

**ORDEM DO DIA DA 55ª SESSÃO
DO COMITÉ REGIONAL AFRICANO DA OMS**

1. Abertura da sessão
2. Constituição da Comissão de Designações
3. Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
4. Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC55/1)
5. Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes
6. Actividades da OMS na Região Africana em 2004: Relatório Anual do Director Regional (documento AFR/RC55/2)
 - 6.1 Execução do Orçamento-Programa para 2004-2005
 - 6.2 Relatório dos progressos sobre resoluções específicas:
 - a) Eliminação da lepra na Região Africana
 - b) Programa Regional para a tuberculose
 - c) Estratégia Regional para acções humanitárias e de emergência
 - d) Vigilância epidemiológica integrada das doenças: Estratégia Regional para as doenças transmissíveis
 - e) Estratégia Regional sobre a vacinação para o período de 2003-2005
 - f) Saúde e ambiente: Estratégia para a Região Africana
 - g) Pobreza e saúde: Estratégia para a Região Africana
 - h) Desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde: Acelerar a implementação da estratégia regional
 - i) Macroeconomia e saúde: Perspectivas futuras na Região Africana
 - j) Higiene dos alimentos e saúde: Análise da situação e perspectivas
 - k) Intensificação das intervenções contra o HIV/SIDA, Tuberculose e Paludismo na Região Africana da OMS
 - l) Melhorar o acesso aos cuidados e tratamento do HIV/SIDA na Região Africana: Iniciativa “3 by 5” e para além dela

- m) Fazer recuar o paludismo na Região Africana: Quadro de implementação
 - n) Enfrentar o ressurgimento da transmissão do poliovírus selvático na Região Africana
7. Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde
- 7.1 Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo (documento AFR/RC55/3)
 - 7.2 Incidências regionais das ordens do dia da 117ª sessão do Conselho Executivo, da 59ª sessão da Assembleia Mundial da Saúde e da 56ª sessão do Comité Regional (documento AFR/RC55/4)
 - 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC55/5)
8. Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC55/6)
- 8.1 Orçamento-Programa da OMS para 2006-2007: Orientações para a implementação na Região Africana (documento AFR/RC55/7)
 - 8.2 Estratégia de cooperação com os países: Implementação, lições aprendidas e perspectivas na Região Africana (AFR/RC55/8)
 - 8.3 Consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde: Análise da situação e perspectivas na Região Africana (documento AFR/RC55/9)
 - 8.4 Produção local de medicamentos essenciais, incluindo anti-retrovirais: Problemas, desafios e perspectivas na Região Africana (documento AFR/RC55/10)
 - 8.5 Controlo da Tripanossomíase Humana Africana: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC55/11)
 - 8.6 Doenças cardiovasculares na Região Africana: Situação actual e perspectivas (documento AFR/RC55/12)
 - 8.7 Implementação da Convenção-Quadro para a Luta Anti-Tabágica na Região Africana: Estado actual e caminho do futuro (FCTC) (documento AFR/RC55/13)
 - 8.8 Clonagem de seres humanos para fins reprodutivos: Situação actual (documento AFR/RC55/14)
 - 8.9 Princípios orientadores para a afectação estratégia dos recursos (documento AFR/RC55/15)

9. Programa-Geral de Trabalho 2006-2015 (documento AFR/RC55/16)
10. Informação
 - 10.1 Recursos Humanos: Relatório anual (documento AFR/RC55/INF.DOC/1)
 - 10.2 Migração Internacional do pessoal da saúde: Um desafio para os sistemas de saúde nos países em desenvolvimento (documento AFR/RC55/INF.DOC/2)
 - 10.3 Controlo da Tuberculose: Situação actual na Região Africana (documento AFR/RC55/INF.DOC/3)
 - 10.4 Drepanocitose: Um problema de saúde pública na Região Africana (documento AFR/RC55/INF.DOC/4)
 - 10.5 Propagação da Gripe das Aves: Preparação e resposta à pandemia na Região Africana (documento AFR/RC55/INF.DOC/5)
 - 10.6 Varíola: Destruição dos *stocks* de vírus da varíola (documento AFR/RC55/INF.DOC/6)
 - 10.7 Eventos importantes sobre saúde a terem lugar na Região
11. Mesa Redonda: Prevenção do HIV/SIDA na Região Africana (documento AFR/RC55/RT/1)
12. Painel de discussão: Determinantes sociais da saúde e desigualdades na saúde: Uma questão preocupante na Região Africana (documento AFR/RC55/PD/1)
13. Sessão Especial sobre financiamento da saúde
14. Datas e locais da Quinquagésima-sexta e Quinquagésima-sétima sessões do Comité Regional (documento AFR/RC55/17)
15. Decisões processuais (documento AFR/RC55/18)
16. Aprovação do relatório do Comité Regional (documento AFR/RC55/20)
17. Encerramento da 55ª sessão do Comité Regional

ANEXO 3

PROGRAMA DE TRABALHO

1º DIA: SEGUNDA-FEIRA, 22 DE AGOSTO DE 2005

10h00 – 12h00	Ponto 1	Abertura da sessão
	Ponto 2	Constituição da Comissão de Designações
12h00 – 14h00	<i>Intervalo</i>	
14h00 – 14h05	Breve declaração pelo Presidente da 54ª sessão do Comité Regional	
14h05 – 14h15	Ponto 2	Relatório da Comissão de Designações
14h15 – 14h30	Ponto 3	Eleição do Presidente, dos Vice-Presidentes e dos Relatores
	Ponto 4	Adopção da ordem do dia (documento AFR/RC55/1)
	Ponto 5	Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes sobre as Credenciais
14h30 – 15h30	Ponto 6	Actividades da OMS na Região Africana em 2004: Relatório Anual do Director Regional (documento AFR/RC55/2)
		Breve declaração do Director-Geral da OMS
16h00 – 16h30	<i>Intervalo: Café e frutas</i>	
16h30 – 17h20	Ponto 6	Continuação
18h30	<i>Recepção oferecida pelo Director-Geral e Director Regional da OMS para África</i>	

2º DIA: TERÇA-FEIRA, 23 DE AGOSTO DE 2005

08h30 – 10h00	Ponto 7	Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial
	Ponto 7.1	Modalidades de implementação das Resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC55/3)
	Ponto 7.2	Incidências regionais das ordens do dia da 117ª sessão do Conselho Executivo, da 59ª sessão da Assembleia Mundial da Saúde e da 56ª sessão do Comité Regional Africano (documento AFR/RC55/4)
	Ponto 7.3	Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC55/5)
10h00 – 10h30	<i>Intervalo: Café e frutas</i>	
10h30 – 12h30	Ponto 8	Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC55/6)
	Ponto 8.1	Orçamento-Programa da OMS para 2006-2007: Orientações para a implementação na Região Africana (documento AFR/RC55/7)
12h30 – 14h30	<i>Intervalo</i>	
14h30 – 16h00	Ponto 8.2	Estratégia de cooperação com os países: Implementação, lições aprendidas e perspectivas (documento AFR/RC55/8)
16h00 – 16h30	<i>Intervalo: Café e frutas</i>	
16h30 – 18h00	Ponto 11	Mesa-Redonda - Prevenção do HIV/SIDA na Região Africana (documento AFR/RC55/RT/1)

3º DIA QUARTA-FEIRA, 24 DE AGOSTO 2005

8h30 – 10h00	Ponto 8.3	Consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde: Análise da situação e perspectivas na Região Africana (documento AFR/RC55/9)
10h00 – 10h30	<i>Intervalo: Café e frutas</i>	
10h30 – 12h30	Ponto 8.4	Produção local de medicamentos essenciais, incluindo anti-retrovirais: Problemas, desafios e perspectivas na Região Africana (documento AFR/RC55/10)
12h30 – 14h00	<i>Intervalo</i>	
14h00 – 15h30	Ponto 8.5	Controlo da Tripanossomíase Humana Africana: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC55/11)
15h30 – 16h00	<i>Intervalo: Café e frutas</i>	
16h00 – 17h30	Ponto 8.6	Doenças Cardiovasculares na Região Africana: Situação actual e perspectivas (documento AFR/RC55/12)

4º DIA, QUINTA-FEIRA, 25 DE AGOSTO DE 2005

08h30 – 9h30	Ponto 8.7	Implementação da Convenção-Quadro para a Luta Anti-Tabágica (FCTC) (documento AFR/RC55/13)
9h30 – 10h30	Ponto 8.8	Clonagem de seres humanos para fins reprodutivos: Situação actual (documento AFR/RC55/14)
10h30 – 11h00	<i>Intervalo: Café e frutas</i>	

11h00 – 12h00	Ponto 8.9	Princípios orientadores para a afectação estratégica dos recursos (documento AFR/RC55/15)
12h00 – 12h15		Prevenção da infecção do HIV na Região Africana
12h15 – 12h30		Cimeira Ministerial Mundial sobre a Investigação em Saúde, 2008
12h30 – 14h00	<i>Intervalo</i>	
14h00 – 15h00	Ponto 9	Programa-Geral de Trabalho 2006-2015 (documento AFR/RC55/16)
15h00 – 16h00	Ponto 10	Informação
	Ponto 10.1	Recursos Humanos: Relatório anual (documento AFR/RC55/INF/DOC.1)
	Ponto 10.2	Migração Internacional de Profissionais da Saúde: Um desafio para os sistemas de saúde nos países em desenvolvimento (documento AFR/RC55/INF/DOC.2)
	Ponto 10.3	Controlo da Tuberculose: Situação actual na Região Africana (documento AFR/RC55/INF/DOC.3)
	Ponto 10.4	Drepanocitose: Um problema de saúde pública na Região Africana (documento AFR/RC55/INF.DOC/4)
	Ponto 10.5	Propagação da Gripe das Aves: Preparação e resposta à pandemia na Região Africana (documento AFR/RC55/INF.DOC/5)
	Ponto 10.6	Varíola: Destruição dos <i>stocks</i> de vírus da varíola (documento AFR/RC55/INF.DOC/6)

	Ponto 10.7	Eventos importantes relacionados com a saúde a terem lugar na Região.
16h00 – 16h30	<i>Intervalo: Café e frutas</i>	
16h30 – 18h30	Ponto 12	Painel de discussão Determinantes sociais da saúde e desigualdades na saúde: Uma questão preocupante na Região Africana (documento AFR/RC55/PD/1)
5º DIA, SEXTA-FEIRA, 26 DE AGOSTO DE 2005		
09h00 – 10h30	Sessão especial	Financiamento sustentável da saúde em África
10h30 – 11h00	<i>Intervalo</i>	
11h00 – 12h30	Sessão especial (Continuação)	
12h30 – 14h00	<i>Intervalo</i>	
14h00 – 16h00	(Pontos 13, 14, 15, 16 da ordem do dia)	
	Ponto 13	Datas e locais da Quinquagésima-sexta e Quinquagésima-sétima sessões do Comité Regional (documento AFR/RC55/17)
	Ponto 14	Decisões processuais (documento AFR/RC55/18)
	Ponto 15	Aprovação do relatório do Comité Regional (documento AFR/RC55/20)
	Ponto 16	Encerramento da 55ª sessão do Comité Regional

RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

CERIMÓNIA DE ABERTURA

1. O Subcomité do Programa reuniu-se em Brazzaville, na República do Congo, de 14 a 17 de Junho de 2005.
2. A lista de participantes consta do Apêndice 1.
3. O Director Regional, Dr. Luis G. Sambo, deu as boas-vindas aos membros do Subcomité do Programa (PSC), aos membros do Conselho Executivo representantes da Região Africana e ao Presidente do Comissão Consultiva Africana para a Investigação em Saúde e Desenvolvimento.
4. O Director Regional destacou o facto de a sessão ocorrer num contexto de transição, visto esta ser a primeira reunião do Subcomité desde a sua eleição como Director Regional. Frisou igualmente o facto de tal se desenrolar em plena transição do Décimo para o Décimo-Primeiro Programa-Geral de Trabalho, assim como o surgimento de novas oportunidades para tentar resolver os problemas de saúde da Região. Problemas como o duplo fardo das doenças transmissíveis e não-transmissíveis e o nível inaceitável de mortalidade materna e infantil, associados a sistemas de saúde frágeis, exigem respostas imediatas, eficazes e direccionadas.
5. Relembrando o alargamento dos termos de referência do Subcomité do Programa em 1977, durante a Vigésima-sétima sessão do Comité Regional, reiterou as atribuições do Subcomité do Programa. Trata-se entre outras, de analisar e rever os Orçamentos-Programas, para garantir que sejam coerentes com as decisões e recomendações dos órgãos directivos e que reflectam as prioridades na área da saúde na Região Africana, assim como aconselhar o Comité Regional em todas as questões relevantes apresentadas aos ministros da saúde para apreciação e decisão. Pediu especificamente aos membros do Subcomité que aconselhassem o Director Regional sobre qualquer questão preocupante, no intervalo das sessões, visto que as suas atribuições se assemelhariam às do Conselho Executivo em relação à Assembleia Mundial da Saúde.

6. O Director Regional exortou os membros do Subcomité do Programa a analisarem aprofundadamente todos os documentos constantes da ordem do dia e a contribuirem da melhor forma, fazendo recomendações pertinentes e realistas para enriquecer os documentos e facilitar outras deliberações dos Ministros da Saúde no Comité Regional.

7. Em conclusão, e à luz das atribuições do Subcomité do Programa, apelou os membros a reflectirem seriamente sobre a actual situação do HIV/SIDA e a necessidade de revigorar as actividades de prevenção na Região Africana.

8. O Director da Gestão dos Programas, Dr. Paul Lusamba-Dikassa, propôs a constituição da Mesa à consideração do Subcomité do Programa. A Mesa foi constituída do seguinte modo:

- Presidente: Prof. Mohammed Lemine Ba (Mauritânia)
- Vice-presidente: Dr. Shehu Sule, (Nigéria)
- Relatores: Dr. Boureima Hama Sambo (Níger)
Dr. Habib Saizi Somanje (Malawi)
Dr. Alexandre Manguete (Moçambique)

9. O Professor Mohammed Lemine Ba, Presidente do Subcomité do Programa, agradeceu aos membros a confiança que nele depositaram. Felicitou o Director Regional e a sua equipa pelo seu novo mandato. Lembrou os principais e inúmeros problemas de saúde e a necessidade de trabalharem em conjunto para combater as doenças na Região. Ao mesmo tempo que realçou a elevada qualidade e a oportunidade dos documentos, assegurou ao Secretariado que estes seriam enriquecidos com as contribuições do Subcomité do Programa. Afirmou ainda que a ordem do dia da Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional aborda importantes questões de saúde na Região. Concluiu felicitando o Secretariado pela boa qualidade da organização da reunião.

10. O Presidente submeteu à apreciação do Subcomité do Programa a ordem do dia (Apêndice 2) e o programa provisório de trabalho (Apêndice 3), os quais foram adoptados sem emendas.

ORÇAMENTO PROGRAMA DA OMS PARA 2006-2007: ORIENTAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO NA REGIÃO AFRICANA (documento AFR/RC55/PSC/3)

11. O Dr. Paul Lusamba-Dikassa, do Secretariado, apresentou um resumo do Orçamento-Programa para 2006-2007.

12. Este orçamento, o primeiro a ser elaborado no âmbito do 11º Programa-Geral de Trabalho, tem em conta as prioridades identificadas nos documentos de Estratégia de Cooperação com os Países (CCS) e as prioridades mundiais definidas pelo Director-Geral da OMS. Estas prioridades estão reflectidas nas 15 áreas de actividade prioritárias, identificadas pelo Director Regional. O Orçamento-Programa para 2006-2007, aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde em Maio de 2005, é um orçamento integrado e com base nos resultados, resultante de um processo de planeamento participado e iterativo.

13. Para o período de 2006-2007, o orçamento da Região Africana registou um crescimento de 204,7 milhões de dólares americanos, sendo 6% do Orçamento Ordinário e 94% das Contribuições Voluntárias. Assim, o orçamento total eleva-se a 949,5 milhões de dólares americanos, sendo 21,4% do Orçamento Ordinário e 78,6% das Contribuições Voluntárias. A Região Africana recebeu a dotação orçamental mais elevada, a seguir à Sede. Do total aprovado, 784,4 milhões de dólares americanos foram afectados às prioridades regionais. Além disso, 716,6 milhões de dólares americanos (75%) foram destinados às despesas nos países e 232,9 milhões (25%) às despesas no Escritório Regional, incluindo a nível interpaís.

14. A execução do orçamento será norteadada pelos quatro princípios orientadores a seguir: descentralização dos recursos para os países; integração das intervenções; reforço da presença essencial da OMS nos países; e reforço da monitorização e avaliação, com vista a uma maior eficácia e responsabilidade.

15. Os Estados-Membros foram exortados a colaborar na formulação de planos de trabalho com base nos documentos da CCS, a seleccionar um número limitado de áreas de actividade e a afectar, pelo menos, 15% do orçamento de Estado ao sector da saúde. Por seu lado, a OMS deverá definir os processos de delegação de poderes nos Representantes nos países e Directores de Divisão; rever o perfil dos funcionários das Representações; aprovar os programas de trabalho em Novembro de 2005; e melhorar a qualidade da implementação, monitorização e avaliação do Orçamento-Programa.

16. Os membros do Subcomité do Programa expressaram a sua satisfação pela qualidade do documento e pelo aumento geral da dotação orçamental para a Região Africana.

17. Vários comentários de ordem geral foram feitos na discussão subsequente. É necessário indicar a percentagem média das Contribuições Voluntárias que é efectivamente recebida para a implementação dos programas. Dado que os parceiros para o desenvolvimento sanitário a nível de país, estão a retirar-se cada vez mais do financiamento de projectos, em favor do apoio ao Orçamento-Programa ou de abordagens de âmbito sectorial, é necessário clarificar se a OMS estaria preparada para adoptar essas abordagens no apoio concedido aos

países. Atendendo ao aumento do número dos parceiros para o desenvolvimento sanitário e do financiamento a nível de país, é necessário que a OMS apoie os ministérios da saúde com vista ao reforço da sua liderança e sua capacidade de coordenação e advocacia. É igualmente necessário harmonizar os ciclos orçamentais entre as agências do sistema das Nações Unidas.

18. Foi sugerido que a OMS e os Ministérios da Saúde intensificassem a advocacia a favor da implementação e monitorização dos compromissos assumidos pelos Chefes de Estado em Abuja, quanto à afectação de 15% do orçamento de Estado à saúde. A esse propósito, a Organização deveria continuar a prestar apoio aos países para estabelecerem e institucionalizarem contas nacionais da saúde. A OMS deveria também advogar, junto dos países, a favor da afectação para a saúde, de mais fundos, especialmente os provenientes da Iniciativa dos Países Pobres altamente Endividados. Foi manifestada preocupação quanto à afectação dos fundos entre o Escritório Regional e os países, e quanto à variação dessas afectações entre algumas áreas de actividade.

19. O Subcomité saudou a redefinição, em curso, do perfil das Representações da OMS nos países, já que dela resultará um apoio técnico reforçado. O Subcomité sublinhou a ideia de o seguro social de saúde ser uma das fontes potenciais de financiamento sustentável para o sector.

20. O Subcomité propôs as seguintes emendas específicas ao documento:

- a) Na secção da Análise Orçamental, o Subcomité solicitou esclarecimentos sobre: i) o facto de 3% do orçamento ordinário global ficarem retidos pelo Director-Geral, perante a possibilidade de não pagamento pelos Estados-Membros das contribuições estabelecidas, tendo pedido, igualmente, explicações sobre o modo como esses fundos seriam disponibilizados para os países, caso todos os Estados-Membros paguem as suas contribuições estabelecidas; ii) o mecanismo que a OMS poderia utilizar para proteger os países contra os efeitos negativos da flutuação das taxas de câmbio;
- b) No secção Directrizes para a Implementação, no parágrafo 33, foi solicitado esclarecimento adicional quanto à descentralização proposta, em termos da delegação de poderes nos Representantes da OMS e nos Directores de Divisão;
- c) No parágrafo 35, é importante sublinhar: i) a necessidade de uma colaboração mais estreita entre as agências das Nações Unidas, em matéria de planeamento, implementação, monitorização e avaliação; ii) a integração dos programas no contexto de um Ministério da Saúde e de um sistema de saúde único, para evitar a implementação vertical de programas, a qual poria em risco a eficácia dos sistemas nacionais de saúde;

- d) No parágrafo 41, recomenda-se que o Director Regional crie um fundo de reserva de 6.1 milhões de dólares representando 3% do orçamento ordinário, a fim de cobrir actividades não planeadas, sendo o saldo não utilizado re-afectado aos países durante o segundo semestre do segundo ano do biénio.
- e) No parágrafo 42 recomenda-se que a OMS desempenhe também um papel activo de advocacia, encorajando os países a atribuírem para a saúde pelo menos 15% dos seus orçamentos nacionais.
- f) No Anexo 3, o Subcomité saudou a inclusão da área de actividade “Vigilância, prevenção e tratamento das doenças crónicas não-transmissíveis” entre as prioridades regionais, mas manifestou-se preocupado com o modesto montante dos recursos afectados a essa área.

21. O Secretariado agradeceu os valiosos comentários dos membros e garantiu que os mesmos seriam integrados no relatório final. Foi explicado que o Orçamento-Programa para 2006-2007 fora aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde, cabendo ao Subcomité dar orientações que facilitem a sua execução. Está subentendido que existe uma certo grau de incerteza quanto aos valores e à calendarização dos Fundos provenientes das contribuições voluntárias; foi no entanto afirmado que, de acordo com experiências anteriores, a maioria dos fundos previstos é, de facto, recebida. A Organização trabalha na base de um orçamento integrado e, está a negociar com os doadores a concessão de fundos não consignados.

