

## **PARTE II**

### **RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL**



## ABERTURA DA REUNIÃO

1. A Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da OMS foi aberta oficialmente na Segunda-feira, dia 22 de Agosto de 2005, no Centro de Conferências Joaquim Chissano, em Maputo, Moçambique, por Sua Excelência o Presidente da República de Moçambique, Senhor Armando Guebuza. Entre os presentes na cerimónia de abertura encontravam-se os ministros do governo moçambicano, os ministros da saúde e os chefes de delegação dos Estados-Membros da Região Africana da OMS, a Comissária Bience Gwanas, representante do Presidente da Comissão da União Africana, o Dr. Jong-wook Lee, Director-Geral da OMS, o Dr. Luis G. Sambo, Director Regional Africano da OMS, membros do corpo diplomático, representantes de agências das Nações Unidas, de comunidades económicas regionais, de bancos regionais e de organizações não-governamentais (*ver lista de participantes no Anexo 1*).

2. O Professor Paulo Ivo Garrido, Ministro da Saúde de Moçambique, deu as boas-vindas a Maputo aos ministros da saúde e aos delegados e manifestou o seu apreço pela honra com que Moçambique fora distinguido por acolher a Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional. Salientou a presença do Presidente da República de Moçambique e a grande atenção que ele tem dispensado ao sector da saúde e à redução da pobreza. Cumprimentou de forma calorosa o Dr. Jong-wook Lee na sua qualidade de Director-Geral da OMS. Felicitou igualmente o Dr. Luis Gomes Sambo pela sua eleição como Director Regional da OMS para África, tendo-lhe reiterado a prontidão de Moçambique em apoiá-lo (*ver texto integral no Anexo 8*).

3. O Dr. Saleh Meky, presidente da Quinquagésima-quarta sessão, informou os delegados que, de acordo com o regulamento, ele presidiria à sessão de abertura da reunião até à eleição de um novo presidente. Agradeceu em seguida aos Estados-Membros a honra com que o distinguíram a ele e ao seu país, a Eritreia, atribuindo-lhe a presidência da Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional Africano. Fazendo uma avaliação das actividades levadas a cabo durante os últimos doze meses, sublinhou a grande atenção dispensada às doenças da pobreza, tais como o HIV/SIDA, a tuberculose e o paludismo. Salientou a criação, pelo Director-Geral, da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, cuja primeira reunião realizou-se na República do Chile. Acrescentou que, este ano, o Escritório Regional Africano da OMS tinha acolhido em Brazzaville uma reunião consultiva regional sobre os determinantes sociais da saúde.

4. Insistiu numa abordagem colectiva para a consecução das metas de desenvolvimento do milénio. Lembrou que, durante a Quinquagésima-oitava Assembleia Mundial da Saúde, os ministros da saúde da Região Africana tinham apresentado uma posição comum em relação aos problemas de saúde das mães e dos recém-nascidos, HIV/SIDA, desenvolvimento de

recursos humanos e financiamento dos cuidados de saúde. Referiu as realizações conseguidas desde a nomeação do novo Director Regional e, em relação ao Orçamento-Programa de 2004-2005, destacou a necessidade de garantir que mais recursos financeiros e técnicos fossem afectados às prioridades regionais (*ver texto integral no Anexo 9*).

5. O Dr. Luis Gomes Sambo declarou-se satisfeito por usar da palavra para se dirigir ao Comité Regional, pela primeira vez, na qualidade de Director Regional da OMS, e grato a todos os Estados-membros da Região Africana pela confiança e oportunidade que lhe foi dada de servir a África nesta nova função. Agradeceu à Sua Excelência, o presidente Armando Guebuza, pelo empenho pessoal na melhoria da saúde do povo de Moçambique, assim como pela sua ampla visão do desenvolvimento em África. Manifestou também a sua gratidão ao governo e ao povo de Moçambique por terem aceite acolher a Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da OMS.

6. Prestou homenagem ao Dr. Jong-wook Lee, Director-Geral da OMS, pela sua dedicação especial ao desenvolvimento da saúde na Região Africana. O Dr. Sambo declarou que, desde que assumiu o cargo, se tinham dado passos concretos para levar a cabo uma das suas principais prioridades, que é a melhoria da colaboração com a União Africana. A este respeito, informou o Comité das excelentes relações de trabalho estabelecidas com a União Africana, no quadro de objectivos comuns de desenvolvimento e estratégias específicas para enfrentar os principais desafios que se colocam à Região Africana.

7. Em relação aos problemas de saúde em África, lembrou que a África Subsariana continua a suportar o fardo mais pesado das doenças em todo o mundo, particularmente no que diz respeito ao SIDA, paludismo e tuberculose. Sublinhou a necessidade de garantir o acesso universal aos cuidados essenciais de saúde, o que é consentâneo com a Declaração do Milénio das Nações Unidas.

8. No que se refere aos sistemas de saúde, salientou a necessidade de um investimento substancial no reforço de capacidades, em termos de infra-estruturas e capital humano. Exortou os ministros da saúde a reforçarem a sua liderança no domínio da saúde no contexto das reformas macroeconómicas nos seus países e a tirarem partido dos mecanismos de integração económica regional e das tendências cada vez mais positivas da ajuda oficial ao desenvolvimento.

9. Lamentou o facto da Região Africana não ter beneficiado suficientemente dos consideráveis progressos técnicos e científicos obtidos na área da medicina devido à falta de recursos para aceder às tecnologias de saúde existentes. Além disso, sublinhou a necessidade de ter em linha de conta os determinantes mais amplos da saúde e a necessidade de reforçar o contributo do sector da saúde na luta contra a pobreza.

10. Expressou profunda preocupação com a crescente incidência do HIV/SIDA na Região Africana. Sublinhou que o SIDA exige uma resposta excepcional e multisectorial e elogiou as várias parcerias e iniciativas em curso para a prevenção e controlo do SIDA. A este respeito, informou o Comité da sua intenção de propor à Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional Africano que o ano 2006 seja dedicado à aceleração dos esforços de prevenção do SIDA.

11. Salientou várias oportunidades para enfrentar os principais desafios com que a Região se depara. Sobre as perspectivas futuras, destacou as orientações estratégicas que consistem em cinco acções prioritárias (*ver texto integral no Anexo 10*).

12. O Dr. Jong-wook Lee, Director-Geral da OMS, agradeceu ao governo de Moçambique por ter acolhido a Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional. Lembrou que a África é o centro das atenções na actual discussão, a nível mundial, sobre o futuro do mundo. Neste contexto, a OMS atribuiu à África quase 30% das suas receitas combinadas para o próximo biénio. Referiu-se a Moçambique como um exemplo positivo e um país que tem feito progressos no sentido da consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio, por exemplo, na melhoria da saúde materna e infantil.

13. Expressou preocupação quanto ao elevado fardo de doenças crónicas e à contínua mortalidade por doenças infecciosas como o HIV/SIDA, a tuberculose e o paludismo. Relativamente à Iniciativa 3 *by* 5, reconheceu que foram feitos progressos, ainda que a meta inicial seja difícil de alcançar. Acrescentou que o acesso universal a medicamentos anti-retrovirais é agora reconhecido a nível mundial como um imperativo moral e social, bem como uma necessidade prática. Sublinhou que o acesso universal é igualmente a chave para o controlo da tuberculose.

14. Sublinhou o êxito alcançado na erradicação da poliomielite. Relembrou que o dia Mundial da Saúde deste ano foi subordinado ao tema “Fazer com que cada mulher e cada criança contem”. Afirmou que as barreiras financeiras ao acesso precisam de ser reduzidas e de ser constituída uma força de trabalho eficaz. Relativamente ao paludismo, lembrou que a Declaração de Abuja fixou 2005 como o ano em que as taxas de cobertura deveriam atingir 60% para as principais intervenções curativas e preventivas.

15. O Dr. Lee afirmou que, apesar dos progressos efectuados em termos de acesso e cobertura, persistem ainda desafios significativos aos sistemas de saúde, particularmente a insuficiência de profissionais de cuidados de saúde. Acrescentou que a formação e retenção dos valiosos recursos humanos em saúde devem tornar-se uma prioridade.

16. Sublinhou que a adopção das Normas Internacionais de Saúde pela Assembleia Mundial da Saúde no decurso deste ano foi um passo histórico. Afirmou que as doenças cardiovasculares são agora a principal causa de morte a nível mundial. Manifestou satisfação pelo compromisso dos diversos países no âmbito da Convenção-Quadro para a Luta Anti-Tabágica.

17. O Dr. Lee apelou a uma rápida acção internacional sempre que haja pedidos de ajuda por parte de países durante crises humanitárias. Por último, reconheceu a existência de grande potencial para a melhoria da saúde no mundo (*ver anexo 11 para o texto completo*).

18. A Sra. Bience Gawanas, Comissária para os Assuntos Sociais na União Africana, fez um discurso em nome de Sua Excelência, o Professor Alpha Oumar Konaré, Presidente da Comissão da União Africana. Agradeceu ao Governo da República de Moçambique por ter acolhido esta importante reunião. Agradeceu também ao Dr. Jong-wook Lee, Director-Geral da OMS, e ao Director Regional da OMS para África, Dr. Luis Sambo pelo convite. Sublinhou o facto de a OMS ter sido a primeira agência das Nações Unidas a assinar um acordo de cooperação com a então Organização da Unidade Africana.

19. Afirmou que a Comissão da União Africana está empenhada em melhorar a situação sanitária em África, como ficou demonstrado nas diversas declarações e resoluções adoptadas pelos Chefes de Estado e de Governo da União Africana, incluindo a declaração sobre Fazer Recuar o Paludismo, de 2000; a Declaração de Abuja sobre o HIV/SIDA, a Tuberculose e outras doenças infecciosas, de 2001; e a Declaração de Maputo sobre o Paludismo, HIV/SIDA, Tuberculose e outras doenças infecciosas, de 2003.

20. A Comissária Gawanas enumerou os diversos factores determinantes da saúde, incluindo a pobreza, a violência, os conflitos armados, a instabilidade institucional e a insuficiência em infra-estruturas básicas. Relativamente à violência e à saúde, frisou que os Chefes de Estado e de Governo da União Africana aprovaram uma resolução apoiando a recomendação do *Relatório Mundial sobre violência e saúde* em 2003 e pediram aos Estados-Membros que elaborassem planos de acção a nível nacional para a prevenção da violência e criassem sistemas de recolha de dados pertinentes. Expressou gratidão pelo apoio prestado pela OMS à União Africana para fazer face a situações de emergência na Região Africana. Lamentou que o ressurgimento da poliomielite em alguns países africanos se tivesse devido a má informação e outros desafios. Sublinhou a necessidade de manter vivas e permanentes as campanhas de advocacia, educação e vacinação.

21. Sublinhou o papel da medicina tradicional em África e informou o Comité de que a União Africana estava a proceder à implementação da Década Africana de Medicina Tradicional (2001-2010) e à revisão da Iniciativa Bamako sobre medicamentos essenciais.

22. No respeitante à saúde materna e infantil, afirmou que a Comissão da União Africana estava a colaborar com a OMS e outros parceiros na elaboração de um roteiro para acelerar a redução da mortalidade e morbilidade materna e dos recém-nascidos em África e na concepção de um plano de acção global para a saúde reprodutiva em África.

23. Afirmou-se preocupada com o facto de nenhum dos países da Região ter conseguido implementar em pleno a Declaração de Abuja dos Chefes de Estado e de Governo, no sentido de afectar à saúde 15% dos seus orçamentos do Estado, tendo lançado um apelo aos Estados-Membros para que aumentem os recursos para o sector da saúde. Finalmente, confirmou que a segunda conferência de ministros da saúde da União Africana seria acolhida pelo Governo do Botswana, de 10 a 14 de Outubro de 2005 (*ver texto completo no Anexo 12*).

24. No seu discurso de abertura, Sua Excelência o Presidente da República de Moçambique, Senhor Armando Guebuza, deu as boas-vindas a Maputo aos ministros da saúde e delegados, convidando-os a apreciar a arte, a cultura e a culinária de Moçambique. Agradeceu a honra concedida ao seu país de acolher esta sessão do Comité Regional, durante a qual iriam ser debatidos diversos temas relacionados com a luta contra a doença e a melhoria dos cuidados de saúde para as populações da Região. Manifestou o seu regozijo pela presença de profissionais do sector da saúde de todas as províncias de Moçambique, assim como de representantes da sociedade civil. Felicitou o Dr. Luis Sambo pela sua nomeação como Director Regional da OMS para África, tendo manifestado a sua convicção de que, com o Dr. Sambo na liderança da equipa, as acções para melhorar as condições sanitárias na Região seriam consolidadas.

25. O Presidente sublinhou a importância deste fórum no novo contexto do crescente fardo das doenças e também do elevado nível de mortalidade materna e infantil, de que resulta uma menor esperança de vida. A esse respeito, a pandemia do HIV/SIDA constitui um dos maiores problemas de saúde pública, com impacto negativo sobre o desempenho económico e social dos países da Região.

