIB de cada país em relação ao PIB total dos países da Região Africana. No total, as contribuições propostas para o fundo atingirão os 100 milhões de dólares americanos. As contribuições mínimas de cada Estado-Membro estão indicadas no documento. A OMS será responsável pelo desembolso das verbas e os relatórios sobre a utilização das mesmas por meio dos seus mecanismos financeiros. O Banco Africano de Desenvolvimento (BAD) será nomeado como agente fiscal do fundo, havendo um fundo renovável com um limite de 20 milhões de dólares americanos, que será criado no Escritório Regional da OMS. O Fundo Renovável será repostado pelo BAD, de acordo com critérios e procedimentos acordados.

104. O quadro propõe, como estruturas nucleares do Fundo, uma Comissão Consultiva Rotativa, um Grupo de Revisão Técnica e um Secretariado. A Comissão Consultiva Rotativa, composta pelo Director Regional, três ministros da saúde e um representante do Banco Africano de Desenvolvimento providenciará o aconselhamento necessário e decidirá quanto à orientação estratégica do Fundo. O Grupo de Revisão Técnica, formado por peritos da OMS, analisará as propostas e solicitações à luz de critérios técnicos e submeterá recomendações de financiamento ao Director Regional da OMS. O Secretariado do APHEF, com sede no Escritório Regional, assumirá a gestão do Fundo.

105. Como garantia de responsabilização, o Fundo utilizará os sistemas administrativos internos existentes na OMS (mecanismos, procedimentos e regulamentos) assim como os sistemas de gestão financeira, para receber e distribuir os fundos, responsabilizar-se por eles, proceder a auditorias e apresentar relatórios sobre a sua utilização. Um relatório técnico financeiro certificado das operações do Fundo, de âmbito anual, será apresentado em todas as sessões do Comité Regional.

106. Na sua intervenção, o Director Regional lembrou que o Comité Regional lhe tinha solicitado, entre outros aspectos, que: elaborasse um justificativo e os termos de referência do Fundo, incluindo o uso dos sistemas de gestão financeira da OMS; propusesse aos Estados-Membros um contributo mínimo para o Fundo e criasse uma Comissão Consultiva Rotativa para aconselhar o Director Regional sobre a utilização dos fundos. Lembrou ao Subcomité do Programa que o Artigo 50.º da Constituição da OMS permitia que o Comité Regional recomendasse dotações regionais adicionais por parte dos governos, em situações em que o orçamento do programa fosse insuficiente para realizar o trabalho do Secretariado. Recomendou que o Subcomité do Programa se inspirasse nestas considerações e que propusesse as contribuições mínimas dos governos nacionais para o Fundo.

107. Os membros do Subcomité do Programa frisaram a importância da criação do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública e a necessidade de criar mecanismos para o seu rápido desembolso. Decorreram debates sobre a justificação, a finalidade, o âmbito e o financiamento do Fundo. Os membros do Subcomité do Programa realçaram a importância da orientação contida na resolução que solicita ao Director Regional que facilitasse a criação do Fundo, tendo considerado que a resolução era suficientemente clara para merecer consenso acerca do Fundo. Foram pedidos esclarecimentos sobre quem se poderá candidatar ao Fundo, quais os critérios de avaliação das contribuições, incluindo o recurso ao PIB, ao PIB per capita,

ou a classificação de países por rendimento alto, médio ou baixo. Foram igualmente solicitados esclarecimentos acerca do Anexo 1: lista das doenças epidémicas e de potencial pandémico de dimensão internacional e outras grandes catástrofes de saúde pública.

108. Foi recomendado que a fonte inicial de financiamento viesse dos governos nacionais e que o tecto do financiamento se baseasse em experiências passadas dos níveis de despesa, na ocorrência de epidemias e catástrofes. Foi salientado que o envolvimento do Banco Africano de Desenvolvimento virá aumentar a capacidade de gestão e a credibilidade do fundo. Foi sugerido que apenas uma opção fosse recomendada aos ministros da saúde.

109. Os membros do Subcomité do Programa fizeram recomendações específicas sobre o conteúdo e a forma do documento, incluindo a composição e os termos de referência da Comissão Consultiva Rotativa. Solicitaram ao Secretariado que eliminasse o Anexo 1 e revisse o documento, tendo em conta as questões acima levantadas. Recomendaram ainda a inclusão da palavra “solidariedade” no documento, para realçar o apoio que os Estados-Membros deverão dar uns aos outros e também o acréscimo de uma afirmação clara sobre a necessidade do Secretariado apresentar anualmente um relatório ao Comité Regional.

110. O Subcomité do Programa concordou em apresentar o documento com emendas sobre este assunto à aprovação da sexagésima sessão do Comité Regional, tendo recomendado alguma flexibilidade relativamente aos reforços anuais e às contribuições individuais de alguns Estados-Membros, cujas capacidades para contribuírem eficazmente para o Fundo possam ser limitadas.

SITUAÇÃO ACTUAL DA VACINAÇÃO DE ROTINA E DA ERRADICAÇÃO DA POLIOMIELITE NA REGIÃO AFRICANA: DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES (documento AFR/RC60/PSC/14)

111. O documento refere que a vacinação é uma intervenção eficaz de saúde pública, que evita a morte de 2 a 3 milhões de crianças por ano, e que tem um grande potencial para contribuir para a consecução do ODM n.º 4. A implementação da abordagem Chegar a Todos os Distritos (RED), a par de outras estratégias inovadoras como as actividades da Intensificação Periódica da Vacinação de Rotina, os Dias da Saúde das Crianças e os Dias de Vacinação Reforçada, contribuíram para melhorar a cobertura. No entanto, as taxas de cobertura revelam disparidades entre

os países, calculando-se que 4,2 milhões de crianças da Região Africana não receberam a vacina DPT3 em 2009, por comparação com 5,2 milhões em 2008. Além disso, o progresso na notável redução das mortes devido ao sarampo está a ser posto em causa pela sub-otimização da cobertura vacinal de rotina a nível de distrito, em diversos países, o que provocou surtos de sarampo em 2010.

112. Foi recordado que, até 2004, a transmissão indígena do poliovírus selvagem foi interrompida em 45 dos 46 países da Região, sendo a Nigéria o único país com endemia. Entretanto, oito Estados-Membros sofreram surtos de poliomielite em 2006, enquanto que, em 2009, 18 países sofreram importações na sequência de uma disseminação de poliovírus selvagem a partir dos reservatórios remanescentes em Estados-Membros anteriormente livres da poliomielite, devido à inadequada cobertura vacinal de rotina e à sub-otimização das Actividades Suplementares de Vacinação (SIA), que resultaram numa reduzida imunização das populações. Entre o início de Janeiro e fins de Abril de 2010, nove países da África Ocidental e Central notificaram 40 casos de poliomielite, por comparação com 306 casos em 12 países, no mesmo período de 2009.

113. Entre os principais desafios que os países terão de enfrentar mencionam-se: desajustamentos na política e no planeamento da vacinação; planeamento e estratégias deficientes a nível distrital e má aplicação da legislação pertinente; financiamento insuficiente; infra-estruturas inadequadas; participação e responsabilização inadequadas das comunidades; cobertura insuficientemente elevada dos serviços de vacinação; sistemas ineficazes de monitorização e avaliação, dando origem a uma cobertura administrativa inexacta da vacinação e a incorrecções na previsão das carências em vacinas e produtos afins; vigilância inadequada das doenças evitáveis pela vacinação; e uma reduzida investigação para a vacinação na Região.

114. As recomendações constantes no documento incluem: integrar a vacinação nas políticas e planos estratégicos nacionais da saúde; reforçar os sistemas de saúde; aumentar o financiamento da vacinação; celebrar parcerias para a vacinação; melhorar o acesso às novas vacinas; melhorar as capacidades institucionais, humanas e de gestão; aumentar a consciencialização, participação e responsabilização das comunidades; reforçar a monitorização e a avaliação; reforçar a vigilância das doenças evitáveis pela vacinação; reforçar a investigação para a vacinação; e institucionalizar anualmente uma Semana Africana da Vacinação.

115. O Subcomité do Programa louvou o Secretariado pela pertinência do tema e pela qualidade do documento. Os membros do Subcomité do Programa aprovaram as recomendações feitas e exprimiram o seu apreço pelo apoio que os países têm recebido da OMS para melhorar a situação da vacinação de rotina e da erradicação da poliomielite na Região.

116. Os membros do Subcomité do Programa partilharam as experiências de cada um dos seus países relativamente à vacinação de rotina e à erradicação da poliomielite. Observou-se que, apesar dos progressos feitos no aumento da cobertura da vacinação de rotina, em 2009, é ainda limitada a capacidade dos países para mobilizarem fundos que se destinem às actividades de vacinação. Deve dar-se especial relevo à necessidade de recursos adicionais que permitam um “último empurrão” no reforço da cobertura vacinal, de 85% para 90% ou mais, provavelmente com custos marginais mais elevados. É preciso exercer uma advocacia intensa, para que os Estados-Membros façam um esforço financeiro suplementar e outros investimentos necessários.

117. O Subcomité do Programa considerou que os países deverão implementar cautelosamente os regulamentos que exijam a apresentação de boletins de vacinas nas escolas, a fim de evitar os efeitos negativos da não inscrição dos alunos nas escolas primárias. No entanto, continua a ser importante garantir que a estratégia RED será efectivamente implementada, com vista a aumentar a cobertura vacinal.

118. A questão do rigor dos denominadores foi igualmente discutido e os membros do Subcomité concordaram que os países devem reforçar os seus sistemas de registos vitais, a fim de registarem todos os nascimentos. Melhorando os sistemas de registos vitais, poderão obter-se denominadores mais fiáveis, através do uso mais eficiente da abordagem da contagem de crianças vacinadas durante as campanhas. Relativamente à investigação, sugeriu-se que os ensaios sobre vacinas deverão ser sujeitos a um profundo escrutínio, para garantir o cumprimento de todas as questões de natureza ética.

119. Os membros do Subcomité do Programa apresentaram recomendações específicas sobre o conteúdo e a forma do documento, que o Secretariado concordou em integrar na versão final do documento.

120. O Secretariado agradeceu ao Subcomité do Programa a adopção do documento e as construtivas sugestões que foram apresentadas para o melhorar. O Director Regional observou que a vacinação é uma intervenção de saúde pública com uma muito boa relação custo-eficácia que pode fazer a diferença no estado de saúde das crianças. Apresentou a ideia de explorar, com os Estados-Membros e os parceiros, a possibilidade da produção local de vacinas na Região Africana, uma vez que as vacinas serão sempre necessárias. É preciso fazer mais esforços para garantir que os países atribuam os recursos necessários para as vacinas e a vacinação.

121. O Subcomité do Programa concordou em submeter o documento emendado sobre o assunto à aprovação da sexagésima sessão do Comité Regional.

SEXAGÉSIMA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL: PROPOSTA DE ORDEM DO DIA PROVISÓRIA (documento AFR/RC60/1)

122. Os membros do Subcomité do Programa concordaram em submeter à aprovação da sexagésima sessão do Comité Regional, a realizar em Malabo, na Guiné Equatorial, de 30 de Agosto a 3 de Setembro de 2010, a respectiva ordem do dia provisória emendada (cópia na Adenda 2).

123. Após análise, debates e emendas, o Subcomité do Programa aprovou o relatório com emendas, para apresentação ao Comité Regional durante a sua sexagésima sessão, em Agosto de 2010.

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

124. O Subcomité do Programa decidiu que o Presidente ou o Vice-Presidente apresentariam o relatório da reunião ao Comité Regional.

ENCERRAMENTO DA REUNIÃO

125. O Presidente agradeceu aos membros do Subcomité do Programa a sua colaboração e participação activa nas deliberações, que contribuíram para o êxito da reunião. Agradeceu ainda ao Director Regional e ao Secretariado pela documentação técnica e facilitação geral dos trabalhos do Subcomité do Programa.

126. O Presidente informou os participantes que os mandatos do Malawi, Lesoto, Madagáscar, Gâmbia, Guiné e Gana para o Subcomité do Programa haviam terminado. Agradeceu-lhes os seus inestimáveis contributos para o trabalho do Subcomité do Programa e indicou que estes países seriam substituídos pelo Mali, Mauritânia, Níger, Quênia, Seychelles e África do Sul.

127. Nas suas obsevações finais, o Director Regional agradeceu aos membros do Subcomité do Programa a qualidade das deliberações e os excelentes contributos para os documentos técnicos. Agradecimentos foram também para o Secretariado e para os intérpretes, pelo seu contributo para o êxito da reunião do Subcomité do Programa.

128. O Presidente deu então por encerrada a reunião.

LISTA DOS PARTICIPANTES

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA
DO CONGO

Dr Mapatano Mala Ali
Directeur adjoint du Cabinet
du Ministre de la Santé

GUINÉ EQUATORIAL

Mme Pilar Djombe Djangani
Conseillère Présidentielle en
Matière d'Assistance Sanitaire

ERITREIA

Mr Berhane Ghebretinsae
Director General of the Department
of Health Services

ETIÓPIA

Mr Woldemariam Hirpa Irkon
Director, Policy and Planning

GABÃO

Dr Médard Toung Mve
Directeur du Programme national de
lutte contre la Tuberculose

GÂMBIA

Mr Alhaji Omar Taal
Deputy Permanent Secretary

GANÁ

Dr Frank Kwadjo Nyonator
Director, Policy Planning,
Monitoring and Evaluation Division

GUINÉ

Pr Mamadou Diouldé Baldé
Conseiller chargé de mission

GUINÉ-BISSAU

Dr.^a Amabélia de Jesus Pereira
Rodrigues
Presidente do Instituto Nacional de
Saúde Pública

LESOTO

Dr Lugemba Budiaki
Director, Primary Health Care

LIBÉRIA

Dr Moses Giodo-Yambe Pewu
Assistant Minister for curative
Services

MADAGÁSCAR

Dr Tafangy Philemon Bernard
Directeur général de la Santé

MALAWI

Dr Storn Binton Kabulzi
Director of Preventive Health Services

MAURÍCIAS

Dr Anil Deelchand
Acting Director Health Services (PHC)

MOÇAMBIQUE

Dr. Mouzinho Saide
Director Nacional de Saúde Pública

NAMÍBIA

Dr Norbert Paul Forster
Deputy Permanent Secretary
Ministry of Health and Social Services