22. Foi clarificada a questão da afectação para os países e para o Escritório Regional, que consta dos Anexos 6 e 7, respectivamente. A esse respeito, foi referido que muitos dos fundos da rubrica Programa Interpaíses (ICP) serão descentralizados para os países e que um novo quadro com esta informação será distribuído posteriormente.

23. O Secretariado concordou que, sendo a vigilância, prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis uma prioridade regional, é necessário prosseguir com a advocacia em favor de uma maior dotação de recursos.

24. Quanto à descentralização e delegação de autoridade, foi esclarecido que o Escritório Regional está a trabalhar num mecanismo que simplifique e facilite o processo de implementação dos planos de trabalho aprovados. No tocante ao problema da flutuação das taxas cambiais, o Subcomité foi informado de que o Escritório Regional e a Sede estão a estudar a possibilidade de minimizar os riscos incluindo a colocação de algumas moedas nacionais sob o mecanismo da OMS de protecção contra as flutuações cambiais.

25. Finalmente, foi sublinhado que a OMS concorda com as abordagens de âmbito sectorial e está já a actuar junto dos parceiros nos países, no contexto do Quadro de Apoio das Nações Unidas ao Desenvolvimento. No entanto, as normas e procedimentos financeiros da OMS não permitem uma participação plena na abordagem de apoio orçamental directo, pois pela sua natureza a OMS é uma agência de cooperação técnica e não uma agência de financiamento.

26. O Subcomité aprovou o documento com emendas e preparou um projecto de resolução sobre este tema, a submeter ao Comité Regional para análise e adopção.

ESTRATÉGIA DE COOPERAÇÃO COM OS PAÍSES : IMPLEMENTAÇÃO, LIÇÕES APRENDIDAS E PERSPECTIVAS NA REGIÃO AFRICANA (documento AFR/RC55/PSC/4)

27. O documento sobre as Estratégias de Cooperação com os Países, que foi apresentado pelo Dr. Paul Lusamba-Dikassa, do Secretariado, contém as seguintes secções: historial, análise da implementação, lições aprendidas, perspectivas, monitorização e avaliação.

28. O documento apresenta o estado de implementação das directivas emanadas da Quinquagésima-primeira sessão do Comité Regional, no sentido de formular Estratégias de Cooperação com os Países (CCS), em todos os 46 Estados-Membros. Descreve também o modo como o processo evoluiu, as lições aprendidas e as perspectivas futuras para maximizar os benefícios do processo da CCS.

29. A crescente complexidade do sector da saúde, a diminuição dos recursos em África, o empenhamento internacional na consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio até 2015 e o número crescente de intervenientes no sector da saúde com objectivos diversos, conduziram a uma intensa procura de melhores mecanismos de coordenação, a nível de país.

30. A Política Centrada nos Países, introduzida em 2001, no âmbito da reforma da OMS, visa colocar as necessidades de saúde prioritárias dos países no cerne da acção da OMS e, ao mesmo tempo, aumentar a eficácia, a capacidade de resposta e a coerência da presença da OMS, a nível de país. A Estratégia de Cooperação com os Países, uma componente essencial da Política da OMS Centrada nos Países, é um quadro de cooperação a médio prazo (4-6 anos) flexível e específico a cada país. A CCS define a agenda estratégica das actividades da OMS por país e analisa as implicações dessa agenda no conjunto da Organização.

31. A formulação de documentos CCS em 45 dos 46 Estados-Membros permitiu à OMS de proceder a extensas consultas a nível de país, com os ministérios da saúde e os seus parceiros nacionais, bilaterais e multilaterais, a fim de determinar as principais prioridades da saúde e do desenvolvimento, no contexto da planificação a nível de país. A análise dos 45 documentos de CCS ajudou a definir os programas regionais prioritários para a cooperação

técnica. O Escritório Regional deu início a um processo destinado a melhorar as capacidades técnicas e administrativas das suas Representações da OMS nos países.

32. Entre as principais lições tiradas do exercício da formulação das CCS, refere-se a necessidade de o apoio técnico da OMS dar melhor resposta e ser mais focalizado, coordenado e estratégico. Será necessária uma advocacia constante, para que as alterações previstas mereçam aceitação geral. O verdadeiro desafio consiste em traduzir as agendas estratégicas em acções sustentáveis, para melhores resultados em termos de saúde.

33. Para que a agenda da CCS na Região Africana seja materializada, os Estados-Membros e os parceiros deverão encará-la como um instrumento de planificação viável e uma base para a elaboração dos orçamentos-programas bienais. Compete à OMS garantir que a CCS seja realmente posta em prática em todos os níveis e que as agendas estratégicas sejam implementadas. Compete-lhe também integrar a CCS no seu processo de gestão e assegurar que equipas-país bem dirigidas, com os recursos humanos necessários e bem equipadas, se encontrem no seu posto, para coordenarem eficazmente e concretizarem o apoio técnico da OMS em cada país.

34. Os membros do Subcomité do Programa exprimiram a sua satisfação pela qualidade, relevância e pertinência do documento.

35. Seguem-se algumas das emendas específicas que o Subcomité propôs para o documento:

- a) Na secção Historial, parágrafo 4, sobre os objectivos e a necessidade de responder às carências dos países, importa que a OMS defina com clareza o local de trabalho dos seus funcionários nos países e a considerar a possibilidade de colocar alguns deles no seio dos ministérios da saúde;
- b) Na secção Implementação, parágrafo 14, muitos delegados sublinharam o papel de administração-geral que cabe aos ministérios da saúde, na coordenação das intervenções sanitárias e dos seus intervenientes, a nível de país; todos os programas dos parceiros deverão ser consonantes com os planos nacionais de saúde; é necessário coordenar, através dos diferentes níveis da OMS, o planeamento, a implementação e a avaliação das actividades;
- c) No parágrafo 21, é necessário reflectir melhor o objectivo do reforço da liderança técnica da OMS a nível de país; em (c), foi recomendado o reforço das capacidades nos ministérios da saúde e representações nos países; em (e), o conceito de uma estratégia, um plano e um orçamento únicos por país é necessário, tendo em conta

que os vários parceiros que operam a nível nacional têm ciclos de programação e planos diferentes;

- d) Na secção Desafios, parágrafo 22, foi sugerido que a OMS, a nível do Escritório Regional e da Sede, proceda a uma real descentralização de recursos, da qual resulte mais poder para os Representantes, para a execução eficaz do orçamento; deve-se dar mais atenção aos pequenos estados insulares em vias de desenvolvimento, dada a sua vulnerabilidade às doenças não-transmissíveis e ao HIV/SIDA; em (h), o parágrafo deve ter em conta as abordagens de âmbito sectorial, os Planos Nacionais de Saúde, os documentos da estratégia de redução da pobreza, etc.;
- e) Na secção Lições Aprendidas, parágrafo 28, a última frase deverá ser mais explícita ao abordar o equilíbrio entre a implementação de rotina e as funções e apoio estratégicos;
- f) Na secção Perspectivas Futuras, parágrafo 34 (c), é necessário clarificar a primeira frase, relacionada com uma estratégia, um plano e um orçamento únicos por país;
- g) Na Conclusão, é necessário referir que os esforços no sentido de reforçar as Representações nos países não devem enfraquecer os ministérios da saúde.

36. Respondendo às questões suscitadas, o Secretariado agradeceu os valiosos comentários dos membros, garantindo que os mesmos seriam integrados na versão final do documento. Foram, no entanto, dados esclarecimentos quanto à intenção de o documento estimular os Estados-Membros a reflectir sobre o modo como a OMS pode dar melhor resposta às necessidades dos países, respeitando ao mesmo tempo o papel político e de administração geral dos governos e o mandato de outras agências de cooperação.

37. Quanto à redefinição dos perfis das Representações nos países, incluindo a definição do local de trabalho dos funcionários da OMS, o exercício deve ser concretizado com base na CCS e nas prioridades do país, em consulta com os ministérios da saúde. Foi explicado que a noção de uma estratégia, um plano e um orçamento únicos por país é um modo de harmonizar o apoio prestado aos países pelos três níveis da Organização. Os ministérios da saúde coordenarão a elaboração dos planos nacionais da saúde, os quais servirão de base ao plano bienal da OMS. Os ministérios da saúde serão reforçados através das funções normativas da OMS, para assumirem o seu papel de coordenadores, incluindo as abordagens de âmbito sectorial.

38. Foi recomendado que o reforço das Representações da OMS nos países e o exercício de redefinição do respectivo perfil não resultasse no enfraquecimento dos ministérios da saúde, mas antes reforçasse a complementaridade e a prestação de melhor apoio técnico aos países. Quanto ao exercício de redefinição do perfil, foi explicado que o mesmo pretende melhorar as competências das equipas-país da OMS, para melhor satisfazerem as necessidades do país.

39. O Subcomité aprovou o documento com emendas e recomendou a sua apresentação ao Comité Regional para análise e adopção.

CONSECUÇÃO DAS METAS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO RELATIVAS À SAÚDE: ANÁLISE DA SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS NA REGIÃO AFRICANA (documento AFR/RC55/PSC/5)

40. O Dr. Chris Mwikisa, do Secretariado, apresentou um resumo do documento sobre a consecução das metas de desenvolvimento do milénio (MDM) relativas à saúde na Região Africana.

41. A introdução descreve as MDM, tal como foram adoptadas pela Cimeira do Milénio, em 2000. As oito metas constituem um quadro de referência para medir os progressos do desenvolvimento e estão também ligadas à abordagem dos cuidados primários de saúde e às iniciativas de saúde para todos. Três das MDM são metas relativas à saúde e as outras estão intimamente relacionadas com esta.

42. Da análise da situação ressaltava que, embora alguns países tenham feito alguns progressos em algumas MDM, o progresso global continua lento, devido, principalmente, à fragilidade dos sistemas de saúde e à insuficiência de recursos.

43. A mortalidade infantil não está a diminuir a um ritmo suficientemente rápido, atingindo uma média de 174 óbitos por 1000 nados-vivos, em comparação com 186, em 1990. A mortalidade materna agravou-se, tendo aumentado de 870 por 100.000 nados-vivos para cerca de 1000 por 100.000, entre 1990 e 2003. O combate ao HIV/SIDA, tuberculose e paludismo processa-se igualmente com muita lentidão.

44. A secção relativa às perspectivas destacava oportunidades, tais como o reconhecimento crescente do sector da saúde, como sendo essencial ao desenvolvimento. Referia também os problemas da insuficiência de recursos e da fragilidade dos sistemas de saúde. As acções propostas incluem o desenvolvimento dos sistemas de saúde e a intensificação das intervenções e da mobilização de recursos, entre outros. A monitorização e a avaliação devem fazer-se usando os indicadores já fornecidos em cada MDM.

45. As autoridades nacionais são as principais responsáveis pela consecução das MDM, assim como pela monitorização e notificação dos respectivos progressos. Os parceiros do desenvolvimento, incluindo a OMS, deverão prestar apoio técnico e financeiro.

46. Os membros do Subcomité felicitaram o Secretariado pela qualidade da apresentação e pelo conteúdo do documento. Manifestaram o seu apreço pela ligação estabelecida entre as MDM e iniciativas anteriores, tais como os cuidados primários de saúde, saúde para todos e a Nova Parceria para o Desenvolvimento de África (NEPAD). Pediram que se fizesse uma avaliação das insuficiências e do nível de implementação destas iniciativas, para que se possa tirar partido das experiências positivas. Os membros sublinharam que os governos terão de fazer mais para vencer os desafios e as insuficiências, com vista à consecução das MDM, em especial para a resolução do papel fundamental dos recursos humanos a todos os níveis. As intervenções destinadas a acelerar a consecução das MDM devem ser integradas nas reformas sanitárias em curso e noutros processos nacionais de desenvolvimento.

47. Relativamente à mobilização de recursos para as MDM, foram pedidos esclarecimentos sobre as actividades de seguimento, depois do fórum de alto nível que se realizou em Abuja, em 2004.

48. O Subcomité propôs, em seguida, as seguintes alterações específicas:

- a) No Resumo, parágrafo 4, segunda frase, substituir a palavra “podem” por “são exortados a”;
- b) Na secção sobre “Análise da Situação”, parágrafo 5, utilizar os dados de 2003;
- c) No parágrafo 9, a OMS deve participar nas comissões nacionais sobre os suplementos da vitamina A e a fortificação dos alimentos com micro-nutrientes;
- d) No parágrafo 10, sublinhar o facto de que mais de 60% dos nascimentos ocorrem no domicílio; as razões para tal devem ser apresentadas no documento;
- e) No parágrafo 13, deve incluir-se, igualmente, a cobertura e eficácia da pulverização residual dentro das habitações; é preciso actualizar o número de países que implementam as associações terapêuticas e a Região deverá certificar-se de que esses medicamentos são física e financeiramente acessíveis;
- f) No parágrafo 17, levantou-se a questão da necessidade de ter recursos humanos motivados, para enfrentar os desafios;
- g) Na secção sobre “Perspectivas”, parágrafo 21, acrescentar “doenças novas e reemergentes”;

- h) No parágrafo 22, reformular a segunda frase, por forma a mostrar que a pobreza será reduzida através do combate às doenças;
- i) No parágrafo 23, esclarecer a expressão “iniciativas de desenvolvimento orientadas para os pobres”;
- j) No parágrafo 29, retirar a referência à Iniciativa dos Países Fortemente Endividados, visto que não se trata de um aumento dos recursos nacionais; formular um argumento à parte para ligar esta questão à redução da dívida recentemente concedida e para canalizar esse dinheiro para a área da saúde;
- k) No parágrafo 30, acrescentar a frase do parágrafo 3, página 4, da Resolução WHA58.30 relativa à percentagem do PNB;
- l) Na secção sobre “Monitorização e Avaliação”, parágrafo 31, acrescentar indicadores de processo que serão mais significativos para os distritos e comunidades monitorizarem os progressos realizados na redução da mortalidade materna e infantil, incluindo a questão da documentação do número de nados-mortos;
- m) Em “Papéis e Responsabilidades”, parágrafo 32, explicar de que mecanismos a OMS dispõe para se assegurar de que os países que beneficiaram de uma redução da dívida o usam a favor da saúde;
- n) No parágrafo 33, transferir as questões relativas à monitorização financeira para o parágrafo 31; reescrever o final da última frase, para acrescentar que os governos devem reforçar os seus sistemas de informação sanitária, capacidades de investigação e inquéritos baseados nas comunidades, para fornecer informação actualizada;
- o) No parágrafo 35, esclarecer o significado da primeira e segunda frases.

49. O Secretariado deu os seguintes esclarecimentos sobre as questões levantadas. Os números do documento deverão ser actualizados, conforme sugerido pelos membros, e será dado apoio aos países para estimar os custos e os défices financeiros para a consecução das MDM. A OMS ajudará os ministérios da saúde a melhorar as suas capacidades de negociação para obter recursos acrescidos para a saúde e melhorará a eficiência da prestação de assistência técnica aos países, através de um pacote integrado de apoio. Foi explicado que os pacotes básicos de cuidados de saúde que são custeados têm que ser integrados nas intervenções vocacionadas para a consecução das MDG da saúde.

50. Foi reconhecida a importância de se dispor de recursos humanos em número suficiente e os participantes foram informados de que a OMS irá criar um observatório de recursos

humanos para a saúde. Relativamente à mortalidade materna, o Secretariado reiterou que o indicador mais fiável era “a percentagem de partos assistidos por pessoal qualificado”; no entanto a OMS está a ir mais longe, considerando o ambiente em que os partos ocorrem. Os nados-mortos não estão registados, pelo que a melhor maneira de conhecer o seu número é usar as intervenções baseadas nas comunidades ligadas à Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) e aos cuidados prestados aos recém-nascidos.

51. O Secretariado informou os membros do Subcomité do Programa de que a OMS continuaria o seu papel de advocacia junto dos governos e das instituições de Bretton Woods, assim como dos parceiros bilaterais e multilaterais, para assegurar que parte dos fundos provenientes da redução da dívida sejam usados em favor da saúde.

52. O Secretariado agradeceu aos membros os seus valiosos comentários assegurando-lhes que as alterações sugeridas seriam integradas no documento final.

53. O Subcomité aprovou o documento com alterações e exortou o Secretariado a preparar um projecto de resolução sobre este assunto, para ser apresentado à apreciação e aprovação do Comité Regional.

PRODUÇÃO LOCAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS, INCLUINDO ANTI-RETROVIRAIS: PROBLEMAS , DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA REGIÃO AFRICANA
(documento AFR/RC55/PSC/6)

54. O documento sobre medicamentos essenciais foi apresentado pela Dra. Alimata J. Diarra-Nama, do Secretariado.

55. O documento é constituído por uma introdução e uma análise da situação, assim como os problemas, desafios, perspectivas, papéis e responsabilidades e conclusão.

56. A produção mundial de medicamentos está concentrada em alguns países industrializados. A produção de medicamentos genéricos tornou-se uma importante actividade económica e contribui para melhorar o acesso aos medicamentos. A produção de produtos farmacêuticos ocorre em três níveis: primário, secundário e terciário.

57. Existem alguns problemas relacionados com o acesso aos medicamentos, nomeadamente orçamentos insuficientes para os cuidados de saúde e despesas elevadas (cerca de 30%) com os produtos farmacêuticos. O elevado preço dos medicamentos, associado a insuficiência do financiamento, restringem o acesso dos pobres aos medicamentos. Há uma grande necessidade de genéricos de preço acessível e de equilibrar as perspectivas industrial e de saúde pública. A produção de medicamentos essenciais patenteados é muito limitada.

58. Os desafios inerentes à produção de medicamentos genéricos na Região incluem: a capacidade limitada dos países de fazerem um uso eficaz das salvaguardas dos TRIPS; um contexto social, político e económico não propício; infra-estruturas e desenvolvimento económico e industrial frágeis, bem como o elevado custo dos serviços; e a fraca aplicação das políticas e da legislação.

59. As perspectivas futuras para os países da Região assentam no seguinte: elaboração e implementação de políticas governamentais favoráveis e apropriadas; reforço da colaboração Sul-Sul e transferência de tecnologias; exploração das opções de importação paralela, licenciamento obrigatório e importação de equivalentes dos genéricos.

60. Os membros do Subcomité consideraram o documento relevante e pertinente. Seguiu-se um debate durante o qual foram feitas algumas observações.

61. Ao considerar a produção local de medicamentos essenciais, é importante ter em conta o contexto político de liberalização, desregulamentação e privatização em que os países trabalham. É também importante considerar que o papel actual dos governos é o de elaboração de políticas, facilitação e regulamentação, bem como a criação de um ambiente favorável ao crescimento do sector privado. A este respeito, o papel dos ministérios da saúde (com o apoio da OMS) consiste em reforçar os mecanismos de regulação farmacêutica e os conhecimentos técnicos relevantes.

62. É preciso realçar que a actual inacessibilidade dos medicamentos anti-retrovirais se deve, em parte, à dependência da importação e que é preciso fazer investigação tendo em vista a produção local. É fundamental sublinhar a importância da compra em conjunto dos medicamentos essenciais, através de comunidades económicas regionais, para explorar economias de escala e assim conseguir medicamentos a preços competitivos. É necessário criar um mercado viável para os medicamentos essenciais, criar serviços regionais de garantia de qualidade, com vista a reduzir a importação de medicamentos de fraca qualidade e a documentar e partilhar as melhores práticas de produção de medicamentos. A OMS deve apoiar os países a reforçar as suas capacidades em termos de legislação e regulação da produção farmacêutica.

63. O Subcomité propôs as seguintes alterações específicas ao documento:

- a) A “Análise da Situação” deverá incluir uma análise da extensão da i) implementação das Resoluções AFR/RC38/R19 e AFR/RC49/R5, que dizem respeito à melhoria do acesso aos medicamentos essenciais; ii) produção de medicamentos essenciais, incluindo os medicamentos tradicionais; é preciso referir a necessidade de produção e retenção dos recursos humanos necessários ao sector farmacêutico, a fim de assegurar a investigação e o desenvolvimento na área de medicamentos;
- b) No parágrafo 9, a segunda frase deverá referir que oito países não possuem indústria e S. Tomé e Príncipe deverá ser acrescentado à nota de rodapé 9;
- c) Nos parágrafos 10 a 13, devem ser especificados os nomes dos países;
- d) No parágrafo 14, a questão da falta de acesso a medicamentos anti-retrovirais deverá ser referida em primeiro lugar e salientada;
- e) Na versão portuguesa, parágrafo 16, substituir a palavra “inadequado” por “baixo”;
- f) Na versão francesa, parágrafo 17, substituir o termo “considérations” por “domaines”;
- g) No parágrafo 22, acrescentar questões relacionadas com o controlo de qualidade e a comercialização dos produtos farmacêuticos;
- h) Reformular a secção referente aos desafios de acordo com o documento sobre as Metas de Desenvolvimento do Milénio (documento AFR/RC55/PSC/5);
- i) Na secção “Perspectivas”, parágrafo 27, acrescentar as expressões: i) “Criar um organismo regulador farmacêutico a nível regional, responsável, entre outras coisas, pelas questões de controlo de qualidade e estabelecimento do diálogo entre os países nas áreas afins”; ii) “promover a produção local de fármacos, aos níveis sub-regional e regional, para garantir a sustentabilidade”;
- j) Na secção “Papéis e Responsabilidades”, os países devem ser encorajados a aderirem às comunidades económicas regionais, em vez de desenvolverem sozinhos a produção local; deverão ser acrescentadas as seguintes recomendações do seminário conjunto da OMS-UA-PNUD, sobre TRIPS e acesso aos medicamentos, realizado em Adis-Abeba, em Março de 2005: “encorajar a colaboração sul-sul, identificar centros de excelência para a produção regional ou sub-regional, incentivar as parcerias públicas/privadas, empreender estudos de viabilidade centrados na qualidade e acessibilidade”;
- k) No parágrafo 33 (a), deverá ler-se na segunda linha: “transferir e facilitar o desenvolvimento da capacidade local para produzir medicamentos essenciais”; em (b), referir a experiência da SADC com a harmonização da regulamentação

sobre os medicamentos; em (d), incluir investigação e desenvolvimento farmacêuticos, especialmente usando ervas e outras matérias-primas localmente disponíveis; em (e), acrescentar “licenciamento obrigatório”.