26. Apelou aos países desenvolvidos no sentido de reforçarem a ajuda ao desenvolvimento por meio da redução da dívida, acesso aos mercados, transferência de tecnologias e investimento estrangeiro mais directo. Sublinhou a necessidade de se prestar uma atenção permanente ao paludismo, tuberculose e HIV/SIDA, incluindo a transmissão vertical deste último.

27. Louvou a decisão de dedicar o relatório da saúde no mundo deste ano ao lema “Fazer com que cada mãe e cada filho contem”. Neste contexto, a par da educação e da formação profissional, a saúde constitui um importante factor libertador da Mulher. Lembrou ao Comité que, no plano quinquenal de Moçambique, as mulheres e as crianças constituem o epicentro

do sector da saúde. A esse respeito, enumerou as acções visando um melhor acesso à educação, ao emprego e a cuidados de saúde gratuitos para as mulheres grávidas e as crianças com menos de cinco anos de idade.

28. Finalmente, referiu que o Comité Regional estava a decorrer numa altura em que os países procediam à avaliação dos seus progressos na consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio o que deverá constituir um momento de reflexão para os países da Região sobre as melhores vias para se atingir as metas estabelecidas. Desejando sucessos nos debates e deliberações, declarou aberta a Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da OMS (*ver texto completo no Anexo 13*).

## **ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS**

### **Composição da Comissão das Designações**

29. O Comité Regional nomeou a Comissão das Designações, constituída pelos seguintes Estados-Membros: Argélia, Botswana, Camarões, República Democrática do Congo, Guiné, Madagáscar, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Seychelles, África do Sul e Zâmbia. A Comissão reuniu-se às 12 horas de Segunda-feira, dia 22 de Agosto de 2005, e elegeu para seu presidente a Dra. Mantombazana Tshabalala Msimang, Ministra da Saúde da África do Sul.

### **Eleição do presidente, vice-presidentes e relatores**

30. Depois de analisar o relatório da Comissão das Designações, e nos termos do Artigo 10º do seu Regulamento Interno e da Resolução AFR/RC23/R1, o Comité Regional elegeu, por unanimidade, a seguinte Mesa:

<b>Presidente:</b>	Professor Paulo Ivo Garrido Ministro da Saúde de Moçambique
<b>Primeiro Vice-Presidente:</b>	Sra. D. Abator Thomas Ministra da Saúde e Saneamento da Serra Leoa
<b>Segundo Vice-Presidente:</b>	Dr. Moussa Kadam Ministro da Saúde do Chade



**Relatores:**

Sr. Abdelkader Mesdoua  
Chefe da delegação da Argélia (Francês)

Dr James Nyikal (Inglês)  
Director dos Serviços Médicos, Quénia

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

**Presidentes da Mesa-Redonda e do Painel de Discussão**

31. Dr. Alex Kamugisha (Uganda), foi eleito Presidente da Mesa Redonda. Dr. Zeinab Mint Youba-Maiga (Mali) foi escolhido para presidir ao Painel de Discussão.

**Aprovação da ordem do dia**

32. O presidente da Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional, Prof. Paulo Ivo Garrido, Ministro da Saúde de Moçambique, apresentou a ordem do dia provisória (documento AFR/RC55/1) e o projecto de programa de trabalho (*ver anexos 2 e 3*), que foram adoptados com os seguintes acréscimos:

- 10.4 Informação sobre a drepanocitose
- 10.5 Informação sobre uma possível pandemia de gripe das aves na Região Africana
- 10.6 Informação sobre manipulação genética da varíola
- 10.7 Informação sobre importantes eventos relacionados com a saúde na Região

**Aprovação do horário de trabalho**

33. O Comité Regional aprovou o seguinte horário de trabalho: das 8h00 às 12h30 e das 14h00 às 18h00, incluindo os intervalos para café.

**Designação da Comissão de Verificação de Poderes**

34. O Comité Regional nomeou representantes dos seguintes 12 países como membros da Comissão de Verificação de Poderes: Benim, Burkina Faso, Comores, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gâmbia, Guiné-Bissau, Lesoto, Maurícias, Níger, Nigéria e Uganda.

35. A Comissão de Verificação de Poderes reuniu-se no dia 22 de Agosto de 2005 e elegeu para presidente o Dr. Alhagie Tamsir Mbow, Ministro da Saúde da Gâmbia.

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

#### **ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA EM 2004: RELATÓRIO ANUAL DO DIRECTOR REGIONAL** (documento AFR/RC55/2)

37. O Dr. Luis G. Sambo, Director Regional, apresentou o relatório das actividades da OMS na Região Africana em 2004. Informou o Comité de que a nova equipa já iniciara as actividades. Seis meses após ter assumido funções, a equipa dedicava-se a revitalizar políticas e estratégias de acção específicas do Escritório Regional, tendo sido efectuada uma análise da situação sanitária das populações da Região Africana.

38. Informou o Comité de que o documento *Orientações Estratégicas para a Actividade da OMS na Região Africana, 2005-2009*, fora elaborado no Escritório Regional com contributos dos Representantes da OMS nos países, bem como de outros distintos e experientes profissionais de saúde, entre os quais se destacavam o ex-Director-Geral da OMS, o Dr. Halfdan Mahler; dois antigos Directores Regionais da Região Africana da OMS, o Dr. Lobe Monekosso e o Dr. Ebrahim Malick Samba, e dois Vice-Directores-Gerais da Sede, da OMS.

39. Assinalou que já tinha sido iniciado o processo de descentralização de competências na Região, para uma tomada de decisões mais eficaz a nível de país, interpaíses e regional, através da Estratégia de Cooperação com os Países.

40. Referiu que dada a magnitude da agenda para a saúde em África, e tendo em conta as limitações da OMS, a nova equipa estava a promover alianças e parcerias estratégicas para a saúde na Região Africana. O Dr. Sambo afirmou que a OMS apreciava o papel de outros parceiros para o desenvolvimento sanitário e fez um apelo no sentido de melhor coordenação e mais sinergias, com vista a uma acção mais eficaz. Informou o Comité de que a equipa visitara diversos países, parceiros e organizações e se reunira com instituições regionais e grupos sub-regionais, para analisar áreas importantes de cooperação. O *feedback* recebido foi estimulante e espera-se que os resultados sejam convincentes.

41. O Dr. Sambo apresentou uma panorâmica geral dos progressos realizados e da implementação das resoluções do Comité Regional referentes: ao programa geral e à gestão institucional; aos sistemas de saúde; à prevenção e controlo das doenças transmissíveis; às doenças não-transmissíveis; à saúde familiar e reprodutiva; aos ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável; e à administração e finanças.

42. O Director Regional apresentou uma visão geral das perspectivas. Afirmou que, com início em 2005, o Escritório Regional tencionava iniciar algumas mudanças de grande dimensão. A esse respeito, haverá alterações de fundo na forma de funcionamento do Escritório Regional da OMS. Para responder com êxito à complexidade dos problemas de saúde em África, será necessária uma equipa empenhada e com uma visão clara, assim como o apoio indefectível dos ministros da saúde e dos seus parceiros.

43. Acrescentou que as orientações deveriam emanar das necessidades e aspirações no domínio da saúde dos povos da Região Africana. Por outras palavras, a OMS actuará, na Região Africana, em conformidade com as resoluções do Comité Regional e dos órgãos directivos e com as políticas da Organização. O Director Regional fez um apelo aos Estados-Membros e aos parceiros para apoiarem a implementação das seguintes cinco estratégias constantes do documento de orientação estratégica:

- a) Reforço das políticas e sistemas de saúde para melhorar a capacidade de prestação de cuidados de saúde essenciais, ao nível local;
- b) Promoção da intensificação de intervenções essenciais de saúde, relativas aos problemas prioritários de saúde;
- c) Promoção da sensibilização e a resposta aos determinantes fundamentais da saúde;
- d) Melhoria e alargamento das parcerias para a saúde;
- e) Reforço das Representações da OMS nos países.

44. O Dr. Sambo reiterou que a sua aspiração é construir, com o apoio dos países, uma OMS forte na Região Africana. Sublinhou que tencionava reforçar o apoio da OMS às prioridades da saúde em África, dando grande destaque aos resultados decorrentes do trabalho em equipas, da transparência e da responsabilização, tendo acrescentado que estava ciente das oportunidades que representam as alianças profícuas na área da saúde.

45. O Dr. Sambo exprimiu a sua convicção de que, com o apoio de todos os países e dos parceiros do desenvolvimento, a nova visão poderia ser concretizada. Pediu ao Comité que fizesse uma análise crítica das questões apresentadas durante esta sessão do Comité Regional, de forma a criar alicerces sólidos para resultados mais substanciais na área da saúde.

Sublinhou que a Região possuía conhecimentos, instrumentos e capacidades suficientes para galvanizar os esforços colectivos no sentido de operacionalizar esta visão.

46. Exprimiu a sua gratidão aos Estados-Membros da Região Africana da OMS, cujo apoio inestimável tem contribuído para a concretização de uma equipa eficaz e eficiente. Finalmente, manifestou o seu apreço ao Director-Geral, Dr. Jong-wook Lee, e à direcção executiva da Sede da OMS, pelo apoio prestado à Região Africana durante o ano em apreço.

47. Os delegados elogiaram o Director Regional pela clareza da sua apresentação e pela qualidade do relatório, que sublinhava os resultados concretos do ano de 2004. Sugeriram, porém, que fosse dado maior destaque às principais prioridades, de modo a aumentar o seu impacto face aos recursos limitados. Apoiaram a proposta de declarar 2006 o ano da aceleração das actividades de prevenção do HIV, e solicitaram abordagens inovadoras. Regozijaram-se com a formulação das *Orientações estratégicas para as actividades da OMS na Região Africana, 2005-2009*, tendo no entanto salientado que a maioria dos indicadores constantes no relatório do Director Regional se referiam mais ao processo do que aos resultados e ao impacto.

48. Os delegados destacaram alguns dos desafios que o sector da saúde enfrenta, nomeadamente carências de recursos humanos em saúde, sistemas frágeis de gestão da informação sanitária e o duplo fardo das doenças transmissíveis e não-transmissíveis em África. A implementação da Iniciativa 3 by 5 fora prejudicada pela debilidade dos sistemas de saúde, má qualidade dos cuidados, falta de acesso aos medicamentos, problemas logísticos e desenvolvimento de resistência aos anti-retrovirais. A propósito do tratamento do paludismo, os delegados manifestaram preocupação quanto à insuficiente disponibilidade da terapia de combinação à base de artemisinina, para implementar as novas políticas de tratamento. Referiram que havia ainda falta de financiamento para a investigação, desenvolvimento e produção local de medicamentos, incluindo medicamentos tradicionais, como modo de melhorar o acesso ao tratamento, assim como para intensificar a implementação de intervenções reconhecidamente eficazes. Reconheceram ainda ser necessário formular estratégias claras de mobilização de recursos, para fazer face a todos estes desafios.

49. Foram pedidos esclarecimentos sobre o sistema de avaliação do desempenho de um centro colaborador da OMS antes da sua designação ser renovada. Os delegados inquiriram também sobre a utilidade de larvicidas biológicos no âmbito do controlo do vector do paludismo e sobre os motivos pelos quais todas as intervenções e estratégias continuavam, até ao presente, sem ter impacto na mortalidade materna da Região.

50. Os delegados recomendaram que os sucessos e as melhores práticas fossem documentados e que a informação fosse mais bem partilhada entre os Estados-Membros, incluindo a criação de um repositório. Encorajaram a cooperação técnica entre os Estados-

Membros sob facilitação do Secretariado e solicitaram que a OMS reconhecesse a pulverização residual de interiores com DDT, como uma estratégia preventiva do paludismo. Foi solicitado apoio à formulação de estratégias, instrumentos e directrizes para integração da Tuberculose e HIV/SIDA. Os países advogaram a favor da institucionalização das contas nacionais da saúde, para avaliação do financiamento do sector e definição do seu contributo para o desempenho económico global.

51. Os delegados sugeriram várias intervenções específicas. A colaboração entre o sector público e privado deve ser encorajada nas áreas da vacinação e da produção local de medicamentos. O programa de controlo do cancro deverá também lidar com o tratamento do stress e da dor. Deverá ser desenvolvida capacidade em farmacovigilância com vista a monitorizar as reacções adversas aos fármacos, bem como a resistência aos mesmos. Para tomar decisões baseadas em dados factuais, deverão ser investidos recursos na recolha de estatísticas fiáveis. Foi feito um apelo para a realização de uma reunião regional sobre o abuso de drogas como uma epidemia silenciosa que contribui para a propagação do HIV. Foi solicitada assistência técnica à OMS para a implementação do roteiro para reduzir a mortalidade materna e dos recém-nascidos; para tornar mais célere os processos de pré-certificação e pré-qualificação para a produção local de medicamentos e para desenvolver capacidades para o controlo de qualidade. Devido os riscos transfronteiriços de transmissão, bem como os desafios e interesses comuns, é necessária uma clara abordagem regional para erradicar a poliomielite e controlar o HIV/SIDA e o paludismo.