MEMBRO DO CONSELHO
EXECUTIVO

SEYCHELLES

Dr Andre Bernard Valentin
Special Advisor of Health to the
Minister

ORDEM DO DIA

1. Sessão de abertura
2. Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
3. Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC60/PSC/1)
4. Estratégia para abordar os principais determinantes sociais da saúde na Região Africana (documento AFR/RC60/PSC/3)
5. Redução do uso nocivo do álcool: Estratégia para a Região Africana da OMS (documento AFR/RC60/PSC/4)
6. Soluções de ciber saúde na Região Africana: Contexto actual e perspectivas (documento AFR/RC60/PSC/5)
7. Cancro do colo do útero na Região Africana: Análise da situação e rumo a seguir (documento AFR/RC60/PSC/6)
8. Reforço dos sistemas de saúde: Melhorar a prestação dos serviços de saúde a nível distrital e apropriação e participação por parte das comunidades (documento AFR/RC60/PSC/7)
9. Drepanocitose: Estratégia para a Região Africana da OMS (documento AFR/RC60/PSC/8)
10. Epidemias recorrentes na Região Africana: Análise da situação, preparação e resposta (documento AFR/RC60/PSC/9)
11. Tuberculose multirresistente e ultrarresistente na Região Africana: Análise da situação, desafios e perspectivas (documento AFR/RC60/PSC/10)
12. Preparação e resposta a situações de emergência na Região Africana: Situação actual e perspectivas (documento AFR/RC60/PSC/11)
13. Crise financeira mundial: Implicações para o sector da saúde na Região Africana (documento AFR/RC60/PSC/12)
14. Documento-Quadro do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública (documento AFR/RC60/PSC/13)

15. Estado actual da vacinação de rotina e erradicação da poliomielite na Região Africana: Problemas, desafios e acções propostas (documento AFR/RC60/PSC/14)
16. Debate dos projectos de resolução
17. Sexagésima sessão do Comité Regional: Ordem do dia provisória
18. Aprovação do Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC60/PSC/15)
19. Atribuição de responsabilidades para a apresentação do Relatório do Subcomité do Programa ao Comité Regional
20. Encerramento da reunião

PROGRAMA DE TRABALHO

1º DIA: TERÇA-FEIRA, 8 DE JUNHO DE 2010

08h30 – 09h00	Registo dos participantes
09h00 – 09h45	Ponto 1 Abertura da reunião
09h45 – 10h00	Ponto 2 Eleição do Presidente, do Vice-Presidente e dos Relatores
10h00 – 10h40	(Foto de grupo + Chá)
10h40 – 11h00	Ponto 3 Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC60/PSC/1)
11h00 – 12h30	Ponto 4 Estratégia para abordar os principais determinantes sociais da saúde na Região Africana (documento AFR/RC60/PSC/3)
12h30 – 14h00	Almoço
14h00 – 15h30	Ponto 5 Redução do uso nocivo do álcool: Estratégia para a Região Africana da OMS (documento AFR/RC60/PSC/4)
15h30 – 16h00	Intervalo: Chá
16h00 – 17h30	Ponto 6 Soluções de ciber saúde na Região Africana: Contexto actual e perspectivas (documento AFR/RC60/PSC/5)
17h30 -	Fim da sessão

18h00 Recepção oferecida pelo Director Regional

2º DIA: QUARTA-FEIRA, 9 DE JUNHO DE 2010

08h30 – 10h00 Ponto 8 Reforço dos sistemas de saúde: Melhorar a prestação dos serviços de saúde a nível distrital e apropriação e participação por parte das comunidades
(documento AFR/RC60/PSC/7)

10h00 – 10h30 Intervalo: Chá

10h30 – 12h00 Ponto 9 Drepanocitose: Estratégia para a Região Africana da OMS
(documento AFR/RC60/PSC/8)

12h00 – 13h30 Almoço

13h30 – 15h00 Ponto 10 Epidemias recorrentes na Região Africana: Análise da situação, preparação e resposta
(documento AFR/RC60/PSC/9)

15h00 – 15h30 Intervalo: Chá

15h30 – 17h00 Ponto 11 Tuberculose multirresistente e ultrarresistente na Região Africana: Análise da situação, desafios e perspectivas
(documento AFR/RC60/PSC/10)

17h00 – 18h30 Ponto 12 Preparação e resposta a situações de urgência na Região Africana: Situação actual e perspectivas
(documento AFR/RC60/PSC/11)

18h30 - Fim da sessão

3º DIA: QUINTA-FEIRA, 10 DE JUNHO DE 2010

08h30 – 10h30	Ponto 13	Documento-Quadro do Fundo Africano de Emergência de Saúde Pública (documento AFR/RC60/PSC/13)
10h30 – 11h00	Intervalo: Chá	
11h00 – 11h45		Crise financeira mundial: Implicações para o sector da saúde na Região Africana (documento AFR/RC60/PSC/12)
11h45 – 12h30		Estado actual da vacinação de rotina e erradicação da poliomielite na Região Africana: Problemas, desafios e acções propostas (documento AFR/RC60/PSC/14)
12h30 – 16h00	Almoço	
16h00	Ponto 14 (Cont.)	Documento-Quadro do Fundo Africano de Emergência de Saúde Pública (documento AFR/RC60/PSC/13)
	Ponto 7 (Cont.)	Cancro do colo do útero na Região Africana: Análise da situação e rumo a seguir (documento AFR/RC60/PSC/6)
	Ponto 16	Debate dos projectos de resoluções
	Ponto 17	Sexagésima sessão do Comité Regional: Ordem do dia provisória
	Fim da sessão	

4º DIA: SEXTA-FEIRA, 11 DE JUNHO DE 2010

08h30 – 12h00	Ponto 16 (Cont.)	Debate dos projectos de resoluções
	Ponto 14 (Cont.)	Documento-Quadro do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública (documento AFR/RC60/PSC/13)
	Ponto 18	Aprovação do Relatório do Subcomité do Programa incluindo os Projectos de Resolução (documento AFR/RC60/PSC/15)
	Ponto 19	Atribuição de responsabilidades para a apresentação do Relatório do Subcomité do Programa ao Comité Regional
	Ponto 20	Encerramento da reunião

RELATÓRIO DA DISCUSSÃO EM PAINEL SOBRE O ACESSO UNIVERSAL AOS CUIDADOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS DE EMERGÊNCIA

ANTECEDENTES

Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) 4 e 5 visam a redução da mortalidade infantil até dois terços e da mortalidade materna até três quartos entre 1990 e 2015. O ODM 5 é a meta que apresenta menores progressos. Para a consecução do ODM 5 é necessária uma redução média anual da mortalidade materna de 5,5%. Na África Subsariana, entre 1990 e 2005, a redução média anual foi de 0,1%. Na Região Africana, mais de 270 000 mulheres e 1,12 milhões de recém-nascidos morrem anualmente vítimas de causas evitáveis durante a gravidez, parto e período pós-parto.¹

Quarenta e dois Estados-Membros adoptaram o Roteiro para Acelerar a Consecução dos ODM relacionados com a Saúde Materna e Neonatal em África. No entanto, na maioria dos países, a implementação do Roteiro continua bastante lenta. A percentagem de partos assistidos por parteiras qualificadas continua baixo, nos 46%, e apenas 12% das mulheres grávidas recebem os Cuidados Obstétricos de Emergência de que necessitam.² As mulheres grávidas continuam a enfrentar barreiras geográficas, socioculturais e financeiras no acesso a serviços de saúde de qualidade.

A discussão em painel constituiu um fórum para debater as formas de garantir o acesso universal aos serviços de Cuidados Obstétricos e Neonatais de Emergência (EmONC) de qualidade, no quadro geral da implementação da Declaração de Ouagadougou sobre os Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde.³

A sessão contou com a presença de ministros da saúde e delegados dos 46 Estados-Membros e organizações parceiras. Os participantes dos Estados-Membros discutiram e fizeram contributos bastante produtivos sobre os esparsos progressos

¹ Maternal Mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Geneva: WHO; 2008

² World Health Organization, UNFPA, UNICEF and AMDD. Monitoring Emergency Obstetric Care: a Handbook. Geneva: WHO; 2009.

³ A Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde.

realizados em termos da consecução do ODM 5 e dos desafios enfrentados na área da redução da mortalidade materna e neonatal.

OBJECTIVOS

Os objectivos foram:

- a) partilhar as experiências dos países na implementação do Roteiro e na melhoria do acesso aos EmONC;
- b) identificar obstáculos ao acesso aos EmONC;
- c) debater as melhores formas de remover os obstáculos a EmONC oportunos e eficazes;
- d) fazer recomendações para o acesso universal a EmONC de qualidade.

RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados desta discussão em painel foram:

- a) experiências em EmONC partilhadas;
- b) obstáculos aos EmONC e formas de os remover identificadas;
- c) Recomendações para o acesso universal a EmONC de qualidade no contexto das Declarações de Ouagadougou e de Argel apresentadas.⁴

DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHOS

O Senhor Ministro da Saúde de Angola presidiu à discussão em painel. O Director Regional da OMS, Dr. Luis Gomes Sambo, fez algumas observações iniciais frisando a importância do tópico a ser abordado pela Discussão em Painel. Seguiram-se os comentários da Sr.^a Johanna Joy Phumaphi, ex-Ministra da Saúde do Botsuana e Secretária Executiva da Aliança dos Líderes Africanos contra o Paludismo (ALMA). Ela realçou a importância de se abordar a saúde materna como uma questão de desenvolvimento. Afirmou que investir na MNCH, incluindo os programas de planeamento familiar e de saúde reprodutiva, não só é vital para salvar vidas de mulheres mas também para reforçar o bem-estar económico e social

⁴ Quadro de Implementação da Declaração de Argel

das mesmas, melhorando as vidas das suas crianças e das suas famílias e reduzindo a pobreza endêmica.

Após os comentários, foram feitas três apresentações sobre os seguintes tópicos: i) Estratégia nacional sobre o subsídio financeiro para a prestação e os Cuidados Obstétricos de Emergência (EmONC) no Burkina Faso; ii) A experiência do Sri Lanka na redução da mortalidade materna; e iii) o contributo das instituições de formação e das associações profissionais para os EmONC.

RESUMO DAS APRESENTAÇÕES

Estratégia nacional sobre o subsídio financeiro para a prestação e Cuidados Obstétricos de Emergência no Burkina Faso

Face à elevada taxa de mortalidade e por forma a reduzir a morbilidade e mortalidade materna e neonatal, o governo do Burkina Faso tomou a importante decisão política de subsidiar os custos da prestação e dos serviços de Cuidados Obstétricos e Neonatais de Emergência. Entre as etapas preparatórias tomadas, mencionam-se: i) formação em EmONC; ii) formação em técnicas cirúrgicas essenciais; iii) reforço dos recursos técnicos e humanos e a formulação de documentos de referência.

O conceito básico da Estratégia é a disponibilização de recursos para os serviços de saúde, de modo a permitir-lhes reduzir o custo da prestação e dos cuidados obstétricos e neonatais de emergência, aumentando assim o acesso financeiro das populações. Isto inclui a fornecimento prévio de recursos para casos esperados e serviços gratuitos para os mais pobres (100%). Os subsídios incluem o custo do serviço, os medicamentos e os consumíveis, os exames complementares e a hospitalização, bem como os custos com o transporte de casa para a unidade de saúde.

Em resultado desta alteração na política do Burkina Faso, a cobertura de parteiras qualificadas durante o parto e em cesarianas duplicou a nível nacional entre 2005 e 2009. Durante a implementação da estratégia foram notados alguns pontos fortes e algumas fraquezas. Entre os pontos fortes contam-se: i) a disponibilidade de documentação técnica de referência; e ii) a consolidação dos mecanismos financeiros existentes. As fraquezas incluíram: i) esclarecimento inadequado da população sobre o mecanismo de subsidiação e das suas vantagens;

ii) entendimento insuficiente dos profissionais de saúde relativamente às modalidades de gestão do subsídio; e iii) acompanhamento e controlo inadequados. De modo a fazer face aos desafios identificados, estavam a ser tomadas algumas medidas para intensificar as actividades de comunicação, informatizar a gestão financeira do subsídio, intensificar o acompanhamento e otimizar a implementação com os sistemas locais de financiamento da saúde, assim como realizar investigação operacional sobre os custos, a qualidade dos cuidados e os mecanismos de motivação.

Em conclusão, o mecanismo de financiamento tem sido instrumental para reduzir o fardo directo dos beneficiários, reduzindo as desigualdades relacionadas com o acesso aos serviços de EmONC e garantindo uma melhoria significativa dos indicadores de cobertura.

Contributo das instituições de formação e das associações profissionais para os EmONC

A apresentação foi feita pelo Prof. Nguma Alois, Presidente da Sociedade Africana de Ginecologistas e Obstétricas (SAGO). Relembrou que três quartos da mortalidade materna resultam de complicações obstétricas directas, como hemorragias, infecções, parto obstruído, hipertensão na gravidez e aborto séptico. A maioria dos óbitos entre os recém-nascidos deve-se a asfixia (sufocação) durante o parto, prematuridade e insuficiência ponderal à nascença, infecções e icterícia neonatal. Salientou que as mortes maternas devidas a complicações relacionadas com a gravidez eram evitáveis e não ocorrem instantaneamente. Se estiver instalado um sistema para reconhecer de imediato potenciais problemas e transportar o caso para uma unidade de saúde onde o tratamento adequado possa ser administrado atempadamente, a maioria das mortes maternas poderiam ser evitadas. Neste contexto, o papel das instituições de formação e das associações profissionais são principalmente: i) reforçar as competências em obstetrícia; ii) aumentar o número de parteiras qualificadas, apoiando os governos na formação pré-serviço e em serviço; iii) mobilização e sensibilização comunitária para evitar os “três atrasos”; e iv) delegação de competências para profissionais de saúde não médicos. Frisou a importância de se seleccionar pessoal motivado e dedicado para a mudança de tarefas e a necessidade de supervisão e tutoria regulares.

Como o Sri Lanka conseguiu reduzir a mortalidade materna

A apresentação foi feita pelo Dr. Siyambalagoda, Director-Geral Adjunto de Saúde Pública, Ministério da Saúde, Sri Lanka.

Até 1950, o rácio de mortalidade materna (MMR) no Sri Lanka era muito alto, calculado em cerca de 500 óbitos por 100 000 nados-vivos. No mesmo período, o produto interno bruto per capita do Sri Lanka era de apenas 270 dólares americanos. A despeito dos seus recursos limitados, o Sri Lanka conseguiu reduzir o MMR para menos de 100 até meados dos anos 70. Actualmente, o MMR do Sri Lanka é de cerca de 37 por 100 000 nados-vivos.

O êxito do Sri Lanka deveu-se sobretudo a políticas bastante favoráveis, tais como os cuidados de saúde gratuitos. Desde a independência, a saúde tem sido considerada como um sector prioritário e um bem público. Para além disso, este compromisso tem sido mantido pelo sucessivos governos. O Sri Lanka conseguiu também criar unidades e serviços de saúde o mais perto possível das populações, p. ex.: parteiras de saúde pública na linha da frente, prestando serviços domiciliários de cuidados maternos e cuidados clínicos.