64. O Secretariado agradeceu aos membros o seu valioso contributo e garantiu-lhes que os seus comentários seriam integrados no documento final. Foi-lhes explicado que este tópico fora recomendado pela Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional, para ser incluído na ordem do dia da sua Quinquagésima-quinta sessão. O papel da OMS é trabalhar em estreita colaboração com os ministros da saúde e outros ministérios de áreas afins, (como comércio e indústria) e os parceiros do desenvolvimento, como por exemplo, a Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial (UNIDO) e a Organização Mundial do Comércio (OMC). O Secretariado agradeceu a sugestão para identificação e partilha de informações sobre Boas Práticas de Fabrico e em matéria de regulamentação na área dos medicamentos. Os participantes da reunião foram informados de que existem três laboratórios regionais de controlo da qualidade dos medicamentos, que estão à disposição dos Estados-Membros. Foi reconhecido o papel da União Africana e das comunidades económicas regionais na produção local, assim como as vantagens das compras em conjunto.

65. O Subcomité aprovou o documento com emendas, a ser apresentado ao Comité Regional, para análise e adopção.

CONTROLO DA TRIPANOSSOMÍASE HUMANA AFRICANA: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA (documento AFR/RC55/PSC/7)

66. O documento sobre a tripanossomíase humana africana foi apresentado pelo Dr. James N. Mwanzia, do Secretariado.

67. A distribuição da tripanossomíase humana africana, também conhecida como “doença do sono”, está circunscrita ao Continente Africano. Cerca de 60 milhões de pessoas correm o risco de contrair esta doença, que é absolutamente fatal, se não for tratada. Com o seu actual ressurgimento a tripanossomíase africana tanto humana como animal constitui um importante problema de saúde pública na Região. Este ressurgimento deve-se à falta de actividades sustentadas de vigilância.

68. A estratégia destina-se a controlar a epidemia, a médio prazo e a eliminar a doença enquanto problema de saúde pública, a longo prazo. São os seguintes os objectivos específicos da estratégia: i) reforçar as capacidades de todos os países afectados, para planearem, implementarem, monitorizarem e avaliarem os programas nacionais de luta contra a tripanossomíase humana africana; ii) promover o envolvimento dos sectores público

e privado no controlo da tripanossomíase humana africana; e iii) promover a investigação operacional como um instrumento para identificar e dar resposta a problemas decorrentes da implementação dos programas nacionais de luta contra a tripanossomíase humana africana.

69. Se for aprovada pelo Comité Regional e implementada nos países afectados, a estratégia proposta contribuirá para a redução da morbilidade e mortalidade por tripanossomíase humana africana na Região e, consequentemente, para a eliminação da doença enquanto problema de saúde pública, até 2015.

70. Os participantes elogiaram o documento pela sua pertinência e felicitaram o Secretariado pela sua qualidade.

71. Elogiaram também a importância dada à investigação operacional, e chamaram a atenção para a necessidade de incluir a investigação em sistemas de saúde e de acrescentar dados sobre mortalidade na análise da situação.

72. Os membros do Subcomité sugeriram as seguintes alterações, para melhorar o documento:

- a) No parágrafo 15, acrescentar um objectivo específico sobre a necessidade de dados de base sobre prevalência, incidência e mortalidade por tripanossomíase humana africana, para facilitar o processo de planeamento;
- b) Deverão incluir-se no documento os cinco institutos de investigação envolvidos nas actividades da doença do sono, e a OMS deverá apoiar o reforço das suas capacidades e encorajar a colaboração inter-institucional;
- c) Na primeira frase do parágrafo 21, deverá ler-se: “As comunidades deverão contribuir para a sustentabilidade e minimização dos custos”;
- d) No parágrafo 24, acrescentar actividades sobre educação para a saúde nas escolas, começando no nível primário;
- e) Foi levantada a questão sobre até que ponto as metas propostas são realistas, em termos de disponibilidade de recursos e calendarização;
- f) No parágrafo 33, acrescentar uma frase respeitante à necessidade de uma análise da situação, antes da elaboração de políticas nacionais, especialmente nos países onde o nível de endemicidade não é conhecido. Levantou-se a questão de saber se há colaboração interministerial sobre a questão do controlo da tripanossomíase animal, assim como entre os programas de combate às doenças transmitidas por vectores. Os membros do Subcomité sublinharam a necessidade de equilíbrio

entre um nível de verticalização e a integração do controlo da tripanossomíase humana africana nos programas de combate às doenças;

- g) No Resumo, parágrafo 2, na segunda frase, deverá ler-se: “Infelizmente, devido à falta de actividades regulares de vigilância e à insuficiência dos recursos atribuídos à tripanossomíase humana africana, assim como à mudança das prioridades na área da saúde e à indisponibilidade de medicamentos, a doença tem sido negligenciada”. A terceira frase pode ser eliminada.

73. O Secretariado agradeceu aos membros do Subcomité e garantiu-lhes que os seus valiosos comentários seriam integrados no documento final. Foram dados esclarecimentos sobre o seguinte: a) as actividades de controlo da tripanossomíase humana africana estão integradas no nível operacional, enquanto que um gestor de programa tripanossomíase humana africana é necessário no nível central para a gestão e administração do programa; b) o controlo dos vectores é mais necessário nas áreas onde grassa a *T. rhodesiense* e nas zonas onde a *T. gambiense* é epidémica ou altamente endémica; c) a detecção activa dos casos, pelo menos 1 vez ano e em cada núcleo é fundamental para o controlo da *T. gambiense*. Relativamente às metas propostas, o Secretariado salientou que o trabalho está em vias de implementação e que com a vontade dos parceiros e o empenho dos governos, é possível atingir as metas estabelecidas.

74. O Subcomité aprovou o documento com alterações e preparou um projecto de resolução sobre este assunto para ser apresentado ao Comité Regional, para análise e aprovação.

DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA REGIÃO AFRICANA: SITUAÇÃO ACTUAL E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC55/PSC/8)

75. O Dr. Rufaro Chatora, do Secretariado, apresentou o documento sobre as doenças cardiovasculares.

76. Este documento tem sete secções: introdução, análise da situação, desafios, oportunidades, intervenções prioritárias, papéis e responsabilidades, e conclusão.

77. O peso que representa as doenças cardiovasculares vem aumentando rapidamente em África, sendo agora um problema de saúde pública em toda a Região. Nos países em desenvolvimento, as suas complicações ocorrem em idades mais jovens. O documento tem em conta as orientações contidas na Estratégia Mundial para a Dieta, Actividade Física e

Saúde; as estratégias da OMS para as doenças não-transmissíveis e a promoção da saúde; e a Declaração dos Chefes de Estado da Organização da União Africana, em Durban.

78. As doenças cardiovasculares mais importantes são a hipertensão, o acidente vascular cerebral, as cardiomiopatias e a doença das artérias coronárias. A doença cardíaca reumática constitui ainda um grande problema na Região. Uma das razões para o aumento das doenças cardiovasculares no mundo prende-se com o envelhecimento das populações. A outra relaciona-se com a exposição a factores de risco, comportamentais e fisiológicos, dos quais oito são responsáveis por 75% das doenças cardiovasculares, tendo sido visados prioritariamente pela abordagem STEPS da OMS. Tal tem por base o seu grande impacto na morbilidade e mortalidade por doenças não-transmissíveis, em geral, e por doenças cardiovasculares, em particular; a possibilidade de mudar a situação por meio da prevenção primária; e a disponibilidade de métodos fáceis e normalizados de medição. À semelhança do que acontece com outras doenças não-transmissíveis, as doenças cardiovasculares ainda não recebem a atenção que merecem. Por isso, muitos países não têm programas ou estratégias nacionais para as combater. Do mesmo modo, os sistemas de vigilância dos factores de risco das doenças cardiovasculares são quase inexistentes na Região.

79. Existem várias intervenções prioritárias que visam reduzir a incidência das doenças cardiovasculares na Região, nomeadamente: a criação de um programa nacional de luta contra as doenças não-transmissíveis, que inclua as doenças cardiovasculares; a criação de sistemas de vigilância baseados nos factores de risco; o reforço das capacidades dos profissionais de saúde; a garantia de disponibilidade de medicamentos com boa relação custo-eficácia para tratamento das doenças cardiovasculares; a implementação da Convenção-Quadro para a Luta Anti-Tabágica e da Estratégia Mundial para a Dieta, Actividade Física e Saúde; e a prevenção primária e secundária da doença cardíaca reumática.

80. O documento conclui sublinhando que as doenças cardiovasculares são uma grande preocupação de saúde pública na Região. Devem ser prontamente implementadas intervenções-chave; uma grande prioridade deve ser acordada à prevenção primária e à promoção da saúde; e há necessidade premente de forte advocacia e de elevado empenhamento político.

81. Os membros do Subcomité agradeceram ao Secretariado pelo documento. Com vista ao enriquecimento do mesmo, sublinharam a necessidade de incluir nele os dados e os quadros assim como o gráfico conceptual da STEPS, usado na apresentação. Foi afirmado que os países deveriam fazer mais para reduzir os riscos do tabaco, bem como criar sistemas de diagnóstico e vigilância de outros factores de risco, incluindo a realização de inquéritos, como os inquéritos STEPS. Como principal estratégia preventiva, os governos deveriam criar contextos favoráveis, que facilitem às pessoas a adopção de estilos de vida saudáveis. Dado

que há sempre um período de tempo que medeia a adopção das medidas preventivas e a observação de uma tendência para a redução das doenças cardiovasculares, intervenções atempadas, como a prática de actividade física e a adopção de uma dieta adequada, são necessárias. Os participantes desejaram ser informados sobre a viabilidade de integrar a STEPS nos outros inquéritos nacionais, como os Inquéritos Demográficos e Populacionais e os inquéritos gerais da saúde, para evitar a fragmentação e duplicação de esforços. Os países foram encorajados a adoptar políticas de luta contra as doenças não-transmissíveis, com particular incidência nas doenças cardiovasculares.

82. Foram feitas as seguintes sugestões específicas para melhorar o documento:

- a) Sempre que o documento se referir à “mortalidade”, acrescentar “morbilidade”;
- b) Nos parágrafos 29, 33 e 35, as prevenções primárias, secundária e terciária devem ser explicitamente descritas;
- c) No parágrafo 32, o documento deve apresentar aos Estados-Membros propostas e recomendações concretas.
- d) No parágrafo 38, deve incluir-se, entre os determinantes sócio-económicos, o impacto dos conflitos e da instabilidade social;
- e) Na secção Papéis e Responsabilidades, tornar o parágrafo 39(b) mais explícito; nos parágrafos 39 e 40, a importância da integração deve ficar claramente entendida; dizer exactamente de que modo a OMS pode ajudar a reduzir a incidência das doenças cardiovasculares, como refere o parágrafo 40(b).

83. O Secretariado exprimiu o seu apreço pelos comentários e sugestões feitos pelo Subcomité e garantiu que os mesmos seriam incluídos na versão final do documento. Os dados nacionais disponíveis sobre a STEPS serão usados para actualizar o documento e formular as políticas de luta contra as doenças cardiovasculares, bem como os programas de prevenção e controlo.

84. O desafio colocado pelas doenças não-transmissíveis exige integração e uma reposta multisectorial. As políticas de luta contra as doenças não-transmissíveis devem ser elaboradas no contexto das políticas sanitárias gerais dos países. Foi explicado que era possível integrar os inquéritos STEPS em inquéritos nacionais, com algumas adaptações. Quanto ao papel da OMS, o Subcomité foi informado de que o Secretariado apoiará os países com informação, avaliação dos factores de risco, apoio técnico e mobilização de recursos. Com uma intervenção nos oito factores de risco, a incidência das doenças não-transmissíveis em geral será reduzida de modo integrado. Os membros foram informados de que existe um

site com os resultados dos inquéritos STEPS e de outros programas pertinentes de doenças não-transmissíveis da Região.

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

IMPLEMENTAÇÃO DA CONVENÇÃO-QUADRO PARA A LUTA ANTI-TABÁGICA (FCTC) NA REGIÃO AFRICANA: SITUAÇÃO ACTUAL E PERSPECTIVAS

(documento AFR/RC55/PSC/9)

86. O Dr. Rufaro Chatora, do Secretariado, apresentou o documento sobre a Convenção-Quadro para a Luta Anti-Tabágica, que tem seis secções: introdução, estado actual, desafios, oportunidades, perspectivas futuras e conclusão.

87. O consumo de tabaco é a maior causa de morte evitável a nível mundial, estimando-se ser responsável pela morte de 4,9 milhões de pessoas por ano. É a segunda maior causa de morte a nível mundial. Em 2020, o tabaco será responsável pela morte de 10 milhões de pessoas por ano, 70% das quais nos países em desenvolvimento. Em África, a prevalência do uso do tabaco era de 29% nos homens e 7% nas mulheres, em 2000. Tratando-se de um importante factor de risco para as doenças cardiovasculares e o cancro, contribui para agravar o duplo fardo das doenças em África, uma região presentemente a debater-se com o HIV/SIDA e o paludismo. O maior impacto do tabaco em termos de saúde pública é o risco acrescido de tuberculose, que constitui por si só um problema importante de saúde pública em África.

88. A Convenção-Quadro para a Luta Anti-Tabágica da OMS foi formulada para combater a epidemia do tabagismo. A 27 de Fevereiro de 2005, a Convenção entrou em vigor e tornou-se juridicamente vinculativa para os primeiros 40 países que se tornaram Partes Contratantes antes de 30 de Novembro de 2004, entre os quais se contavam cinco países africanos. A 1 de Junho de 2005, nove países da Região Africana tinham ratificado a Convenção, sete ainda não a tinham assinado e 30 estavam a tomar medidas para a ratificar.

89. É imperioso definir metas e formular planos e estratégias para implementar a Convenção. A elaboração de um plano nacional e a criação de um quadro jurídico e institucional para executar o plano de acção são etapas fundamentais no processo de implementação da Convenção. A importância da saúde pública deve sobrepor-se ao peso económico do tabaco. Os Estados-Membros devem tirar partido da reconhecida associação entre a luta anti-tabágica e a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio.

90. Os membros do Subcomité agradeceram ao Secretariado a qualidade e oportunidade deste documento. Lamentaram o facto de apenas nove dos 46 países da Região Africana terem ratificado a Convenção. A situação não é encorajadora, porque as populações africanas são extremamente vulneráveis à publicidade das tabaqueiras multinacionais. Estas, sob a pressão de legislação rigorosa nos seus países de origem, viram-se forçadas a transferir as actividades de produção e comercialização para os países em desenvolvimento, que não têm legislação idêntica.

91. Os membros do Subcomité sublinharam a necessidade de: (i) exortar os Estados-Membros a acelerar a ratificação da Convenção, para que possam ter voz em futuros debates internacionais relacionados com a luta anti-tabágica; (ii) definir uma data-limite para a ratificação da Convenção por parte dos Estados-Membros da Região Africana; (iii) intensificar a sensibilização e advocacia junto dos legisladores dos países que ainda não ratificaram a Convenção; (iv) intensificar a sensibilização e advocacia junto dos Chefes de Estado por intermédio da União Africana, para garantir que a África não se atrasará na prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis relacionadas com o uso do tabaco; (v) intensificar os esforços para aumentar o número de países que ratificam a convenção (vi) usar o Comité Regional como um fórum para uma acção conjunta de advocacia africana em favor da ratificação; (vii) encorajar os países a elaborar e aplicar legislação sobre a luta anti-tabágica (publicidade, locais sem tabaco).

92. Os Membros fizeram as seguintes sugestões específicas para melhorar o documento;

- a) Na Introdução, parágrafo 2, acrescentar o cancro de pulmão e sublinhar a associação entre o tabaco e as doenças cardiovasculares;
- b) Na secção Situação Actual, parágrafo 9, actualizar o número dos países que ratificaram a Convenção-Quadro;
- c) No parágrafo 20, primeira frase, acrescentar as palavras “alívio da pobreza” entre “controlo do tabaco” e “consecução das MDM”;
- d) No parágrafo 21, acrescentar uma frase que encoraje os países a ratificar a Convenção;
- e) Na Conclusão, acrescentar uma frase que exorte os países que ainda não ratificaram a Convenção a fazê-lo.

93. O Secretariado manifestou apreço pelos comentários e sugestões feitos pelo Subcomité, garantindo aos membros que eles seriam incluídos na versão final do documento. No entanto, quanto ao problema específico da ratificação, os países foram exortados a depositar o

instrumento de ratificação no departamento de tratados das Nações Unidas, em Nova Iorque. Foi sublinhado que a legislação específica em matéria de luta anti-tabágica devia estar em harmonia com a Convenção. A consideração primordial deve ser a de agir no interesse da saúde pública.

94. O Subcomité aprovou o documento com emendas, para apresentação ao Comité Regional para análise e adopção.

CLONAGEM DOS SERES HUMANOS PARA FINS REPRODUTIVOS: SITUAÇÃO ACTUAL (documento AFR/RC55/PSC/10)

95. O documento sobre clonagem para fins reprodutivos foi apresentado pela Dra. Doyin Oluwole, do Secretariado. Este documento trata das preocupações éticas relacionadas com a clonagem para fins reprodutivos, os potenciais benefícios da clonagem para fins não reprodutivos, a situação actual na Região Africana, as perspectivas de futuro, a monitorização e a avaliação, e conclusão.

96. *Clonagem* é um termo geralmente usado pelos cientistas para descrever os diferentes processos usados na duplicação de material biológico. Um *clone* é um organismo que é uma cópia genética de um outro já existente. A transferência nuclear é uma das técnicas usadas para duplicar o material genético, criando um embrião através da transferência e fusão de uma célula diplóide num oócito feminino enucleado. Quando é usada para fins reprodutivos, esta técnica suscita grandes preocupações de ordem ética e é considerada uma ameaça à dignidade humana.

97. A comunidade internacional tem tentado, ao longo dos anos, mas sem sucesso, chegar a um consenso sobre a questão da clonagem humana para fins reprodutivos. Em Fevereiro de 2005, a Comissão Jurídica da Assembleia-Geral das Nações Unidas recomendou a adopção de uma declaração sobre clonagem humana, na qual se pedia aos Estados-Membros que proibissem todas as formas de clonagem humana, na medida em que são incompatíveis com a dignidade humana e a protecção da vida humana.

98. A finalidade deste documento é sensibilizar os ministérios da saúde da Região Africana, fornecendo-lhes informação essencial e relevante sobre a clonagem humana para fins reprodutivos, bem como sobre as suas implicações no estado de saúde das populações.

99. Algumas das preocupações de natureza ética, suscitadas pela clonagem para fins reprodutivos, estão relacionadas com o risco de: danos físicos, psicológicos ou sociais; exploração dos pobres; e distribuição desigual de recursos e atenção inadequada às questões prioritárias da Região. Os potenciais benefícios da clonagem humana para fins não

reprodutivos e da transferência nuclear incluem o uso das células estaminais como células de substituição, para tratar algumas doenças crónicas, assim como para ajudar ao desenvolvimento de medicamentos, técnicas de diagnóstico e à criação de células e tecidos para transplante.

100. Na maioria dos países africanos, não existem normas nem políticas específicas sobre a manipulação genética para fins terapêuticos, de investigação ou reprodução. Consequentemente, há um risco acrescido de realização de experiências e projectos ilegais ou não éticos envolvendo a reprodução humana.

101. Para resolver estas questões, os países deverão elaborar políticas e normas rigorosas, bem como mecanismos eficazes de implementação e monitorização, incluindo comissões nacionais para as questões de ética. A OMS e os parceiros são solicitados a prestar apoio técnico e financeiro aos países, para que estes possam levar a cabo as acções necessárias. Os Estados-Membros são encorajados a prosseguir a investigação médica de forma ética, para a protecção da dignidade humana.

102. Os membros do Subcomité agradeceram ao Secretariado a apresentação do documento, tendo elogiado a sua qualidade e oportunidade. Foi, igualmente, realçada a utilidade da informação técnica nele contida.

103. Durante a discussão geral, os membros do Subcomité realçaram os debates em curso a nível nacional e internacional e o facto de, até ao presente, não ter sido possível chegar a um consenso. O grande debate centra-se em torno dos limites entre a clonagem para fins reprodutivos e a clonagem terapêutica, bem como das implicações de natureza ética e moral de ambas.

104. Os membros do Subcomité fizeram referência ao último debate nas Nações Unidas, em que foram expressas três opiniões diferentes, nomeadamente: rejeição de todas as formas de clonagem; autorização de, apenas, clonagem terapêutica; e necessidade de mais debates. A maioria dos Estados africanos incluía-se no primeiro ou terceiro grupo.

105. Alguns países africanos já dispõem de comissões para as questões éticas, com funções de aconselhamento sobre a investigação em saúde. Solicitou-se à OMS que apoiasse o reforço dessas comissões, conferindo-lhes poderes que lhes permitam dar uma resposta adequada a questões emergentes, tais como a investigação sobre clonagem humana e células estaminais, assim como para garantir o seguimento da Declaração das Nações Unidas.

106. Os membros do Subcomité também reconheceram que o documento em discussão era, sobretudo, um documento informativo, que fornece a informação técnica e científica necessária para uma melhor participação no debate internacional em curso.