52. Os delegados recomendaram que deveria ser dada prioridade às estratégias governamentais para a retenção e motivação dos recursos humanos em saúde e a implementação das resoluções da Assembleia Mundial da Saúde sobre a migração dos profissionais de saúde. A OMS deverá intensificar a advocacia para que os países alcancem a meta dos 15% do orçamento de Estado afectados à saúde e apresentar um relatório sobre os progressos realizados nesse sentido. A OMS deveria apoiar os Estados-Membro a melhor compreender os conteúdos do documento sobre a macroeconomia e a saúde, disseminar essa informação e usá-la para advogar a favor da necessidade de mais recursos para a saúde. Os participantes manifestaram apreço pelo apoio financeiro do Fundo Mundial de Luta contra HIV/SIDA, Tuberculose e Paludismo bem como pelo apoio técnico da OMS à elaboração das propostas, implementação e monitorização dos progressos. Contudo, a questão da sustentabilidade e da abrangência permanecem uma preocupação. Os países que por força dos actuais critérios do Fundo Mundial de luta contra HIV/SIDA, Tuberculose e Paludismo e da Aliança Mundial não são elegíveis, solicitaram maior advocacia para aceder a estes fundos.

53. A Etiópia ofereceu-se para acolher a Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano da OMS. A Nigéria anunciou que terá lugar a segunda cimeira dos chefes em Abuja, durante o primeiro semestre de 2006 dedicado ao HIV/SIDA, tuberculose e paludismo. A

delegação dos Camarões informou ao Comité Regional de que o Forum Mundial do partenariado para Fazer Recuar o Paludismo terá lugar em Yaoundé de 18 a 19 de Novembro de 2005.

54. O Secretariado agradeceu aos delegados pelos seus comentários e forneceu as respostas que se seguem relativamente às questões levantadas. Foi preparada documentação sobre as melhores práticas nas áreas dos recursos humanos em saúde, a redução da mortalidade materna e infantil e a terapia anti-retroviral, entre outras. Estes documentos foram distribuídos e colocados no *site* do Escritório Regional da OMS. Não obstante, podia-se ter feito mais, sendo a ideia da criação de um observatório muito bem-vinda.

55. Referiu-se que seria promovida a cooperação técnica entre os Estados-Membro e foi registado um pedido de apoio técnico em áreas específicas. A OMS participaria na preparação da Cimeira de Abuja proposta pela Nigéria sobre o HIV, a tuberculose e o paludismo. Um relatório sobre a utilização bem sucedida de fundos para a saúde, tornada possível através da redução da dívida, seria preparado e distribuído à medida que a informação ficar disponível. Foi reconhecida a importância da promoção da saúde, mas os recursos continuam insuficientes. O Escritório Regional da OMS afectaria mais recursos durante o próximo biénio. Quanto à erradicação da poliomielite, o Escritório Regional da OMS mobilizou 85 milhões de dólares. Os países foram encorajados a afectar fundos para todos os programas sub-financiados como, por exemplo, a promoção da saúde e a erradicação da poliomielite. O relatório "*African regional health report: the health of the people*" estaria disponível antes do final do ano e forneceria informação mais detalhada sobre a situação actual da saúde na Região.

56. Foram prestados esclarecimentos sobre a forma como eram re-designados os centros colaboradores da OMS, bem como sobre as iniciativas em curso para melhorar a disponibilidade das redes tratadas com insecticida de longa duração e da terapia de combinação baseada na artemisinina e uso de larvicidas biológicos para controlo dos vectores. A OMS tem uma política clara sobre o uso de DDT para controlo dos vectores, que deveria ser usado em conformidade com a Convenção de Estocolmo sobre Poluentes Orgânicos Persistentes. A OMS adoptou várias estratégias para garantir que os fármacos de primeira linha para o tratamento do HIV/SIDA continuem a ser úteis. Está a ser formulada uma estratégia regional de nutrição, em reconhecimento da importância da nutrição na saúde e na doença. Com base nos dados disponíveis dos Estados-Membros, foi salientado que, com a disponibilização dos recursos humanos, com a melhoria dos cuidados de saúde e com o envolvimento das comunidades, as taxas de mortalidade materna seriam reduzidas de forma significativa. Seria dado apoio para a produção a nível local de medicamentos tradicionais e anti-retrovirais.

## **Aprovação do Relatório Anual**

57. O Comité Regional aprovou o relatório tal como contido no documento AFR/RC55/2, levando em consideração a informação adicional e os comentários propostos pelos delegados.

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

(documentos AFR/RC55/3, AFR/RC55/4 e AFR/RC55/5)

58. O Dr. Paul Lusamba-Dikassa, do Secretariado, apresentou os documentos referentes aos pontos 7.1, 7.2 e 7.3 da ordem do dia. Convidou o Comité a analisar os documentos e a dar orientações sobre: i) as estratégias propostas para implementar as várias resoluções de interesse para a Região Africana, aprovadas pela Quinquagésima-oitava sessão da Assembleia Mundial da Saúde e pela 115ª sessão do Conselho Executivo; ii) as implicações regionais das ordens do dia da 117ª sessão do Conselho Executivo e da Quinquagésima-nona sessão da Assembleia Mundial da Saúde; iii) o método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde.

## **Modalidades de implementação das resoluções de interesse regional aprovadas pela assembleia mundial da saúde e pelo conselho executivo** (documento AFR/RC55/3)

59. O documento destacava as resoluções de interesse regional aprovadas pela Quinquagésima-oitava sessão da Assembleia Mundial da Saúde e pela 115ª sessão do Conselho Executivo, nomeadamente:

- a) Controlo do paludismo (WHA58.2)
- b) Revisão das Normas Internacionais da Saúde (WHA58.3)
- c) Segurança do sangue: Proposta de instituição do Dia Mundial do Dador de Sangue (WHA58.13)
- d) Financiamento sustentável da prevenção e controlo da tuberculose (WHA58.14)
- e) Projecto de estratégia mundial de vacinação (WHA58.15)
- f) Promover o envelhecimento activo e saudável (WHA58.16)
- g) Migração internacional dos profissionais de saúde: Um desafio para os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento (WHA58.17)
- h) Prevenção e controlo do cancro (WHA58.22)
- i) Incapacidades, incluindo prevenção, tratamento e reabilitação (WHA58.23)
- j) Eliminar de forma sustentada as perturbações decorrentes da carência de iodo (WHA58.24)
- k) Problemas de saúde pública devidos ao consumo abusivo de álcool (WHA58.26)
- l) Reforço da bio-segurança laboratorial (WHA58.29)

- m) Acelerar a consecução dos objectivos de desenvolvimento relacionados com a saúde, internacionalmente acordados, incluindo os contidos na Declaração do Milénio (WHA58.30)
- n) Acções com vista à cobertura universal das intervenções em saúde materna, dos recém-nascidos e das crianças (WHA58.31)
- o) Nutrição dos lactentes e crianças pequenas (WHA58.32)
- p) Financiamento sustentável da saúde, cobertura universal e seguro social de saúde (WHA58.33)

60. O relatório continha somente os parágrafos operativos pertinentes, pela ordem em que surgiam nas resoluções. Cada resolução vinha acompanhada de uma análise das medidas já tomadas, ou em processo de planificação. O Comité foi convidado a analisar e comentar as estratégias propostas para implementar as resoluções de interesse para a Região Africana e a dar orientações para a respectiva implementação.

61. No referente à Resolução WHA58.2, sobre o controlo do paludismo, os delegados sublinharam a necessidade de a OMS continuar a apoiar os países na preparação de propostas de projectos a submeter ao Fundo Mundial de Luta contra HIV/SIDA, Tuberculose e Paludismo. O Comité sublinhou a necessidade de a Região Africana: mobilizar mais recursos; fazer advocacia a favor da redução dos preços dos medicamentos antipalúdicos; clarificar quem deverá pagar os estudos da farmaco-vigilância; envolver o sector privado, em especial as indústrias farmacêuticas; participar na investigação em curso e no desenvolvimento de uma vacina contra o paludismo; alargar a colaboração interpaíses a outros sectores pertinentes; e conceber uma abordagem regional comum no que respeita ao uso do DDT.

62. Sobre a Resolução WHA58.3, Revisão das Normas Internacionais da Saúde, os delegados referiram que o actual desafio estava na implementação, pelo que deveriam ser preparadas directrizes pertinentes. O Comité notou também que os países necessitariam de capacidades técnicas e logísticas adequadas para a implementação.

63. O Comité notou a pertinência das seguintes resoluções: WHA58.13, Segurança do sangue: Proposta de instituição do Dia Mundial do Dador de Sangue; WHA58.15, Projecto de estratégia mundial de vacinação; WHA58.16, Promover o envelhecimento activo e saudável; WHA58.22, Prevenção e controlo do cancro; WHA58.23, Incapacidades, incluindo prevenção, tratamento e reabilitação; WHA58.24, Eliminar de forma sustentada as perturbações decorrentes da carência de iodo; WHA58.29, Reforço da bio-segurança laboratorial; WHA58.31, Acções com vista à cobertura universal das intervenções em saúde materna, dos recém-nascidos e das crianças; e WHA58.32, Nutrição dos lactentes e crianças pequenas.



64. Quanto à Resolução WHA58.14, Financiamento sustentável da prevenção e controlo da tuberculose, o Comité propôs uma abordagem integrada da Tuberculose e do HIV/SIDA.

65. Em relação à Resolução WHA58.17, Migração internacional dos profissionais de saúde: Um desafio para os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento, os delegados apelaram à OMS para que continuasse a apoiar a formação e a criação de um ambiente favorável a uma maior retenção dos recursos humanos para a saúde. Dada a complexidade deste tema, os países foram exortados a envolver outros sectores pertinentes (por exemplo, finanças, trabalho e planeamento) e parceiros para o desenvolvimento, na procura de soluções para inverter esta tendência.

66. Quanto à Resolução WHA58.26, Problemas de saúde pública devidos ao consumo abusivo de álcool, os delegados fizeram um apelo no sentido de os países reforçarem as medidas para reduzir o consumo abusivo de álcool e as suas consequências.

67. Em relação à Resolução WHA58.30, Acelerar a consecução dos objectivos de desenvolvimento relacionados com a saúde, internacionalmente acordados, incluindo os contidos na Declaração do Milénio, os delegados destacaram a necessidade de relatórios anuais sobre a sua implementação. A OMS deveria apoiar os países na formulação de estratégias e na sua integração no quadro de despesas a médio prazo.

68. Quanto à Resolução WHA58.33, Financiamento sustentável da saúde, cobertura universal e seguro social de saúde, os delegados referiram a necessidade de dar apoio às acções de advocacia.

**Ordens do dia da Centésima-Décima-sétima sessão do Conselho Executivo, Quinquagésima-nona Assembleia Mundial da Saúde e Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional** (documento AFR/RC55/4)

69. Este documento continha as ordens do dia provisórias da 117ª sessão do Conselho Executivo, que decorrerá em Janeiro de 2006, da 59ª Assembleia Mundial da Saúde, prevista em Maio de 2006, e da 56ª sessão do Comité Regional, a realizar em Agosto de 2006.

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

71. Nas ordens do dia dos três órgãos directivos da OMS constam os seguintes pontos:

- a) Poliomielite
- b) HIV/SIDA

- Acesso universal à prevenção, cuidados e tratamento
- Nutrição e HIV/SIDA
- c) Direitos de propriedade intelectual, inovação e saúde pública
- d) Comércio internacional e saúde
- e) Género, mulher e saúde
- f) Actualização das Metas de Desenvolvimento do Milénio relacionadas com a saúde
- g) Décimo-primeiro Programa-Geral de Trabalho, 2006-2015
- h) Princípios orientadores das afectações estratégicas de recursos
- i) Nutrição dos lactentes e crianças pequenas
- j) Financiamento sustentável da saúde, cobertura universal e seguro social de saúde.

72. O Comité foi convidado a analisar a ordem do dia provisória da sua Quinquagésima-sexta sessão e a decidir quais os temas que deverão ser recomendados à 117ª sessão do Conselho Executivo e à 59ª Assembleia Mundial da Saúde.

73. O Comité Regional recomendou a inclusão dos seguintes temas na ordem do dia da sua Quinquagésima-sexta sessão: investigação em saúde; pobreza e saúde; e colaboração entre o Comité Regional, a Nova Parceria para o Desenvolvimento da África (NEPAD) e as comunidades económicas regionais, para a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio. Os delegados recomendaram também a inclusão da gripe das aves, da varíola e da drepanocitose na ordem do dia do Conselho Executivo, bem como fazer com que a destruição dos stocks de vírus da varíola deixe de ser um assunto meramente informativo se passe à acção concreta.