As principais lições aprendidas para a consecução dos ODM 4 e 5 foram que a saúde deve ser vista como um bem público, os serviços devem ser gratuitos e os programas de saúde devem estar bem focados, com intervenções orientadas para a abordagem de zonas geográficas de prioridade elevada.

Terminadas as três apresentações, seguiram-se as observações do Dr. Pascal Mocumbi, Embaixador da Boa Vontade da OMS para a Saúde Materna. Segundo o Dr. Pascal, é agora tempo de os governos africanos se centrarem na disponibilidade e na acessibilidade aos cuidados obstétricos e neonatais de emergência, isto porque as emergências constituem um grande risco para a mortalidade materna e neonatal em África. Referiu que outras intervenções essenciais eram a reorganização dos sistemas de saúde, o reforço das competências em obstetrícia e o aumento do número de parteiras qualificadas. Realçou que os profissionais de saúde não se devem limitar ao desempenho das suas funções e trabalhar também na agenda de investigação, assim como na promoção da saúde através do estabelecimento de boas vias de comunicação com as pessoas por si servidas. Terminou a sua intervenção com um apelo a uma acção a quatro frentes: colocar o tema da saúde materna e neonatal no topo da agenda dos governos e parceiros; rever as políticas, orientações

e programas e remover todos os obstáculos à implementação da estratégia; afectar e desembolsar os recursos; e captar recursos adicionais das comunidades e dos parceiros.

PRINCIPAIS PONTOS DE DISCUSSÃO

- Reconheceu-se que, apesar do compromisso aos níveis mundial, regional e nacional, a mortalidade materna na Região Africana continua a ser mais alta do mundo e é um motivo de preocupação em muitos países da Região.
- Os países formularam políticas sólidas e a maioria elaborou o seu Roteiro nacional para acelerar a redução da mortalidade materna. Alguns países chegaram até a contrair empréstimos para combater a mortalidade materna. Não obstante, os progressos na consecução do ODM 5 foram bastante fracos. Nenhum dos países africanos se encontra no bom caminho para alcançar o ODM 5. Os participantes levantaram a dúvida sobre se estariam a tomar as medidas certas ou se as medidas são acertadas, mas estão a ser quantificadas através de indicadores errados.
- Em muitos países, os desafios ao acesso a cuidados obstétricos de qualidade devem-se mais frequentemente a uma combinação de factores, como a debilidade do sistema de saúde em geral e à falta de recursos humanos, em particular, tanto em qualidade como em quantidade. Por exemplo, na África do Sul, uma conclusão fundamental resultante de inquéritos confidenciais foi que as competências básicas em EmONC são insuficientes em todos os níveis. É necessário aumentar as competências em matéria de recursos humanos através da formação básica em EmONC, assim como em anestesiologia. Para além destes desafios, os participantes salientaram como os maiores impedimentos ao progresso os seguintes factores: a distribuição inadequada dos recursos humanos existentes, a indisponibilidade de equipamento e materiais básicos, os meios de transporte inadequados e o envolvimento comunitário insuficiente. Os participantes destacaram que, sem a participação comunitária e a remoção das barreiras culturais e geográficas, os programas de saúde materna estão condenados ao fracasso.
- Os participantes reconheceram ainda a importância da resolução aprovada pelo GFATM, de integrar a MCH nas aplicações para o VIH/SIDA, paludismo, tuberculose e sistema de saúde. Por conseguinte, lançaram um apelo para que se integrem intervenções de MCH, incluindo EmONC, em todos os mecanismos de financiamento, como a GAVI, GFTAM, Fundação Bill e Melinda Gates, entre

outros. Frisaram ainda a necessidade de se fazer advocacia pela reconstituição do financiamento da GAVI e do GFTAM, em virtude da sua abrangência mais ampla.

- O êxito dos programas de redução da mortalidade materna e neonatal dependerá das boas decisões técnicas, da vontade e do apoio político consistente, assim como de uma verdadeira parceria entre as comunidades, as autoridades políticas, as principais partes interessadas e os parceiros.
- Os participantes realçaram a necessidade de partilhar as boas práticas, de modo a incrementar as intervenções comprovadas e a aprender com os erros.

CONCLUSÕES

A concluir, o Presidente da Sessão destacou os seguintes pontos:

- Os problemas de saúde materna não pode ser resolvidos exclusivamente pelo sector da saúde. Exigem uma abordagem cabal e multisectorial e a colaboração com outros sectores fundamentais, como o da Educação, dos Transportes e das Comunicações.
- Neste contexto, os países deverão focar-se na cobertura universal através de intervenções eficazes, integrando os cuidados ao longo do ciclo da vida e criando um sistema de saúde integral e receptivo. A continuidade dos cuidados na área da MNCH pode ser alcançada através de uma combinação de políticas e estratégias bem definidas para melhorar as práticas dos cuidados domiciliários ao longo do ciclo da vida, incluindo a consolidação de programas ou pacotes já existentes.
- Na maioria dos países, foi demonstrado que os obstáculos financeiros entravam o acesso atempado a cuidados obstétricos de qualidade. A imprevisibilidade e a rápida letalidade de muitas das complicações obstétricas, por exemplo, apresentam grandes desafios às famílias, tanto em termos de planeamento para possíveis custos como na rápida mobilização de verbas. Do mesmo modo, as despesas formais e informais comparativamente altas das intervenções obstétricas que salvam vidas, sobretudo as cirúrgicas, contribuem significativamente para o endividamento relacionado com a saúde e para o consequente empobrecimento dos agregados familiares em muitos países. Reduzir estes

obstáculos é uma parte essencial para permitir que as intervenções comprovadas funcionem.

- Em alguns países, na sua maioria países com uma área territorial extensa e países afectados por conflitos, o acesso geográfico constitui também um grande desafio para muitas mulheres grávidas.

Os seguintes pontos de acção que surgiram do debate foram também destacados:

1. Os países devem declarar guerra à mortalidade materna e mobilizar recursos domésticos e externos adicionais.
2. Os países devem focar-se na remoção de todos os obstáculos ao acesso, sejam eles financeiros, geográficos ou culturais, garantindo: i) serviços de maternidade gratuitos, incluindo EmONC no ponto de prestação de serviços; ii) introduzir o seguro social de saúde e outros mecanismos de financiamento para eliminar os obstáculos; iii) fornecer informação, comunicação e educação sanitária para melhorar a prática da procura de cuidados para o apoio comunitário, sobretudo para o acesso atempado aos serviços de maternidade por todas as mulheres, dando prioridade especialmente às que se encontram em maior risco de consequências adversas; iv) criar unidades de espera de maternidade onde forem necessárias (países montanhosos ou países muito grandes, com maus sistemas de estradas ou de transportes).
3. Em muitos países, o acesso inadequado a serviços obstétricos de emergência de qualidade deve-se, muitas vezes, a uma debilidade do sistema de saúde em geral e da falta de recursos humanos em particular, tanto em termos de qualidade como de quantidade. Por conseguinte, é preciso melhorar a qualidade dos serviços de maternidade existentes no curto prazo, aumentando, ao mesmo tempo, a acessibilidade e a cobertura das maternidades de qualidade para se alcançar a cobertura universal a longo prazo. Neste contexto, os países devem focar-se na melhoria da qualidade das maternidades existentes através da:
 - a) Melhoria das técnicas e competências dos profissionais de saúde das maternidades para prestarem cuidados de rotina e de emergência, para uma melhor saúde materna e perinatal.

- b) Melhoria da distribuição e retenção dos profissionais de saúde existentes nas maternidades, através de estratégias e incentivos inovadores.
 - c) Melhoria da capacidade de gestão, incluindo o trabalho de equipa, os materiais, os aparelhos médicos e os consumíveis, e a manutenção das instalações existentes.
 - d) Melhoria dos meios de transporte e de encaminhamento para a unidade de saúde mais próxima, incluindo o encaminhamento para níveis superiores, quando necessário.
 - e) Garantia da disponibilidade de produtos essenciais, como as transfusões de sangue.
4. Para garantir o acesso universal a serviços de maternidade de qualidade, os países deverão:
- a) melhorar a infra-estrutura existente e construir novas maternidades que prestem cuidados de rotina e de emergência, para uma melhor saúde materna e perinatal;
 - b) desenvolver/reforçar a política de recursos humanos, incluindo a colocação, retenção e os incentivos;
 - c) formar novos profissionais de saúde para as maternidades e reciclar os profissionais existentes;
 - d) reforçar e melhorar a qualidade dos institutos de formação e criar novos institutos.
5. A fim de informar os responsáveis pela elaboração de políticas e melhorar a qualidade dos cuidados ao nível das unidades de saúde, é preciso melhorar os mecanismos de notificação e avaliação, através da institucionalização da análise dos dados dos óbitos maternos e neonatais (MDR).

ANEXO 6

DISCURSO DO SR. FRANCISCO PASCUAL OBAMA ASUE, MINISTRO DE ESTADO E DA SAÚDE E DO BEM-ESTAR SOCIAL DA GUINÉ EQUATORIAL

Ex.^a Senhora Dr.^a Margaret Chan, Directora-Geral da OMS,
Ex.^o Senhor Director Regional da OMS/AFRO,
Ex.^o Senhor Professor Alpha Omar Konaré,
Ilustre Representante da União Africana,
Ex.mos Senhores Dignatários do Estado e do Governo da Nação,
Ilustres Ministros e Chefes de Delegação, participantes neste 60.^o Comité Regional,
Senhores Embaixadores e Representantes de Organismos Internacionais,
Ex.^o e Rev.^o Senhor Arcebispo da Diocese de Malabo e Annobón
Senhora Presidente da Câmara Municipal da cidade de Malabo,
Senhor Governador da Província de Bioko-Norte,
Ilustres Delegados a este 60.^o Comité Regional,
Distintos Convidados,
Senhoras e Senhores,

Com o orgulho e a satisfação de quem recebe irmãos em sua casa, uso hoje da palavra, por ocasião deste encontro dos Ministros da Saúde, para dirigir a todos, Ministros, Chefes de Delegação e Convidados, as mais calorosas boas-vindas e desejar-lhes uma estada agradável e feliz na Guiné Equatorial, país lendário pela sua hospitalidade africana e pelo seu especial e requintado sentido de solidariedade actuante, junto dos nossos irmãos e amigos.

Lembro um aforismo típico da Guiné Equatorial, porventura de todo o continente: "Se não sabes como a gazela repousa no mato, basta que vejas como a cabra repousa na aldeia." Com isto, pretendo dizer o seguinte: as obras com que deparardes nesta cidade de Malabo - ruas cortadas, valas abertas, construção de infra-estruturas, extensão de novas redes eléctricas, etc. - é exactamente o que se verifica em todo o território nacional. Rogo que desculpeis os inconvenientes e dificuldades daí resultantes, tendo em vista que estamos a edificar o grande futuro da nossa nação.

Excelentíssimos Senhores,
Caros participantes neste encontro,

No contexto actual do nosso continente e na sequência de frequentes encontros para resolvermos os nossos problemas e levar a bom termo o nosso desenvolvimento, julgo ser necessário que lembremos o espírito e o estilo de actuação dos colonizadores dos nossos países, que ainda hoje tentam convencer-nos de que não somos capazes de caminhar sozinhos, nem de resolver os nossos problemas sem a sua ajuda.

Aqui, na Guiné Equatorial, pensamos que o nosso continente está a compreender a situação cada vez melhor e a assumi-la com crescente convicção; que nós, os filhos de África, com o nosso esforço solidário e mancomunado, convictos de que só nós mesmos poderemos trilhar os caminhos do progresso, conseguiremos atingir os objectivos que definimos, para que o nosso continente recupere o respeito que lhe é devido, enquanto berço de civilizações e origem desta humanidade diversa e plural. Só nós mesmos possuímos a chave mágica para resolver as nossas dificuldades.

A solução dos problemas da saúde que afligem as nossas populações é um dos principais reptos que se colocam ao nosso desenvolvimento. Certos de que só um povo saudável é capaz de um desenvolvimento duradouro e de resolver os grandes desafios da busca do seu bem-estar, importa que os nossos encontros identifiquem todas as soluções sólidas e duradouras para este problema; que, graças a uma opção africana única e concertada, encontremos uma determinação sem falhas e sem medos, na hora de enfrentar o difícil repto da procura de uma saúde estável e universal para todas as nossas populações.

Este esforço será capaz de vencer as barreiras artificiais das fronteiras coloniais, de superar as diferenças étnico-culturais naturais e de anular antagonismos políticos, por vezes impostos pelos nossos antigos colonizadores e, na hora de procurar soluções para os nossos magnos problemas, ele converter-se-á numa acção reveladora, um grito de rebelião contra a injustiça de que sempre fomos alvo neste campo e que nos reduziu a meros consumidores de decisões e esquemas alheios.

Precisamente nesta nova Guiné Equatorial, que este mês perfaz 31 anos, que dispõe de recursos mas, sobretudo, tem vontade de os utilizar em benefício do seu povo e do nosso continente, aprendemos a lição de que ninguém é forte enquanto estiver isolado, que os nossos problemas são os problemas do nosso continente, assim como os nossos triunfos devem ser os triunfos dos nossos irmãos africanos.

Quando, durante a vossa estada entre nós, percorreres esta cidade e a parte do país que possais visitar, compreenderéis por que motivo falo de "esta nova Guiné Equatorial". Vereis que tudo quanto contemplardes é fruto do esforço de construir uma sociedade nova, empreendido por OBIANG NGUEMA MBASOGO e assumido por todo o povo; descobrireis que tudo resulta da determinação de todos os naturais da Guiné Equatorial em construir um país moderno, novo e, principalmente, um país onde cada cidadão concretize os seus sonhos e onde todos possam dizer, com orgulho: "Fomos nós que fizemos tudo".

Aprendemos a partilhar alegrias e tristezas, a enfrentar dificuldades, a não desistir face à adversidade. Partimos do zero, de muito longe - quando ninguém se interessava por um pequeno reduto da África Central, pobre e carente, chamado Guiné Equatorial; quando ninguém apostava no nosso futuro e se avançavam os mais lúgubres vaticínios sobre a nossa sorte. Mas, uma vez brindados pela Providência com recursos que permitem a realização do nosso próprio desenvolvimento, assumimos em pleno o desafio de avançar, para fazer da nossa terra um paradigma de desenvolvimento e de progresso. Educação, saúde, transportes, infra-estruturas, etc., vão conhecendo, de modo sustentado e ininterrupto, um desenvolvimento impressionante em todo o território nacional, em todas as províncias, distritos e municípios.