107. Os membros do Subcomité apresentaram as seguintes sugestões específicas, para melhorar o documento:

- a) A secção sobre a Situação Actual deverá incluir informação sobre os países que já estão a receber um número significativo de pedidos para a criação de um banco ou laboratório de células estaminais e informação sobre os países que já dispõem de quadros jurídicos;
- b) No parágrafo 18, acrescentar: (e) apoiar os países no reforço da sua capacidade para implementarem a Declaração das Nações Unidas;
- c) No parágrafo 21, incluir o consenso existente sobre a proibição da clonagem humana para fins reprodutivos e a ausência de consenso sobre a proibição da clonagem terapêutica.

108. O Secretariado manifestou o seu apreço pelos comentários e sugestões feitos pelo Subcomité e garantiu aos membros que os mesmos seriam incluídos na versão final do documento. Salientou-se que o documento, que fornece informação científica e técnica, se destina a informar e servir de orientação para os países. Destina-se a capacitar os países para participarem nos debates a nível nacional e internacional. O documento não constitui uma prescrição sobre a posição que os países ou a Região devem tomar. Os papéis e as responsabilidades propostos para os países representam medidas preventivas, visto que o documento sugere acções que permitirão aos países preparar-se melhor para enfrentarem os desafios emergentes da clonagem humana e as questões de ordem ética nas pesquisas em saúde. O Subcomité foi também informado de que o documento constitui uma resposta a um pedido feito durante a Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional e que o Escritório Regional apoiará os países a estabelecer e/ou reforçar as capacidades das comissões para as questões de ética.

109. O Subcomité aprovou o documento, com alterações, a submeter à apreciação e adopção do Comité Regional

PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA AS AFECTAÇÕES ESTRATÉGICAS DE RECURSOS (documento AFR/RC55/PSC/11)

110. O Dr. Paul Lusamba-Dikassa do Secretariado, apresentou o documento sobre os princípios orientadores, o qual contém informação sobre a afectação estratégica de recursos, os princípios orientadores, as três perspectivas, o mecanismo de validação e o respectivo processo.

111. Em 1998, a Resolução WHA51.31 introduziu um mecanismo para a afectação de recursos nas seis regiões da OMS. Posteriormente, os orçamentos de África e da Europa aumentaram, enquanto os outros diminuíram. O relatório de avaliação foi apresentado à Quinquagésima-sétima Assembleia Mundial da Saúde, na qual as quatro regiões recomendaram que a fórmula de afectação existente fosse abandonada no final de 2005. A decisão WHA57(10) solicitava ao Director-Geral que concebesse uma nova fórmula, com base na equidade, eficiência, desempenho e principais necessidades. O primeiro projecto foi elaborado e apresentado nas 115ª e 116ª sessões do Conselho Executivo.

112. Os princípios orientadores são apresentados no contexto das alterações propostas ao quadro de gestão da OMS, baseado nos resultados. Sublinham a necessidade de os recursos serem afectados com base nos programas, funções e perspectivas. O documento sugere a preparação de três instrumentos principais, a usar na determinação da afectação dos recursos: um plano estratégico a médio prazo (2008-2013); princípios e critérios para a afectação estratégica de recursos; e um mecanismo de validação.

113. Existem sete princípios orientadores para a afectação estratégica de recursos: a afectação deve ser norteadada pelos resultados esperados a nível da Organização; o orçamento deve abranger todos os recursos financeiros da OMS; o processo de planeamento deve ser orientado pelo Programa-Geral de Trabalho e pelas CCS; as indicações dos recursos relativos devem ser definidas para todo o período de planeamento estratégico; o desempenho no passado de programas específicos deve ser tido em conta; devem considerar-se três perspectivas complementares: a programática, a funcional e a organizacional; finalmente, haverá que validar o processo de planeamento e o orçamento com base nos resultados.

114. Quando estiver finalizado, o mecanismo de validação incluirá parâmetros, indicadores, índices e patamares para a afectação de recursos. O mecanismo tem em conta três componentes: a “componente essencial” que é relacionada com as funções essenciais da OMS; a componente relativa ao compromisso que reflecte os recursos adicionais necessários para as funções administrativas; e a componente baseada nas necessidades que reflecte a situação

sanitária e sócio-económica dos países servidos e usa um índice para orientar a afectação de recursos adicionais.

115. Em resumo, o documento propõe: i) ligar a afectação estratégica de recursos aos processos essenciais de gestão da Organização: o Programa-Geral de Trabalho para 2006-2015; um plano estratégico a médio prazo para 2008-2013; e orçamentos-programa para); ii) criar um mecanismo de validação; iii) e apresentar à 117ª sessão do Conselho Executivo a indicação dos limites para os recursos, a partir do mecanismo de validação.

116. O Subcomité do Programa reconheceu que se tratava de um importante documento, a exigir um longo tempo para análise. No entanto, o documento era de difícil compreensão, sendo necessário fazer um grande esforço para o tornar acessível, antes de ser apresentado ao Comité Regional. O documento deverá esclarecer a natureza da antiga fórmula de afectação e, caso haja acordo quanto à nova fórmula, quais os benefícios que dela resultarão para a Região Africana. Se se trata de uma vertente da reforma geral da OMS, isso deveria ser indicado no documento.

117. O Subcomité fez as seguintes sugestões específicas para melhorar o documento:

- a) A Introdução deverá desenvolver o historial da fórmula actual, explicar as suas componentes de base, enumerar as funções essenciais no documento e esclarecer se elas se limitam à Sede;
- b) No parágrafo 11, a expressão “gestão com base nos resultados” é subjectiva e pode resultar em desvantagens para as regiões e os escritórios regionais;
- c) Na secção Afectação Estratégica de Recursos, devem acrescentar-se outros princípios, como a problemática da descentralização fiscal – movimentar fundos da Sede para as regiões, compromissos a longo prazo e a previsibilidade dos recursos provenientes dos doadores e dos Estados-Membros, para facilitar o planeamento estratégico;
- d) No parágrafo 12, Princípio 6, a pergunta no parágrafo é retórica, porque já se sabe onde o trabalho é mais bem executado;
- e) Na secção Alocação Estratégica dos Recursos Segundo as Três Perspectivas, deve-se indicar até que ponto a fórmula de alocação será flexível, no caso de alterações nas prioridades e de os países precisarem de reafectar fundos;
- f) No parágrafo 17, 7º item, acrescentar “num espírito de descentralização”;

- g) No parágrafo 24, última frase, explicar a importância de classificar os custos esperados em “elevados, médios e baixos”;
- h) Na secção Mecanismo de Validação, parágrafo 34, é necessário rever a última frase: ela aparenta ser contraditória, já que as regiões não são todas iguais;
- i) No parágrafo 38, explicar o sentido de componente essencial e esclarecer que nível seria responsável por ela e se esta virá a ser financiada por fundos voluntários ou pelo orçamento ordinário;
- j) Na secção Afectação Estratégica de Recursos: Processo, parágrafo 43, acrescentar “Comité Regional”, depois das comissões a funcionar na Sede;
- k) No parágrafo 44, excluir a expressão “tomar nota” e substituí-la por “debater e adoptar”; o processo referido em subtítulo deve ser esclarecido, devendo ficar bem clarificado se os orçamentos renováveis acompanharão o plano estratégico a médio prazo.

118. O Secretariado agradeceu os comentários dos membros do Subcomité, tendo informado que o documento ainda está em fase de afinação. O documento integra-se na reforma geral da OMS e responde ao actual contexto, segundo o qual o grosso do orçamento assenta em Fundos Voluntário. Estão em curso consultas em todas as regiões antes da sua finalização, sendo necessário trabalhar mais alguns conceitos como os indicadores e a ponderação. A fórmula anterior assentava no facto de a maior parte do financiamento ser proveniente do orçamento ordinário. Os participantes esperam que a nova abordagem não vai resultar em prejuízos para a Região Africana, já que esta tem mais países a apoiar e maiores carências que todas as outras regiões.

119. Os ministros da saúde da Região Africana tomaram conhecimento de uma versão anterior deste documento durante a Assembleia Mundial da Saúde e tomaram sobre ela uma posição, expressa num documento que está disponível. Solicitaram uma oportunidade para as Regiões procederem a uma análise mais exaustiva e, por isso, o documento foi incluído na ordem do dia do Comité Regional.

PREVENÇÃO DO HIV NA REGIÃO AFRICANA: UM APELO PARA UMA ACÇÃO ACELERADA

120. O Director Regional apresentou o documento “Prevenção do HIV na Região Africana – um Apelo para aceleração da acção”, fornecendo um breve resumo da situação do HIV/ SIDA na Região e dando ênfase à premência em intensificar as actividades de prevenção. Pediu o parecer do Subcomité sobre a proposta de declarar o ano de 2006, como “Ano da aceleração

da Prevenção do HIV em África”, tendo em vista a apresentação da proposta à aprovação do Comité Regional. Tal está em conformidade com as funções do Subcomité do Programa de aconselhar o Director Regional sempre que necessário, entre sessões do Comité Regional.

121. O Subcomité do Programa apoiou por unanimidade esta iniciativa de acelerar a prevenção do HIV e de declarar 2006 como um ano de atenção especial para este assunto. Salientou certos aspectos a serem destacados no documento e na Mesa-Redonda proposta para a Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional. Esses aspectos incluem:

- a) Uma análise aprofundada e um entendimento das razões por que os esforços para controlar o HIV na Região não tiveram sucesso até agora;
- b) Um entendimento dos factores relacionados com a diferença da situação entre os países africanos, e entre a África e os outros continentes;
- c) Ênfase na mudança de comportamentos, que permitirá às pessoas traduzir os seus conhecimentos em comportamentos protectores;
- d) A necessidade de conceber abordagens para monitorizar a incidência, para além da prevalência, de forma a demonstrar o impacto das intervenções de prevenção;
- e) Garantir que a decisão sobre esta iniciativa seja integrada no discurso do Secretário-Geral das Nações Unidas, na Assembleia Geral em Setembro de 2005;
- f) Ao mesmo tempo que se concentram os esforços na prevenção, continuar a dar ênfase à melhoria do acesso ao tratamento a pessoas que vivem com o HIV/SIDA;
- g) Dar prioridade à prevenção da transmissão vertical mãe-filho, bem como às intervenções destinadas a utilizadores de drogas injectáveis;
- h) Responder às necessidades das crianças órfãs, especialmente tirando partido do tema do Dia da Criança Africana de 2005, subordinado ao tema da protecção contra o HIV;
- i) Garantir que a integração e a coordenação sejam considerados como princípios-chave para a implementação da iniciativa;
- j) Pôr ênfase em estratégias e abordagens inovativas que possam marcar a diferença na prevenção do HIV;
- k) Definir o calendário, incluindo o dia comemorativo, na proposta a apresentar ao Comité Regional.

122. O Director Regional agradeceu aos membros do Subcomité do Programa o seu apoio a esta iniciativa. Frisou que a prevenção do HIV seria debatida numa Mesa-Redonda, durante a Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional. Informou ainda aos participantes que tinha recentemente organizado a uma reunião consultiva multidisciplinar sobre a prevenção do HIV e que o respectivo relatório, com várias recomendações inovadoras, seria partilhado com os membros do Subcomité. Sublinhou que, após a aprovação pelo Subcomité, iria

anunciar publicamente esta iniciativa, tomar medidas imediatas e apresentar a proposta ao Comité Regional.

123. O Subcomité do Programa aprovou a declaração do ano 2006 como “Ano da aceleração da prevenção do HIV em África” e recomenda que o Comité Regional adopte esta iniciativa.

CIMEIRA MINISTERIAL MUNDIAL SOBRE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE, 2008

124. O Director Regional apresentou o documento “Convite à apresentação de ofertas para acolher a Cimeira Ministerial Mundial sobre Investigação em Saúde, 2008”. O documento recorda que a Quinquagésima-oitava Assembleia Mundial da Saúde estudou e debateu a Declaração do México sobre Investigação em Saúde, tendo, posteriormente, adoptado uma resolução intitulada “Cimeira Ministerial sobre Investigação em Saúde”. A Assembleia adoptou a proposta, feita pela Cimeira Ministerial do México, de realizar a Conferência Ministerial de 2008 na Região Africana da OMS. Por outro lado, refere que a finalidade da Conferência Ministerial de 2008 é promover a cultura e a prática da investigação, geração de conhecimentos e sua utilização como pré-requisitos necessários para a consecução das metas relativas à saúde, a nível internacional e nacional, para melhorar o desempenho dos sistemas nacionais de saúde e a vitalidade do desenvolvimento sócio-económico dos países. O Subcomité do Programa acolheu favoravelmente a realização desta Conferência Ministerial Mundial na Região Africana e saudou o processo de consulta com os Estados-Membros para se identificar e decidir sobre o país que irá acolher o evento.

125. O Subcomité aceitou os critérios propostos para a selecção do país anfitrião e propôs ao Director Regional uma lista de países que deverão ser considerados no processo de consulta junto dos Governos. Os seguintes países foram propostos: Nigéria, África do Sul, Senegal, Moçambique, Quénia, Rwanda, Mali e Argélia.

126. Este assunto será levado à consideração da próxima sessão do Comité Regional para decisão.

ADOÇÃO DO RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

(documento AFR/RC55/PSC/12)

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

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

128. O Subcomité do Programa decidiu que o seu Presidente e Relatores apresentarão o presente relatório ao Comité Regional; no caso de algum dos Relatores não poder estar presente no Comité Regional, o Presidente apresentará a respectiva secção do relatório.

129. A atribuição de responsabilidades para a apresentação do relatório ao Comité Regional ficou assim definida:

- a) Orçamento-Programa da OMS para 2006-2007: Orientações para a implementação na Região Africana (documento AFR/RC55/PSC/3)
Professor Mohammed Lemine Ba – Presidente
- b) Estratégia de cooperação com os países: Implementação, lições aprendidas e perspectivas na Região Africana (documento AFR/RC55/PSC/4)
Professor Mohammed Lemine Ba – Presidente
- c) Consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde: Análise da situação e perspectivas na Região Africana (documento AFR/RC55/PSC/5)
Professor Mohammed Lemine Ba – Presidente
- d) Produção local de medicamentos essenciais, incluindo anti-retrovirais: Problemas, desafios e perspectivas na Região Africana (documento AFR/RC55/PSC/6)
Dr. Boureima Hama Sambo – Relator
- e) Luta contra a Tripanossomíase Humana Africana: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC55/PSC/7)
Dr. Boureima Hama Sambo – Relator
- f) Doenças cardiovasculares na Região Africana: Situação actual e perspectivas (documento AFR/RC55/PSC/8)
Dr. Habib Saizi Somanje – Relator
- g) Implementação da Convenção-Quadro para a Luta Anti-Tabágica na Região Africana: Situação Actual e Perspectivas (documento AFR/RC55/PSC/9)
Dr. Habib Saizi Somanje – Relator
- h) Clonagem de seres humanos para fins reprodutivos: Situação actual (documento AFR/RC55/PSC/10)
Dr. Alexandre Manguele – Relator

- i) Princípios orientadores para a afectação estratégica dos recursos
(documento AFR/RC55/PSC/11)
Dr. Alexandre Manguele – Relator
- j) Prevenção do HIV na Região Africana: Um apelo para uma acção Acelerada
Professor Mohammed Lemine Ba – Presidente
- k) Cimeira Ministerial Mundial sobre Investigação em Saúde, 2008
Professor Mohammed Lemine Ba – Presidente

ENCERRAMENTO DA REUNIÃO

130. O Professor Mohammed Lemine Ba, Presidente do Subcomité do Programa, agradeceu aos membros por terem facilitado o desempenho das suas funções. Agradeceu-lhes também a sua paciência, atenção, participação activa e cooperação ao longo dos trabalhos. Elogiou o Director Regional e a sua equipa pela qualidade e pertinência dos documentos apresentados, o que facilitou a sua discussão.

131. O Presidente informou que tinha chegado ao fim o mandato como membros do Subcomité do Programa dos seguintes países: Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícias e Moçambique. Agradeceu-lhes o seu diligente contributo para os trabalhos e informou que seriam substituídos no Subcomité pelas Seychelles, Serra Leoa, África do Sul, Swazilândia, Tanzânia e Togo.

132. O Director Regional agradeceu ao Presidente a qualidade demonstrada pela sua liderança da reunião e agradeceu aos membros do Subcomité os seus excelentes contributos e orientações, que iriam enriquecer os documentos. Garantiu ao Subcomité que todas as sugestões e recomendações seriam consideradas na revisão dos documentos, com vista a sua discussão na Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional. Louvou a disponibilidade do Subcomité para analisar dois pontos que não constavam da Ordem do dia.

133. O Director Regional agradeceu aos membros do Subcomité, bem como aos intérpretes, tradutores e Secretariado pelo seu excelente trabalho, que contribuiu para o sucesso da reunião.

134. O Presidente declarou a reunião encerrada.

APÊNDICE 1

LISTA DOS PARTICIPANTES

1. ESTADOS-MEMBROS DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

MADAGÁSCAR

Prof. Erline H. Rasikindrahona
Directeur de la Promotion de la Santé

MALAWI

Dr Habib Saizi Somanje
Director of Preventive Health Services

MALI

Dr Sidy Diallo
Conseiller technique du Ministère de la
Santé

MAURITÂNIA

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

MAURÍCIAS

Mr Yogendr'nath Ramful
Senior Principal Health Economist

MOÇAMBIQUE

Dr. Alexandre Lourenço Jaime Manguele
Assessor do Ministro de Saúde

NAMÍBIA

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

NÍGER

Dr Hama Boureima Sambo
Directeur de la Santé

NIGÉRIA

Dr Shelu Sule
Director, Health Planning and Research

RWANDA

Dr Eliphaz Ben Karenzi
Secrétaire général du Ministère de la
Santé

SÃO TOMÉ E PRÍNCÍPE

Dr. José Manuel de Jesus Alves Carvalho
Coordenador da Direcção-Geral dos
Cuidados de Saúde

SENEGAL

Dr Babacar Dramé
Directeur de la Santé

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

Dr Shyam Shunker Manraj
Consultant (Pathology Services)
Central Health Laboratory, CANDOS
Victoria Hospital, Mauritius
Chairman of AACHRD

3. OBSERVADOR

Ms Dedeh Jones*
Chief Nursing Officer of the Ministry
of Health and Social Welfare
Liberia

-
- Não pôde participar.

APÊNDICE 2

ORDEM DO DIA

1. Abertura da reunião
2. Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relatores
3. Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC55/PSC/1)
4. Orçamento-Programa da OMS para 2006-2007: Orientações para a implementação na Região Africana (documento AFR/RC55/PSC/3)
5. Estratégia de cooperação com os países: Implementação, lições aprendidas e perspectivas (documento AFR/RC55/PSC/4)
6. Consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde: Análise da situação e perspectivas na Região Africana (documento AFR/RC55/PSC/5)
7. Produção local de medicamentos essenciais, incluindo anti-retrovirais: Problemas, desafios e perspectivas na Região Africana (documento AFR/RC55/PSC/6)
8. Controlo da Tripanossomíase Humana Africana: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC55/PSC/7)
9. Doenças cardiovasculares na Região Africana: Situação actual e perspectivas (documento AFR/RC55/PSC/8)
10. Implementação da Convenção-Quadro para a Luta Anti-tabágica (FCTC) (documento AFR/RC55/PSC/9)
11. Clonagem de seres humanos para fins reprodutivos: Situação actual (documento AFR/RC55/PSC/10)
12. Princípios orientadores para a afectação estratégica dos recursos (documento AFR/RC55/PSC/11)
13. Aprovação do Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC55/PSC/12)
14. Atribuição de responsabilidades para a apresentação do Relatório do Subcomité do Programa ao Comité Regional
15. Encerramento da reunião.

PROGRAMA DE TRABALHO

1º DIA: TERÇA-FEIRA, 14 DE JUNHO DE 2005

10h00 – 10h10	Ponto 1	Abertura da sessão
10h10 – 10h20	Ponto 2	Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relatores
10h20 – 10h30	Ponto 3	Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC55/PSC/1)
10h30 – 11h00	<i>Intervalo</i>	
11h00 – 12h30	Ponto 4	Orçamento-Programa da OMS para 2006-2007: Orientações para a implementação na Região Africana (documento AFR/RC55/PSC/3)
12h30 – 14h00	<i>Intervalo</i>	
14h00 – 16h00	Ponto 5	Estratégia de cooperação com os países: Implementação, lições aprendidas e perspectivas (documento AFR/RC55/PSC/4)

DIA 2: QUARTA-FEIRA, 15 DE JUNHO DE 2005

09h00 – 10h30	Ponto 6	Consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde: Análise da situação e perspectivas na Região Africana (documento AFR/RC55/PSC/5)
10h30 – 11h00	<i>Intervalo</i>	
11h00 – 12h30	Ponto 7	Produção local de medicamentos essenciais, incluindo anti-retrovirais: problemas, desafios e perspectivas na Região Africana (documento AFR/RC55/PSC/6)
12h30 – 14h00	<i>Intervalo</i>	

14h00 – 16h00 **Ponto 8** Controlo da Tripanossomíase Humana Africana:
Estratégia para a Região Africana
(documento AFR/RC55/PSC/7)

17h00 *Cocktail*

3º DIA: QUINTA-FEIRA, 16 DE JUNHO DE 2005

09h00 – 10h30 **Ponto 9** Doenças cardiovasculares na Região Africana:
Situação actual e perspectivas
(documento AFR/RC55/PSC/8)

10h30 – 11h00 *Intervalo*

11h00 – 12h30 **Ponto 10** Implementação da Convenção-Quadro para a Luta
Anti-Tabágica (FCTC)
(documento AFR/RC55/PSC/9)

12h30 – 14h00 *Intervalo*

14h00 – 16h00 **Ponto 11** Clonagem de seres humanos para fins
reprodutivos: Situação actual
(documento AFR/RC55/PSC/10)

16h00 – 17h00 **Ponto 12** Princípios orientadores para a afectação estratégica
dos recursos (documento AFR/RC55/PSC/11)

4º DIA SEXTA-FEIRA, 17 DE JUNHO DE 2005

09h00 – 16h00 **Redacção do Relatório** (pelo Secretariado)

16h00 **Pontos (13, 14 e 15)**

- Adopção do Relatório do Subcomité do Programa
(documento AFR/RC55/PSC/12)
- Atribuição de responsabilidades para apresentação do
relatório do Subcomité do Programa e do Comité Regional
- Encerramento da reunião

**RELATÓRIO DA MESA-REDONDA SOBRE PREVENÇÃO DO HIV E DA SIDA
NA REGIÃO AFRICANA**

INTRODUÇÃO

1. A Mesa-Redonda sobre “Prevenção do HIV e da SIDA na Região Africana” realizou-se em 23 de Agosto de 2005, sob a presidência do Dr. Alex Kamugisha, Ilustre Ministro do Estado da Saúde do Uganda. Nas suas observações introdutórias, o presidente lembrou a reunião consultiva sobre a prevenção do HIV, convocada pelo Director Regional, e que teve lugar em Brazzaville, na República do Congo, em Junho de 2005, assim como as recomendações do Subcomité do Programa para acelerar os esforços de prevenção do HIV na Região Africana.
2. Por seu lado, o facilitador da Mesa-Redonda, Dr. Olive Shisana, Presidente e Director Executivo do Conselho de Investigação sobre Ciências Humanas da África do Sul, apresentou um panorama da situação do HIV e da SIDA em África. Realçou os factores que explicam a tendência de aumento dos novos casos de infecção, os principais desafios no controlo da epidemia e as recomendações da reunião de Brazzaville sobre a prevenção do HIV.