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

(documento AFR/RC55/5)

74. O objectivo do documento era o de facilitar o trabalho dos Estados-Membros na Quinquagésima-nona Assembleia Mundial da Saúde, de acordo com as decisões pertinentes do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde, respeitantes ao método de trabalho e duração da Assembleia da Saúde.

75. O Comité Regional analisou o documento e pronunciou-se sobre os projectos de decisões processuais. As recomendações serão transmitidas ao Director-Geral.

76. Os delegados encorajaram o Director Regional a manter a prática das reuniões diárias de coordenação dos países da Região Africana durante a Assembleia Mundial de Saúde. A fim de melhorar a preparação para a Assembleia, o Comité recomendou que os pontos pertinentes da ordem do dia desta fossem distribuídos aos países seleccionados antes da Assembleia Mundial

de Saúde, para prepararem uma posição comum; era necessário que os países da Região Africana falassem uma só voz sobre todos os pontos da ordem do dia.

77. O Director Regional afirmou que tanto a participação da Região Africana como as reuniões de informação continuavam a melhorar de ano para ano. Reconheceu, no entanto, que cada país era livre de tomar a palavra sempre que o desejasse. Sublinhou a necessidade de reduzir o número dos pontos da ordem do dia da Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional. Por isso, sugeriu que o Comité considerasse alguns pontos como documentos de informação.

78. Destacou a necessidade de colaboração entre o Fundo Mundial de luta contra HIV/SIDA, Tuberculose e Paludismo e a OMS, para uma abordagem comum a nível dos países. Sublinhou o facto de o contributo da OMS ser de natureza técnica. Referiu que seriam envidados esforços na procura de modos de financiar os estudos de farmaco-vigilância e apoiou a iniciativa de advocacia a favor da redução do preço dos medicamentos antipalúdicos.

79. Quanto à migração internacional dos profissionais de saúde, seriam empreendidos esforços no sentido de uma advocacia pertinente, para inverter essa tendência.

#### **RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA** (documento AFR/RC55/6)

##### **Orçamento-programa para 2006-2007 da OMS: Orientações para implementação na Região Africana** (documento AFR/RC55/7)

80. O Professor Mohamed Lemine Ba informou o Comité de que o Orçamento-Programa da OMS para 2006-2007, que é o primeiro a ser elaborado no âmbito do Décimo-Primeiro Programa-Geral de Trabalho, tem em conta as prioridades identificadas nos documentos da Estratégia de Cooperação com os Países (ECP) e as prioridades mundiais definidas pelo Director-Geral da OMS. Estas prioridades reflectem-se nas 15 áreas prioritárias de actividade, propostas pelo Director Regional. O Orçamento-Programa para 2006-2007, aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde em Maio de 2005, é um orçamento integrado com base nos resultados, decorrente de um processo de planeamento participativo e iterativo.

81. Chamou a atenção do Comité para o facto de, para o período de 2006-2007, o orçamento da Região Africana ter aumentado em 204,7 milhões de dólares EUA, dos quais 6% do orçamento ordinário e 94% de fundos voluntários. Assim, o montante total do orçamento eleva-se a 949,5 milhões de dólares EUA, compreendendo 21,4% do orçamento ordinário e 78,6% de fundos voluntários. A Região Africana recebe a mais alta dotação orçamental a seguir à Sede. Além do montante aprovado, foram atribuídos 784,4 milhões de dólares EUA às prioridades regionais. Para além disso, foram reservados 716,6 milhões de dólares EUA (75%)

para despesas nos países e 232,9 milhões de dólares EUA (25%) para despesas do Escritório Regional, incluindo as dotações interpaíses.

82. Salientou que a execução do orçamento será orientada por quatro princípios orientadores fundamentais: descentralização de recursos para os países; integração das intervenções; reforço da presença essencial da OMS nos países; e reforço da monitorização e avaliação, para maior eficiência e responsabilização.

83. Concluiu afirmando que os Estados-Membros são instados a trabalhar com a OMS na formulação de planos de acção baseados nos documentos da ECP, a seleccionarem um número limitado de áreas de actividade e a afectarem, no mínimo, 15% do orçamento de Estado ao sector da saúde. Por seu lado, a OMS deverá definir procedimentos para: delegar competências nos Representantes da OMS nos países e nos directores de divisão; redifinir o quadro de pessoal das Representações da OMS nos países; aprovar programas de trabalho em Novembro de 2005; e melhorar a qualidade da implementação, monitorização e avaliação do Orçamento-Programa.

84. O Professor Lemine Ba recomendou ao Comité a aprovação do documento AFR/RC55/7 e o seu projecto de resolução (AFR/RC55/WP/1)

85. Os delegados manifestaram o seu apreço pelo Orçamento-Programa para 2006-2007, baseado nas prioridades determinadas pelas Estratégias de Cooperação com os Países, e pelo facto de o Orçamento Ordinário ter sido combinado com as contribuições voluntárias. Notou-se que a Região Africana recebia a maior parte do orçamento global, a seguir à Sede da OMS.

86. Os princípios que orientaram a implementação do orçamento, nomeadamente a descentralização de recursos, a delegação de competências nos escritórios-país, os programas integrados, o reforço da presença essencial da OMS e o reforço da monitorização e da avaliação, foram altamente elogiados.

87. No entanto, foram expressas algumas preocupações relacionados com: a incerteza das contribuições voluntárias, que representam 78,6% do total do orçamento regional; a retenção de 3% do orçamento; o uso, a responsabilidade e os procedimentos para o reembolso aos países dos fundos não utilizados; a necessidade de coordenar actividades entre o Escritório Regional e a Sede antes do planeamento conjunto com os países; o ciclo orçamental bienal da OMS que carece de perspectiva a médio-prazo; o reforço da presença essencial da OMS nos países, visando a complementaridade dos esforços dos ministérios da saúde; e a tomada em consideração das flutuações cambiais na afectação de verbas orçamentais.

88. Os delegados pediram ao Secretariado que monitorizasse a implementação da Declaração de Abuja, na qual se comprometiam a atribuir à saúde 15% dos orçamentos nacionais, e apresentasse um relatório à próxima cimeira, que advogasse a favor da afectação de mais fundos do orçamento ordinário às prioridades de saúde na Região Africana e ligasse sempre a afectação de verbas orçamentais aos resultados obtidos.

89. Em resposta, o Secretariado lembrou aos delegados que o Orçamento-Programa já tinha sido aprovado pela Quinquagésima-oitava Assembleia Mundial da Saúde e que as propostas apresentadas neste documento constituiriam orientações para a sua implementação durante a preparação dos planos de trabalho. Foi explicado que se pretendia a aprovação do Comité para a criação de uma reserva de 6,1 milhões de dólares, representando 3% do orçamento ordinário, para contemplar ocorrências não previstas nos países, ficando entendido que na segunda metade do segundo ano do biénio, as quantias não utilizadas desta reserva seriam reafectadas aos orçamentos dos países. O Secretariado confirmou também que a mesma quantia (6,1 milhões de dólares americanos ou 3% do orçamento aprovado para a Região Africana) seria retida pelo Director-Geral em antecipação de não pagamento das avaliações dos Estados-Membros.

90. Relativamente à planificação conjunta, foi declarado que prosseguem as negociações com a Sede da OMS e que iria decorrer uma reunião sobre o assunto, envolvendo 13 representações nos países, o Escritório Regional Africano e a Sede, de 31 de Agosto a 1 de Setembro de 2005, em Maputo. Em relação à presença da OMS a nível dos países, foi assegurado que as equipas-país da OMS não estavam nos países para competir com os ministérios da saúde mas para apoiá-los. Sempre que for conveniente e de comum acordo, os funcionários da OMS poderão ser colocados no Ministério da Saúde. Foi prestada informação sobre a reorganização do Escritório Regional, que irá concentrar todas as divisões em Brazzaville, enquanto Harare irá acolher uma equipa interpaíses como parte do processo de descentralização.

91. Relativamente à implementação da Declaração de Abuja, a média actual de afectação do orçamento para a saúde é de 8% dos orçamentos nacionais. Irá ser prestada mais informação durante a próxima cimeira. No que diz respeito à incerteza das contribuições voluntárias, o Secretariado expressou confiança de que os montantes prometidos pelos doadores durante a Assembleia Mundial da Saúde seriam alcançados.

92. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC55/R1.

**Estratégias de cooperação com os países: Implementação, lições aprendidas e perspectivas na Região Africana** (documento AFR/RC55/8)

93. O Professor Mohamed Lemine Ba explicou que o documento apresentava um relatório dos progressos realizados na implementação das orientações dadas na Quinquagésima-primeira sessão do Comité Regional para formular Estratégias de Cooperação com os Países (ECP) em todos os 46 Estados-Membros. Fornecia ainda indicações sobre a evolução de todo o processo, as lições aprendidas e o caminho a seguir para maximizar os benefícios do processo das ECP.

94. Registou que a crescente complexidade do sector da saúde, o decréscimo dos recursos em África, o compromisso internacional para atingir as metas de desenvolvimento do milénio em 2015 e o crescente número de intervenientes no sector da saúde, com as agendas mais variadas, conduziram a uma intensa procura de mecanismos para uma melhor coordenação a nível dos países.

95. Esclareceu o Comité de que a Política Centrada nos Países, iniciada em 2001 como parte da reforma da OMS, pretende colocar as necessidades prioritárias de saúde dos Estados-Membros no centro das actividades da OMS e ao mesmo tempo reforçar a eficácia, a responsabilidade e a coerência da presença da OMS nos países. A Estratégia de Cooperação com os Países, uma componente essencial da Política Centrada nos Países da OMS, é um quadro específico dos países, a médio prazo (4 a 6 anos) e adaptável, para a cooperação entre a OMS e cada um dos países. A ECP define a agenda estratégica das actividades da OMS em cada país, e analisa as implicações dessa agenda a nível de toda a Organização.

96. O Professor Mohamed Lemine Ba sublinhou que a formulação da ECP em 45 dos 46 Estados-Membros permitiu que a OMS levasse a cabo consultas alargadas a nível dos países com os ministros da saúde, assim como com os seus parceiros nacionais, bilaterais e multilaterais, de modo a definir as prioridades fundamentais da saúde e do desenvolvimento, para planeamento a nível dos países. A análise de 45 documentos da ECP ajudou a definir os programas regionais prioritários para a cooperação técnica. O Escritório Regional iniciou um processo de melhoria das capacidades técnicas e de gestão das Representações da OMS nos países.

97. Referiu que as lições aprendidas durante o exercício de formulação das ECP incluíam a necessidade de um apoio técnico da OMS dinâmico, direccionado, coordenado e estratégico. Isto exigirá uma mudança no funcionamento das equipas-país e uma advocacia contínua para facilitar uma aceitação generalizada das mudanças previstas. O verdadeiro desafio é transformar as agendas estratégicas em acções sustentadas para se conseguirem melhores resultados na esfera da saúde.

98. Afirmou que, para se avançar com a agenda da ECP na Região Africana, os Estados-Membros e seus parceiros deveriam entender a ECP como um instrumento de planeamento viável e a base para estabelecer orçamentos-programas bienais. A OMS deveria certificar-se de que a ECP está, de facto, a ser posta em prática a todos os níveis e que as agendas estratégicas são implementadas. Para além disso, a OMS deveria proceder à total inclusão da ECP nos seus processos de gestão, garantindo a existência de equipas-país com boa liderança, dotadas do pessoal requerido e bem equipadas, capazes de coordenar e prestar eficazmente o apoio técnico da OMS.

99. O Professor Lemine Ba recomendou ao Comité a aprovação do documento AFR/RC55/8.

100. Os delegados congratularam-se pela formulação da Estratégia da OMS de Cooperação com os Países (ECP). Reconheceram que o processo comporta uma forte componente consultativa e participativa, que resulta na respectiva apropriação pelos países e no reforço da colaboração. Foi louvado o facto de a ECP, com uma abordagem da base para o topo, definir as prioridades do programa da OMS com base nas prioridades da saúde nos países.

101. Os delegados levantaram alguns problemas que requerem a atenção da OMS. Entre estes, são de assinalar a necessidade de: definir claramente indicadores para monitorizar a implementação da agenda estratégica da ECP, de modo participativo; rever os documentos da ECP à luz da evolução das necessidades dos países, especialmente dos que se encontram em situações de conflito ou pós-conflito; reduzir o número de áreas de actividade, incidindo na vantagem comparativa da Organização; estimular a integração das intervenções; reforçar a presença da OMS nos países com competências pertinentes, que facilitem a prestação de apoio técnico de alta qualidade ao sector da saúde.