Excelências, ilustres convidados,

Nós que vivemos na Guiné Equatorial, única e especificamente na sua condição de hispânica, num contexto de maioria francófona, anglófona e lusófona, temos feito um esforço diário de integração para enfrentar decididamente o que, em princípio, deveria ser uma desvantagem; aprendemos, assim, a lutar sem tréguas contra a adversidade, fortalecendo a nossa identidade africana na dimensão da nossa cultura original que nos torna irmãos de todos, independentemente das sucessivas importações culturais, devidas a divisões impostas ao nosso continente; aprendemos com os erros cometidos ao longo da estrada percorrida, para melhorarmos e melhor medirmos os passos da que ainda nos falta percorrer; conseguimos transformar em vantagem a nossa pequenez territorial e populacional, conseguindo uma maior coesão do nosso povo, convertendo a diversidade étnico-cultural num belo hino à unidade. Compreendemos que a diversidade é uma riqueza e não um obstáculo; que o pluralismo étnico é uma ode ao grande esforço partilhado e que a nossa hispanidade, única no continente africano, é uma porta enorme que se nos abre para comungar com as outras culturas, em harmonia, sem fricções estéreis.

A maior e mais relevante lição que aprendemos na Guiné Equatorial é que só unidos, não apenas enquanto país, mas como realidade africana única, poderemos enfrentar com êxito todas as dificuldades, resolver todos os nossos problemas e construir um futuro muito melhor e mais seguro para as futuras gerações.

Ilustres convidados,

Compraz-me dizer-vos que o povo da Guiné Equatorial e suas legítimas autoridades vos acolhem, hoje, num país plena e decididamente encaminhado para a sua completa realização, um povo resolutamente decidido a ser dono do seu próprio destino e firmemente comprometido a não abdicar da sua soberania para ninguém nem para nada que não seja a sua nobre aspiração e luta para viver em paz, construir o seu país e tomar uma parte, cada vez mais activa, na construção deste continente africano, que está a despertar e que está cada vez mais empenhado na sua unidade, no seu esforço para se governar a si próprio e avançar na senda de um progresso concebido, estruturado e controlado por si mesmo.

É esta a luta que o povo da Guiné Equatorial está disposto a travar contra a desinformação e contra aqueles que, dissimulados, escudando-se em teorias, postulados e princípios envenenados pelas suas apetências pouco saudáveis, tentam vender no mercado da ignomínia uma imagem diferente e negativa do nosso país.

Estamos longe de conseguir resolver todos os nossos problemas, como também não o conseguiu nenhum outro país ou regime no mundo inteiro. Estamos, contudo, animados pela firme determinação do nosso Chefe de Estado, Sua Excelência, o Senhor OBIANG NGUEMA MBASOGO, em seguir na via da consecução de grande parte dos principais objectivos traçados pelo nosso país, tendo como horizonte o ano 2020.

Senhores Ministros, distintos delegados, marco um encontro convosco e, até lá...

Desejo os maiores êxitos para as vossas deliberações.

VIVA A SAÚDE! VIVA A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL!

MUITO OBRIGADO.

ANEXO 7

DISCURSO DO DR. LUIS GOMES SAMBO DIRECTOR REGIONAL DA OMS PARA ÁFRICA

Excelentíssimo Senhor Teodoro Obiang Nguema Mbasogo,
Presidente da República da Guiné Equatorial,
Excelentíssimo Senhor Professor Alpha Omar Konaré,
Ex-Presidente da República do Mali,
Ilustres membros do Governo da Guiné Equatorial,
Excelentíssimo Senhor Presidente da quinquagésima nona sessão
do Comité Regional da OMS e Ministro da Saúde do Ruanda,
Excelências, Senhoras e Senhores
Ministros da Saúde dos Estados-Membros da Região Africana da OMS,
Senhora Directora-Geral da OMS,
Ilustres Membros do Corpo Diplomático e Chefes das Missões,
Caros Colegas Directores, Representantes e funcionários das Agências
do Sistema das Nações Unidas,
Distintos convidados,
Membros da Imprensa,
Senhoras e Senhores,

É para mim uma honra e um agradável dever poder dirigir-me a esta augusta assembleia, por ocasião da 60.^a sessão do Comité Regional Africano da OMS.

Gostaria especialmente de vos expressar, Senhor Presidente, a minha mais profunda gratidão por terdes convidado o Comité Regional Africano para a Guiné Equatorial e autorizado a sua realização neste magnífico edifício. Gostaria também de vos agradecer a generosa hospitalidade com que fomos recebidos nesta pitoresca e agradável cidade de Malabo. Excelentíssimo Senhor Presidente da República, fazemos os melhores votos para que os vossos esforços em prol do desenvolvimento sócioeconómico e sanitário da Guiné Equatorial sejam coroados de êxito.

Permita-me que aproveite este ensejo para dar as calorosas boas-vindas à Dr.^a Margaret Chan, Directora-Geral da Organização Mundial da Saúde. Saúdo a presença dos ilustres ministros da saúde e dos Representantes dos Estados-Membros que quiseram deslocar-se a Malabo.

Gostaria ainda, Senhoras e Senhores, de dirigir uma saudação especial de boas-vindas ao nosso convidado de honra deste ano, sua Excelência o Professor Alpha Omar Konaré, ex-Presidente do Mali e da Comissão da União Africana. Gostaria aqui de sublinhar o quanto o seu estilo de liderança nos maravilhou e inspirou, bem como o quanto apreciamos o seu contributo para a saúde e o desenvolvimento do nosso continente.

Excelências,
Senhoras e Senhores,

Com o apoio dos parceiros do desenvolvimento, os governos dos países africanos alcançaram progressos no domínio da saúde pública. Contudo, ao ritmo actual, esses progressos são insuficientes para se atingirem os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) até 2015. A situação sanitária tem sido agravada pela pobreza das populações, pelo acesso limitado à água potável, pelo deficiente saneamento e pela insuficiência alimentar que atingem uma boa parte dos povos. Nestas condições, as políticas de saúde em África deveriam sempre incluir objectivos de equidade e de qualidade dos cuidados de saúde em prol dos pobres e dos desfavorecidos.

Excelências,
Senhoras e Senhores,

O contexto gerado pela crise financeira internacional ameaça conduzir a uma crise dos sistemas de saúde em África. De facto, a redução dos orçamentos e das despesas com a saúde poderá comprometer os ideais de acesso universal e de qualidade dos cuidados.

Nós dispomos de conhecimentos, possuímos boas políticas e estratégias, assim como a maioria dos utensílios necessários; mas o que fará a diferença entre a esperança e a actual realidade de milhões de africanos será a implementação dessas políticas, apoiada pela rigorosa mobilização dos recursos internos e externos.

Na actual conjuntura, Senhoras e Senhores Ministros, convido-vos a partilharem e a adoptarem as melhores práticas de saúde pública em África.

A 5 anos do prazo limite estabelecido para a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, é altura de fazermos melhor. Neste patamar da esperança, teremos de actualizar as políticas nacionais de saúde, utilizando as evidências mais recentes e dando prioridade à implementação de acções essenciais claramente identificadas nos Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário (PNDS). Estes planos devem nortear e concentrar a acção de todas as partes interessadas, incluindo os parceiros do desenvolvimento.

A este respeito, agrada-me saber que vários Estados-Membros da nossa Região já introduziram reformas neste sentido. No entanto, gostaria de relembrar a necessidade de reforçar a colaboração intersectorial, alargar o diálogo político com as autoridades locais com vista a explorar as sinergias e tornar mais funcionais as estruturas do Estado e a acção sanitária das colectividades locais.

Excelências,
Ilustres Convidados,
Senhoras e Senhores,

Na minha humilde perspectiva, as despesas de saúde não são apenas custos que deverão ser suportados pelos Estados, mas mais do que isso, são um investimento vital no desenvolvimento socioeconómico duradouro de um país.

Embora tenha havido um aumento global das despesas de saúde desde 2001, apenas 5 países atingiram a meta de Abuja de 15% do orçamento geral do estado para a saúde.

Este número representa a lacuna que nós teremos de preencher para garantir um financiamento óptimo dos serviços de saúde. É por esta razão que eu gostaria de exortar os Estados-Membros a aumentarem a sua dotação orçamental para o sector da saúde, bem como a implementação de mecanismos duradouros que visem a protecção social.

Nesta ordem de ideias, permiti-me que vos informe que a Região Africana da OMS enfrenta presentemente um importante défice orçamental que afecta os programas prioritários, nomeadamente a luta contra o VIH/SIDA, a tuberculose, o paludismo, a saúde infantil e a saúde materna.

Com as presentes tendências orçamentais, a Organização será obrigada a separar-se de um substancial número de peritos, o que irá reduzir a nossa capacidade de resposta aos Estados-Membros.

No entanto, para melhor responder às situações de catástrofe e às epidemias, propus a criação de um Fundo Africano para Urgências de Saúde Pública, em conformidade com as recomendações dos Ministros da Saúde.

Para esse efeito, contactei todos os Chefes de Estado da Região e a União Africana, para promover a criação desse fundo, com o auxílio do Banco Africano de Desenvolvimento.

Excelências,
Ilustres Convidados,
Senhoras e Senhores,

A Região Africana suporta o enorme fardo da mortalidade materna e infantil e estamos, infelizmente, longe de atingirmos a meta mundial referente à redução da mortalidade materna.

As tendências actuais revelam que apenas 5 países da nossa Região estão aptos a atingirem o ODM 4 relativo à saúde infantil. Porém, realizaram-se alguns progressos significativos no quadro da vacinação infantil.

Permitam-me, assim, que saúde os enormes esforços desenvolvidos por certos países na implementação de estratégias correctivas visando a erradicação da poliomielite. De facto, em finais de Julho de 2010, o número de casos de poliomielite diminuiu 86%, relativamente aos casos registados em 2009.

É neste contexto que gostaria de felicitar em especial os governos da Nigéria e do Chade, pelos progressos muito significativos recentemente realizados, e convido-os a prosseguirem.

Neste mesmo capítulo da saúde infantil, constata-se o ressurgimento do sarampo, apesar dos substanciais progressos que permitiram reduzir em 92%, entre 2000 e 2008, o número de óbitos devidos a esta doença.

Tal reemergência observada em 27 países é imputável a um enfraquecimento da vacinação, tanto de rotina como suplementar, bem como a uma redução do apoio político e financeiro dos estados e dois parceiros.

Tenho ainda a anunciar-vos uma boa notícia: a OMS acabou de pré-qualificar a nova vacina conjugada contra a meningite epidémica de meningococcus A. Esta vacina é fruto de uma parceria público-privada entre a OMS e a ONG/Programa para uma Tecnologia Apropriada de Saúde (PATH). Esta vacina ajudará a conter as epidemias de meningite que já há tanto tempo vêm a enlutar milhares de famílias. A introdução desta nova vacina será lançada oficialmente em Dezembro de 2010.

Excelências,
Ilustres Convidados,
Senhoras e Senhores,

Com o apoio dos parceiros do desenvolvimento, os países da Região Africana obtiveram avanços significativos na intensificação da prevenção, diagnóstico e tratamento na esfera do paludismo e do VIH/SIDA.

As recentes tendências revelam uma estabilização na Região, ou mesmo uma regressão da prevalência do VIH em certos países. No entanto, teremos que nos manter vigilantes e continuar a dar prioridade à prevenção, assim como a afectar os recursos adequados à luta contra estas doenças, que representam ainda um pesado fardo.

A Assembleia Geral das Nações Unidas declarou o período entre 2001 e 2010 como a Década "Fazer recuar o paludismo". Durante este período, os países africanos registaram uma redução do fardo do paludismo, na sequência da implementação de um pacote de intervenções a nível mundial, que revelaram a sua eficácia. É mais do que nunca importante reforçar os programas de prevenção e de tratamento do paludismo e incrementar a mobilização política e financeira, tão vitais para se obterem resultados em larga escala.

Relativamente à tuberculose, a propagação regular de bolsas de resistência é um sinal de alarme que exige uma atenção urgente e sustentada. A gestão eficaz dos serviços de tratamento de curta duração sob observação directa (DOTS), bem como a formação do pessoal em DOTS, são cruciais para inverter as actuais tendências na Região Africana e evitar novos surtos com graves consequências para a saúde

pública. Nós reconhecemos o papel determinante do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo nos êxitos que se registaram.

A luta contra a oncocercose conheceu importantes progressos e gostaria de mencionar e felicitar, em especial, o êxito da Guiné Equatorial relativo à eliminação do vector da oncocercose na ilha de Bioko. Este sucesso libertou as populações do prejuízos, permitindo ainda a retoma de actividades agro-económicas por parte das comunidades locais.

Os países da nossa Região são confrontados com o forte crescimento das doenças crónicas. Os factores de risco como o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o tabagismo, o sedentarismo e os maus hábitos alimentares estão associados ao aumento de algumas destas doenças, nomeadamente a diabetes, os cancros e as doenças cardiovasculares.

Permiti-me, Senhoras e Senhores, que relembre aqui o problema da contrafacção de medicamentos e de outros produtos que persiste e está a ganhar terreno. O consumo destes produtos contrafeitos está muitas vezes na origem de insucessos terapêuticos, de intoxicações e de resistência aos medicamentos.

Consequentemente, a contrafacção exige mecanismos mais eficazes de vigilância e de regulamentação da nossa Região.

Excelentíssimo Senhor Presidente da República
Excelentíssimas Senhoras e Senhores Ministros e Chefes de Delegações,
Ilustres Representantes dos Parceiros do Desenvolvimento
Senhoras e Senhores,

Desejaria ainda expressar-vos a minha profunda gratidão pelo apoio que me tendes dispensado e pela confiança em mim depositada, durante este segundo mandato como Director Regional.

Inspirado pelo 11.º Programa Geral de Trabalho da OMS e pelas estratégias de cooperação com os 46 países, e em consulta com a Directora-Geral, propus-vos as novas Orientações Estratégicas, que cobrem o período 2010-2015, as quais incidem nos papéis essenciais e na responsabilidade da OMS de acordo com o seu mandato; o reforço dos sistemas de saúde; a saúde materno-infantil; o combate às doenças; e a promoção ou a resposta aos determinantes da saúde.

Antes de terminar a minha intervenção, que me seja permitido agradecer aos meus colegas Directores Regionais das agências das Nações Unidas por terem respondido ao meu convite e, sobretudo, pela sua colaboração na harmonização de programas de cooperação na área da saúde.

Os meus agradecimentos vão também para a União Africana, pela sua liderança e sobretudo peloa recente declaração dos Chefes de Estado sobre saúde materno-infantil, aquando da última cimeira em Kampala.

Que este ano em que se fará o balanço dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio seja também uma oportunidade de reflexões e iniciativas inovadoras para o desenvolvimento em África.

Muito obrigado pela vossa atenção.