PONTOS DE DISCUSSÃO

3. Foram debatidos os seguintes pontos:
 - a) Que acções específicas podem os ministros da saúde empreender, para revigorar a prevenção do HIV, de modo a conferir-lhe um sentido de urgência?
 - b) Que acções concretas podem os ministros da saúde empreender, para garantir que as intervenções de prevenção do HIV que visam os jovens e outros grupos vulneráveis sejam expandidas?
 - c) Que medidas práticas devem os ministros da saúde tomar para promover um maior envolvimento das comunidades, organizações de base comunitária, ONG, organizações religiosas e pessoas que vivem com o HIV/SIDA nos esforços de prevenção do HIV?
 - d) Que medidas práticas devem ser tomadas para 2006, o Ano da Aceleração da Prevenção do HIV em África?

CONTRIBUIÇÕES

4. Participaram na Mesa-Redonda quarenta e cinco países e dez organizações parceiras, tendo sido apresentadas vinte contribuições. Todos reconheceram que o HIV e a SIDA constituem um grave entrave ao desenvolvimento e requerem uma atenção especial, tendo os participantes aprovado por unanimidade a proposta do Director Regional de declarar 2006 o Ano da Aceleração da Prevenção do HIV na Região Africana.

RECOMENDAÇÕES

5. Os participantes fizeram as seguintes recomendações:

- a) garantir uma advocacia eficaz e uma liderança dos ministros da saúde orientada para a acção;
- b) dar um novo e urgente relevo e vigor aos esforços de prevenção do HIV, e garantir a fixação de metas apropriadas;
- c) acelerar a implementação de respostas multisectoriais, garantindo uma coordenação e harmonização eficazes dos esforços de prevenção do HIV;
- d) aumentar o acesso a intervenções de prevenção de qualidade baseadas no sector da saúde, através do reforço dos sistemas de saúde;
- e) reforçar os programas de prevenção destinados aos jovens, mulheres, raparigas e outros grupos vulneráveis, incluindo profissionais do sexo;
- f) implementar programas de promoção da saúde que ajudem os indivíduos a passar do estado de sensibilização e bons conhecimentos para o de mudança positiva de comportamento sexual;
- g) criar programas de mobilização social que assegurem uma apropriação pelas comunidades e o uso dos recursos locais;
- h) combater o problema do estigma, da discriminação e os valores e práticas culturais negativas;
- i) estabelecer a ligação entre o tratamento e a prevenção do HIV;
- j) promover a investigação local para uma melhor compreensão da dinâmica da transmissão do HIV, com o fim de encontrar respostas apropriadas;
- k) intensificar as parcerias entre o governos, o sector privado e as organizações da sociedade civil, incluindo as associações das pessoas que vivem com o HIV e a SIDA;

- l) elaborar políticas e leis apropriadas, para criar um ambiente de apoio à intensificação das intervenções de prevenção do HIV;
- m) mobilizar e afectar recursos adequados para facilitar a intensificação das intervenções de prevenção do HIV;
- n) reforçar a monitorização e a avaliação dos esforços de prevenção do HIV;
- o) advogar a favor da aceleração dos esforços destinados ao desenvolvimento de tecnologias, tais como microbicidas e vacinas contra o HIV;
- p) continuar a colaborar com instituições de investigação e os parceiros, para avaliar a eficácia da circuncisão masculina na prevenção da infecção pelo HIV.

ANEXO 6

RELATÓRIO DO PAINEL DE DISCUSSÃO

Determinantes sociais da saúde e desigualdades na saúde: Uma questão preocupante na Região Africana

INTRODUÇÃO

1. O painel de discussão sobre os determinantes sociais da saúde e as desigualdades na saúde na Região Africana teve lugar no dia 25 de Agosto de 2005, sob a presidência da Dra. Zeinab Mint Youba-Maïga, a Ministra da Saúde do Mali. Na sua alocução introdutória, referiu que muitos países da Região Africana – e do resto do mundo – sofriam desigualdades na saúde que eram passíveis de controlo social e humano. Essas desigualdades encontravam-se em crescimento, apesar de haver no mundo cada vez mais riqueza, mais conhecimentos e maior consciencialização face à saúde. No entanto, as políticas da saúde são dominadas por soluções orientadas para as doenças que ignoram em grande medida o ambiente social. Consequentemente, os problemas de saúde persistem, as desigualdades aumentam e as intervenções em saúde obtêm resultados abaixo do óptimo.

2. Acrescentou que a OMS estava interessada em medir as desigualdades na saúde, enquanto dimensão específica do desempenho dos sistemas de saúde. Certos dados demonstram que políticas, acções e uma liderança apropriadas na abordagem das dimensões sociais da saúde podem melhorar a saúde e o acesso aos cuidados de saúde. Foi neste contexto que, na Quinquagésima-oitava Assembleia Mundial da Saúde, o Director-Geral da OMS, Dr. Jong-wook Lee, apelou à constituição de uma Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CSDH). A Comissão, à qual compete recomendar intervenções e políticas para melhorar a saúde e reduzir as desigualdades na saúde por meio de acção sobre os determinantes sociais, foi lançada em 17 de Março de 2005, em Santiago do Chile. A Ministra referiu também que, para que a Região Africana alcançasse os objectivos da política de saúde para todos no Século XXI até 2020, era urgente reduzir as desigualdades e inequidades em matéria de saúde Região, sendo essa a razão de ser do painel de discussão.

PONTOS DE DISCUSSÃO

3. O grupo analisou os seguintes pontos-chave:
 - a) Existem aspectos documentados de desigualdades evitáveis? Se sim, com que dimensão? Se não, porquê? Poderia ser por falta de dados? O que deveria ser feito para identificar a dimensão das desigualdades evitáveis num país?
 - b) Que foi já feito acerca das desigualdades evitáveis existentes?
 - c) Que outras informações são necessárias para documentar desigualdades evitáveis e agir em relação a elas?
4. Os membros do painel eram os Ministros da Saúde do Malawi, Uganda e República Democrática do Congo, que abordaram as desigualdades relacionadas com a saúde materna e infantil, incluindo a AIDI; paludismo; e HIV/SIDA, infecções sexualmente transmitidas e tuberculose. Não houve uma apresentação sobre sistemas de saúde, porque o elemento convidado não recebeu a comunicação em devido tempo.

CONTRIBUIÇÕES

5. A Ministra da Saúde do Quênia, num documento lido, em seu nome, pelo Dr. James Nyikal, Director dos Serviços Médicos, realçou o sofrimento das populações vulneráveis e levantou questões importantes relacionadas com factores responsáveis pelas desigualdades em saúde. Comentou igualmente o papel da pobreza e da distribuição desigual da riqueza, tendo enumerado os objectivos e a metodologia da CSDH.
6. O Dr. Pascoal Mocumbi, comissário da CSDH e embaixador de boa-vontade da Região Africana da OMS para a saúde da mãe, do recém-nascido e das crianças, apresentou uma síntese da reunião de Brazzaville sobre a CSDH na Região Africana. A Comissão salientou que havia um sub-investimento na saúde na Região e instou os países a tratarem com urgência das questões relacionadas com os sistemas de saúde e com os recursos humanos em saúde. O Dr. Mocumbi apelou ao Comité Regional para que se apropriassem do trabalho da Comissão na Região Africana.
7. Os membros do painel e oito dos participantes sublinharam certos factores responsáveis pelas desigualdades na saúde nos seus respectivos países. Todos, invariavelmente, nomearam a pobreza. Outros factores citados foram a globalização, os conflitos, o meio-ambiente físico e social em que a maioria das pessoas vivem, e os determinantes sociais, económicos, culturais e demográficos.

8. Foram ainda referidas algumas medidas tomadas individualmente nos países, para responder aos problemas das desigualdades, nomeadamente:

- a) Na área da saúde da mãe e do recém-nascido:
 - i) Assistência ao parto
 - ii) Prestação de cuidados obstétricos de emergência
 - iii) Aumento do número de ambulâncias
 - iv) Lidar com as crenças culturais
 - v) Dar formação e fornecer estojos de obstetrícia às parteiras tradicionais
 - vi) Envolver os líderes tradicionais na assistência ao trabalho de parto e efectuar auditorias sobre óbitos maternos e infantis
 - vii) Programas de nutrição
 - viii) Regalias sociais
 - ix) Adopção de um roteiro de maternidade segura
- b) Na área do paludismo:
 - i) Mosquiteiros impregnados com insecticida
 - ii) Pulverização residual de interiores
 - iii) Fornecimento de medicamentos às populações vulneráveis
- c) Na área da SIDA/HIV, DST e tuberculose: Distribuição de medicamentos anti-retrovirais gratuitos.

9. Os membros do painel e os delegados que contribuíram para o debate sugeriram diversas acções e intervenções para se avançar, designadamente:

- a) Iniciar a mudança fornecendo informação e advogando a favor da implementação de políticas nacionais e mundiais eficazes, direccionadas para os determinantes sociais da saúde
- b) Colaboração intersectorial envolvendo governos, ONG, políticos e outros intervenientes
- c) Criação de grupos de trabalho intersectoriais envolvendo decisores políticos, sociedade civil, vários ministérios e académicos, e mobilização de líderes políticos e parceiros, para garantir o apoio às políticas favoráveis aos pobres
- d) Repartição justa de recursos, através de políticas apropriadas, especialmente dando poderes aos pobres, através da concessão de propriedade de terras e de emprego, entre outros

- e) Proporcionar ambientes de trabalho saudáveis, oportunidades de emprego e salários justos
- f) Mobilização de recursos
- g) Abordar a questão dos direitos humanos
- h) Adopção de políticas que promovam solidariedade
- i) Criar mecanismos de afectação de recursos que favoreçam áreas e grupos desfavorecidos
- j) Reforma do sector da saúde que reforce o sistema de saúde
- k) Uso de SWAps
- l) Aumento da advocacia
- m) Formação de grupos consultivos de sector, para incentivar a colaboração multisectorial
- n) Adopção de sistemas de proximidade do cliente, por exemplo, criação de postos de saúde em aldeias
- o) Proporcionar acesso à educação
- p) Resolver as desigualdades entre os sexos

DESAFIOS

10. Os membros do painel e os delegados que participaram no debate mencionaram diversos desafios, incluindo a falta de recursos, o egocentrismo da parte dos ricos e a falta de vontade política.

RECOMENDAÇÃO

11. Notando a estreita relação existente entre a saúde e o bem-estar social, os ministros e os delegados apelaram ao Escritório Regional da OMS para que formulasse uma estratégia regional que definisse o papel dos países no trabalho da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CSDH).

12. Os Estados-Membros sublinharam a necessidade de implementar as recomendações da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde da OMS, em particular a preparação de planos de investimento de saúde em prol dos pobres, para fazer face às desigualdades na saúde pelos Estados-Membros.

ANEXO 7

RELATÓRIO DA SESSÃO ESPECIAL Financiamento Sustentável da Saúde em África

Antecedentes

1. A Dra. Alimata Diarra-Nama, Directora da Divisão de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde e Serviços deu as boas-vindas aos delegados, aos convidados e ao Secretariado à sessão especial sobre financiamento sustentável da saúde em África. Agradeceu ao Banco Mundial e ao Fundo Monetário Internacional por terem honrado o convite do Director Regional para colaborarem na organização da sessão especial. Agradeceu também aos membros do painel por terem aceite partilhar as suas experiências na sessão.
2. Afirmou que, no decurso das diversas reuniões da Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional, os delegados debateram o que seria necessário os países fazerem por forma a intensificar os esforços de consecução das Metas de Desenvolvimento para o Milénio. Acrescentou ainda que esta sessão serviria para discutir a forma de financiamento dos esforços para a consecução das Metas de Desenvolvimento para o Milénio e dos desafios macroeconómicos a serem enfrentados pelos países.
3. Sublinhou que o financiamento dos sistemas de saúde é de extrema importância, uma vez que afecta o desempenho não só das suas outras formas de administração, criação de recursos e fornecimento de serviços, mas também a consecução dos objectivos dos sistemas de saúde – saúde, resposta às expectativas não médicas das populações e contribuições financeiras justas.
4. Alertou os delegados de que, à medida que prosseguiam com os debates, era importante relembrar que os objectivos do financiamento da saúde eram a disponibilização de fundos, o garantir da escolha de intervenções rentáveis, o estabelecimento de incentivos adequados para os profissionais de saúde e assegurar que cada indivíduo tenha acesso a cuidados de saúde público e privado eficazes. Relembrou as três funções do financiamento da saúde: a recolha de receitas, a agregação de recursos e a aquisição de serviços de saúde.
5. Afirmou que o objectivo geral da sessão especial era reforçar o diálogo entre o Escritório Regional Africano da OMS, o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e os ministérios da saúde sobre os desafios fundamentais de financiamento da saúde com os quais a Região Africana da OMS se depara. Os objectivos específicos da sessão foram:

- Concordância sobre as estratégias e abordagens para fazer face aos desafios de financiamento da saúde na Região;
- Discussão das políticas e instrumentos financeiros que possam permitir aos países alcançar os recursos necessários para a consecução das Metas de Desenvolvimento para o Milénio.

6. O Dr. OK Pannenberg agradeceu ao Director Regional por ter convidado o Banco Mundial e o FMI para dialogarem com os delegados na Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da OMS.

7. Esta sessão dividiu-se em duas partes. A primeira discutiu os desafios de financiamento da saúde e as reformas recentes. A segunda, centrou-se nas questões sobre o espaço fiscal na elaboração de gastos com vista à redução da pobreza.

Parte I: Desafios no financiamento da saúde e recentes tendências de reforma na Região Africana

8. A primeira parte foi presidida pelo Dr. Hetherwick Ntaba, Ministro da Saúde do Malawi. Esta parte analisou os desafios-chave do financiamento da saúde enfrentados pela Região a nível dos países, bem como as recentes tendências para abordar os mesmos. Esta parte da sessão começou com uma breve apresentação feita pelo Dr. Alexander Preker, do Banco Mundial, intitulada “Desafios no financiamento da saúde e recentes tendências de reformas na Região Africana”

9. Muhammed Lecky, o Director Executivo do Regime Nacional de Seguros de Saúde, da Nigéria, fez uma apresentação intitulada “Regime nacional de seguros de saúde nigeriano: uma resposta estratégica essencial para o financiamento dos cuidados de saúde”. O Dr. Sam Akoa, Secretário Executivo do Conselho Nacional de Seguros de Saúde, do Gana, fez uma apresentação intitulada “Regime nacional de seguros de saúde, Gana”. Dos debates que se seguiram entre os membros do painel e os delegados, resultaram diversos desafios e recomendações.

Problemas e desafios

Os problemas e os desafios foram formulados sob a forma de perguntas:

- a) De que forma pode o subvencionamento cruzado ser alcançado numa situação de fragmentação, como é o caso da Nigéria?

- b) De que forma é que os países podem introduzir um seguro social de saúde (SSS) em situações onde: i) existe uma relevante escassez de capacidades institucionais e humanas (quer administrativas quer de gestão); ii) uma proporção considerável da população vive abaixo do limiar da pobreza, de apenas um dólar por dia; iii) predominam os sectores informais; iv) existe uma oposição substancial por parte da indústria médica privada?
- c) Serão os regimes de SSS financeiramente praticáveis, dado os custos elevados administrativos que comportam? De que forma podem os países que estão em vias de introduzir os SSS conter os custos?
- d) Como poderão ser financiados os serviços de promoção e prevenção, no contexto dos programas nacionais de seguros de saúde?
- e) De que forma é que os países poderão pagar as melhorias na qualidade dos serviços públicos de saúde, para torná-los mais atractivos para quem os pode pagar?
- f) De que forma poderão os países empreender uma expansão em grande escala na cobertura de serviços de saúde relacionados com as Metas de Desenvolvimento para o Milénio tendo em conta os limites orçamentais impostos pelo FMI?

Recomendações

11. A OMS e os parceiros para o desenvolvimento (Banco Mundial e FMI), deverão apoiar os países:

- a) a reforçar as capacidades de financiamento da saúde e de gestão do financiamento;
- b) a desenvolver políticas e estratégias integrais no financiamento da saúde em benefício dos mais pobres;
- c) a elaborar análises financeiras praticáveis para determinar se as reformas financeiras são ou não viáveis;
- d) a elaborar e institucionalizar registos contabilísticos nacionais de saúde;
- e) a desenvolver mecanismos para a coordenação do apoio financeiro das diversas fontes ao sector da saúde.

Parte II: Compreender os problemas do espaço fiscal na concepção de gastos para a redução da pobreza

12. A segunda parte da sessão especial foi presidida pela Dr. Lea Koyassoum-Doumta, Ministra da Saúde Pública e População, da República Centrafricana. Esta parte examinou os esforços da comunidade doadora internacional (parceiros para o desenvolvimento) no auxílio aos Estados-Membros para a resolução dos seus desafios no financiamento da saúde.

13. A Parte II teve início com uma apresentação feita pelo Sr. Perone, o Representante Regional do FMI, de Moçambique. A apresentação, intitulada “Compreender os problemas do espaço fiscal na elaboração de gastos para a redução da pobreza”, colocou as seguintes questões: O que é o espaço fiscal? Quais são os problemas do espaço fiscal na criação de programas de gastos para a redução da pobreza? De que forma é que os países podem alargar o espaço fiscal? De que forma é que o espaço fiscal está relacionado com o conceito de sustentabilidade?

14. O Sr. Perone mencionou vários métodos de aumentar o espaço fiscal, designadamente, o aumento das receitas através de impostos adicionais, da prioritarização dos gastos, do aumento dos empréstimos, do aumento dos subsídios, e a implementação de uma gestão macroeconómica saudável.

15. Os membros do painel da Parte II foram o Dr. Tim Evans, Director-Geral Assistente, EIP/Sede OMS e o Dr. Emmanuel Reynaud, Chefe da Divisão de Protecção Social da Organização Mundial do Trabalho. Nos debates que se seguiram entre os membros do painel e os delegados, resultaram diversos desafios e recomendações.

Problemas e desafios

16. Os diversos problemas e desafios surgiram na forma de perguntas:

- a) Estarão as políticas de espaço fiscal actuais a trabalhar em prol do sector da saúde?
- b) Serão os investimentos na saúde economicamente produtivos?
- c) Como poderão os países suportar instituições de formação para produzirem mais recursos humanos, empregar os recursos humanos necessários para a saúde ou aumentar a idade da reforma tendo em conta aos limites macroeconómicos impostos pelo FMI?
- d) De que forma poderão ser melhoradas as condições dos funcionários de saúde de forma a atrair e reter os mesmos sem violar o espaço fiscal?

- e) Como poderão os países aumentar os investimentos na medicina, na tecnologia médica e em infra-estruturas de saúde sem violar o espaço fiscal?
- f) Como poderão os países introduzir mecanismos de financiamento pré-pago obrigatórios sem violar o espaço fiscal?

Recomendações

17. Seguiram-se diversas recomendações:

- a) O FMI deve apoiar os países a criarem o espaço fiscal necessário para a aquisição ou produção das contribuições necessárias para a consecução das Metas de Desenvolvimento para o Milénio;
- b) O Banco Mundial e o FMI devem advogar o alinhamento e a harmonização do financiamento dos doadores para reduzir os custos administrativos da ajuda;
- c) A OMS e o Banco Mundial devem apoiar os países a institucionalizar mecanismos para a monitorização da eficácia do uso dos recursos no sector da saúde.

**ALOCUÇÃO DO PROFESSOR PAULO IVO GARRIDO
MINISTRO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE**

Sua Excelência Senhor Presidente da República,
Sua Excelência Dr. Jong-wook Lee, Director-Geral da Organização Mundial de Saúde,
Sua Excelência Dr. Luis Sambo, Director Regional Africano da Organização Mundial de Saúde,
Distintos Membros do Corpo Diplomático,
Caros Convidados,
Caros Delegados,
Minhas Senhoras,
Meus Senhores.

Sinto-me honrado e privilegiado por usar da palavra antes do início dos trabalhos da 55ª Sessão do Comité Regional Africano da Organização Mundial de Saúde.

Com a sua permissão Senhor Presidente da República, gostaria de dirigir-me aos presentes para saudá-los.

Permita-me assim expressar a satisfação e a grande honra que sentimos ao testemunharmos, hoje, a realização da 55ª Sessão do Comité Regional Africano, em Maputo, Capital de Moçambique, Sessão onde iremos discutir os principais problemas de Saúde da nossa Região.