102. Foi também sublinhado que a OMS deveria facilitar a coordenação dos intervenientes na área da saúde, sob a administração-geral dos ministérios da saúde. Além disso, a ECP deveria estar associada aos processos de planeamento a nível de país, a outros quadros estratégicos para o desenvolvimento e a iniciativas sub-regionais.

103. Os membros do Comité consideraram que a OMS deveria analisar a possibilidade de colocar pessoal especializado nos ministérios da saúde e suplementar os salários dos funcionários nacionais, para estimular a sua retenção. Aconselharam a OMS a documentar as melhores práticas, com provas dadas, em vários programas e a incluí-las numa secção do seu *site* na Internet. Dever-se-ia reforçar a capacidade dos ministérios da saúde para negociar com os parceiros, especialmente para mobilizar recursos para a saúde.

104. Em resposta aos comentários dos delegados, o Secretariado louvou a participação activa dos países no processo de formulação da ECP, da qual resultaram ensinamentos importantes

para a Organização. As ECP estão a ser utilizados para influenciar o Décimo-Primeiro Programa-Geral de Trabalho, os planos operacionais bienais de acção e outras actividades em curso, visando reforçar o apoio da OMS aos países. Os países foram informados especificamente de que o número definitivo das áreas de actividade seleccionadas e as modalidades de reforço da presença da OMS deveriam resultar de uma negociação entre os ministérios da saúde e as Representações da OMS nos países. Este processo deveria ter em conta os recursos disponíveis, a vantagem comparativa da OMS e a sua complementaridade com os governos e os outros parceiros.

105. O Secretariado também reconheceu a necessidade de actualizar a ECP, de acordo com as mudanças nas necessidades dos países e em sintonia com os quadros de referência existentes, como o UNDAF, a NEPAD e as Metas de Desenvolvimento do Milénio. É igualmente necessário ter em conta a consolidação das melhores práticas e a descentralização do programa de cooperação técnica da OMS nos países de grande dimensão e naqueles que se encontram em situações problemáticas, consoante os recursos disponíveis.

**Consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio: Análise da situação e perspectivas na Região Africana** (documento AFR/RC55/9)

106. O Professor Mohammed Lemine Ba esclareceu que a parte introdutória do documento descrevia as Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDM), tal como foram aprovadas pela Cimeira do Milénio, em 2000. As oito metas constituíam um quadro estratégico para avaliar os progressos conseguidos, estando também associadas à abordagem dos cuidados primários de saúde e às iniciativas de saúde para todos. Três delas eram metas da saúde e as outras estavam intimamente relacionadas com a saúde.

107. Expressou a preocupação do Secretariado do Programa porque, apesar dos sucessos conseguidos em certos países em relação a algumas MDM, no geral os progressos continuavam lentos, sobretudo devido à fraca operacionalidade dos sistemas de saúde e à insuficiência dos recursos. Afirmou que, por exemplo, a mortalidade infantil não estava a diminuir com a rapidez suficiente, mantendo-se nas 174 mortes por 1.000 nados-vivos, por comparação com 186 em 1990. A mortalidade materna agravava-se entre 1990 e 2003, passando de 870 para cerca de 1.000 por 100.000 nados-vivos. Também o combate ao HIV/SIDA, tuberculose e paludismo acusava lentidão.

108. O Professor Mohammed Lemine Ba afirmou que a secção do documento sobre as perspectivas enumerava algumas oportunidades, como o crescente reconhecimento do sector da saúde enquanto factor essencial para o desenvolvimento. Referiu também os desafios decorrentes da insuficiência de recursos e da debilidade dos sistemas de saúde e propôs acções para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, a intensificação das intervenções e a



mobilização de recursos, entre outras. Frisou que a monitorização e a avaliação deveriam ser empreendidas utilizando os indicadores já definidos no âmbito de cada meta de desenvolvimento do milénio.

109. Concluindo, sublinhou que as autoridades nacionais têm a principal responsabilidade pela consecução das MDM, bem como pela respectiva monitorização e notificação dos progressos realizados. Os governos têm de fazer mais para vencer os desafios e as lacunas existentes, de modo a alcançar as MDM, em particular abordando o papel essencial dos recursos humanos a todos os níveis. As intervenções destinadas a acelerar a consecução das MDM deveriam ser integradas nas reformas da saúde em curso e noutros processos nacionais de desenvolvimento. Os parceiros de desenvolvimento, incluindo a OMS, deveriam prestar apoio técnico e financeiro pertinente.

110. Recomendou ao Comité a aprovação do documento AFR/RC55/9 e do seu projecto de resolução AFR/RC55/WP/2

111. Os delegados exprimiram a sua satisfação pela qualidade e pertinência do documento. Foi sugerido que as Metas de Desenvolvimento do Milénio mantivessem uma íntima ligação à reforma do sector da saúde, por este ser essencial para a consecução das metas. A esse respeito, os países solicitaram apoio técnico para reforço das reformas do sector da saúde. Por exemplo, o apoio técnico seria necessário na harmonização e coordenação do apoio dos parceiros aos países. Solicitaram também apoio técnico para garantir as abordagens multisectoriais, a partilha das melhores práticas entre os países e o reforço da liderança e administração-geral.

112. Os participantes solicitaram à OMS que prosseguisse com a advocacia a favor de uma maior afectação de recursos para a saúde. A este respeito, os delegados sugeriram que o Director-Geral e o Director Regional escrevessem aos chefes de estado, convidando-os a reportar os seus progressos quanto ao compromisso de dedicar 15% do orçamento do Estado ao sector da saúde, e solicitando-os que destinassem, pelo menos, 30% dos fundos da Iniciativa dos Países Altamente Endividados para o sector da saúde. Os países foram exortados a formular planos de investimento na saúde, com custos bem estimados, de longo prazo, para a consecução das MDM.

113. Os delegados referiram que para a consecução das MDM, será necessário dar mais atenção ao envolvimento das comunidades. O HIV/SIDA deveria ser incluído entre os desafios que se colocam a consecução de todas as outras MDM. Foi sublinhada a necessidade de reforçar os serviços de informação sanitária nacionais e sub-nacionais (a nível de distrito e sub-distrito) e definir os indicadores pertinentes, para facilitar a monitorização e avaliação das

MDM. Os delegados apoiaram a ideia da criação de um observatório dos recursos humanos para a saúde.

114. Os delegados destacaram a necessidade de: garantir um uso optimizado dos recursos existentes; definir objectivos e indicadores para os problemas relativos ao género; criar fundos especiais, a nível de país, para as MDM; apoiar a abordagem integrada na prestação dos serviços de saúde; dar apoio especial aos países que tenham maiores dificuldades em atingir as MDM; e apoiar os países na definição de meios para garantir o acesso universal aos serviços de saúde.

115. Os delegados sugeriram que fosse elaborado um documento especial da Região Africana sobre os progressos conseguidos no sentido da consecução das MDM e os desafios encontrados. Esse documento deveria ser distribuído durante a 59ª sessão da Assembleia Mundial da OMS em Maio de 2006.

116. O Director Regional agradeceu aos ministros da saúde e chefes de delegação pelos seus comentários e sugestões. Reconheceu que as MDM se revestiam de grande complexidade, por envolverem todos os sectores. Referiu que, embora alguns países se encontrassem a atingir algumas das MDM, outros poderiam experimentar dificuldades a esse respeito. Acrescentou, no entanto, que o mais importante era que todos os países se empenhassem e esforçassem por atingir as MDM. Reconheceu a necessidade de mais recursos para intensificar as intervenções no sentido de atingir as MDM relativas à saúde e de garantir a eficácia no seu uso. O Dr. Sambo concordou também com a necessidade de alinhar as MDM com a reforma do sector da saúde e de reforçar os sistemas nacionais e distritais de saúde, como condição indispensável ao sucesso.

117. Notou a necessidade de reforçar os sistemas de informação de gestão da saúde, a nível regional e nacional. Declarou que, apesar de as doenças não-transmissíveis não estarem especificamente mencionadas nas MDM, a promoção da saúde e a melhoria dos estilos de vida são parte integrante das intervenções sobre as doenças transmissíveis.

118. Reconheceu a importância do financiamento da saúde e o papel das contas nacionais de saúde, tendo explicado que o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional tinham sido convidados a interagir com os ministros da saúde. Manifestou esperança de que o diálogo entre os ministros da saúde e os ministros das finanças continue. Informou o Comité de que a maioria dos parceiros do desenvolvimento tinham manifestado interesse em apoiar os países a implementar a estratégia de saúde da NEPAD, por forma a alcançar as MDM. Acrescentou que a OMS estava a trabalhar em estreita colaboração com a União Africana, o Secretariado da NEPAD e as comunidades económicas regionais para apoiar os países nesse aspecto. Apelou aos Estados-Membros para que aproveitem as oportunidades propiciadas pelo facto das

comunidades regionais e internacionais reconhecerem os desafios da pobreza, do mau desempenho económico, do HIV/SIDA e das catástrofes naturais e as provocadas pelo Homem.

119. O Comité Regional aprovou em seguida a Resolução AFR/RC55/R2.

**Produção local de medicamentos essenciais, incluindo anti-retrovirais: Problemas, desafios e perspectivas na Região Africana** (documento AFR/RC55/10)

120. O Dr. Bureima Hama Sambo, Relator do Subcomité do Programa, explicou que este documento pretendia dar orientações técnicas aos países que previssem a produção local de medicamentos essenciais, incluindo anti-retrovirais.

121. Referiu que a produção de medicamentos a nível mundial estava concentrada em poucos países industrializados e que a produção dos medicamentos genéricos se tornara uma importante actividade económica, que contribuía para melhorar o acesso aos medicamentos.

122. Esclareceu que existiam numerosos problemas relacionados com o acesso aos medicamentos, nomeadamente a inadequação dos orçamentos para os cuidados de saúde e as despesas elevadas com os fármacos (atingindo os 30%). Os altos preços dos medicamentos, a par do financiamento inadequado, impediam que as populações pobres tivessem acesso aos medicamentos. Há grande necessidade de genéricos a preço acessível e de estabelecer o equilíbrio entre as perspectivas da indústria e as da saúde pública.

123. O Dr. Boureima Hama Sambo afirmou que este documento enumerava uma série de desafios à produção de medicamentos genéricos na Região, incluindo a limitada capacidade dos países para usarem com eficácia as salvaguardas da TRIPS; os ambientes desfavoráveis nos sectores social, político e económico; a debilidade das infra-estruturas para o desenvolvimento económico e industrial; o custo elevado dos serviços básicos; e ainda a deficiente aplicação das políticas e legislações.

124. Concluindo, considerou que as perspectivas futuras dos países da região passavam pela formulação e implementação de políticas governamentais adequadas; pelo reforço da colaboração Sul-Sul e transferência de tecnologias; e pela exploração de opções quanto à importação paralela, licenciamento obrigatório e importação de equivalentes genéricos.

125. Recomendou ao Comité a aprovação do documento AFR/RC55/10.

126. Os delegados reconheceram que a produção local de medicamentos enfrentava muitos desafios, mas que era um dos métodos para melhorar a disponibilização dos medicamentos

essenciais. Os países aceitaram que ainda era necessário importar medicamentos e explicaram os problemas que encontravam nesse campo. Partilharam diversas experiências referentes à produção local e sublinharam os desafios correspondentes: quadros normativos inadequados, rutura das reservas de medicamentos, falta de acesso a capital e a recursos humanos, custo proibitivo das matérias primas, muitas das quais importadas, sustentabilidade das iniciativas, legislações dos países não conformes com os TRIPS e falta de cooperação interpaíses e a nível sub-regional.

127. Os papéis e responsabilidades do governo, tal como vêm consignados no documento, foram aprovados e sublinhados. Foram partilhados exemplos concretos sobre a extinção de taxas de importação sobre matérias primas, a celebração de parcerias interpaíses, a promoção de parcerias público-privado e a revisão da legislação comercial, para a harmonizar com os TRIPS. Os delegados sugeriram que a União Africana devia ser envolvida na questão da localização estratégica da produção sub-regional e da harmonização dos regulamentos.

128. Os países solicitaram o apoio técnico da OMS sobre as Boas Práticas de Fabrico; inspecção e formação; reforço do papel normativo do governo; melhoria da colaboração intersectorial (ministérios da saúde, comércio e finanças); investigação operacional para determinar a viabilidade e sustentabilidade da produção primária e secundária; revisão do código comercial, para o harmonizar com os TRIPS; controlo de qualidade antes e após a comercialização; reforço da colaboração interpaíses, incluindo compras por grosso a nível sub-regional. A propósito da década da medicina tradicional, proclamada pela União Africana, foram pedidos esclarecimentos sobre que acções concretas a OMS desenvolvera nessa matéria. Houve uma pergunta sobre o significado de “importação paralela”.