ALOCUÇÃO DO SR. OUMAR KONARÉ
EX-CHEFE DE ESTADO DO MALI E EX-PRESIDENTE DA
COMISSÃO DA UNIÃO AFRICANA

Senhor Presidente da República,
Senhora Presidente,
Senhora Directora-Geral da OMS,
Senhor Director Regional da OMS,
Senhores Ministros de Estado,
Senhora Presidente da Câmara,
Senhoras e Senhores Ministros,
Excelências,
Senhoras e Senhores,

Seja-me permitido, Senhor Presidente da República, exprimir a V. Excelência, do alto desta tribuna, toda a gratidão pelo tempo que me é concedido para falar, bem como toda a generosidade com que nos vem cumulando a nós, cidadãos africanos, para facilitar os nossos intercâmbios de várias naturezas.

Permito-me também, Senhor Presidente, solicitar indulgência para as ideias que me proponho partilhar esta manhã com tão augusta assembleia, a convite do nosso irmão Dr. Luis Gomes Sambo. Obrigado, Senhor Director Regional, por este penhor de consideração.

Senhor Presidente da República,

Peço vénia para, na mais pura tradição africana, me dirigir directamente às senhoras Ministras e senhores Ministros, esperando que a minha interpelação não seja entendida como mera atitude de bonomia: Como estão? Espero que bem, para que consigam suportar as vossas pesadas responsabilidades. E como vão os vossos países? Como vão os nossos países? Creio que melhor, hoje em dia. Comprovam-no os vossos diversos encontros e atestam-no os vossos vários relatórios. Conheceis muito bem os sucessos; mas devo dizer que será bom aprendermos a partilhá-los, para que frutifiquem mais. Já são muitos os frutos: o sucesso da luta contra a SIDA no Uganda (e podia citar outros países); o trabalho bem sucedido no desenvolvimento dos cuidados de saúde de base no Botsuana, na África do Sul e

outros países; os grandes progressos no tratamento da lepra e da dracunculose; os avanços na área da vacinação das crianças, e ainda todo o actual empenho em melhorar os cuidados de saúde materno-infantil; sem esquecer, obviamente, os progressos na luta contra o paludismo, a despeito de tudo; e ainda, na lista das vitórias, a adopção e vulgarização de gestos simples como lavar as mãos, beber água potável, instalar boas latrinas, coisas que parecem simples, mas que nos permitiram grandes progressos na área da saúde.

No entanto, esta longa lista de sucessos não pode, não deve ocultar o imenso problema da saúde africana, que é o facto de a morbilidade ser, hoje em dia, um dos obstáculos ao desenvolvimento deste continente. Vejam-se as elevadas taxas de mortalidade materna e neonatal, razão pela qual a saúde materno-infantil ocupou um lugar de relevo na última Cimeira dos Chefes de Estado.

Apesar dos avanços na luta contra a SIDA, 60% das pessoas por ela atingidas ainda se encontram na África. Insisto na SIDA, porque quase 90% da população seropositiva ignora o seu estado. A SIDA, por causa da escassez de recursos hoje em dia. O paludismo, pesem embora os progressos conseguidos com as redes mosquiteiras, continua a matar quase um milhão de pessoas neste continente e ainda se mantém entre nós porque, apesar do compromisso recentemente assumido pelas Nações Unidas, a 26 de Julho último, ao classificarem o direito à água como um direito natural, a verdade é que um em cada dois habitantes não dispõe de água potável. E são imensos os riscos que corremos hoje em dia com o que chamamos as outras doenças: as doenças cardiovasculares, a diabetes em expansão, aqui e ali ainda uns surtos de cólera ou de meningite. Tudo isso impõe que estejamos vigilantes; o mesmo para o abuso do tabaco e a droga - repito, a droga, um problema que nos deve merecer uma vigilância sem tréguas. Sobretudo nos últimos dez anos, todos estes temas têm sido objecto de reflexão e de tomada de decisões. Não citarei as vossas múltiplas decisões, como a de Abuja contra a SIDA, a iniciativa Fazer Recuar o Paludismo, a estratégia africana para a saúde, que aprovámos para o período de 2007 a 2016 e que importa não esquecer.

Aqui em Malabo, encontrámos na vossa ordem do dia temas recorrentes a par de questões novas. Falar-se-á de drepanocitose, de Cibersaúde e das implicações da crise financeira na mobilização de recursos. O Director Regional insistiu na necessidade de criar um Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública; de tudo isso falareis, empenhados, sem dúvida, no reforço dos nossos diversos sistemas de saúde.

Excelências,
Senhoras e Senhores,

É muito importante discutir isto tudo, é muito importante tomar decisões, é muito importante aprovar relatórios, mesmo quando, por vezes, corremos o risco de pensar que os problemas se resolvem com o simples facto de falarmos deles. Evidentemente, nós sabemos, que por muitas decisões e muitos relatórios que acumulemos, a realidade concreta continua na mesma. Sabeis, tanto quanto eu, que o mais importante hoje em dia é a determinação de mudar o quotidiano, é esta vontade de mudança, de melhorar a situação da saúde. Sem dúvida, neste quadro importa que se harmonizem todas as intervenções dos parceiros, sobretudo da União Africana e da OMS: a União Africana no seu papel de liderança, que é fundamental e cuja legitimidade não deve ser esquecida, a OMS como parceiro parceiro técnico essencial, de mãos dadas com todos os outros parceiros que acompanham a Organização. Isso ajudar-nos-á a avançar muito. Parece-me também extremamente importante que se definam com clareza os papéis das várias estruturas; sabemos o que deve ser feito a nível da região, nas comunidades económicas regionais, mas é importante que os quadros estejam bem definidos porque, muitas vezes, a natureza jurídica das comunidades económicas regionais não está bem determinada e surgem sobreposições. Há países que pertencem a duas ou três comunidades regionais ao mesmo tempo e a harmonização dessas estruturas é fundamental. Como conseguir criar, nesses espaços, aquilo a que chamarei também espaços de saúde, onde a diversidade das dinâmicas será uma realidade? Parece-me que isso é fundamental para não caírmos num ciclo vicioso.

Excelências,
Senhoras e Senhores,

Seja-se permitido que vos assinale um certo número de desafios. Como o desafio demográfico, que não devemos perder de vista - não porque nos atemorize, bem pelo contrário: o crescimento demográfico pode ser uma oportunidade para o continente, mas devemos compreender exactamente de que modo esse crescimento se apresentará nos anos futuros.

Em 2009, éramos mil milhões de habitantes, em 2050 seremos 2 mil milhões, e com 2 mil milhões, tereis grandes países, e haverá pelo menos 4 países que terão mais de 100 milhões de habitantes. A Nigéria poderá ter mais de 220 milhões de habitantes; a RDC, perto de 180 milhões; a Etiópia, perto de 170 milhões; o Uganda,

perto de 130 milhões; o Egipto, mais de 120 milhões de habitantes. Imaginem os desafios que isso representa. Tomo como exemplo 3 países do Sael: Mali, Burkina Faso e o Níger. Estes 3 países, juntos, contarão com 130 milhões de habitantes, o que equivale à população da França e da Alemanha juntas, e toda essa população viverá nas cidades, onde sabemos que 60% dos habitantes vivem em bairros de lata. Ainda sobre este ponto, estareis de acordo comigo quando afirmo que pelo menos 45% destes habitantes terão menos de 15 anos de idade e que 65% terão menos de 25. Eis um desafio ao qual teremos de fazer face, e que devemos integrar desde já nos nossos diversos planos.

O segundo desafio é o do financiamento, por nos faltar efectuar bastantes investimentos nas áreas dos medicamentos, na formação, nas infra-estruturas e na criação do Fundo, mas falta também verificar a equidade das decisões já tomadas. Em Abuja, há quase 10 anos, decidimos que cada país afectaria 15% do seu orçamento à saúde. O Director Regional acaba de constatar de que apenas cinco países o fizeram, mas porquê só cinco países? Tratar-se-á de falta de vontade? Não creio. Tratar-se-ão apenas de números? Não, mas temos de admitir que este tipo de gestão em percentagem não tem qualquer significado. Por exemplo, água: 70%, agricultura: 20%, educação: 10%, e assim sucessivamente, quando se somar tudo, o que resta? Estamos num impasse; melhor seria, ao invés de nos darmos por satisfeitos com uma decisão tomada, colocar antes a questão de saber o que ela significa, o que de facto se passa. Onde está o problema? Iremos apenas satisfazer-nos em brincar com os números para dizer à comunidade internacional e aos demais que, sim, vamos atingir os 15%? Não creio, porque se trata do mesmo problema que procuramos hoje resolver. Penso também que, no domínio da mobilização dos recursos de que os nossos países necessitam, não devemos aceitar que a luta contra doenças específicas, como a SIDA ou a tuberculose seja privilegiada em relação ao paludismo e às nossas prioridades básicas. Não devemos aceitar abordar uma única preocupação. E, claro, na mobilização desse financiamento, devemos garantir, em particular, que não discriminamos entre pessoas que têm meios e a grande maioria da população que não se pode tratar e não frequenta os hospitais, não porque não tem necessidade, mas porque, pura e simplesmente, não dispõe de meios financeiros para tal. Devemos assegurar também um equilíbrio entre as cidades e as zonas rurais, já que as cidades absorvem muitos recursos e atenção.

Um outro desafio diz respeito à formação. Hoje em dia, cerca de 70 000 quadros que formamos por ano saem do continente africano. É um facto. Devemos contentar-nos em simplesmente constatar este facto? Ou, pelo contrário, trata-se de uma

questão a discutir em profundidade com os parceiros, e não apenas de uma forma superficial e ligeira? Após a fuga da mão-de-obra, hoje em dia assiste-se à fuga de cérebros. Interpelo-vos seriamente a propósito desta questão. Julgo igualmente que, no âmbito da formação, sabemos quais são as necessidades actuais. Mas como encontrá-las? De que forma podemos utilizar os nossos recursos em conjunto? Seria extremamente positivo podermos distribuir as formações para determinar eficazmente quais são os centros de excelência em matéria de formação e os centros de excelência em matéria de investigação, quando sabemos que não é possível que todos os países disponham de muitos centros de excelência e que devemos conjugar os meios humanos, as nossas capacidades humanas e os nossos meios financeiros e fazer com que, quando um centro é designado como sendo de excelência possa estar aberto a todas as competências africanas com base na igualdade e na justiça. Parece-me que, hoje em dia, seria uma das vias importantes a seguir. Penso também, e afirmo-o com toda a modéstia, que não devemos fechar os olhos à realidade nas nossas escolas; actualmente, em muitos países, e nas escolas de medicina, as passagens administrativas sucedem-se com remendos, e se se trata de uma passagem administrativa, ao fim ao cabo, qual é a qualidade do produto final? Quantas promoções são atribuídas com os diplomas? Iremos fechar os olhos, ou o que é que poderemos fazer para tentar recuperar, para tentar corrigir a situação e assegurarmo-nos de que os formandos estarão à altura das expectativas?

Julgo também que existem outras realidades na área da formação. Na formação técnica, esforçamo-nos por fazer com que, nos cursos de formação, os médicos e as enfermeiras tenham a cultura da sua profissão, o que é fundamental; para além da formação técnica, a cultura da sua profissão é essencial para que os formandos tenham uma certa ética e conheçam novas matérias, porque os médicos devem ter conhecimentos de cartografia, de antropologia e de ter até conhecimentos de história, já que se trata de conhecer bem o ser humano para ser capaz de o tratar. São estas as interrogações que não podemos apagar facilmente, pois trata-se do homem, de conhecer o homem, de conhecer o seu ambiente, a sua história, caso contrário, não lhe poderemos conceder o tratamento ideal.

Falando de formação, gostaria de vos perguntar, Senhoras e Senhores Ministros, médicos aqui presentes, o seguinte: não será necessário interrogarmo-nos hoje sobre o sentido do juramento de Hipócrates? O que é o juramento de Hipócrates? Coloquemo-nos esta questão. Para muitas pessoas que hoje trabalham nos hospitais, qual é o sentido do juramento de Hipócrates? Não será que a consideramos banal, mas que deveria ser uma questão que nos devíamos colocar? O juramento de

Hipócrates, o que significa para os nossos jovens médicos? O que é que ele significa hoje nos nossos hospitais, o que é que significa hoje nas nossas instituições de ensino?

Um outro desafio, que também me parece fundamental, é o desafio da investigação. Não existirá via para a investigação médica, se não conjugarmos os nossos meios. Meios humanos, meios materiais e meios financeiros, e os avanços nestes domínios passam necessariamente pela criação de centros de excelência. Um outro desafio que não me parece menor do que aquele que haveis sublinhado, é o desafio das novas tecnologias. As novas tecnologias, que nos permitem hoje grandes avanços em matéria de gestão dos hospitais, nos centros de saúde. As novas tecnologias, que nos permitem hoje o desenvolvimento da telemedicina, com a aproximação entre os doentes e os maiores médicos mais conceituados da actualidade, é uma das vias que não devemos descartar.

Há ainda um outro desafio, que é o do ambiente. Como referiu o Senhor Director Regional, 25% das patologias estão hoje ligadas ao ambiente. O paludismo, a febre amarela, a febre tifóide, a cólera, são doenças relacionadas com o ambiente. As novas patologias que hoje surgem estão também com ele relacionadas. E depois, há o ambiente insalubre das cidades, a poluição da água, a poluição atmosférica, com toda aquela fumarada que nós vemos sair dos carros velhos, que são exportados para cá, com as suas consequências para a saúde... É, de facto, terrível! São estas, fundamentalmente, as questões que iremos hoje tratar.

E temos, claro, o problema dos produtos farmacêuticos. Cerca de 80% dos nossos medicamentos são importados. É certo que temos alguns laboratórios, alguns países conseguem mesmo ter um pequeno laboratório, mas isso não resolve os problemas em termos de futuro. Se nós não conseguirmos criar grandes estruturas regionais, bem distribuídas, equitativamente repartidas, não conseguiremos nunca inverter a lógica actual, que continua a ser a eterna lógica colonial que transforma os nossos países em mercados de consumo. Há ainda a lógica de algumas grandes organizações que angariam dinheiro para nós, dizendo que nos compram medicamentos. Há países que se empenham em nos atribuir grandes linhas de crédito e, claro, nós corremos logo a aceitar, porque cada um só pensa em si. Em vez dessas grandes linhas de crédito, precisamos é de parcerias para implementar cá, com o sector público e o sector privado, as condições que nos permitam produzir fármacos localmente, para as nossas doenças, pois se nós não adquirirmos maiores competências para produzir medicamentos, vacinas e materiais biomédicos,

continuaremos a ter que suportar essa situação. Julgo que a melhor maneira de enfrentar este desafio, e verificamos isso diariamente, é combater os medicamentos falsos, combater os medicamentos contrafeitos, os medicamentos fora de prazo; tornámo-nos em países onde se vêm reciclar os velhos automóveis, onde os velhos medicamentos não são nunca descartados, nem destruídos, são reciclados e voltam para os nossos mercados, vendem-se nas farmácias de rua, são os medicamentos que se vendem nos passeios, é o que nós vemos mais frequentemente e que representa hoje um enorme perigo para a saúde pública ao qual teremos de fazer face.