Com emoção e alegria desejo a todos os presentes as boas-vindas a Maputo.

Uma saudação especial vai para Sua Excelência Dr. Jong-wook Lee, Director-Geral da Organização Mundial de Saúde. Nós, trabalhadores de saúde moçambicanos, estamos particularmente satisfeitos por recebermos o mais alto dirigente das Nações Unidas para a área de saúde.

Quero congratular e saudar o Dr. Luis Gomes Sambo, Director Regional da Organização Mundial de Saúde, pelo seu novo mandato. Aproveito a oportunidade para desejar-lhe as boas-vindas a Maputo e reiterar o nosso apoio na orientação deste importante evento para a saúde dos nossos povos.

Sejam bem-vindos a Maputo os Senhores Ministros de Saúde da Região Africana, os dirigentes de Organizações Internacionais e outras destacadas personalidades presentes neste evento.

Senhor Presidente da República, a sua presença nesta sala é o testemunho da importância que o Governo atribui à saúde como pilar do desenvolvimento humano e como área fundamental para a erradicação da pobreza absoluta no país.

Muito obrigado Senhor Presidente da República, por nos honrar com a sua presença nesta 55ª Sessão do Comité Regional Africano.

Aproveito a oportunidade para reiterar o empenho de Moçambique para que a 55ª Sessão do Comité Regional da Organização Mundial de Saúde na Região Africana decorra da melhor forma possível.

Sua Excelência Senhor Presidente da República,

Sua Excelência Dr. Jong-wook Lee, Director-Geral da Organização Mundial de Saúde,

Sua Excelência Dr. Luis Sambo, Director Regional Africano da Organização Mundial de Saúde,

Distintos Membros do Corpo Diplomático,

Caros Convidados,

Caros Delegados,

Minhas Senhoras e meus Senhores.

A terminar, desejo-vos bom trabalho e que se sintam bem nesta capital do país.

Muito obrigado.

**DISCURSO DO DR. SALEH MEKY, MINISTRO DA SAÚDE DA ERITREIA,
PRESIDENTE DA QUINQUAGÉSIMA-QUARTA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL
AFRICANO DA OMS**

Exmo Senhor Presidente da República de Moçambique,
Exma Senhora Comissária da União Africana para os Assuntos Sociais
Caros colegas, lustres ministros da saúde,
Sr. Director-Geral da OMS, Dr. Jong-wook Lee,
Exmo Director Regional Africano da OMS, Dr. Luis Gomes Sambo,
Minhas senhoras e meus senhores,

Permitam-me, em primeiro lugar, que vos agradeça a todos a honra que nos foi concedida, a mim e ao meu país, a Eritreia, de presidir à reunião do Comité Regional Africano do ano passado.

No decurso dos últimos doze meses, reparámos que se estava a dar mais atenção às doenças da pobreza, que são também as três mais importantes doenças transmissíveis em África, nomeadamente, o paludismo, a tuberculose e o HIV/SIDA. Na sequência da Declaração de Abuja sobre a iniciativa “Fazer Recuar o Paludismo”, muitos países fizeram progressos no sentido da consecução das metas da iniciativa.

A prevalência da tuberculose na nossa Região está a aumentar como resultado da pandemia do HIV/SIDA. Embora a tuberculose seja uma doença curável, a maioria da nossa população não tem fácil acesso aos cuidados apropriados, devido ao elevado nível de pobreza nos nossos países. Precisamos, por isso, de ajudar as pessoas a ganharem acesso a cuidados de qualidade, com boa relação custo-eficácia, num sistema de saúde descentralizado e focado na comunidade.

Para se reforçarem as intervenções com base em dados factuais para as doenças relacionadas com a pobreza, foi criada a Divisão do HIV/SIDA, Tuberculose e Paludismo no Escritório Regional. Até à data, muitos países africanos têm obtido vitórias significativas no controlo destas doenças. Todavia, ainda há muito a fazer, de forma integrada, para um uso eficaz dos nossos escassos recursos.

A criação da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, iniciada pelo Director-Geral da Organização Mundial de Saúde, o Dr. Jong-wook Lee, e acolhida pelo Governo e pelo povo da República do Chile, constitui outro acontecimento significativo do corrente ano. O

ilustre Ministro da Saúde do Quénia foi nomeado membro permanente da Comissão. Em Julho deste ano, o Escritório Regional Africano da OMS acolheu a reunião de consulta regional sobre os determinantes sociais da saúde. Todos os membros da Comissão estiveram presentes e tomaram nota das opiniões dos peritos da nossa Região sobre o assunto.

Após o lançamento e aprovação das Metas de Desenvolvimento do Milénio, todos os Estados-Membros estão neste momento a implementar vigorosamente actividades para a consecução dessas metas. Para que estas sejam plenamente atingidas, é preciso desenvolver esforços concertados entre todos os Estados-Membros, especialmente para a implementação das metas da saúde que nos interessam directamente. É certo que isso exige um financiamento suplementar, embora a nossa abordagem colectiva e acção conjunta garantam o nosso êxito nesse esforço.

Para atingir esses objectivos, a nossa recente experiência em Genebra reveste-se de um significado especial. Apesar das diferenças compreensíveis que existem nas nossas abordagens, localização geográfica e económica e ainda na organização política, a abordagem regional comum que estamos a tentar levar a cabo sobre importantes problemas de saúde a nível mundial é encorajadora.

De facto, durante a 58ª Assembleia Mundial da Saúde, que se realizou em Genebra, em Maio deste ano, apresentámos uma posição africana comum relativa a questões relacionadas com a saúde das mães e dos recém-nascidos, HIV/SIDA, desenvolvimento dos recursos humanos na Região Africana e financiamento da saúde. Essa posição, a que se chegou por consenso durante as reuniões regulares de consulta que fazíamos todas as manhãs, antes das sessões da Assembleia, ajudou a criar uma estreita relação entre os nossos países e esperamos que tenha realçado as necessidades e comprovado os benefícios mútuos de nos ajudarmos uns aos outros, adoptando uma posição comum, que nos permitirá projectar uma frente unida para a África sobre importantes questões relacionadas com a saúde.

Este é, em minha opinião, um dos desenvolvimentos mais prometedores da nossa luta comum pelo controlo do fardo das doenças nos nossos países e pela redução do sofrimento dos nossos povos.

Pareceria prudente, por isso, encorajar esta saudável tendência, no interesse de todos os Estados-Membros da Região, reforçando a nossa unidade e promovendo uma voz regional na identificação dos pontos comuns das actividades relacionadas com o financiamento dos cuidados de saúde, os recursos humanos para a saúde e a descentralização, que são questões da maior importância a abordar no próximo ano.

O nosso Escritório Regional Africano da OMS tem demonstrado a sua capacidade de ajudar a atingir esse objectivo de modo eficaz e eficiente, se lhe dermos o apoio e a boa vontade participativa genuína que ele sem dúvida merece.

Minhas senhoras e meus senhores, desde a eleição do Dr. Luis Gomes Sambo, um cidadão da República de Angola, como novo Director Regional Africano da OMS, muita coisa aconteceu. Entre elas, a reestruturação do Escritório Regional Africano da OMS e os planos para reforçar as Representações nos países. Trata-se de um desenvolvimento bem aceite nos ministérios da saúde. Além disso, o novo Director Regional está, actualmente, a tomar medidas firmes para a mobilização de recursos destinados a financiar programas prioritários.

A implementação das Estratégias de Cooperação com os Países (ECP), que actualmente recebe a atenção do Escritório Regional, é uma notícia bem aceite. Essa implementação abordará certamente as prioridades específicas de cada país. Encorajámos, por isso, todos os níveis da OMS a continuarem as actuais actividades de redefinição de perfis, com a finalidade de abordar os componentes prioritários nas ECP dos vários países.

Sr. Presidente, ilustres ministros,
Minhas senhoras e meus senhores,

Estamos a chegar ao final do biénio 2004-2005 e estamos a preparar o plano de trabalho bienal para 2006-2007. É este o momento para abordar alguns dos problemas que temos detectado nos últimos anos e para evitar cair nos mesmos erros. A este respeito, gostaria de solicitar ao Director Regional que se assegure da preparação de melhores planos bienais, que tomem em consideração o financiamento dos nossos programas prioritários, assim como a disponibilidade de peritos técnicos que nos possam ajudar nos ministérios da saúde.

Sr. Presidente, antes de concluir, gostaria de aproveitar esta oportunidade para agradecer aos meus colegas o seu apoio durante os últimos doze meses e felicitar o novo presidente, desejando-lhe um bom desempenho das suas funções. Gostaria igualmente de lhe garantir o meu apoio e colaboração em todos os momentos.

No mesmo espírito, permitam-me que agradeça ao povo e ao governo de Moçambique a sua calorosa recepção na linda e excitante cidade de Maputo e ao Presidente da República por nos honrar com a sua presença hoje, aqui entre nós.

Finalmente, desejo-vos a todos deliberações frutuozas durante a Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional Africano.

Obrigado pela vossa atenção.

ANEXO 10

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

Excelência, Senhor Presidente da República de Moçambique,
Excelências, Senhoras e Senhores Ministros da Saúde dos Estados-Membros da Região Africana ,
Senhor Director-Geral da OMS,
Senhora Comissária da União Africana para os Assuntos Sociais,
Excelências, Membros do Corpo Diplomático acreditado em Moçambique,
Distintos convidados e participantes,
Senhoras e Senhores,

Boas-vindas

É com uma certa emoção que tomo a palavra neste momento, para me dirigir pela primeira vez ao Comité Regional na qualidade de Director Regional. Gostaria mais uma vez de exprimir a minha gratidão a todos Estados-Membros da OMS na Região Africana, pela confiança e oportunidade de servir África nesta qualidade.

É também um privilégio para mim usar da palavra para tecer algumas considerações sobre os problemas mais críticos de saúde na região, partilhar estratégias e sobretudo ouvir e aprender com as vossas experiências, neste processo complexo e contínuo de desenvolvimento sanitário na Região Africana.

Excelências,
Distintos colegas e convidados,

Permitam-me que manifeste de forma muito singular o apreço e a honra da presença entre nós de Sua Excelência o Senhor Armando Guebuza – Presidente da República de Moçambique. Senhor Presidente, apraz-me constatar o compromisso de Vossa Excelência na melhoria da saúde do povo moçambicano; e apreciar a sua visão mais ampla sobre o desenvolvimento em África. A política de saúde de Moçambique articula claramente estas aspirações; e eu queria garantir-lhe, Excelência, Senhor Presidente da República, que o Escritório da OMS para África não poupará esforços para melhorar o seu desempenho, a fim de cooperar com qualidade e desvelo para uma melhor saúde em Moçambique e em África.

Permita-me igualmente aproveitar esta oportunidade para agradecer a Vossa Excelência, ao Governo e ao povo simpático de Moçambique, por terem aceite albergar a 55ª Sessão do

Comité Regional Africano da OMS. Ouso dizer em nome da OMS e dos participantes a este Fórum que os preparativos foram excelentes e a hospitalidade fantástica!

Saúdo nesta circunstância o Senhor Doutor Jong-wook Lee, Director-Geral da OMS, reconhecendo a atenção particular que dedica à Região Africana; Saúdo igualmente os distintos Ministros da Saúde dos Estados-Membros, endereçando palavras de boas-vindas em particular aos novos Ministros da Saúde desde a última Sessão do Comité Regional.

Desde que assumi as funções de Director Regional em Fevereiro deste ano, uma das minhas grandes prioridades tem sido a melhoria da colaboração com a União Africana. Apraz-me anunciar que, desde então, estabeleceram-se relações de trabalho excelentes no quadro de objectivos comuns para o desenvolvimento e de estratégias específicas para enfrentarmos os grandes desafios de saúde na Região Africana. A este propósito, gostaria de assinalar a presença da Comissária da União Africana para os Assuntos Sociais, que, estou convicto, nos traz uma mensagem de apoio às mudanças profundas que se impõem nos nossos sistemas de saúde.

Quero saudar também os nossos parceiros de desenvolvimento sanitário que aceitaram honrar-nos com a sua presença.

Desafios Sanitários em África

Excelências, Senhoras e Senhores:

A África Subsariana continua a ser vítima do maior peso das doenças no mundo. Estamos todos conscientes da persistência de doenças como *SIDA, Paludismo e Tuberculose*; da eclosão de epidemias tais como Febres Hemorrágicas e Cólera; da fraca protecção da *saúde da mãe e da criança*; e do peso crescente das doenças não-transmissíveis, tais como Cancro, Diabetes, Doenças Cardiovasculares e Drepanocitose.

As *políticas nacionais de saúde* na Região Africana reconhecem a saúde como um direito de cada cidadão e visam garantir o acesso universal aos cuidados de saúde essenciais. Estas políticas são consentâneas com a Declaração do Milénio das Nações Unidas.

Porém, os *sistemas de saúde* enfrentam problemas de desempenho, principalmente relacionados com a disponibilidade e gestão de recursos humanos, financeiros e tecnológicos. Para que os sistemas de saúde respondam às necessidades das populações e alcancem os objectivos de saúde em África, serão necessários investimentos substanciais no *reforço de capacidades*, sobretudo em termos de infra-estruturas e de capital humano. Neste aspecto,

exorto os Ministros da Saúde a reforçarem a sua *liderança* no contexto das reformas macro-económicas nos países; e a tirar mais proveito dos mecanismos de integração económica regional e das tendências mais animadoras da Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD).

Os principais indicadores de saúde na nossa Região são extremamente preocupantes e falam por si. O perfil sanitário da África Subsariana reflecte o contexto de desenvolvimento sócio-económico, o estilo de vida das nossas sociedades e o nível de pobreza das famílias e dos indivíduos. Parece paradoxal que a saúde em África se deteriore ao mesmo tempo que a humanidade realiza progressos técnico-científicos sem precedentes no domínio da medicina. Este facto poderá fazer-nos melhor entender o valor das determinantes de saúde que vão muito para além do sector da saúde, tais como a paz, a estabilidade, o desenvolvimento económico, a educação, o emprego, a habitação e a água potável, que devem estar acessíveis a todos. No entanto, as condições de pobreza extrema em que se encontra a maioria da população, não lhe permite ter acesso aos cuidados de saúde essenciais nem desfrutar de uma vida decente. Daí a necessidade de reforçar a participação do sector da saúde na luta contra a pobreza.

Permitam-me que abra um parêntese para me debruçar um pouco sobre um problema de saúde pública que nos preocupa sobremaneira: *“a tendência ainda crescente da incidência da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana na Região Africana, responsável por cerca de 3,2 milhões de novas infecções em 2003”*.

O SIDA está a dizimar muita gente na África Subsariana, tendo sido responsável por cerca de 2,3 milhões de óbitos só em 2003. O SIDA contribui para a redução da esperança de vida à nascença cuja média actual é de 47 anos; a doença atinge em particular a faixa etária mais produtiva da população; e compromete o crescimento económico e a estabilidade social.

O número anual de novas infecções por HIV de modo geral não cessa de aumentar, em particular nas camadas jovens e com maior incidência sobre a população do sexo feminino. Não existe ainda cura para o SIDA. O aumento da cobertura de tratamento anti-retroviral (TAR) é um desenvolvimento positivo, mas que está ainda longe de satisfazer as necessidades em termos de acesso de todos os que dele necessitam. O que eu quero fazer passar como mensagem é que a situação do SIDA é muito grave nos nossos países e a tendência geral actual vai no sentido do alastramento da epidemia. O SIDA exige uma resposta excepcional e multiforme. Por isso, saudamos e associamo-nos às várias parcerias e iniciativas em curso na luta contra o SIDA. No entanto, gostaria de lançar um apelo aos Estados-Membros, às populações e aos parceiros de desenvolvimento sanitário para redobramos os esforços em matéria de prevenção. A este propósito, gostaria de informar a V.Excelências da minha intenção de propor à 55ª Sessão do Comité Regional da OMS para África que o ano de 2006

seja consagrado especialmente à aceleração da prevenção do SIDA. Declaremos e façamos uma verdadeira Guerra contra o HIV em todas as frentes!

Há um fosso cada vez maior entre as necessidades e os recursos disponíveis para lutar contra o SIDA em África. Necessitamos urgentemente de mais recursos humanos e financeiros, nomeadamente de meios acrescidos para uma forte mobilização social e *envolvimento directo das comunidades nas acções de promoção da saúde e prevenção da doença*. Para a actualização da estratégia de prevenção contra o SIDA e sua aplicação, trabalharemos em colaboração estreita com o ONUSIDA, o UNICEF e outros parceiros, em apoio aos Governos.

Oportunidades

Excelências, Senhoras e Senhores,

Apesar de todos os desafios que mencionamos, o ambiente actual de mudanças oferece-nos muito boas oportunidades para fazermos face a esses desafios.

Primeiro, os dirigentes mundiais, os líderes políticos africanos e os Governos estão cada vez mais sensíveis aos problemas de saúde nas suas preocupações e políticas de desenvolvimento, tal como testemunham os Objectivos de Desenvolvimento Sanitário adoptados a nível internacional, incluindo os contidos na Declaração do Milénio das Nações Unidas; as decisões em matéria de saúde das Cimeiras dos Chefes de Estado dos países-membros da União Africana; e a componente saúde da Nova Parceria para o Desenvolvimento de África.

Em segundo lugar, as tecnologias e métodos necessários para gerir os problemas de saúde mais críticos estão disponíveis embora não estejam acessíveis para todos os que deles carecem. Devemos confessar que esses meios são dispendiosos mas estão ao nosso alcance, por exemplo, através de uma gestão mais eficiente dos recursos e de uma maior solidariedade internacional.

Em terceiro lugar, o ambiente mundial de mudanças e de bons propósitos, apesar de incerto, oferece oportunidades de reforma dos sistemas de saúde a nível nacional e internacional. Não basta queixarmo-nos da falta de recursos sem fazermos o máximo para gerir bem o pouco que temos.

Perspectivas

Excelências,
Senhoras e Senhores,

A situação actual exige mudanças e neste momento decisivo temos que ser ambiciosos, quero dizer que temos que agir à escala das nossas necessidades! Temos que explorar novos horizontes, criar novos consensos, reforçar e criar novas alianças para abordarmos de forma mais eficaz os desafios de saúde, e melhor coordenarmos o nosso apoio aos sistemas nacionais de saúde, reforçando a capacidade de intervenção dos Ministérios da Saúde para permitir que respondam melhor às expectativas das suas populações. Se quisermos ser mais eficientes e eficazes, a acção colectiva é um imperativo! Um dos grandes objectivos estratégicos será garantir que os Ministérios da Saúde e os serviços nacionais de saúde sejam suficientemente estáveis e fortes para responderem aos numerosos desafios sanitários que enfrentam.

No quadro dos esforços para se alcançar os Objectivos de Desenvolvimento Sanitário adoptados a nível internacional, incluindo os contidos na Declaração do Milénio das Nações Unidas, a OMS na Região Africana agirá no quadro de uma estratégia que compreende cinco prioridades:

- reforçar as Representações da OMS nos países, no quadro de uma reforma das estruturas e da cultura interna do Escritório Regional, a fim de tornar a OMS mais útil para os Estados –Membros;
- melhorar e alargar as parcerias para a Saúde;
- apoiar o planeamento e a gestão dos sistemas distritais de saúde;
- promover a intensificação das intervenções essenciais de saúde relacionadas com os problemas de saúde prioritários;
- reforçar a consciencialização e resposta aos principais determinantes do estado de saúde.

Excelências,
Distintos participantes e convidados,

Para finalizar, gostaria de reiterar o meu optimismo face aos desafios sanitários em África. Estou convicto de que com mais diálogo, exploração de sinergias entre os diferentes actores e concentração num número limitado de prioridades, e com mais recursos, naturalmente, poderemos aproximar-nos dos objectivos de saúde do Milénio.

Muito obrigado pela vossa amável atenção!

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

Exmo Senhor Armando Guebuza, Presidente da República de Moçambique,
Senhora Doutora Bience Gawanas, Comissária dos Assuntos Sociais da União Africana
Exmo Senhor Presidente,
Ilustres Ministros,
Distintos Representantes,
Colegas,

Que esplêndido acolhimento nos foi dispensado a todos! Bem hajam.

A África ocupa o centro das atenções na discussão que vimos travando, a nível global, sobre o futuro do mundo. Nela se concentram algumas das nossas mais profundas preocupações, bem como algumas das melhores esperanças. As vidas das pessoas dependem de vós, os que tomais decisões. Pode parecer que esta reunião, com todo o seu cerimonial, se afasta para longe da crua realidade da pobreza e da doença que afligem milhões de africanos. Mas não. Os pobres e os doentes hão-de estar presentes no nosso espírito, durante todas as discussões desta semana.

A OMS destinou à África quase 30% de todo os seus fundos combinados para o próximo biénio. Em percentagem, esta é a maior parcela do orçamento da Organização. O uso eficaz desses recursos para obter os resultados necessários exigirá uma atitude de modernização. Implicará também uma gestão forte, transparente e responsável.

Hoje em dia, Moçambique perfila-se como um bom exemplo. Diz o ditado que “é na adversidade que se fortalecem os ânimos”. O Governo de Moçambique tem dado mostras disso. Passou de 16 anos de guerra destrutiva para a paz, em 1992. Conseguiu reconstruir o país, graças a boa governação, transparência acrescida e cooperação. Seguiu-se o apoio dos doadores bilaterais. A saúde do país colheu daí benefícios e estão em curso notáveis progressos em diversas metas do desenvolvimento do milénio. Um rápido declínio na mortalidade dos lactentes e dos menores de cinco anos, especialmente nas zonas rurais, associado a uma crescente cobertura da vacinação contra o sarampo e a uma assinalável redução na mortalidade materna entre 1997 e 2003, dão-nos a imagem de um nível de sobrevivência grandemente ampliado, para as mães e as crianças. No entanto, há ainda muito a fazer na luta contra o paludismo, e a prevalência do HIV continua a aumentar.