129. Foram sugeridas as seguintes emendas:

- No parágrafo 12: eliminar a primeira frase e substituí-la por: “No Quénia, a maioria do abastecimento de medicamentos essenciais ao sector público depende de fontes locais, e os produtores quenianos exportam também quantidades significativas para as regiões EAC e COMESA. No entanto, o sector privado usa largamente medicamentos importados.” Na linha 3, substituir: “devido à falta de protecção governamental contra as importações competitivas e a preferência dos consumidores por produtos importados”, por: “devido à falta de controlo regulamentador e à preferência dos consumidores e prescritores do sector privado pelos medicamentos importados, o que encoraja importações a baixo preço e conduz a uma competição desleal aos produtos de fabrico local.”
- No parágrafo 14, eliminar a frase que começa por; “Recentemente, o Governo”; no fim do parágrafo, acrescentar: “Dada a adesão próxima da Argélia enquanto membro

da OMC e dada a sua parceria com a União Europeia, os regulamentos sobre medicamentos foram alterados e actualizados. A produção nacional de medicamentos já não é uma condição prévia à importação de medicamentos.

130. O Secretariado sentiu-se encorajado pelo interesse que os Estados-Membros manifestaram quanto à produção local de medicamentos. Reconheceu o papel de advocacia assumido pela OMS, para sensibilizar as entidades com capital a investir neste sector e encorajar o diálogo entre sectores, tais como saúde, comércio e finanças. Foi registado o pedido de apoio e foram propostas emendas que serão introduzidas na versão final do documento. Foi explicado que a “importação paralela” era um mecanismo de importação de um produto comercializado pelo detentor de uma patente noutro país, sem autorização do titular da patente.

131. Sugeriu-se aos países que revissem e actualizassem os seus regulamentos, para facilitar a produção local, incluindo a revisão dos acordos bilaterais e a integral exploração das flexibilidades no acordo TRIPS. Certos factores do sector farmacêutico terão de ser reforçados, nomeadamente a regulação dos medicamentos, as compras em grupo, a distribuição de medicamentos e o reforço dos sistemas de saúde, em geral. Foi anunciado que o Escritório Regional da OMS e a Sede estavam a planear uma reunião em Outubro/Novembro sobre a harmonização dos requisitos de regulação. Relativamente à Década da Medicina Tradicional Africana, os delegados foram informados de que a OMS tinha estabelecido orientações sobre a elaboração de políticas, registo dos medicamentos tradicionais e códigos de ética, par facilitar a integração da medicina tradicional nos sistemas de saúde.

#### **Controlo da tripanossomíase humana africana: Estratégia para a Região Africana** (documento AFR/RC55/11)

132. O Dr. Boureima Hama Sambo explicou que o documento salientava o facto de a distribuição da Tripanossomíase Humana Africana (THA), também conhecida como “doença do sono”, se limitar ao continente africano. Cerca de 60 milhões de pessoas correm o risco de contrair esta doença, que é completamente fatal, se não for tratada. Por isso, a THA é um grave problema de saúde pública na Região, com o ressurgimento da tripanossomíase humana e animal, por falta de actividades de vigilância sustentadas.

133. Afirmou que a estratégia se destina a controlar a epidemia a médio prazo e a eliminar a doença como problema de saúde pública a longo prazo. Os objectivos específicos da estratégia são: i) reforçar as capacidades de todos os países afectados para planear, implementar, monitorizar e avaliar os programas nacionais de controlo da THA; ii) promover o envolvimento dos sectores público e privado no controlo da THA; e iii) promover a

investigação operacional como instrumento para identificar e fazer face aos problemas resultantes da implementação dos programas nacionais de controlo da THA.

134. O Dr. Boureima Hama Sambo declarou que, se a estratégia proposta for adoptada pelo Comité Regional e implementada nos países afectados, contribuirá para reduzir a morbilidade e mortalidade provocadas pela THA na Região e, portanto, para eliminar a doença como problema de saúde pública em 2015.

135. Recomendou ao Comité a aprovação do documento AFR/RC55/11 e da sua Resolução AFR/RC55/WP/3.

136. Foi reconhecido que a Tripanossomíase Humana Africana (THA) era um problema de saúde pública que tinha sido negligenciado durante os últimos vinte e cinco anos. Tinha havido um surto recente da doença, que se tinha propagado para novos focos.

137. Os delegados felicitaram o Escritório Regional por ter incluído este importante problema na ordem do dia do Comité Regional e pela elevada qualidade do documento colocado à sua apreciação. Sublinharam a importância da estratégia e apontaram que esta era a primeira vez que a OMS dava orientações claras sobre o uso do controlo dos vectores no combate à THA.

138. Foram expressas preocupações sobre o elevado nível de resistência aos medicamentos em uso actualmente e aos medicamentos que são antigos e tóxicos. Há uma grande falta de profissionais de saúde neste domínio e é limitado o investimento de todas as fontes para combater a tripanossomíase. Os actuais meios de diagnóstico estão desactualizados e são bastante invasivos. A vigilância transfronteiriça é muito fraca, a investigação para apoiar as actividades de controlo é insuficiente, a capacidade laboratorial para apoiar o controlo e a investigação é inadequada e a cooperação intersectorial é fraca.

139. Foi recomendado que a OMS solicite aos parceiros que invistam mais recursos na investigação e desenvolvimento de novos testes de diagnóstico não invasivos e de novos medicamentos, bem como na investigação operacional e controlo dos vectores. Foi sublinhada a necessidade de apoiar os países na formação de um número suficiente de profissionais de saúde para combater a THA, criar mecanismos de vigilância e de cooperação transfronteiriça, coordenar com a União Africana no domínio da luta contra a THA e criar uma abordagem intersectorial, assim como organizar reuniões periódicas para troca de experiências entre os países onde essa doença é endémica.

140. O Secretariado explicou que, embora os objectivos possam ser ambiciosos, em função dos recursos existentes, se houver uma vigilância intensificada, bom apoio laboratorial, detecção e tratamento dos casos que surjam e redução do reservatório humano e animal, em

combinação com o controlo da *tsé-tsé*, os objectivos propostos poderão ser atingidos. O Comité foi também informado sobre os esforços em curso para desenvolver novos métodos de diagnóstico e tratamento e expandir a capacidade de investigação na Região. O Secretariado explicou que a maioria dos esforços deverá ser orientado para a melhoria dos medicamentos existentes, através do uso de regimes combinados, porque o desenvolvimento de novos medicamentos é um processo muito moroso.

141. O Director Regional agradeceu aos delegados as suas valiosas contribuições e garantiu-lhes que as suas sugestões e recomendações seriam tomadas em consideração. Apelou aos governos dos países afectados e aos parceiros internacionais para que afectassem mais recursos ao combate à THA.

142. O Comité aprovou o documento AFR/RC55/11 e a Resolução AFR/RC55/R3.

**Doenças cardiovasculares na Região Africana: Situação actual e perspectivas**  
(documento AFR/RC55/12)

143. O Dr. Habib Saizi Somange, Relator do Subcomité do Programa, informou o Comité de que o documento sublinhava que o peso das doenças cardiovasculares (DCV) está a aumentar rapidamente em África, constituindo actualmente um problema de saúde pública em toda a Região. As complicações surgem nas idades mais jovens nos países em desenvolvimento. O documento tinha em conta as orientações estratégicas contidas na Estratégia Mundial sobre Alimentação, Actividade Física e Saúde; as estratégias da OMS para as doenças não-transmissíveis e promoção da saúde; e a Declaração dos Chefes de Estado da Organização da Unidade Africana, em Durban.

144. Frisou que o documento contemplava que as DCV mais importantes são a hipertensão, os AVC, as cardiomiopatias e as doenças coronárias. As doenças cardíacas reumáticas são ainda uma grande preocupação na Região. Uma das razões para o aumento das DCV no mundo é o envelhecimento da população. Uma outra razão é a exposição a factores de risco comportamentais e fisiológicos. Oito destes factores são responsáveis por 75% das DCV e foram definidas prioritariamente pela abordagem STEPS da OMS. Como acontece com outras doenças não-transmissíveis, as DCV ainda não gozam da atenção que merecem. Por isso, a maioria dos países não tem programas nacionais nem estratégias para abordar as DCV. Do mesmo modo, os programas de vigilância dos factores de risco das DCV são praticamente inexistentes na Região.

145. O Dr. Habib Saizi Somanje informou o Comité de que o documento propunha algumas intervenções prioritárias destinadas a reduzir o peso das DCV na Região. Trata-se de: criação de um programa nacional de luta contra as doenças não-transmissíveis, incluindo as DCV;

criação de sistemas de vigilância baseados nos factores de risco; formação de capacidades do pessoal de saúde; garantia de disponibilidade de medicamentos com uma boa relação custo-eficácia para as DCV; implementação da prevenção primária e secundária das doenças cardíacas reumáticas, da Convenção-Quadro para a Luta Anti-Tabágica e da Estratégia Mundial para a Alimentação, a Actividade Física e a Saúde.

146. Afirmou que o documento concluía que as doenças cardiovasculares constituem uma grande preocupação de saúde pública na Região. As principais intervenções terão de ser rapidamente implementadas; a prevenção primária (e a promoção da saúde) deveria merecer uma elevada prioridade; há necessidade premente de uma forte advocacia e de grande empenho político.

147. Convidou o Comité a aprovar o documento AFR/RC55/12 e o seu projecto de Resolução AFR/RC55/WP/4.

148. Os delegados manifestaram apreço pelo documento e felicitaram a OMS por trazer este cada vez mais importante problema de saúde pública à atenção dos Estados-Membros da Região.

149. Os participantes lamentaram a falta de conhecimentos sobre a dimensão das doenças cardiovasculares e de outras doenças não-transmissíveis na Região. Reconheceram que é de importância fundamental a existência de dados fiáveis sobre os factores de risco das doenças não-transmissíveis para se poderem preparar programas nacionais relevantes. Por outro lado, a disponibilidade limitada de capacidades de diagnóstico, fracas capacidades de gestão, falta de recursos financeiros e a não existência de programas nacionais em muitos países africanos constituem um entrave a abordagens eficazes para a prevenção e controlo das doenças cardiovasculares.

150. Os delegados pediram maior apoio da OMS para a implementação de inquéritos da abordagem STEPS e reforço de capacidades. Solicitaram também mais apoio técnico para a elaboração e implementação dos programas, incluindo a possibilidade de organizar uma reunião regional sobre factores de risco, com especial relevo para o abuso de substâncias.

151. Em resposta aos comentários feitos, o Secretariado manifestou a sua satisfação com o interesse demonstrado pelos delegados, agradecendo-lhes por partilhar as suas experiências no que diz respeito às actividades em curso e planeadas e prometeu fornecer o apoio técnico necessário. Reconhecendo que existem actualmente oportunidades nesta área, o Secretariado informou os membros do comité acerca da publicação, no final do ano, do relatório mundial sobre doenças crónicas e exortou-os a continuarem a demonstrar o seu empenho na redução do peso das doenças cardiovasculares na Região.



152. O Comité aprovou o documento AFR/RC55/12 e a Resolução AFR/RC55/R4.

**Implementação da Convenção-Quadro para a Luta Anti-Tabágica na Região Africana: Estado actual e caminho futuro** (documento AFR/RC55/13)

153. O Dr. Habib Saizi Somanje informou o Comité de que o documento identificava o tabaco como a principal causa de mortes evitáveis a nível mundial, calculando-se que mate 4,9 milhões de pessoas anualmente. É a segunda maior causa de óbito no mundo. Até 2020, o tabaco matará 10 milhões de pessoas por ano, 70% das quais nos países em desenvolvimento. Na África, a prevalência do uso do tabaco era, em 2000, de 29% nos homens e 7% nas mulheres. Sendo um importante factor de risco da doença cardiovascular e do cancro, o tabaco contribui para o duplo fardo das doenças em África, uma Região presentemente devastada pelo HIV/SIDA e o paludismo. O mais importante impacto do tabagismo para a saúde pública, em termos de infecção, é o risco acrescido de tuberculose, um problema particularmente grave em África.

154. Acrescentou que o documento lembrava que a Convenção-Quadro da OMS para a Luta Anti-Tabágica fora formulada para travar a epidemia do tabagismo. A Convenção entrara em vigor a 27 de Fevereiro de 2005, tornando-se legalmente vinculativa para os primeiros 40 países que se tornaram Partes Contratantes até Novembro de 2004, incluindo cinco países africanos. A partir de 1 de Junho de 2005, nove países da Região Africana tinham ratificado a Convenção; sete ainda não tinham subscrito e trinta estavam a tomar medidas para a ratificar.

155. O Dr. Habib Saizi Somanje acrescentou que o documento sublinhava a urgência em definir metas e em formular planos e estratégias para a implementação da Convenção. A formulação de planos nacionais e o estabelecimento de quadros jurídicos e institucionais são medidas fundamentais para a implementação da Convenção-Quadro. Sublinhou que a importância da saúde pública deveria ter mais peso que o valor económico do tabaco. Os Estados-Membros deveriam tirar proveito da reconhecida associação entre a luta anti-tabágica e a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio.