Há ainda o desafio da boa governação e da luta contra a corrupção. É bom que não fechemos os olhos. Existe presentemente uma corrupção diária nos nossos hospitais. E são os pobres que com ela mais sofrem. Não podemos fechar os olhos. Mas, a par dessa corrupção diária terrível, digo bem, terrível – porque ela é violenta, porque ela é exercida contra os mais fracos, os que nada têm, os que mais sofrem – a par dessa corrupção, há ainda todos os problemas ligados à transparência dos grandes mercados, que fazem com que nós muitas vezes fiquemos atados de pés e mãos e não consigamos desenvolver verdadeiras estratégias de utilização dos medicamentos genéricos, para nós tão indispensáveis quanto necessários.

O último desafio que irei mencionar é o da geriatria, da terceira idade. Todos sabemos que a esperança de vida é ainda curta. Mas para os que têm sorte, o aumento da esperança de vida coloca vários problemas de saúde que deveremos analisar cuidadosamente. E essa doença chamada a doença da vergonha – a próstata – e que mata tanta gente, silenciosamente, nos nossos países! Que poderemos fazer para libertar as pessoas dessas doenças da vergonha? Que fazer para ajudar os reformados, os que têm a sorte de atingir a idade da reforma e que, alguns anos depois, morrem. A respeito das pessoas idosas, não é para nos defendermos a nós próprios, digo-o muito claramente, mas porque elas são também o fundamento da nossa sociedade.

Excelências,
Senhoras e Senhores,

Todos os intervenientes na área da saúde em África, o Sistema das Nações Unidas, as ONG, a sociedade civil, as fundações, os diferentes intervenientes que gostaria de saudar, deverão compreender, e certamente que compreendem, que a responsabilidade primeira dos africanos é para consigo próprios. Fundamentalmente, nada se pode decidir em vez deles. E todos teremos que

perceber também o papel preponderante que os governos terão de desempenhar. Trata-se de um dever imperioso. O interesse do público deve ser protegido; a iniciativa privada deve ser apoiada. É absolutamente necessário acreditar mesmo na plenitude dos seus meios. Isto parece-me ser fundamental! Gostaria ainda de dizer a todos os nossos parceiros: hoje, mais do que nunca, a solidariedade deve exprimir-se pela África! As acções devem ser melhor coordenadas para serem orientadas no sentido de uma gestão racional dos recursos, evitar duplicação desnecessária e a fragmentação. Que cada interveniente não dê a impressão de agir isoladamente. Que cada interveniente não dê a impressão que tem capacidade de exercer pressão, de fazer os nossos países reféns, quando afinal hoje é preciso trabalhar em simbiose e em sintonia.

Permiti-me, agora, que saúde em especial o Dr. Sambo e toda a sua equipa pelo trabalho realizado. Saúdo igualmente as competências africanas que existem em todas as outras Organizações e muito particularmente a Dr^a. Margaret Chan pelo empenho que nos dedica.

Senhor Presidente da República,

Gostaria finalmente de me dirigir a V. Ex^a. Lembrar-vos-eis, Senhor Presidente, de que, há alguns anos, aqui em Malabo, eu saudei a perseverança com que V. Ex^a afirma a sua hispanidade. Saudei igualmente a perspicácia com que V. Ex^a gere a sua francofonia. E nesse dia declinámos a hispanidade e a francofonia em latinidade, deve lembrar-se bem. Mas, para mim, essa latinidade, Sr. Presidente, era uma vantagem, sabendo que V. Ex^a está totalmente embuído nas vossas culturas nacionais. Isso só pode ser uma vantagem. Nós apelamos a uma África mais unida e mais solidária, porque é esta África mais unida e mais solidária, Senhoras e Senhores Ministros, que pode promover uma visão comum da saúde e é a acção sanitária que pode desenvolver a identidade africana junto dos profissionais da saúde. É esta África mais unida e mais solidária que pode lutar contra os grandes flagelos que devastam o continente, que pode desenvolver os especialistas africanos do sector da saúde e ajudar a desenhar uma carta sanitária africana. É esta África, unida e mais solidária, que pode sustentar a produção no sector da saúde. Como afirmei, são os medicamentos, as vacinas, os equipamentos, os materiais biomédicos, que podem criar um espaço africano de solidariedade. É esta África mais unida e mais solidária que pode e deve preparar-se para o amanhã, para desempenhar grandes papéis no seio de todas as organizações internacionais e, logo, futuramente, na Organização Mundial da Saúde. É essa África que se pode opor aos programas

de ajustamento estrutural, tal como os conhecemos, que demoliram os nossos sistemas, os nossos sistemas de cuidados, os nossos sistemas sanitários. Ainda não aprendemos todas as lições, viramos a página, mas na realidade temos de fazer um balanço, digo bem, o balanço dos programas de ajustamento estrutural e não simplesmente virar a página e passar para outro capítulo. Se o fizermos, corremos o risco de passar para outro capítulo que não será fundamentalmente diferente, porque não nos reconhece, como direi, o privilégio de decidir por nós próprios sobre os nossos assuntos.

É uma África sã, é esta África, na sua integridade, que tudo pode. Digo bem, na sua integridade, esta integridade, digo e repito, que é diferente da Região Africana das Nações Unidas. A Região Africana das Nações Unidas exclui uma boa parte do Norte de África, excepto a Argélia. Tudo o resto, todos os países africanos que são membros da Liga Árabe não fazem parte da Região Africana e não se encontram hoje aqui entre nós. Trata-se de uma escolha ideológica e política, com a qual não podemos estar de acordo. O futuro da África é uma África unida. Não existe um Norte de África que não seja uma parte fundamental da África. Penso que esta batalha a devemos travar. Não se pode seccionar a África, não se pode reduzir a África simplesmente à África Subsariana. Existe hoje um potencial no Norte de África de que necessitamos actualmente, em solidariedade e em partilha. E a África, sempre mais unida e sempre mais solidária, abrir-nos-á o caminho, para os Estados Unidos da África. Os Estados Unidos da África, compreendam-me bem, para mim não são um sonho, mas uma construção de todos os dias, construção partilhada pelas populações, uma construção bem concebida, com etapas bem definidas. Trata-se de uma construção, forçosamente trabalhosa, de gerações. Cada geração fará a sua parte, mas é uma construção que se alimenta de democracia e de boa governação. E é por a sentirmos incontornável, esta construção que decidimos nós próprios, com outros, com todos aqueles que quiserem, lançar um grande movimento para os Estados unidos de África a que chamaremos de AFRICA, a fim de acelerar o desenvolvimento do nosso continente, a fim de conseguirmos que o nosso continente conte. Esse movimento ambiciona poder favorecer os laços entre as sociedades civis e os poderes públicos em África.

Excelentíssimas Senhoras e Senhores,

É graças a esta responsabilidade africana assumida, é graças a esta consciência histórica africana restaurada, é graças a esta confiança africana reecontrada, é graças a esta determinação de resistir, de se bater, de lutar, que, donos do nosso destino,

solidários com todos os outros, faremos história, a nossa parte da história, a de ser melhor e estar melhor, sobretudo porque hoje temos indicadores, que parecem positivos, em termos de crescimento económico, em termos de avanços demográficos. Esses avanços constituem as fundações sobre as quais poderemos construir o futuro da África.

Senhor Presidente,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Estamos neste caminho trilhado, condicionado, dominado pelas superbactérias. Se prepararmos bem esse terreno, as superbactérias nunca chegarão a ter um lugar entre nós. É preciso que nos preparemos para lutar contra elas de forma enérgica.

Por fim, Senhor Presidente, conforme o antigo slogan “Saúde para Todos no Ano 2000”, compreendemos hoje que temos, em conjunto, Senhor Presidente, minhas senhoras e meus senhores, e no interesse da saúde para todos, desejar pleno sucesso na sexagésima sessão do Comité Regional Africano da OMS e também muito sucesso ao país anfitrião, a Guiné Equatorial.

Minhas senhoras e meus senhores, agradeço-vos.

DISCURSO DA DR.^a MARGARET CHAN
DIRECTORA-GERAL DA OMS

Suas Excelências,
Ilustres Ministros,
Distintos Delegados,
Excelentíssimos Representantes da União Africana,
Excelentíssimo Dr. Sambo,
Senhoras e Senhores,

Começaria por agradecer ao governo da Guiné Equatorial e ao seu Presidente, Sua Excelência o Senhor Obiang Nguema Mbasogo, pela organização desta Sexagésima sessão do Comité Regional Africano.

Gostaria ainda de louvar a União Africana pela sua declaração, durante a recente cimeira, para a promoção de acções em prol da saúde materna, neonatal e infantil e do desenvolvimento em África até 2015.

A declaração sublinha, e bem, a importância de uma forte liderança e vontade política para a realização de acções concretas.

A vossa campanha para a redução acelerada da mortalidade materna em África será bem recebida pela generalidade das populações.

A declaração reconhece a necessidade de se melhorar a mobilização interna de recursos, incluindo a meta de Abuja de 15%, o que revela ainda mais o compromisso assumido.

Igualmente digna de nota é a determinação da União Africana em promover, em todo o continente, programas para a erradicação total da transmissão vertical do VIH/SIDA, para que nenhuma criança nasça infectada com o vírus.

Permiti-me também que louve o Escritório Regional e o seu Director, o Dr. Luis Gomes Sambo, pelo novo documento que estabelece as orientações estratégicas da OMS na Região Africana.

Este documento fornece uma visão estratégica para se alcançar um desenvolvimento sanitário sustentável nos vossos países, a partir deste momento até 2015.

Uma vez mais, constatamos que existe um forte empenho na consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

Uma vez mais, vemos a mortalidade materna sendo descrita como "um dos mais trágicos problemas do continente africano".

Concordo plenamente com a sua estratégia, que coloca a saúde das mães e das crianças em primeiro lugar.

Senhoras e senhores,

No dia 10 de Agosto, e na sequência das recomendações da Comissão de Emergência do RSI, anunciei que o mundo já não se encontrava na fase 6 de alerta de gripe pandémica. A nível mundial, os dados epidemiológicos indicavam que o novo vírus H1N1 já tinha, em grande medida, concluído o seu percurso normal.

Como frisei na altura, a decisão de declarar que a pandemia havia terminado baseou-se numa avaliação global.

No período pós-pandémico, surtos localizados de diferentes dimensões e alguns "pontos críticos" persistentes poderão apresentar níveis elevados de transmissão do vírus H1N1, padrão esse a que já se assiste em algumas partes do mundo.

No entanto, os surtos de gripe, incluindo os provocados pelo vírus H1N1, apresentam, de uma forma geral, uma intensidade idêntica à das epidemias sazonais.

Durante a pandemia, vi muitas reportagens nas quais as autoridades africanas de saúde, e por vezes os funcionários das Representações da OMS, tranquilizaram o público com factos concretos.

Sem dúvida que isto ajudou a manter um baixo nível de perturbação social. Em várias situações, o facto de os países disporem de reservas de medicamentos

antivirais, cuja constituição fora organizada pela OMS, foi uma parte importante da mensagem que ajudou a tranquilizar o público.

A OMS foi menos eficaz em fazer chegar aos países desta região as vacinas doadas contra a pandemia, que acabaram por chegar, embora não tão rapidamente como seria desejável.

Alguns países continuam a vacinar as populações em risco e esta política encontra-se em plena sintonia com as recomendações da OMS.

Permiti-me que vos lembre: o vírus pandémico não desapareceu. Com base na experiência das pandemias anteriores, esperamos que o vírus H1N1 assuma o comportamento de um vírus da gripe sazonal e continue a circular durante mais alguns anos.

No período pós-pandémico imediato, é provável que o vírus continue a causar doença grave nos grupos etários mais baixos. As medidas recomendadas consistem na protecção dos grupos de risco e na manutenção da vigilância.

Como sabemos, esta pandemia propagou-se mais rapidamente em menos de seis semanas do que as pandemias anteriores em mais de seis meses. No total, cerca de 214 países e territórios notificaram casos confirmados em laboratório.

Embora este número documente a magnitude da propagação, tem também outra importância que muitas vezes não é tida em conta.

Em todos os cantos do planeta, os serviços de saúde e laboratoriais conseguiram detectar, confirmar e notificar infecções por um vírus totalmente novo, o que é um bom indicador em termos da preparação, desenvolvimento de capacidades e solidariedade durante uma emergência internacional de saúde.

Senhoras e Senhores,

A ordem do dia desta reunião é exigente e abrange muitos assuntos que podem contribuir para o desenvolvimento sanitário sustentável da Região Africana.

Faço votos que tenham uma reunião assaz prolífica.

Muito obrigado.

ANEXO 10

DISCURSO DE SUA EXCELÊNCIA OBIANG NGUEMA MBASOGO, CHEFE DE ESTADO DA GUINÉ EQUATORIAL E PRESIDENTE FUNDADOR DO PDGE, POR OCASIÃO DA CERIMÓNIA OFICIAL DE ABERTURA DA SEXAGÉSIMA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL AFRICANO

Excelentíssima Senhora Directora-Geral da OMS,
Excelentíssimo Senhor Director Regional da OMS para África,
Sua Excelência Professor Alpha Oumar Konare,
Excelentíssimas Senhoras e Senhores Ministros,
Distintos Delegados,
Senhoras e Senhores

É uma honra para o Povo da Guiné Equatorial e para o seu Governo acolherem a Sexagésima sessão do Comité Regional Africano da OMS, reunião consagrada à situação sanitária em África e, de forma mais acentuada, à temática da mortalidade materna, como parte importante dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, nos quais todos estamos envolvidos.

Em primeiro lugar, dirigimos as mais calorosas boas-vindas à Guiné Equatorial a todos os participantes e convidados que se deslocaram a Malabo para assistir a este grande acontecimento; desejamos a todos uma óptima estadia no nosso país e que aproveitem a hospitalidade do Povo da Guiné Equatorial.

Compraz-me destacar a presença da Dr.^a Margaret Chan, Directora-Geral da OMS, e do Dr. Luis Gomes Sambo, Director Regional da OMS para África, e agradecer por terem respondido ao nosso convite e pelo grande interesse que concedem aos problemas da saúde mundial, em geral, e do continente africano, em particular. A vossa presença constitui um incentivo e uma razão para esperar que a acção da OMS seja reforçada a favor de África.

A presença do Presidente Alpha Oumar Konare, personalidade de renome em todo o continente, dotado de vasta experiência sobre temas africanos, contribuirá também para que esta Conferência aprove decisões adequadas quanto à temática da saúde em África.