Esta capacidade de reacção será necessária em todo o continente, nos anos vindouros. A nossa visão comum para a próxima década reconhece que a saúde é influenciada por uma vasta gama de factores não-médicos, como a pobreza, as privações e a ignorância. Problemas sociais, do ambiente, económicos e políticos, como os direitos de propriedade intelectual e os acordos de comércio, têm reflexos nos resultados da saúde. As suas consequências tornam-se claras no acumular do fardo das doenças crónicas e no cômputo progressivo das mortes devidas a doenças infecciosas, como o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo.

Recai em todos nós, nesta sala, a responsabilidade de garantir que as pessoas deixem de morrer dessas doenças. No entanto, o modo de partilhar a responsabilidade quanto à redução ou eliminação das suas causas é um problema complexo. As vossas futuras discussões sobre o Projecto do Programa Geral de Trabalho será um importante contributo nesse sentido.

Há dois anos, apresentei a este Comité Regional a necessidade de conseguirmos que 3 milhões de pessoas obtivessem tratamento anti-retroviral (ART) até finais de 2005, como um primeiro passo com vista ao acesso universal. Muitas pessoas consideraram que a iniciativa “3 by 5” era demasiado ambiciosa. Devemos fixar objectivos agressivos mas, de facto, tratava-se de conseguir muita coisa em tão pouco tempo. É evidente que, para chegarmos aos 3 milhões de pessoas, precisamos de mais tempo do que se previa.

Conseguistes muito, em pouco tempo. Cerca de um milhão e meio de pessoas terão tratamento anti-retroviral até ao fim de 2005 (muitos deles, na África Subsariana). A partir destes progressos, o acesso universal é hoje mundialmente reconhecido como um imperativo moral e social, assim como uma necessidade prática. O empenhamento manifestado pelos Estados-Membros para aumentar o acesso ao tratamento criou um movimento que já não pode recuar. A dinâmica que criastes levou inevitavelmente os G8 a definirem recentemente um objectivo ainda mais ambicioso. Trata-se de chegar “tão perto quanto possível do acesso universal ao tratamento, até 2010”. Isto foi possível com a vossa ajuda. O acesso de todos aos cuidados de saúde de que necessitam é hoje reconhecido não só como absolutamente necessário, mas como plenamente viável.

No conjunto, os preços dos medicamentos anti-retrovirais estão a baixar, à medida que há mais medicamentos disponíveis e o mercado se expande. A OMS já pré-qualifica 63 medicamentos anti-retrovirais, incluindo 29 fórmulas de genéricos. O recente acordo de confidencialidade entre a OMS e a Administração dos Estados Unidos para os Alimentos e Medicamentos apoiará ainda mais o programa de pré-qualificação, acelerando a disponibilização de medicamentos genéricos anti-retrovirais a preço reduzido.

Ao aumentar o acesso ao tratamento, são mais as pessoas que se sentem motivadas para fazer os testes. Num distrito do Uganda, a introdução da TAR resultou numa procura 27 vezes

maior de testes e aconselhamento do HIV. Trata-se de um passo vital. Na África, somente menos de 5% das pessoas que vivem com HIV/SIDA têm consciência do seu estado. Há que aumentar a disponibilidade de testes e aconselhamento. O tratamento e a prevenção andam de mãos dadas e cada um apoia o potencial do outro para salvar vidas.

No entanto, a procura é superior ao que as pessoas ou os sistemas podem dar. Só na África Subsariana, há pelo menos 4 milhões de pessoas a precisar desta terapia. Aumenta o número dos que estão sob tratamento. Houve pelo menos um aumento para o triplo no número dos africanos que estão a receber medicamentos que salvam vidas nos últimos 12 meses, mas há que ir muito mais longe. É urgente a necessidade de dar formação aos profissionais da saúde e de resolver os estrangulamentos nas implementações.

Mas esta é uma batalha contra o tempo. A esperança de vida está a diminuir na África Subsariana. Por exemplo, no Botswana ela é presentemente de 36,4 anos. No entanto, prevê-se que venha ainda a piorar, caíndo para 34,4 anos de vida até 2010. Na Suazilândia, chegará mesmo aos 30,6 nos próximos cinco anos. Perante estas catástrofes em curso teremos de inverter esta tendência, fazendo recuar a maré das mortes devidas ao HIV/SIDA.

O acesso universal também é um ponto chave na luta contra a tuberculose. Na sequência da declaração da situação mundial de emergência em 1993, houve um rápido crescimento da DOTS em todo o mundo, e a incidência da tuberculose está a diminuir, ou encontra-se estável na maioria dos locais. Apenas na África a taxa ainda cresce rapidamente, resultando num aumento médio global de cerca de 1% ao ano. Na África, a incidência subiu em 2003 para 345 casos por 100.000 habitantes e a mortalidade é, de longe, a mais elevada do mundo. A tuberculose é uma enorme preocupação de saúde pública, tanto na África como no resto do mundo. A transmissão e o aparecimento de resistência aos medicamentos foram acelerados pela epidemia de HIV. As actividades de controlo destas duas doenças devem ser estreitamente coordenadas. Cerca de 35% dos casos de tuberculose em África estão infectados com HIV, por comparação com 8% no mundo, no seu todo. Existem tratamentos eficazes e acessíveis para ambos. Temos uma cura para a tuberculose. Os principais obstáculos à implementação desses tratamentos para pôr fim a mortes desnecessárias são os mesmos: os sistemas de saúde ainda não estão suficientemente fortes e não existem profissionais da saúde formados em número bastante.

Ao longo de anos de esforços para a erradicação da polio, fizemos em conjunto progressos no sentido da cobertura quase universal da vacinação, nos países onde a polio é endémica. No entanto, o ressurgimento do vírus em muitos países anteriormente livres da polio veio demonstrar até que ponto é fácil perdermos as frágeis vantagens adquiridas no campo da saúde.

Somente quando a vacinação tiver abrangido todas e cada uma das crianças, poderemos travar a transmissão do poliovírus. A União Africana respondeu aos surtos do ano findo com campanhas sincronizadas da polio em 24 países, que abrangeram cerca de 100 milhões de crianças. Tratou-se da maior operação internacionalmente coordenada de sempre, em tempo de paz. Graças ao vosso apoio, Presidentes e Primeiros Ministros participaram no lançamento deste esforço e renovaram o seu compromisso de travar a polio em África. Em resultado, a África Central e Ocidental notificaram, este ano, o mais baixo nível de casos de polio dos últimos anos.

Deveremos aumentar as campanhas de vacinação contra a polio no Corno de África e na Nigéria, onde demasiadas crianças ainda não foram abrangidas. A vacinação e a cobertura total são necessidades prementes para todos os países. O equipamento, os suprimentos e os profissionais da saúde que têm sido utilizados para o conseguir representam um contributo vital para toda a infra-estrutura sanitária, em especial para a protecção contra as doenças da infância.

“Fazer com que cada mãe e cada filho contem” foi o lema do Dia Mundial da Saúde deste ano. Também neste campo é necessário reduzir as barreiras financeiras ao acesso e construir uma força de trabalho eficaz.

Para concretizar melhor esta ideia, consideremos a experiência de uma jovem grávida de 17 anos, da Etiópia. Chama-se Hiwot. Ela e a filha Elizabeth aparecem nas fotografias de seis países, associadas ao lançamento do Relatório da Saúde no Mundo deste ano. As suas fotografias também se podem ver no *site* da OMS na internet, com o título “Grandes Esperanças”. Esta foi a primeira gravidez de Hiwot quando ainda era uma menina de escola, a viver com a mãe e uma irmã. Quando soube que estava grávida, Hiwot fez uma caminhada de 30 minutos para ser atendida na clínica pré-natal mais próxima. Teve a sorte de o poder fazer. Apenas uma em cada quatro mulheres etíopes consegue, pelo menos, uma dessas consultas. Elizabeth nasceu sem problemas, com a assistência do Dr. Asfau, e pesava 3,3 quilos. Felizmente não houve complicações, já que o hospital não podia dar ajuda qualificada, por só dispor de instalações limitadas. Não havia água corrente, só um balde. No país de Hiwot, apenas 9,7% dos partos são assistidos por pessoal qualificado e uma em cada 14 mulheres morre durante a gravidez ou o parto. O bebé Elizabeth cresceu bem, com aleitamento materno, e chegou em segurança ao sétimo dia de vida. Mas, em cada 1.000 bebés, 38 morrem na primeira semana. Tomou as primeiras vacinas necessárias à sua protecção, mas uma em cada 6 crianças etíopes morre antes do quinto aniversário devido a doenças evitáveis, como pneumonia, diarreia e paludismo.

São estes os números que é forçoso alterar, mas não são apenas números. São vidas de pessoas. Todas as Elizabeths e Hiwots deste mundo têm de ter a melhor das hipóteses possíveis no referente à saúde – a igualdade.

Quanto ao paludismo, a Declaração de Abuja definiu 2005 como o ano no qual as taxas de cobertura deveriam alcançar os 60% para as principais intervenções curativas e preventivas. Poucos países alcançaram essa meta este ano. A crise de suprimentos dos tratamentos à base de artemisinina é um dos motivos para o atraso. O cultivo em larga escala da *Artemisia annua* na África Oriental poderia dar um fornecimento adequado e fiável. Procuramos também modos de disponibilizar redes tratadas com insecticida de longa duração a 80% das crianças e mulheres grávidas, antes de 2010. A nível mundial, a manufactura desses produtos e de medicamentos essenciais, como anti-retrovirais e antipalúdicos, faz avançar os países no caminho da auto-suficiência e maior capacidade nacional. A produção doméstica resulta em sistemas de regulação reforçados e numa menor dependência do financiamento externo.

Apesar dos progressos no acesso e na cobertura, ainda há desafios significativos para os sistemas de saúde. Na base de cada zona de vulnerabilidade dos sistemas de saúde, a nível nacional ou mundial, encontramos a falta de prestadores de cuidados de saúde. Sem profissionais qualificados em número suficiente, os sistemas de saúde não podem funcionar bem. Os programas vitais não podem ser executados. O tratamento diário da tuberculose sob observação directa não pode simplesmente processar-se, se o profissional de saúde se encontra a 40 quilómetros de distância. A análise anual do programa Travar a Tuberculose concluiu que 10 dos 22 países com elevado fardo notificaram grandes deficiências de pessoal a nível central e outros 7 confrontavam-se com falta de pessoal no nível periférico. Um estudo da Aliança Global para as Vacinas e a Vacinação (2003) concluiu que a gestão e os recursos humanos representam um importante obstáculo em 40 países com condições de acesso ao Fundo das Vacinas e que, noutros 18, eles eram a primeira barreira a impedir que se acelerasse a vacinação. As análises da implementação da Atenção Integrada às Doenças da Infância referiram a barreira dos recursos humanos como um obstáculo crítico para os sistemas de saúde. Necessitamos de um grande investimento para alargar e fixar em 1 milhão de trabalhadores a força de trabalho no total da África, até 2010.

No próximo ano, publicaremos o relatório da saúde no mundo dedicado à crise dos recursos humanos. Graças aos nossos esforços, os problemas da migração atraíram a atenção do mundo. As duas resoluções da Assembleia Mundial da Saúde recentemente aprovadas sobre a migração internacional dos profissionais da saúde foram inicialmente propostas pelos países africanos. Agora, há que implementá-las.

A adopção das Normas Internacionais da Saúde (2005) pela Assembleia Mundial de Saúde deste ano foi um passo histórico. A gripe pandémica foi uma preocupação dominante nas negociações, e o seu perigo continua a aumentar. A febre de Marburg em Angola, com a sua elevada taxa de fatalidade, está aparentemente controlada, mas foi um aviso muito sério sobre os perigos com que nos defrontamos. Também veio demonstrar que uma acção coordenada, rápida e eficaz pode conseguir mais depressa o controlo de um surto.

De momento, a necessidade de medidas de segurança contra surtos de gripe pandémica sente-se grandemente na Ásia e no Pacífico. Mas nenhum país se pode dar ao luxo de ignorar este risco. Uma pandemia dessas pode afectar do mesmo modo todos os países, numa questão de poucos dias. A gripe das aves não está formalmente incluída na ordem do dia deste Comité Regional, mas as populações africanas estão tão vulneráveis a essa infecção como outras quaisquer. Não podemos poupar esforços na preparação dos mecanismos necessários para a detecção, alerta e resposta à doença e a partilha de informações, no seio de cada país e entre eles.

Apesar dos muitos desafios no controlo das doenças infecciosas, não devemos ignorar o fardo das doenças crónicas, em rápido crescimento na África. No continente, projecta-se que o total de óbitos devidos a doenças não-transmissíveis aumente 27% nos próximos 10 anos. Pior ainda, prevê-se que a mortalidade por *diabetes mellitus* aumente em 42%, desde o presente ano até 2015. As doenças cardiovasculares são hoje a principal causa da mortalidade em todo o mundo. Em 2015, elas serão ainda a principal causa de mortalidade devida a doenças crónicas, responsáveis por 46% dessas mortes em África. Saúdo o facto de o Comité Regional discutir este importante tópico e exorto-vos a tomar medidas preventivas imediatas. O relatório mundial sobre a prevenção das doenças crónicas, a sair em Outubro, sublinhará a importância de tomar medidas desde já, em todos os países em desenvolvimento, para travar o aumento do cancro, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crónicas e diabetes, entre outras. Agradeço àqueles dentre vós cujos países aderiram à Convenção-Quadro de Luta contra o Tabagismo e exorto os restantes a seguir-lhes as pisadas. Este é um excelente exemplo de como a cooperação internacional pode dar um sólido apoio aos esforços nacionais para combater as causas primárias do cancro e da doença cardíaca.

É vastamente reconhecido que os lentos progressos na redução da pobreza e da saúde precária representam um grave perigo para a segurança e o desenvolvimento. No entanto, o atraso na resposta da comunidade internacional aos repetidos apelos das Nações Unidas para auxílio aos países do Sahel (*Mali, Mauritânia, Níger*) contrasta fortemente com os compromissos assumidos no milénio. A OMS desempenhou o seu papel no Níger em tempo oportuno, tendo havido uma cooperação muito boa entre o Ministério da Saúde, a OMS e outros parceiros humanitários para colocar no terreno os esforços da ajuda.

Vejamos outra vez uma história pessoal. Aminatou Iyaye, do Níger, tem um campo de feijão frade que nada produziu. Os gafanhotos comeram tudo, no ano passado. Na sua aldeia, as pessoas comem uma vez por dia, quando têm sorte. A comida é farinha de milho misturada com água e um pouco de açúcar. A água vem de um poço não tapado e não é tratada, o que implica o perigo de cólera. A sua filha Oumana está em situação precária. Aos quatro meses, sofre de malnutrição grave e pesa menos de 2 quilos, metade do que pesava a Elizabeth da Etiópia quando tinha uma semana. Calcula-se que haja 32.000 crianças mal alimentadas no Níger, como Oumana. Tem havido peritos a colaborar com funcionários do Ministério da Saúde para evitar crises de malnutrição e surtos de doenças infecciosas, organizando programas de vacinação de emergência e formando voluntários para ajudar no exame e na referência das crianças. Tudo isso é muito positivo e, na aldeia de Aminatou, as pessoas sentem uma esperança renovada.

No entanto, preocupa-me o facto de não se ter atendido aos sinais de alerta enviados pelo governo do Níger e pelos nossos funcionários no ano findo, até que a situação atingiu o ponto de crise. As Metas de Desenvolvimento do Milénio e a nossa própria agenda para o desenvolvimento não serão cumpridas gerindo situações de crise, mas graças a uma acção persistente no reforço dos sistemas e recursos fundamentais dos países.

Há grande potencial de progresso. Conhecemos os problemas, identificamo-los e enfrentamo-los. Iniciaram-se medidas no sentido do alívio da dívida e de maior apoio ao desenvolvimento, representando uma possibilidade real de recuperar e fortalecer a África. Um maior investimento na saúde, a par de boa governação e de boa administração-geral dos recursos internos e externos, podem provocar a tão urgente inversão das realidades.

As decisões que tomardes esta semana podem acelerar estes sinais positivos e levar intervenções que salvam vidas até às muitas pessoas que esperam o vosso auxílio.

O que conseguirdes neste continente terá reflexos em todo o mundo. Desejo a todos os maiores sucessos nas importantes discussões desta semana. Aproveitemo-las, para juntar forças e agarrar a oportunidade de revitalizar e melhorar a saúde das gentes africanas.

Muito obrigado.

ANEXO 12

ALOCUÇÃO POR SUA EXCELÊNCIA PROFESSOR ALPHA OMAR KONARE, PRESIDENTE DA COMISSÃO DA UNIÃO AFRICANA, LIDA EM SEU NOME PELA SRA BIENCE GAWANAS, COMISSÁRIA PARA OS ASSUNTOS SOCIAIS

Exmo Senhor Armando Guebuza, Presidente da República de Moçambique,
Exmo Senhor Dr. Jong-wook Lee, Director-Geral da OMS
Exmo Senhor Dr. Luis Sambo, Director Regional da OMS,
Ilustres Ministros,
Excelentíssimos Membros do Corpo Diplomático, Senhores Convidados,
Representantes da Sociedade Civil,
Membros da Imprensa,
Ilustres Hóspedes,
Senhoras e Senhores,

É uma honra dirigir-me a Vossas Exas em nome de Sua Exa o Professor Alpha Omar Kopnare, Presidente da Comissão da União Africana, que se viu impedida de estar presente e que me pediu para transmitir a esta reunião as suas saudações e os melhores votos de sucesso.

É um prazer encontrar-me entre os ilustres Delegados aqui, em Maputo, Moçambique, por ocasião da 55ª sessão do Comité Regional Africano da OMS. Para começar, gostaria de agradecer a S. Exª, Senhor Armando Guebuza, e ao povo de Moçambique, a hospitalidade dispensada às nossas delegações, desde que chegámos a esta bela cidade de Maputo.

Desejo também agradecer ao Governo de Moçambique por acolher esta importante reunião. O Dr. Jong-wook Lee, Director-Geral da OMS, e o Dr. Luis Sambo, Director Regional para a África, devem ser louvados pelo excelente trabalho que vêm desenvolvendo para melhorar as condições da saúde neste continente. A OMS é, evidentemente, um parceiro de longa data da Comissão da União Africana.

O nosso relacionamento recua até 1969, quando a OMS se tornou a primeira organização das Nações Unidas a subscrever o acordo de cooperação com a então designada Organização da Unidade Africana, a predecessora e precursora da União Africana. Desde então, o nosso relacionamento tem-se reforçado progressivamente e, nos anos seguintes, outras Agências das Nações Unidas seguiram o mesmo caminho.

Apresso-me a afirmar que esta sessão não podia ter lugar em altura mais oportuna, dado que, na Cimeira das Nações Unidas do próximo mês, serão analisados os progressos com vista à consecução das MDM. Como contributo a esse processo de análise, a Comissão da União Africana preparou uma Posição Africana Comum, a pedido dos Chefes de Estado e de Governo. As indicações preliminares apontam para a necessidade de a África se esforçar mais, caso deseje alcançar as MDM.

A Comissão da União Africana reconhece que uma população saudável é uma mais-valia para qualquer país. É a partir deste pressuposto que os líderes da União Africana se comprometem a alterar a dramática situação da saúde em África. Esse compromisso tem expressão em diversas declarações e resoluções aprovadas pelos Chefes de Estado e de Governo da União Africana, sendo as mais importantes a Declaração de Abuja sobre “Fazer Recuar o Paludismo em África, 2000”, a Declaração de Abuja sobre “HIV/SIDA; Tuberculose e Outras Doenças Infecciosas, 2001” e a Declaração do Maputo sobre “Paludismo, HIV/SIDA, Tuberculose e Outras Doenças Infecciosas, 2003”.

Apesar deste compromisso político, o nível de saúde das populações africanas ainda é muito baixo, face a todos os padrões. A principal condicionante da saúde precária dos africanos são os nossos sistemas de saúde. No entanto, há causas que escapam ao controlo dos sistemas de saúde, entre as quais se contam a pobreza, conflitos armados, instabilidade institucional e o estado das infra-estruturas de base. Assim a Comissão da UA intensificará as suas actividades no sentido de promover a boa governação e a prevenção de conflitos. Procurará também modalidades de reforço dos sistemas de saúde em situações de conflito ou pós-conflito, evidentemente com o apoio de parceiros como a OMS.

O HIV/SIDA, paludismo, tuberculose e outras doenças infecciosas correlacionadas continuam, no presente, a devastar o nosso continente. No intuito de enfrentar esse problema, a Assembleia da UA, em Janeiro de 2005, aprovou uma Decisão com o objectivo de promover a produção de medicamentos genéricos no continente, para que seja possível disponibilizar os medicamentos de modo mais sustentável. Na sequência dessa decisão, tenho o prazer de informar esta augusta assembleia que a Comissão da UA está a colaborar com o Escritório Regional da OMS num exercício de levantamento das capacidades de produção de medicamentos em África. O produto final desse exercício será a elaboração de um Plano de Fabrico de Fármacos para o nosso continente.

Desejo chamar a Vossa augusta atenção para a estabilização aparente da epidemia de HIV/SIDA em alguns países africanos; infelizmente, ela deve-se mais ao aumento da mortalidade nos grupos de alto risco do que a um decréscimo genuíno e rápido da doença. É uma situação deplorável que exige, de todos os nossos dirigentes políticos e espirituais,

esforços enérgicos e sinérgicos para ser combatida. Assim, associo-me à iniciativa do Director Regional da OMS, de proclamar 2006 o ano para Acelerar a Prevenção do HIV em África.