156. Convidou o Comité a aprovar o documento AFR/RC55/13.

157. Os delegados deram o seu apoio à Convenção-Quadro para a Luta Anti-Tabágica, tendo manifestado apreço pela qualidade do documento e por todo o apoio concedido até então pela OMS no processo da FCTC. Os delegados manifestaram preocupação face ao número reduzido de países da Região que já tinham ratificado a Convenção-Quadro. Apelaram aos restantes países para que tomassem medidas adequadas no sentido de a ratificarem e depositarem os seus instrumentos de ratificação na Secção de Tratados do Gabinete dos Assuntos Jurídicos das Nações Unidas, até 1 de Novembro de 2005, de modo a poderem participar na primeira Conferência das Partes Interessadas, que terá lugar em Genebra, em Fevereiro de 2006.

158. Os participantes solicitaram à OMS que desse apoio técnico à implementação de planos nacionais de acção e à elaboração de legislação; que fizesse advocacia junto dos Chefes de Estado, no sentido de garantir o seu empenho na luta anti-tabágica; e que apoiasse tecnicamente a organização de um seminário prático sobre consciencialização e reforço de capacidades em relação à Convenção-Quadro para a Luta Anti-Tabágica.

159. Os delegados realçaram a importância da abordagem multisectorial e da formulação de planos nacionais de acção e legislação nacional em conformidade com a Convenção-Quadro. Sublinharam também a necessidade de incluir a luta anti-tabágica em todos os programas que visam atingir as Metas de Desenvolvimento do Milénio.

160. Os delegados sublinharam a importância de ter uma forte representação durante a Primeira Conferência das partes interessadas e de pronunciarem-se a uma só voz. A este respeito, a África do Sul ofereceu-se para organizar uma reunião regional de modo a estabelecer uma plataforma africana comum antes da Conferência.

161. O Secretariado agradeceu a todos os delegados pelos seus excelentes contributos, pela partilha de experiências e pelo compromisso em advogar a favor da Convenção-Quadro, não só a nível do seu próprio país, mas também com os países vizinhos. O Secretariado destacou que os países estão em fases diferentes de ratificação e sublinhou a necessidade de uma abordagem multisectorial quer para a Luta Anti-Tabágica, quer para o controlo das doenças não-transmissíveis, em geral. Aos Estados-Membros produtores de tabaco, o Secretariado recomendou a adopção de uma abordagem económica na negociação sobre a luta anti-tabágica. A este respeito, encorajou esses países a considerarem não apenas a mortalidade, mas também o número de óbitos e a morbilidade evitáveis aquando do cálculo do impacto económico do consumo de tabaco.

162. O Secretariado alertou o Comité de que apenas aos países que tiverem ratificado e depositado os instrumentos de ratificação na Secção de Tratados do Gabinete dos Assuntos Jurídicos das Nações Unidas será permitido participar na conferência das partes. O Comité foi informado de que durante a Assembleia-Geral das Nações Unidas em Setembro de 2005, será realizada uma cerimónia para assinar os tratados e depositar os instrumentos de ratificação, incluindo a Convenção-Quadro. Os países foram encorajados a tomar todas as medidas necessárias à ratificação da Convenção-Quadro e a prevalecerem-se dessa oportunidade para subscreverem e depositarem os seus instrumentos de ratificação.

163. O Comité aprovou o documento AFR/RC55/13.

**Clonagem de seres humanos para fins reprodutivos: Situação actual**  
(documento AFR/RC55/14)

164. O Dr. Alexandre Manguete, Relator do Subcomité do Programa, informou o Comité de que o documento tinha por objectivo sensibilizar os ministros da saúde da Região Africana, providenciando-lhes informação fundamental pertinente sobre a clonagem de seres humanos e as respectivas implicações para o estado de saúde da população.

165. Declarou que a *clonagem* era um termo geralmente utilizado pelos cientistas para descrever diferentes processos de duplicação de material biológico. Um *clone* é um organismo que é uma cópia genética de um organismo existente. A *transferência nuclear* é uma técnica usada para duplicar material genético, criando um embrião através de transferência e fusão. Quando é aplicada na clonagem de seres humanos para fins reprodutivos, a técnica de transferência nuclear levanta fortes preocupações éticas, sendo considerada uma ameaça à dignidade humana.

166. Sublinhou que o documento lembrava que a comunidade internacional tentara, sem êxito, chegar a um consenso sobre a questão da clonagem de seres humanos para fins reprodutivos. Em Fevereiro de 2005, o Comité Jurídico da Assembleia-Geral das Nações Unidas recomendou à Assembleia a adopção de uma declaração sobre a clonagem humana. Nesta declaração, os Estados-Membros foram exortados a proibir todas as formas de clonagem humana, dado que as mesmas constituíam uma ameaça à dignidade humana e à protecção da vida humana.

167. O Dr. Alexandre Manguete afirmou que o documento sublinhava que algumas das preocupações de natureza ética da clonagem para fins reprodutivos estavam relacionadas com o risco de causar danos físicos, psicológicos e sociais; exploração dos pobres; distribuição desigual de recursos; e insuficiente atenção às questões prioritárias na Região. Os benefícios potenciais da clonagem humana para fins não reprodutivos e da transferência nuclear compreendem a utilização de células estaminais como células de substituição para tratar algumas doenças crónicas, bem como para ajudar a desenvolver medicamentos e técnicas de diagnóstico, e a criar células e tecidos para transplante.

168. Referiu que o documento realça o facto de não haver, em muitos países africanos, regulamentos e políticas específicos respeitantes à manipulação genética para fins terapêuticos, de investigação e de reprodução. Consequentemente, havia um risco acrescido proveniente de experiências ilegais ou não éticas, bem como projectos envolvendo a reprodução de seres humanos.

169. Informou o Comité de que, para fazer face a estes problemas, o documento recomendava que os países formassem políticas e normas rígidas e criassem mecanismos de implementação e monitorização, incluindo comissões nacionais de análise ética. A OMS e os parceiros eram exortados a dar apoio técnico e financeiro aos países, com vista à implementação das acções necessárias. Por seu turno, os Estados-Membros eram exortados a garantir que toda a investigação médica se processasse de modo ético, protegendo a dignidade humana.

170. Convidou o Comité a adoptar o documento AFR/RC55/14.

171. Os delegados referiram que se tratava de um tema sensível e complexo dos pontos de vista ético, moral e jurídico, que deveria ser analisado à luz das especificidades dos países, respeitando ao mesmo tempo as resoluções da Assembleia Mundial da Saúde e a declaração da Assembleia-Geral das Nações Unidas. Na área da investigação com células estaminais e da clonagem terapêutica, foi manifestada preocupação a propósito das implicações éticas da colheita e armazenagem de células estaminais, principalmente por pessoal não especializado. Os delegados recomendaram que os assuntos relacionados com a colheita e investigação de células estaminais deveriam ficar sob rígido controlo do governo, e não deixados à mercê de indivíduos ou do sector privado.

172. Foi solicitado o apoio da OMS nas áreas de desenvolvimento de política e regulamentação, reforço das capacidades de análise ética, e facilitação da troca de informações e experiências.

173. O Secretariado esclareceu que este ponto da ordem do dia fora proposto e acordado pelo Comité Regional, na sua Quinquagésima-quarta sessão. O documento tinha por objectivo informar os Estados-Membros sobre temas técnicos e actualizá-los sobre a evolução do debate internacional. O Comité Regional teria também a possibilidade de discutir as implicações para a Região e aconselhar o Secretariado sobre as perspectivas futuras.

174. A votação da declaração das Nações Unidas sobre este tema demonstrara que o mundo ainda se encontra dividido e que a discussão deverá continuar. A colheita e armazenagem de células estaminais por pessoal não especializado constitui um abuso da clonagem para fins terapêuticos e uma exploração de pessoas pobres, devendo por isso ser rigidamente controlada pelo governo. Os delegados foram informados de que já existiam directrizes sobre a análise ética de propostas de investigação e que a formulação de políticas relacionadas com a clonagem deveria processar-se no contexto das políticas de saúde e das estratégias de saúde reprodutiva dos países. O Secretariado tomou nota das solicitações de apoio técnico e garantiu aos delegados que a oferta de partilha de informação teria seguimento.

175. O Comité aprovou o documento AFR/RC55/14.

**Princípios orientadores para a afectação estratégica de recursos**  
(documento AFR/RC55/15)

176. O Dr. Alexandre Manguelle informou o Comité de que o documento relembra que, em 1998, a Resolução WHA51.31 introduzira um mecanismo para a afectação de recursos nas seis regiões da OMS. Subsequentemente, os orçamentos em África e na Europa aumentaram enquanto os outros diminuíram. O relatório de avaliação foi apresentado à Quinquagésima-sétima Assembleia Mundial da Saúde, onde as quatro outras regiões recomendaram a suspensão da fórmula de afectação de recursos existente no final de 2005. A Decisão WHA57(10) solicitou ao Director-Geral que elaborasse uma nova fórmula baseada na equidade, eficiência, desempenho e na maior necessidade. O primeiro projecto foi elaborado e apresentado nas Centésima-décima-quinta e Centésima-décima-sexta sessões do Conselho Executivo.

177. Afirmou que o documento enumera princípios orientadores que são apresentados no contexto das alterações propostas ao quadro de gestão baseado em resultados da OMS. Realça a necessidade de afectar os recursos com base em programas, funções e perspectivas. O documento sugere o estabelecimento de três instrumentos principais a serem utilizados para a determinação da afectação de recursos: um plano estratégico a médio-longo prazo (2008-2013); princípios e critérios de afectação de recursos estratégicos; e mecanismos de validação.

178. Acrescentou que o documento continha sete princípios orientadores para a afectação estratégica de recursos: i) a afectação terá de ser norteadada pelos resultados esperados a nível da Organização no seu todo; ii) o orçamento deverá contemplar todos os recursos financeiros da OMS; iii) o processo de planeamento deverá ser guiado pelo Programa-Geral de Trabalho e pelas Estratégias de Cooperação de Países; iv) as indicações relativas de recursos deverão ser definidas para todo o período de planeamento estratégico; v) o desempenho passado de programas específicos deverá ser tido em conta; vi) deverão ser consideradas três perspectivas complementares – programática, funcional e organizacional; vii) o processo de planeamento e o orçamento baseado em resultados têm de ser validados.

179. O Dr. Alexandre Manguelle afirmou que quando o trabalho sobre os princípios orientadores para a afectação estratégica de recursos, o mecanismo de validação irá incluir parâmetros, indicadores, índices e limiares para a afectação. O mecanismo toma em consideração três componentes. A componente de base está relacionada com as funções essenciais da OMS; a componente de “compromisso” reflecte os recursos adicionais necessários para as funções administrativas; e a componente “necessidades” reflecte o estado

de saúde e sócio-económico dos países beneficiários, e usa um índice para determinação da afectação de recursos adicionais.

180. Referiu que o documento propunha i) associar a afectação estratégica de recursos aos processos-chave de gestão da Organização: o Programa-Geral de Trabalho para 2006-2015, um plano estratégico a médio-prazo 2008-2013 e orçamentos-programa; ii) estabelecer um mecanismo de validação; e iii) apresentar os limites indicativos dos recursos decorrentes do mecanismo de validação à Centésima-décima-sétima sessão do Conselho Executivo.

181. Convidou o Comité a adoptar o documento AFR/RC55/15.

182. Os delegados apreciaram o documento como sendo de extrema importância para a Região Africana, onde os recursos para acções no campo da saúde são mais necessários. Elogiaram também os contributos dos membros Africanos do Conselho Executivo durante a Centésima-décima-quinta e Centésima-décima-sexta sessões do Conselho sobre o tema de um sistema justo de afectação de recursos. A este respeito, elogiaram igualmente o Grupo Africano para os assuntos de saúde em Genebra e propuseram que a relação entre este grupo, o Comité Regional e o Escritório Regional fosse formalizada durante esta Quinquaségima-quinta sessão do Comité Regional Africano da OMS.

183. Os delegados expressaram, contudo, profunda preocupação sobre a ambiguidade de muitos assuntos cruciais e as contradições em relação a políticas manifestadas anteriormente, que concentravam maior atenção nas necessidades de saúde prioritárias dos países.

184. Tendo em conta os diferentes níveis de desenvolvimento dos países e os desafios enfrentados por muitos países africanos devido ao fardo desproporcionado das doenças e à fragilidade dos sistemas de saúde, os delegados reiteraram a necessidade do sistema de afectação de recursos entre as regiões ser solidamente fundado em princípios de equidade e solidariedade para com os países em maior necessidade, particularmente os “países menos desenvolvidos”. Os delegados propuseram a inclusão do seguinte princípio orientador no parágrafo 12: “As afectações entre as regiões estão solidamente baseadas nos princípios de equidade e solidariedade para com os países em maior necessidade, particularmente os países menos desenvolvidos.”