Excelentíssima Senhora Directora-Geral da OMS,
Distintos Ministros,
Senhoras e Senhores,

Os trabalhos do Comité Regional Africano da OMS decorrem num contexto bastante particular que apela à nossa firmeza face à situação sanitária em África, em consonância com os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. De facto, na sequência das recomendações da recente reunião da União Africana, os nossos Estados devem efectuar uma avaliação precisa e uma programação objectiva, com vista a uma apresentação do continente africano à próxima Assembleia Geral das Nações Unidas, que dedicará dias especiais ao tema da mortalidade materno-infantil.

Convirá sublinhar, portanto, que a saúde, e sobretudo o grave problema da mortalidade materna, continuam no centro de todas as discussões que se desenrolam tanto a nível regional como mundial.

Gostaríamos de aproveitar esta oportunidade para que, para além da indispensável análise da situação, possamos progredir no sentido das lições e ensinamentos a colher quanto à implementação das actividades, na óptica de atenuar as deficiências e colmatar também as lacunas que ainda persistem nos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

Congratulo-me igualmente com o facto de que, para além da mortalidade materna no nosso continente constituir o tema principal da vossa reunião, ireis abordar um outro tópico, igualmente importante e correlacionado com o reforço dos sistemas de saúde, o seu financiamento, a investigação e os meios de prevenção.

A mortalidade materna deve continuar a ser o objectivo das nossas preocupações, porquanto ainda não encontramos soluções adequadas. Sabemos que muito foi já feito desde a elaboração dos Roteiros para tentar inverter esta situação catastrófica, mas é preciso sublinhar que há ainda muito por fazer.

Por conseguinte, continua a ser um desafio para a maioria dos países africanos a melhoria da saúde da mãe, que continua a ser a coluna vertebral da família africana.

Assim, torna-se lógico que as nossas reflexões abordem todas as etapas a efectuar, de modo a conseguirmos libertar-nos desta situação. Trata-se de uma urgência, e julgo que concordareis comigo sobre esta realidade.

Entre as principais dificuldades a salientar, no âmbito da consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde, mencionam-se: a insuficiência das estatísticas dos agregados familiares, a cobertura insuficiente do registo de nascimentos e de óbitos, a fragilidade dos sistemas de informação sanitária e das capacidades em matéria de gestão de dados, e ainda a falta de centros de investigação.

Dez anos após o lançamento dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, entre as grandes lições aprendidas até ao momento, no sector da saúde, sobressai, acima de tudo, que a melhoria do desenvolvimento dos sistemas de saúde, dotados de um financiamento adequado, continua a ser a chave do sucesso.

Nesta perspectiva, dispomos de uma preciosa oportunidade na forma da Declaração de Ouagadougou sobre os Cuidados de Saúde Primários, que representa o nível mais recente e mais completo de compromisso por parte dos nossos Estados, a favor de uma melhoria da saúde das populações africanas.

Gostaria de reiterar, uma vez mais, que nós, os dirigentes africanos, estamos totalmente empenhados em participar em pleno na consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, em busca de uma melhor saúde para todos no nosso continente.

Senhora Directora-Geral,
Senhor Director Regional,
Distintos Ministros,
Senhoras e Senhores,

Concordareis com a minha afirmação de que a Investigação e os Cuidados Médicos são igualmente importantes para a melhoria da Saúde Pública. Se pretendemos aumentar sensivelmente as possibilidades de combater e prevenir as principais doenças que atingem a humanidade, é necessário um enorme esforço de investigação.

É sabido que a investigação desempenha um papel crucial na melhoria da saúde, ao analisar e avaliar as intervenções, mas também ao orientar a tomada de decisões.

Na nossa Região, nota-se um défice cada vez mais evidente na aplicação das tecnologias existentes, com vista a melhorar a saúde pública.

Creemos ser mais que tempo de mobilizar apoio político e económico para as iniciativas de investigação e desenvolvimento em África.

Nesta linha, seja-me permitido lembrar que o Prémio Internacional para a Investigação em Ciências da Vida, criado pela UNESCO com financiamento da Fundação Obiang Nguema Mbasogo, pretende estimular a investigação e assume-se como verdadeiro instrumento de incentivo, promoção e valorização da investigação científica. Investigadores e cientistas encontram nele uma oportunidade de apoio e de reconhecimento dos seus esforços.

Com o mesmo espírito, a Guiné Equatorial ofereceu-se à União Africana para acolher e financiar o Observatório Africano para a Ciência, Tecnologia e Inovação, que funcionará junto dos países africanos como fundo para a investigação e a troca de informações e como banco de dados.

Senhora Directora-Geral,
Distintos Ministros,
Senhoras e Senhores,

Na Guiné Equatorial, a despeito dos progressos nas infra-estruturas, a situação sanitária da população continua a assumir-se como um fardo ainda elevado, dada a persistência de doenças como o VIH/SIDA, a Tuberculose e o Paludismo, que ainda se perfilam como problemas de saúde pública. Nestas condições, a saúde da Mulher e da Criança, enquanto grupos mais vulneráveis, continua a ser uma grande preocupação.

O acesso a água potável e os serviços de saneamento ambiental ainda são deficientes e, na realidade, surgem como os mais importantes factores de risco.

Convém, no entanto, destacar os grandes esforços já realizados, ou ainda em execução, para inverter este estado de coisas, no quadro do nosso Programa Global de Desenvolvimento, cujos primeiros resultados são encorajadores.

Na luta contra as pandemias, podemos destacar os reais motivos de optimismo no combate à oncocercose, cujo vector foi eliminado em toda a ilha de Bioko, segundo os resultados de inquéritos recentemente efectuados por peritos da OMS. Esperamos transpor esta experiência para a parte continental do nosso país.

Na luta contra o paludismo, a intensificação de intervenções eficazes, como o uso em grande escala de redes mosquiteiras impregnadas, o tratamento precoce e a eliminação dos mosquitos nos lares, a par da limpeza organizada e sistemática dos cursos de água, charcos e lixeiras, traduziram-se por um impacto real sobre esta doença.

O nosso Plano Nacional de Desenvolvimento Económico e Social, formulado com o objectivo de erradicar a pobreza e transformar a Guiné Equatorial num País Emergente, até ao ano 2020, desdobra-se em 15 grandes programas, entre os quais se conta o da Saúde para Todos até ao Ano 2020.

A primeira fase, em execução, abrange o período de 2008 a 2012 e constitui a fase de transformações, sendo acompanhada pelo desenvolvimento de infra-estruturas económicas e sociais de base, a formação de recursos humanos e reformas institucionais.

A segunda fase, de 2012 a 2020, corresponderá à concretização das infra-estruturas e ao acelerar da diversificação económica dos pilares que suportam os sectores prioritários.

Uma vez erradicada a pobreza, o nosso objectivo será a consecução de um bem-estar social concreto, para toda a população da Guiné Equatorial.

Senhor Director Regional da OMS,

Os povos africanos confrontam-se com numerosos desafios, entre os quais se destacam situações alarmantes para a saúde pública, como as epidemias e as catástrofes naturais ou provocadas pelo homem, que ultrapassam as capacidades dos nossos governos.

Se não surgirem acções concertadas, estas adversidades continuarão a influenciar negativamente a saúde das populações, com níveis inaceitáveis de mortalidade que terão maior incidência nas populações mais vulneráveis, ou seja, as

crianças e as mulheres. Como dotar os nossos sistemas de saúde com os meios adequados a uma resposta eficaz?

Enquanto africanos, esta é para nós uma interpelação prioritária. Isso significa que devemos reponder positivamente à resolução adoptada pelo último Comité Regional sobre este tema, relativa à criação do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública, cujas modalidades de contribuição estão em estudo.

Aproveitamos esta oportunidade para nos congratularmos, mais uma vez, com a perfeita colaboração que temos tido com a OMS, desde a assinatura dos Acordos-Quadro em Dezembro de 1980.

Disponibilizámos o terreno onde foi construída a Representação da OMS.

Além disso, o Governo da Guiné Equatorial desembolsou durante quatro anos uma contribuição voluntária de um milhão e quinhentos mil dólares americanos para o orçamento da OMS, para que esta proporcionasse o seu apoio técnico aos esforços de desenvolvimento dos programas da saúde no meu País.

Este contributo é fruto de uma cooperação mutuamente satisfatória e produtiva. É nosso desejo continuar a contar com esta colaboração, no esforço de atingir os progressos necessários aos nossos objectivos de Saúde para Todos até ao Ano 2020.

Ilustres Ministros e Delegados,
Senhoras e Senhores,

Toda a África espera, e com razão, que a 60.^a sessão do Comité Regional produza bons resultados.

Pela nossa parte, fazemos votos para que esta sessão seja um marco na promoção da saúde na África.

Tenho agora o prazer de declarar aberta a Sexagésima Sessão do Comité Regional Africano da OMS.

Muito obrigado.

ANEXO 11

DISCURSO DO DR. RICHARD SEZIBERA, MINISTRO DA SAÚDE DA REPÚBLICA DO RUANDA E PRESIDENTE DA QUINQUAGÉSIMA NONA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL AFRICANO DA OMS

Ex.mo Sr. Teodoro OBIANG NGUEMA MBASOGO, Presidente da República da Guiné Equatorial,

Dr.^a Margaret Chan, Directora-Geral da Organização Mundial da Saúde,

Dr. Luís Gomes Sambo, Director Regional da OMS para África,

Exmo Sr. Representante da Comissão da União Africana

Membros do Governo,

Ex.mo Sr. Francisco Pascual Obama Assue, Ministro de Estado da Saúde da República da Guiné Equatorial,

Ex.mos Srs Ministros da Saúde e Chefes de Delegação dos países da Região Africana da OMS,

Chefes das Missões Diplomáticas e Representantes das Organizações Internacionais

Ilustres delegados e convidados,

Minhas senhoras e meus senhores,

Antes de mais, permitam-me que expresse o meu mais profundo e sincero agradecimento a Sua Ex.^a o Presidente da República da Guiné Equatorial, Sr. Teodoro Obiang Nguema Mbasogo, por nos ter dado a grande honra de presidir pessoalmente à cerimónia oficial de abertura da presente sessão do Comité Regional. Agradeço igualmente ao Governo, às várias autoridades locais e ao povo da Guiné Equatorial, a calorosa recepção e hospitalidade que nos ofereceram desde a nossa chegada a este lindo país.

Estou imensamente grato a todos os caros colegas que deram ao Ruanda a honra de presidir à quinquagésima nona sessão do Comité Regional Africano da OMS. Apreciei muito o apoio sem reservas que me foi dado como presidente do RC59.

Antes de passar o testemunho ao ilustre Ministro da Saúde da República da Guiné Equatorial, para continuar a corrida de estafetas para os ODM relativos à saúde, até ao ano 2015, permitam-me que faça algumas reflexões sobre o trabalho anterior do Comité.

O nosso continente fez um enorme progresso, durante a última década, no que diz respeito aos indicadores da saúde. No entanto, continua a ser classificado como tendo as mais elevadas taxas de morbilidade e mortalidade por doenças transmissíveis e o peso crescente de doenças não transmissíveis tem colocado ainda mais desafios ao sector da saúde, no que se refere à prestação de serviços de saúde de qualidade. As mulheres e as crianças são os grupos mais afectados, em parte talvez devido ao baixo estatuto social de que gozam.

Reconhecendo isso, lembrar-vos-eis de que, em 2004, na quinquagésima quarta sessão do Comité Regional Africano da OMS, em Brazzaville, adoptámos uma resolução cientificamente válida, a resolução AFR/RC54/R9, intitulada "Roteiro para acelerar a consecução dos objectivos de desenvolvimento do milénio relacionados com a saúde materna e neonatal em África". Essa resolução destinava-se a fornecer orientações aos nossos países sobre o que fazer para atingir o ODM5. O facto de o rácio médio de mortalidade materna ainda ser de 900 para 100 000 nascimentos é uma indicação clara de que nós, como Região, ainda temos um longo caminho a percorrer para implementar na totalidade a nossa resolução.

Uma vez mais, Excelências, caros colegas, lembrar-vos-eis de que, em 2006, a quinquagésima sexta sessão do Comité Regional, em Adis Abeba, adoptou as resoluções AFR/RC56/R1, intitulada "Plano Estratégico Regional para o Programa Alargado de Vacinação 2006-2009" e AFR/RC56/R2, intitulada "Sobrevivência Infantil: estratégia para a Região Africana". Tanto a estratégia como o plano são muito bons. No entanto, o facto de a maioria dos nossos países não estar no bom caminho para atingir os ODM é uma clara indicação de que nós não fizemos a implementação integral das duas resoluções.

É minha esperança que a recente Declaração (Assembleia/QU/Decl. 1 (XV) dos Chefes de Estado e de Governo da União Africana intitulada "Acções sobre a Saúde Materna, Neonatal e Infantil e Desenvolvimento em África até 2015" nos dará mais apoio político, para traduzir as resoluções AFR/RC54/R9, AFR/RC56/R1 e AFR/RC56/R2 em acções destinadas a prevenir o sofrimento e a morte de recém-nascidos, crianças e mulheres grávidas. Teremos de usar a Declaração da UA para advogarmos e nos comprometermos firmemente a aumentar o investimento na saúde materna, neonatal e infantil.

Quando faltam apenas cinco anos para os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio de 2015, precisamos de renovar os nossos compromissos para com as nossas crianças, mães e irmãs e tornar o nosso continente seguro, para que possam nele viver e prosperar.

Hoje, apelo a todos nós, para que nos levantemos em uníssono e façamos a diferença na saúde das mulheres e crianças do nosso continente. Que nenhuma mãe morra ao dar à luz e que nenhuma criança morra por causas evitáveis.

Excelências, Caros Colegas,

Permitam-me que lembre as nossas decisões relacionadas com o reforço dos sistemas de saúde e a acção intersectorial para agir sobre os grandes determinantes da saúde.

Em 2008, nas Conferências de Ouagadougou, Argel e Libreville, assinámos e adoptámos algumas declarações históricas:

- Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: melhor saúde para África no novo milénio, Ouagadougou, Burkina Faso, 30 de Abril de 2008.
- Declaração de Argel na Conferência Ministerial sobre Investigação em Saúde na Região Africana, Argel, 23-26 de Junho de 2008.
- Declaração de Libreville sobre Saúde e Ambiente, Libreville, 29 de Agosto de 2008.

Lembrar-vos-eis de que esta Declaração foi preparada conjuntamente por nós, Ministros da Saúde, com os nossos colegas Ministros do Ambiente.

Em 2009, na quinquagésima nona sessão do Comité Regional, em Kigali, adoptámos resoluções sobre os quadros de implementação, fornecendo orientações detalhadas sobre o modo de traduzir as nossas Declarações em acção, nos países:

- Resolução AFR/RC59/5, intitulada "Quadro de Implementação da Declaração de Argel sobre Investigação em Saúde na Região Africana"; e
- Resolução AFR/RC59/4, intitulada "Quadro de Implementação da Declaração de Ouagadougou sobre cuidados de saúde primários e sistemas de saúde em África: melhor saúde para África no novo milénio"

A finalidade das três Declarações e seus quadros de implementação é fornecer orientações aos nossos países sobre o modo como usar a investigação para orientar as melhorias no desempenho dos sistemas nacionais de saúde e cultivar a acção intersectorial para resolver as desigualdades na saúde, através dos grandes determinantes da saúde.