Seja-me permitido reiterar aqui que a batalha contra o HIV resultará em vitória ou em derrota para a África. Por isso, é imperioso que os recursos destinados à luta contra o HIV/SIDA sejam canalizados para a África, de onde quer que venham.

Na área da Violência e Saúde, os Chefes de Estado e de Governo da União Africana adoptaram uma resolução que se reportava às recomendações do *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*, de 2003, e solicitava aos Estados-Membros que elaborassem planos nacionais de acção para a prevenção da violência, bem como sistemas para recolha de dados sobre a violência. A resolução da União Africana solicitava ainda aos Estados-Membros que declarassem 2005 o “Ano Africano da Prevenção da Violência”. A OMS e outros parceiros estão a apoiar os Estados-Membros na implementação desta Decisão e a Comissão da UA, em colaboração com a OMS, está a preparar um Projecto para a Prevenção da Violência. Isso é importante, tendo em conta a violência relacionada com os conflitos e outras causas prevalentes no continente.

No que respeita às epidemias de doenças emergentes e re-emergentes, foram notificados surtos, entre os quais os de Marburg em Angola e de Ébola na República Democrática do Congo. A prevenção e controlo destas epidemias exige sistemas concretos de preparação e resposta a situações de emergência, bem como a rigorosa aplicação das Normas Internacionais da Saúde. Muitos problemas são agravados pela falta de sistemas de vigilância e pelo facto de ainda não existirem vacinas eficazes contra certos vírus. Novas doenças infecciosas continuam a emergir em África, e gostaria de manifestar a minha gratidão à OMS pelo apoio que tem dado à União Africana, sempre que essas emergências se declaram. A melhoria do desempenho no controlo de doenças emergentes e re-emergentes nos países em desenvolvimento depende da qualidade, equidade e eficácia dos sistemas de saúde; não é necessário demorar-me a comentar os nossos sistemas de saúde em África.

No respeitante à erradicação da polio, estão em curso medidas eficazes para interromper uma maior transmissão através da vacinação de todas as crianças dos Estados-Membros afectados por surtos de polio. Conseguiram-se muitos progressos na erradicação da polio, mas a África terá de intensificar os esforços para evitar futuras transmissões, em especial nos países afectados por conflitos e outras situações de emergência. Deve referir-se aqui que, de acordo com a Iniciativa Mundial de Erradicação da Polio, o ressurgimento da polio em alguns países africanos ficou a dever-se a falhas de informação e outros problemas. Isso mostra claramente que, se quisermos ter sucesso na erradicação da polio, devemos prosseguir com a advocacia, a

educação e as campanhas de vacinação ao vivo, sem interrupção. Permitam-me, Excelências, Distintas Senhoras e Senhores, que aproveite esta oportunidade para louvar todos os Chefes de Estado dos países que participaram na 1ª fase da Vacinação Coordenada da Polio na África Central e Ocidental.

O papel da medicina tradicional na África é demasiado significativo para ser ignorado. A Comissão da UA encontra-se no processo de implementar a Década Africana da Medicina Tradicional (2001-2010) está também a rever a Iniciativa de Bamako sobre Medicamentos Essenciais. Estas medidas estão em harmonia com a Decisão da Assembleia sobre a identificação de centros de excelência em África, para a produção de medicamentos genéricos, em especial para o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo.

Excelências, Distintas Senhoras e Senhores,

Estareis de acordo comigo se disser que a saúde materna e das crianças não tem melhorado em África, na última década. O risco de as mulheres morrerem ou ficarem incapacitadas devido à gravidez e ao parto continua a ser desnecessariamente alto em África. Isso significa que a gravidez representa uma jornada da qual muitas mulheres nunca voltam. Evidentemente, não deve ser assim. É necessário procurarmos soluções.

E nesse sentido que a UA está a colaborar com a OMS e outros parceiros, no desenvolvimento do Roteiro para Acelerar a Redução da Morbilidade e Mortalidade Materna e dos Recém-Nascidos em África e para elaborar um Plano Abrangente de Acção em Saúde Reprodutiva na África, que é uma das linhas prioritárias de acção da Comissão da UA para 2005. Quanto ao acesso aos serviços de saúde reprodutiva, a UA saúda a Iniciativa do FNUAP para a Saúde Reprodutiva.

Na área do financiamento da saúde, lembro que os Chefes de Estado e de Governo da União Africana assumiram o compromisso, na Declaração de Abuja, de alocar à saúde 15% dos seus orçamentos nacionais. Os progressos quanto a este compromisso revelam que 4 países estão a afectar menos de 5%, 25 países entre 5 e 10% e 13 países entre 11 e 14%. Gostaria de exortar os Estados-Membros da União Africana a fazer tudo o que esteja ao seu alcance para aumentarem os recursos do sector da saúde. Essa medida deveria ser parte integrante do processo de reforço geral dos sistemas de saúde.

Antes de concluir a minha intervenção, desejo confirmar, junto dos Ilustres Ministros presentes, que a 2ª Conferência dos Ministros da Saúde da UA será acolhida pelo Governo do Botswana, em Gaborone, de 10 a 14 de Outubro de 2005. O tema desta conferência é “Acesso Sustentável ao Tratamento e Cuidados para a Consecução das Metas de Desenvolvimento do

Milénio". Os principais temas de discussão incluirão a Iniciativa de Bamako sobre Medicamentos Essenciais, Medicina Tradicional, WTO/TRIPS e acesso aos medicamentos, sua produção local em África, reforço dos sistemas de saúde e investigação em saúde. Espero ansiosamente encontrá-los em Gaborone.

Finalmente, gostaria de reafirmar a determinação e a disponibilidade da União Africana e da sua Comissão para continuar a agir lado a lado com a OMS, para enfrentarmos os desafios que se colocam à saúde no Continente Africano.

Muito obrigado.

**ALOCUÇÃO DO PRESIDENTE DA REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE ARMANDO
EMÍLIO GUEBUZA**

Sua Excelência Dr. Saleh Meky, Ministro da Saúde da Eritreia e Presidente da 54ª Sessão do Comité Regional;
Sua Excelência Dr. Lee Jong-wook, Director-Geral da Organização Mundial de Saúde;
Senhora Doutora Bience Gawanas, Comissária dos Assuntos Sociais da União Africana;
Sua Excelência Dr. Luis Gomes Sambo, Director Regional da Organização Mundial de Saúde;
Senhor Dr. Ivo Paulo Garrido, Ministro da Saúde;
Senhores Membros do Conselho de Ministros;
Senhores Membros do Corpo Diplomático;
Caros delegados;
Ilustres convidados;
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Permitam-nos, em primeiro lugar, desejar as boas-vindas aos delegados à Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da Organização Mundial de Saúde nesta cidade das acácias e de jacarandás, a bela capital moçambicana, bem encravada na baía que lhe dá o nome, Maputo. Queremos manifestar a nossa satisfação e orgulho por terem escolhido Moçambique para acolher este importante evento, no qual serão debatidos diversos assuntos ligados ao combate às doenças e à melhoria dos cuidados de saúde dos nossos cidadãos.

Gostaríamos de aproveitar esta oportunidade para expressar o nosso profundo apreço pela presença de altos dignatários, provenientes dos vários quadrantes do Mundo. Apreciamos o facto de terem colocado este encontro no topo das vossas agendas. Este gesto sublinha a importância que conferem à busca de soluções profícuas, conducentes ao bem-estar dos nossos povos e países. Saudamos a presença dos distintos responsáveis na área de saúde vindos de todas as Províncias do nosso País e dos ilustres representantes da sociedade civil moçambicana.

Ao Dr. Luis Gomes Sambo, reiteramos as nossas felicitações pela sua eleição para o cargo de Director Regional Africano da Organização Mundial de Saúde. A nossa expectativa é que a frente da equipa que está a dirigir venha galvanizar as acções que visam a melhoria das condições de saúde das populações do nosso continente.

Durante a vossa estadia nesta bela cidade, minhas senhoras e meus senhores, gostaríamos que se sentissem como se em vossas próprias casas estivessem. Disfrutem das belas paisagens, das estâncias turísticas que nosso país oferece. Acima de tudo, disfrutem da hospitalidade e simpatia que vos são oferecidas. Não deixem de retribuir os sorrisos deste nosso povo hospitaleiro, pois, entre nós, o sorriso é um recurso renovável. Disfrutem igualmente das artes e da cultura e, em particular, da nossa culinária.

Minhas Senhoras,
Meus Senhores,
Distintos delegados,

A República de Moçambique é membro da Organização Mundial de Saúde desde 11 de Setembro de 1975, ano da sua Independência. Em 1979, acolheu pela 1ª vez a sessão anual do Comité Regional Africano da Organização Mundial de Saúde, onde foram tomadas importantes decisões sobre as formas adequadas de aumentar e melhorar o acesso e os níveis de saúde na Região.

Hoje, sentimo-nos uma vez mais profundamente honrados por acolher pela segunda vez, a sessão anual do Comité Regional Africano da Organização Mundial de Saúde. Esta sessão assume particular importância na nova conjuntura nacional e internacional. A sua agenda coloca em evidência, por um lado, a importância da luta contra as doenças transmissíveis que ainda flagelam as nossas populações. Por outro lado, dá destaque, à melhoria dos níveis de saúde dos nossos povos.

Reconhece-se que na Região Africana ainda é elevada a prevalência das doenças transmissíveis e a mortalidade materna e infantil, com a conseqüente diminuição da esperança média de vida. O HIV/SIDA é um dos maiores flagelos da saúde pública. O seu impacto em termos de morbilidade e mortalidade influi no fraco desempenho económico dos países da Região. Este facto é aliado à fragmentação e fragilidade predominantes nos sistemas de saúde, bem como à fraca disponibilidade e deficiente gestão de recursos humanos, financeiros e tecnológicos.

A magnitude dos problemas enfrentados pelos nossos países ultrapassa, de longe, a sua capacidade de os enfrentar e lhes dar resposta apenas com os seus próprios meios e recursos. Os países desenvolvidos têm as suas responsabilidades no incremento da ajuda oficial ao desenvolvimento dos países pobres. Paralelamente, constituem factores importantes o cancelamento da dívida externa, o maior acesso aos mercados, a transferência de tecnologias e o aumento do investimento directo estrangeiro.

Em Moçambique, minhas senhoras e meus senhores, o estado de saúde da população e o perfil epidemiológico é, em grande medida, consequência do actual nível de desenvolvimento sócio-económico. O fado das doenças endémicas é elevado. É o caso do paludismo e da diarreia, que associada à má nutrição, afectam prioritariamente as crianças com idade inferior a 5 anos. O HIV/SIDA prevalece mais entre as mulheres e com uma tendência sempre crescente. Continua igualmente preocupante o aumento dos níveis de transmissão vertical do vírus do HIV da mãe para o filho .

Encoraja-nos, particularmente, saber que para o ano 2005 o *Relatório Mundial da Saúde* tem como lema: **“Fazer com que todas as Mães contem”**. Entendemos que, em paralelo com a educação e formação profissional, a saúde é um factor libertador da mulher. Acreditamos que, devidamente articulado, pode melhorar significativamente a sua capacidade de estudar e, sobretudo a sua visibilidade no conjunto de actores que produzem a riqueza nacional.

No Programa Quinquenal, na área de saúde, colocamos a mulher e a criança no epicentro das nossas atenções. Nesse sentido, desenhamos acções que contribuem para melhorar o acesso à educação, ao emprego e aos cuidados de saúde gratuitos para as mulheres grávidas e para as crianças com menos de 5 anos de idade.

Privilegiamos igualmente a redução da incidência e da prevalência de doenças evitáveis através da vacinação das crianças dos 0 aos 23 meses de idade, das crianças em idade escolar e das mulheres em idade fértil. Neste momento, está em curso a Campanha Nacional de Vacinação e os níveis de cobertura até agora atingidos são encorajadores.

Paralelamente, estão a ser feitos esforços para melhorar o estado nutricional da população e para aumentar o acesso à saúde materna, sobretudo nas zonas rurais.

Este encontro, distintos delegados, realiza-se numa altura em que o mundo se prepara para fazer a primeira avaliação dos progressos alcançados na implementação das Metas de Desenvolvimento do Milénio, depois da sua adopção, em 2000. Estes objectivos estabelecem até 2015, como prioridade na área de saúde:

- A redução da mortalidade das crianças;
- A melhoria da saúde materna; e
- O combate ao HIV/SIDA, Paludismo e outras doenças

Para nós, africanos, deve constituir um momento de reflexão sobre como podemos melhor participar neste exercício, por forma a atingir as metas estabelecidas.

Esperamos, assim, que os debates tenham em consideração o papel da Organização Mundial de Saúde e de cada um dos países, na implementação das acções que se circunscrevem na prevenção, tratamento, investigação, mitigação e advocacia dos efeitos das doenças, para a melhoria das condições sócio-económicas dos nossos povos. Unidos pelo mesmo espírito e convictos de que alcançaremos os valores básicos e indispensáveis para a dignidade humana, desejamo-vos mais uma vez uma boa estadia e os melhores sucessos nas vossas deliberações.

Com estas palavras, temos a honra de declarar solenemente aberta a Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional Africano.

Muito obrigado.

**PROJECTO DE ORDEM DO DIA PROVISÓRIA DA QUINQUAGÉSIMA-SEXTA SESSÃO
DO COMITÉ REGIONAL**

1. Abertura da sessão
2. Constituição da Comissão de Designações
3. Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relatores
4. Aprovação da ordem do dia
5. Nomeação dos membros das Comissão de Verificação de Poderes
6. Actividades da OMS na Região Africana em 2004-2005: Relatório Bienal do Director Regional:
 - 6.1 Progressos na implementação do Orçamento Programa de 2006-2007 na Região Africana
 - 6.2 Relatórios dos progressos sobre resoluções específicas:
 - a) Saúde dos adolescentes: Estratégia para a Região Africana
 - b) Saúde das mulheres: Estratégia para a Região Africana
 - c) Enfrentar o ressurgimento da transmissão do poliovírus selvático na Região Africana
 - d) Abuso sexual de crianças: Uma emergência sanitária silenciosa
 - e) Melhorar o acesso aos cuidados e tratamento do HIV/SIDA na Região Africana: Iniciativa 3 by 5 e para além dela
 - f) Saúde ocupacional e segurança na Região Africana: Análise da situação e perspectivas
 - g) Intervenções prioritárias no reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária

- h) Reposicionar o planeamento familiar nos serviços de saúde reprodutiva: Quadro para uma acção acelerada, 2005–2014
 - i) Macroeconomia e saúde: Perspectivas futuras na Região Africana
 - j) Reforçar o papel dos hospitais nos sistemas nacionais de saúde na Região Africana
 - k) Intensificar as intervenções contra o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo na Região Africana
 - l) Estratégia regional de vacinação no período 2003–2005
 - m) Desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde: Acelerar a implementação da estratégia regional
7. Correlações entre as actividades do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde
- 7.1 Modalidades de implementação das resoluções de interesse regional aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e do Conselho Executivo
 - 7.2 Incidências regionais das ordens do dia da 117ª sessão do Conselho Executivo, da 60ª Assembleia Mundial da Saúde e da 57ª sessão do Comité Regional
 - 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
8. Relatório do Subcomité do Programa
- 8.1 Plano Estratégico Regional do Programa Alargado de Vacinação para 2006–2009
 - 8.2 Prevenção do HIV/SIDA na Região Africana: Estratégia de renovação e aceleração
 - 8.3 Oncocercose: Problemas e desafios emergentes
 - 8.4 Comércio e saúde: Um problema emergente para o desenvolvimento sanitário
 - 8.5 Financiamento da saúde: Estratégia para a Região Africana
 - 8.6 Autoridades regulamentadoras dos medicamentos, vacinas e controlo de narcóticos: Um tema preocupante
 - 8.7 Revitalização dos sistemas de saúde no contexto dos cuidados primários de saúde na Região Africana
 - 8.8 Sobrevivência das crianças: Estratégia para a Região Africana

9. Informação
 - 9.1 Actualização da Erradicação da Polio na Região Africana: Relatório dos progressos e perspectivas
 - 9.2 Eliminação da lepra: Relatório dos progressos e perspectivas
 - 9.3 Implementação das Normas Internacionais da Saúde: Implicações na Região Africana
10. Mesa-Redonda: Actividades intersectorais para promoção da saúde e prevenção da doença
11. Painel de Discussão: Controlo do paludismo na Região Africana: Experiências e perspectivas
12. Relatórios da Mesa-Redonda e do Painel de Discussão
13. Datas e locais da 57ª e 58ª sessões do Comité Regional
14. Decisões processuais
15. Aprovação do relatório do Comité Regional
16. Encerramento da 56ª sessão do Comité Regional.

ANEXO 15

LISTA DOS DOCUMENTOS

Referência	Título
AFR/RC55/1	- Aprovação da ordem do dia
AFR/RC55/1/Add.1	- Programa de trabalho
AFR/RC55/2	- Actividades da OMS na Região Africana em 2004: Relatório Anual do Director Regional
AFR/RC55/3	- Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da saúde e pelo Conselho Executivo
AFR/RC55/4	- Incidências regionais das ordens do dia da 117ª sessão do Conselho Executivo, da 59ª sessão da Assembleia Mundial da Saúde e da 56ª sessão do Comité Regional
AFR/RC55/5	- Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
AFR/RC55/6	- Relatório do Subcomité do Programa
AFR/RC55/7	- Orçamento-Programa da OMS para 2006-2007: Orientações para a implementação na Região Africana
AFR/RC55/8	- Estratégia de cooperação com os países: Implementação, lições aprendidas e perspectivas na Região Africana
AFR/RC55/9	- Consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde: Análise da situação e perspectivas na Região Africana

AFR/RC55/10	-	Produção local de medicamentos essenciais, incluindo anti-retrovirais: Problemas, desafios e perspectivas na Região Africana
AFR/RC55/11	-	Controlo da Tripanossomíase Humana Africana: Estratégia para a Região Africana
AFR/RC55/12	-	Doenças Cardiovasculares na Região Africana: Situação actual e perspectivas
AFR/RC55/13	-	Implementação da Convenção-Quadro para a Luta Anti-Tabágica na Região Africana: Estado actual e caminho do futuro (FCTC)
AFR/RC55/14	-	Clonagem de seres humanos para fins reprodutivos: Situação actual
AFR/RC55/15	-	Princípios orientadores para a afectação estratégia dos recursos
AFR/RC55/16	-	Programa-Geral de Trabalho 2006-2015
AFR/RC55/RT/1	-	Prevenção do HIV/SIDA na Região Africana: Mesa-Redonda
AFR/RC55/PD/1	-	Painel de discussão: Determinantes sociais da saúde e desigualdades na saúde: Uma questão preocupante na Região Africana
AFR/RC55/17	-	Datas e locais da Quinquagésima-sexta e Quinquagésima-sétima sessões do Comité Regional
AFR/RC55/18	-	Decisões processuais
AFR/RC55/19	-	Relatório do Comité Regional
AFR/RC55/20	-	Lista de Participantes

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 Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional
Decisão 7	-	Ordem do dia da 117ª sessão do Conselho Executivo
Decisão 8	-	Método de trabalho e duração da 59ª Assembleia Mundial da Saúde
Decisão 9	-	Cimeira Ministerial sobre Investigação para a Saúde, em 2008
Decisão 10	-	Datas e locais da Quinquagésima-sexta e Quinquagésima-sétima sessões do Comité Regional
Decisão 11	-	Designação de Representantes da Região Africana para o Conselho da Parceria Fazer Recuar o Paludismo
AFR/RC55/R1	-	Orçamento-Programa para 2006-2007: Orientações para a implementação na Região Africana
AFR/RC55/R2	-	Consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à Saúde: Análise da situação e perspectivas na Região Africana
AFR/RC55/R3	-	Controlo da Tripanossomíase Africana: Estratégia para a Região Africana

AFR/RC55/R4	-	Doenças Cardiovasculares na Região Africana: Situação actual e perspectivas
AFR/RC55/R5	-	Controlo da Tuberculose: Situação actual na Região Africana
AFR/RC55/R6	-	Intensificação dos esforços de Prevenção do HIV na Região Africana
AFR/RC55/R7	-	Moção de Agradecimento
AFR/RC55/INF.DOC/1	-	Relatório sobre recursos humanos da OMS na Região Africana
AFR/RC55/INF.DOC/2	-	Migração internacional do pessoal de saúde: Um desafio para os sistemas de saúde nos países em desenvolvimento
AFR/RC55/INF.DOC/3	-	Controlo da tuberculose: Situação actual na Região Africana
AFR/RC55/INF.DOC/4	-	Drepanocitose: Um problema de saúde pública na Região Africana
AFR/RC55/INF.DOC/5	-	Propagação da Gripe das Aves: Preparação e resposta à pandemia na Região Africana:
AFR/RC55/INF.DOC/6	-	Varíola: Destruição dos <i>stocks</i> de vírus da varíola
AFR/RC55/Conf.Doc/1	-	Discurso de Sua Excelência o Prof. Paulo Ivo Garrido, Ministro da Saúde de Moçambique
AFR/RC55/Conf.Doc/2	-	Discurso do Dr. Saleh Meky, Ministro da Saúde da Eritreia, Presidente da 54ª Sessão do Comité Regional Africano da OMS
AFR/RC55/Conf.Doc/3	-	Discurso do Dr. Luis Gomes Sambo, Director Regional da OMS

AFR/RC55/Conf.Doc/4	-	Discurso do Dr. Lee Jong-Zook, Director-Geral da OMS
AFR/RC55/Conf.Doc/5	-	Discurso de Sua Excelência Professora Alpha Omar Konaré, Presidente da União Africana
AFR/RC55/Conf.Doc/6	-	Discurso de Sua Excelência o Sr. Armando Emílio Guebuza, Presidente da República de Moçambique
AFR/RC55/INF/01	-	Boletim de Informação da República de Moçambique