A ignição foi ligada mas é preciso "combustível" adequado para manter a velocidade. Estou certo de que as nossas deliberações na sexagésima sessão do Comité Regional fornecerão o "combustível" necessário para impulsionar o desenvolvimento sanitário na nossa Região.

Quando assinámos as três Declarações, comprometemos os nossos países a aplicarem os princípios e valores dos cuidados de saúde primários de acesso universal, igualdade, solidariedade, participação comunitária e abordagem dos direitos humanos no reforço dos nossos sistemas de saúde, para acelerar os progressos na via de uma consecução sustentável dos ODM. A nível de país, os princípios da Declaração de Paris de apropriação, harmonização, alinhamento e responsabilização mútua pelos resultados foram realçados através da elaboração de políticas e planos estratégicos nacionais de saúde baseados em evidências. Gostaria de encorajar todos nós a usarmos dados factuais nos nossos planos estratégicos de saúde orçamentados, para mobilizarmos recursos suficientes localmente e harmonizarmos os recursos dos parceiros. para que os nossos países consigam atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relativos à saúde até 2015.

Excelências, Caros colegas

Como sabeis, o pesado fardo do VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo continua a constituir uma grande ameaça para a saúde e o desenvolvimento na Região Africana. Em 2006, adoptámos uma importante resolução, AFR/RC56/R3, intitulada "Prevenção do VIH na Região Africana: estratégia para a renovação e aceleração". Em Kigali, demos-lhe seguimento com a resolução AFR/RC59/R7, intitulada "Apelo a uma acção intensificada na prevenção do VIH e controlo da co-infecção pela tuberculose/VIH na Região Africana". Essas duas resoluções, se forem integralmente implementadas, deverão ajudar os países a contrariar a maré da incidência do VIH e reduzir a prevalência e as mortes relacionadas com a SIDA, que estão indiscriminadamente a roubar a força de trabalho produtiva às nossas economias. Também adoptámos a resolução AFR/RC59/R3, intitulada "Aceleração do Controlo do Paludismo: para a eliminação na Região Africana" que, se for implementada, nos

conduzirá a um estado visionário, em que o paludismo deixará de constituir um grande problema de saúde pública. Os países que fizeram um esforço significativo, para implementar as nossas resoluções do passado, registaram alguns progressos no combate às três doenças, embora não suficientemente significativo para os colocar no caminho certo para a consecução do ODM6.

Excelências, Caros colegas

Não posso acabar o meu discurso sem recordar a nossa potencialmente histórica decisão relativamente à nossa demonstração de solidariedade africana no combate e resposta às emergências de saúde pública.

Em 2009, a quinquagésima nona sessão do Comité Regional Africano da OMS (RC59) expressou a sua preocupação com a frequência crescente e a magnitude das emergências de saúde pública, incluindo as catástrofes (cheias, secas, conflitos civis) e epidemias recorrentes, por exemplo, a cólera, meningite, sarampo, gripe, febres hemorrágicas virais, como a Ébola, a febre de Marburgo, o dengue e a febre do vale do Rift. Estas emergências resultam em significativo sofrimento humano, perda de vidas humanas e perdas económicas.

Por exemplo, um estudo recente estimou que os 110 837 casos de cólera notificados pelos países da Região em 2007 resultaram numa perda económica entre 43,3 e 72,7 milhões de dólares americanos⁵. Os recursos necessários para uma resposta imediata às situações de emergência são também enormes. Uma melhor mitigação do impacto das situações de emergência requer recursos adequados para uma intervenção em devido tempo. No entanto, a actual insuficiência dos recursos continua a dificultar os esforços de preparação e resposta.

Foi neste contexto que adoptámos a resolução AFR/RC59/R5, intitulada "Reforço da preparação e resposta aos surtos na Região Africana, no contexto da actual pandemia de gripe", solicitando ao Director Regional que "facilitasse a criação de

⁵ Kirigia JM, Sambo LG, Yokouide A, Soumbeu-Alley E, Muthuri LK, Gatwiri DK: Economic burden of cholera in the WHO African region. BMC International Health and Human Rights 2009, 9:8. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/9>

um Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública", destinado a apoiar a investigação e a resposta às epidemias e outras emergências de saúde pública. O Director Regional informar-nos-á, no decurso desta sessão, sobre as acções que tomou para facilitar a criação do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública.

Pessoalmente, estou optimista, acreditando que o Fundo melhorará as nossas capacidades de preparação e resposta, reduzindo assim o sofrimento humano e as mortes relacionadas com as situações de emergência.
Excelências, Caros colegas

O objectivo de relembrar as declarações e resoluções acima mencionadas é sublinhar o facto de nós sabermos quais são as soluções para os maus indicadores da saúde materna, neonatal e infantil. E também realçar que o facto desses indicadores continuarem a ser maus é um claro apelo a um empenho renovado na resolução desses problemas.

Acredito que a história nos julgará, não pelo número de resoluções e declarações que adoptarmos, mas pelo número de resoluções e declarações que implementarmos integralmente, reduzindo assim consideravelmente o sofrimento e, em última análise, a morte de milhões de pessoas, especialmente recém-nascidos, crianças e mulheres grávidas.

Por isso, é este o momento para uma acção decisiva na implementação das resoluções e declarações existentes, para que os nossos povos possam acreditar na promessa dos objectivos de desenvolvimento do milénio relativos à saúde.

Apelo a que todos nós revisitemos as nossas decisões passadas, contidas nas resoluções da Assembleia Mundial da Saúde e do Comité Regional, as partilhemos amplamente com os nossos trabalhadores da saúde, ao nível dos nossos sistemas de saúde e façamos um esforço concertado para as implementar.

Teremos de fazê-lo, porque o futuro das nossas mulheres, recém-nascidos e crianças depende dos nossos esforços visionários e deliberados.

Desejo agradecer-vos, caros colegas, pela vossa determinação em ter a África eficazmente representada nos fóruns internacionais e em fazer ouvir a sua voz nas questões da saúde e da igualdade na saúde.

Finalmente, vou concluir o meu discurso, dando as boas-vindas à presidência da sexagésima sessão do Comité Regional Africano a Sua Excelência, o Sr. Francisco Pascual Obama Assue. Pode estar certo, Excelência, de que terá o meu total apoio, enquanto conduz a nossa Região a níveis mais elevados.

Obrigado pela vossa gentil atenção.

ORDEM DO DIA PROVISÓRIA
DA SEXAGÉSIMA PRIMEIRA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL

1. Sessão de abertura
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 2010: relatório anual do Director Regional
7. Relatório do Subcomité do Programa:
 - 7.1 Eliminação do sarampo até 2020: Estratégia para a Região Africana
 - 7.2 Preparação e resposta de emergência a crises humanitárias: Estratégia para a Região Africana
 - 7.3 Actualização sobre a Estratégia Regional de Promoção da Saúde: Relatório de progressos e perspectivas de futuro
 - 7.4 Relatório da Comissão de Saúde da Mulher na Região Africana
 - 7.5 Orçamento-Programa da OMS para 2012-2013: orientações para a implementação na Região Africana
 - 7.6 Recursos humanos para a saúde: corresponder às necessidades para o acesso universal a cuidados de saúde de qualidade
8. Informação
 - 8.1 Relatório sobre o pessoal da OMS na Região Africana
 - 8.2 Relatórios das auditorias internas e externas da OMS

9. Relatórios de progressos

- 9.1 Relatório dos progressos na erradicação da poliomielite na Região Africana
- 9.2 Progressos na implementação da Declaração de Libreville sobre Saúde e Ambiente em África
- 9.3 Relatório dos progressos na implementação da Segurança Alimentar e Saúde: Estratégia para a Região Africana da OMS
- 9.4 Relatório dos progressos na implementação da sobrevivência infantil: Estratégia para a Região Africana e do Roteiro para acelerar a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a mortalidade materna e neonatal em África
- 9.5 Relatório dos progressos na implementação da Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica da OMS na Região Africana
- 9.6 Década da Medicina Tradicional na Região Africana: relatório dos progressos

10. [a completar com temas de dimensão mundial, habitualmente acrescentados pela Sede]

11. Mesas Redondas/Discussões em Painel

- Financiamento da Saúde: Partilha de experiências em garantir o financiamento para alcançar os objectivos nacionais de desenvolvimento sanitário

12. Correlação entre as actividades do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde

13. Datas e locais das 62.^a e 63.^a sessões do Comité Regional

14. Aprovação do Relatório do Comité Regional

15. Encerramento da 61.^a sessão do Comité Regional

LISTA DOS DOCUMENTOS

Referência		Título
AFR/RC60/1	-	Aprovação da ordem do dia
AFR/RC60/2	-	Actividades da OMS na Região Africana em 2008-2009: Relatório Bienal do Director Regional
AFR/RC60/3	-	Estratégia para abordar os principais determinantes da saúde na Região Africana
AFR/RC60/4	-	Redução do uso nocivo do álcool: Estratégia para a Região Africana da OMS
AFR/RC60/5	-	Soluções de ciber saúde na Região Africana da OMS: Contexto actual e perspectivas
AFR/RC60/6	-	Cancro do colo do útero na Região Africana da OMS: Situação actual e perspectivas
AFR/RC60/7	-	Reforço dos sistemas de saúde: Melhorar a prestação dos serviços de saúde a nível distrital, apropriação e participação por parte das comunidades
AFR/RC60/8	-	Drepanocitose: Estratégia para a Região Africana da OMS
AFR/RC60/9	-	Epidemias recorrentes na Região Africana da OMS: Análise da situação, preparação e resposta

AFR/RC60/10		Tuberculose multirresistente e tuberculose ultra-resistente na Região Africana: Análise da situação, desafios e perspectivas
AFR/RC60/11	-	Preparação e resposta a situações de emergência na Região Africana: Situação actual e perspectivas
AFR/RC60/12	-	Crise financeira mundial: Implicações para o sector da saúde na Região Africana
AFR/RC60/13	-	Documento-Quadro do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública
AFR/RC60/14	-	Estado actual da vacinação de rotina e da erradicação da poliomielite na Região Africana: Desafios e recomendações
AFR/RC60/15	-	Relatório do Subcomité do Programa
AFR/RC60/16	-	Relatório do Grupo de Acção Regional para a prevenção e controlo de produtos médicos de qualidade inferior/adulterados/com rótulos falsos/falsificados/contrafeitos na Região Africana da OMS
AFR/RC60/17	-	Orçamento-Programa da OMS para 2012-2013
AFR/RC60/18	-	O futuro do financiamento da OMS
AFR/RC60/19	-	Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde
AFR/RC60/20	-	Datas e locais das 61. ^a e 62. ^a sessões do Comité Regional

AFR/RC60/21	-	Aprovação do Relatório do Comité Regional
AFR/RC60/22	-	Lista dos participantes
AFR/RC60/PD/1	-	Acesso universal aos cuidados obstétricos e neonatais de emergência
AFR/RC60/INF.DOC/1	-	Relatórios das auditorias interna e externa da OMS: Relatório de progresso na Região Africana
AFR/RC60/INF.DOC/2	-	Relatório sobre o pessoal da OMS na Região Africana
AFR/RC60/Conf.Doc/1	-	Discurso do Sr. Francisco Pascual Obama Asue, Ministro de Estado e da Saúde e do Bem-Estar Social da Guiné Equatorial
AFR/RC60/Conf.Doc/2	-	Discurso do Dr. Luis Gomes Sambo Director Regional da OMS para África
AFR/RC60/Conf.Doc/3	-	Alocação do Sr. Oumar Konaré, Ex-Chefe de Estado do Mali e Ex-Presidente a Comissão da União Africana
AFR/RC60/Conf.Doc/4	-	Discurso da Dr. ^a Margaret Chan Directora-Geral da OMS
AFR/RC60/Conf.Doc/5	-	Discurso de Sua Excelência Obiang Nguema Mbasogo, Chefe de Estado da Guiné e Presidente Fundador do PDGE, por ocasião da abertura oficial da 60. ^a sessão do Comité Regional Africano da OMS
AFR/RC60/Conf.Doc/6	-	Discurso do Dr. Richard Sezibera, Ministro da Saúde da República do Ruanda e Presidente da quinquagésima nona sessão do Comité Regional Africano da OMS

AFR/RC60/INF/1	-	Boletim Informativo sobre a República da Guiné Equatorial
Decisão 1	-	Constituição da Comissão de Designações
Decisão 2	-	Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
Decisão 3	-	Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes
Decisão 4	-	Credenciais
Decisão 5	-	Substituição dos Membros do Subcomité do Programa
Decisão 6	-	Ordem do dia provisória da sexagésima primeira sessão do Comité Regional
Decisão 7	-	Ordem do dia da centésima vigésima oitava sessão do Conselho Executivo
Decisão 8	-	Designação dos Estados-Membros da Região Africana para o Conselho Executivo
Decisão 9	-	Método de trabalho e duração da sexagésima quarta Assembleia Mundial da Saúde
Decisão 10	-	Datas e locais da sexagésima primeira e sexagésima segunda sessões do Comité Regional
Decisão 11	-	Nomeação dos Representantes do Programa Especial de Desenvolvimento em Investigação e Formação em Investigação sobre Reprodução Humana, Categoria 2 da Comissão de Política e Coordenação (PCC)

- | | | |
|-------------|---|---|
| Decisão 12 | - | Especial para a Investigação e Formação em Doenças Tropicais – Conselho Conjunto de Coordenação |
| Decisão 13 | - | Designação de um Representante da Região Africana na Assembleia Geral da Parceria dos Países Europeus e em Desenvolvimento para os Ensaios Clínicos (EDCTP) |
| Decisão 14 | - | Designação de um Grupo de trabalho Consultivo de Peritos sobre Investigação e Desenvolvimento: Financiamento e Coordenação |
| AFR/RC60/R1 | - | Uma estratégia para abordar os principais determinantes da saúde na Região Africana |
| AFR/RC60/R2 | - | Redução do uso nocivo do álcool: Estratégia para a Região Africana |
| AFR/RC60/R3 | - | Soluções de ciber saúde na Região Africana: contexto actual e perspectivas |
| AFR/RC60/R4 | - | Estado actual da vacinação de rotina e da erradicação da poliomielite na Região Africana: problemas, desafios e acções propostas |
| AFR/RC60/R5 | - | Documento-quadro do fundo africano para as emergências de saúde pública |
| AFR/RC60/R6 | - | Moção de agradecimento |