185. Os delegados sublinharam a necessidade da Região Africana em permanecer vigilante, de forma a garantir que o Secretariado age em conformidade com os princípios acima enumerados, de modo a permitir que a Região vença os seus desafios no campo da saúde. Reafirmaram a importância de uma abordagem política no acordo dos princípios orientadores através da adopção de uma resolução por parte da Assembleia Mundial de Saúde.

186. Os delegados mandataram o Director Regional a responder formalmente à Sede da OMS sobre o documento, destacando as áreas de preocupação, procurando esclarecimentos sobre assuntos-chave relacionados com o processo de afectação estratégica de recursos e fazendo propostas para possíveis soluções. Além disso, urgiram o Secretariado a formular directrizes que possam facilitar um melhor entendimento sobre este novo processo de afectação.

187. Em resposta aos delegados, o Secretariado expressou apreço pelas suas contribuições e assegurou-os de que os seus comentários seriam encaminhados para a sede da organização e acompanhados para garantir que seriam tidos em consideração durante a próxima sessão do Conselho Executivo. Seriam feitos esforços para garantir que, por altura da próxima sessão do conselho, seja preparada uma versão revista do documento que incluirá os pontos de vista dos delegados, particularmente as preocupações respeitantes à afectação de recursos para as funções de base, bem como as necessidades específicas dos países.

## **DECLARAÇÃO**

### **Prevenção do HIV na Região Africana: Um apelo à acção acelerada**

188. O Professor Mohammed Lemine Ba, Presidente do Subcomité do Programa, informou o Comité de que o Director Regional tinha preparado dois documentos adicionais para discussão:

- “Prevenção do HIV na Região Africana – Um apelo à acção acelerada”;
- “Convite à apresentação de propostas para acolher a Cimeira Ministerial Mundial sobre Investigação em Saúde, em 2008”.

189. Apresentou o primeiro documento, referindo que este continha um resumo da situação do HIV/SIDA na Região Africana e sublinhava a necessidade urgente de intensificar a prevenção. O documento solicitava ao Comité Regional que analisasse e aprovasse a proclamação de 2006 como Ano da Aceleração da Prevenção do HIV em África. Informou os delegados de que o Subcomité do Programa tinha apoiado por unanimidade a iniciativa para acelerar a prevenção do HIV e declarado 2006 como um ano de especial incidência neste campo. Recomendou ao Comité Regional que aprovasse esta iniciativa.

190. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC55/R6.

## CIMEIRA SOBRE INVESTIGAÇÃO: APELO

### **Convite à apresentação de propostas para acolher a Cimeira Ministerial Mundial sobre Investigação em Saúde, em 2008**

191. O Professor Ba apresentou o segundo documento, intitulado “Convite à apresentação de propostas para acolher a Cimeira Ministerial Mundial sobre Investigação em Saúde, em 2008”. Relembrou que a Quinquagésima-oitava Assembleia Mundial da Saúde tinha discutido a declaração sobre investigação em saúde, preparada no México, e tinha aprovado a resolução Cimeira Ministerial sobre Investigação em Saúde, em 2008. A resolução propunha que a cimeira ministerial de 2008 se realizasse em África.

192. Informou que a Cimeira Ministerial sobre Investigação em Saúde de 2008 visava promover a cultura de investigação e a respectiva prática. Um dos objectivos era gerar conhecimentos para alcançar as metas da saúde a nível nacional e internacional, através de melhorias no desempenho dos sistemas nacionais de saúde e do reforço do desenvolvimento sócio-económico.

193. O Professor Ba assinalou que a OMS solicitara propostas dos Estados-Membros para a organização da Cimeira Ministerial de 2008. Sublinhou que seria exigido ao país anfitrião o cumprimento dos seguintes critérios:

- a) Ter uma cultura de investigação na área da saúde;
- b) Convidar todos os Ministros de Saúde dos 192 Estados-Membros;
- c) Suportar as despesas locais dos Ministros: Transporte local, alojamento, refeições, eventos culturais (exemplo: música e teatro), segurança e protocolo;
- d) Ter alojamento e instalações de conferência adequadas para as cerca de 1000 pessoas esperadas para participarem na Cimeira;
- e) Ter experiência na organização bem sucedida de grandes reuniões ou conferências internacionais de alto nível;
- f) Ser facilmente acessível por via aérea de todas as partes do mundo;
- g) Ter um aeroporto internacional com capacidade para suportar grande volume de tráfego;
- h) Assinar um Memorando de Entendimento com a OMS para a organização conjunta da Cimeira;
- i) Efectuar uma contribuição financeira para a OMS com vista à implementação da Cimeira Ministerial sobre Investigação em Saúde, em 2008, em especial para os aspectos de relações públicas e preparação inicial da Cimeira.



194. O Professor Mohammed Lemine Ba informou os delegados de que o Subcomité do Programa havia acolhido com agrado a organização da Cimeira Ministerial de 2008 na Região Africana e elogiou o processo de consultas com os Estados-Membros para identificar e escolher o país que organizaria o evento. Acrescentou que o Subcomité do Programa aceitara os critérios para a selecção do país anfitrião e propusera uma lista de países potenciais, que incluía a Argélia, o Quénia, o Mali, Moçambique, a Nigéria, o Ruanda, o Senegal e a África do Sul. Convidou o Comité Regional a tomar uma decisão relativamente ao país anfitrião da Cimeira.

195. Burkina Faso, Quénia, Mali, Moçambique, Nigéria, Ruanda, Senegal e África do Sul ofereceram-se para acolher a Cimeira. Após reflexão, Quénia, Nigéria, Ruanda e Senegal retiraram a sua oferta. A fim de facilitar o consenso, a Argélia retirou a sua oferta e pediu, em contrapartida, para acolher uma das reuniões preparatórias da cimeira. A Nigéria e o Ruanda apoiaram a candidatura da África do Sul. O Quénia pediu para acolher a conferência internacional para a promoção da saúde em 2009 e o Senegal pediu para participar activamente nos preparativos da cimeira.

196. O Comité mandou o Director Regional para prosseguir as consultas com os países, para se chegar a um consenso relativamente ao país anfitrião e para apresentar um relatório, quer durante a Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2006, quer durante a Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional Africano em 2006.

## **DOCUMENTOS INFORMATIVOS**

### **Relatório sobre recursos humanos da OMS na Região Africana da OMS**

(documento AFR/RC55/INF.DOC/1)

197. O Sr. Garry Bromson, Director da Divisão de Administração e Finanças, apresentou o documento para informação do Comité. O relatório apresentava uma panorâmica do perfil da dotação em pessoal da Região Africana da OMS, em 1 de Junho de 2005, abrangendo a situação global, por categoria e grau, sexo, representação geográfica, nacionalidade e local de colocação.

198. Os delegados apreciaram o documento e manifestaram a sua preocupação com os desequilíbrios que se verificam na Organização no que diz respeito à representação entre sexos e à representação geográfica. O Secretariado foi encorajado a trabalhar para atingir a proporção de 50% de mulheres, de acordo com pedido dos Chefes de Estado da União Africana. Do mesmo modo, devem empreender-se esforços particulares para encorajar candidaturas de países sub-representados.

199. Em resposta, o Secretariado reconheceu a pertinência das preocupações expressas pelos delegados e informou-os sobre os esforços em curso para corrigir os desequilíbrios que se verificam no domínio da representação entre sexos e da representação geográfica. Lembrou, no entanto, aos delegados, os critérios de recrutamento, que se baseiam, especialmente, na competência. Quanto à representação geográfica, é preciso não esquecer que alguns países têm recursos humanos mais adequados e disponíveis do que outros.

**Migração internacional dos profissionais de saúde: Um desafio para os sistemas de saúde nos países em desenvolvimento** (documento AFR/RC55/INF.DOC/2)

200. A Dra. Alimata J. Diarra-Nama, Directora da Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, apresentou o documento para informação do Comité. O documento sugeria que as razões para a deterioração dos sistemas de saúde na Região Africana eram múltiplas e complexas. Um dos principais factores era a negligência crónica dos profissionais de saúde. A situação era ainda mais agravada pela migração, fuga de quadros, pandemia do HIV/SIDA e sub-investimento no sector da saúde.

201. A migração dos profissionais de saúde tinha recentemente sido alvo de grande atenção aos níveis nacional, regional e internacional. Várias reuniões e consultas relacionadas com a questão dos recursos humanos em saúde e, em particular, o problema da migração dos profissionais de saúde, tinham resultado em várias declarações e acções. Uma importante conquista tinha sido a aprovação da Resolução WHA57.19, da Assembleia Mundial da Saúde, sobre Migração Internacional dos Profissionais de Saúde: um desafio para os sistemas de saúde nos países em desenvolvimento, em Maio de 2004.

202. O Comité concordou que, uma vez que a migração dos profissionais de saúde impunha desafios complexos aos sistemas de saúde, havia necessidade premente de desenvolver parcerias de colaboração e intervenções nos países para fazer face ao problema de forma eficaz. Apelaram aos países para que formassem mais profissionais de saúde com o apoio dos seus países de acolhimento. Os delegados consideraram a migração e o recrutamento activo um assunto de ordem moral e mencionaram a questão da compensação aos países “doadores” por parte dos países “beneficiários”. Foi salientado que as questões da migração não podem ser resolvidas de forma sustentável enquanto os factores que criam obstáculos, nomeadamente a pobreza, não forem abordados de forma apropriada.

203. Os delegados propuseram que as recomendações da reunião consultiva regional sobre recursos humanos em saúde, que decorreu em Julho de 2005 em Brazzaville, fossem amplamente disseminadas. Salientaram a importância destas recomendações e que as mesmas devem ser apoiadas pelos ministros da saúde na Região Africana antes de serem implementadas. O Secretariado deveria colaborar com outros parceiros, como a Organização

Internacional do Trabalho, para garantir “o direito à saúde e a livre movimentação dos funcionários.”

204. Em resposta, o Secretariado informou o Comité de que as recomendações da reunião consultiva regional iriam ser disponibilizadas para consideração nos diversos países.

**Controlo da tuberculose: A situação na Região Africana**  
(documento AFR/RC55/INF.DOC/3)

205. O Dr. Antoine Kabore, Director da Divisão de luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, apresentou o documento para informação do Comité. A epidemia da tuberculose na Região atingiu proporções de emergência apesar dos esforços significativos dos Estados-Membros e parceiros colaboradores para a implementação internacional das estratégias recomendadas.

206. Afim de causar um impacto significativo na tendência da epidemia e reduzir o sofrimento e as mortes relacionadas com a TB, é necessário adoptar, com urgência, as seguintes medidas:

- a) declarar a TB uma emergência regional; formular estratégias e planos de emergência para acelerar o controlo da tuberculose na Região. (por exemplo, um roteiro para o controlo da tuberculose)
- b) aumentar urgentemente as taxas de detecção de casos e de êxito de tratamento
- c) construir parcerias fortes para o controlo da tuberculose, em especial parcerias públicas-privadas
- d) acelerar a implementação das intervenções comunitárias para o controlo da tuberculose
- e) acelerar a implementação das intervenções combinadas tuberculose/HIV
- f) mobilizar recursos financeiros e técnicos para o controlo da tuberculose
- g) empreender uma advocacia forte a todos os níveis para o rápido controlo da epidemia de tuberculose na Região.

207. O Director Emeritus das Parcerias Travar a Tuberculose e um representante dos doentes de tuberculose reforçaram o apelo para que o actual fardo da tuberculose fosse declarado uma situação regional de emergência.

208. O Comité Regional analisou o documento e concordou que eram necessárias acções urgentes e sustentadas para travar e inverter a epidemia de tuberculose, caso se queiram alcançar as MDM e as metas de Abuja para o controlo da tuberculose. O projecto de resolução

que declara a tuberculose uma situação regional de emergência foi aprovada, tendo em conta os procedimentos jurídicos envolvidos na concretização da resolução.

### **Drepanocitose: Um problema de saúde pública na Região Africana**

(documento AFR/RC55/INF.DOC/4)

209. O Dr. Refaro Chatora, Director da Divisão das Doenças Não-Transmissíveis, apresentou este documento e sublinhou a importância da drepanocitose, enquanto importante causa de morbilidade e mortalidade infantil na Região. Lamentou que não se desse a devida atenção a este problema de saúde pública. Para reduzir o elevado fardo desta doença, foram propostas algumas intervenções chave, como a elaboração de um programa nacional de controlo da drepanocitose, cuja principal incidência iria para o reforço de capacidades e a criação de condições para o diagnóstico e tratamento dos pacientes.

210. O chefe da delegação do Congo apresentou um relatório resumido das discussões e conclusões da reunião organizada pelo Governo congolês e as primeiras-damas de alguns países africanos. Dessa reunião, emanou uma declaração exortando os Estados-Membros africanos a reconhecer a drepanocitose como um flagelo regional e a tomar as medidas adequadas para enfrentar este problema.

211. Os delegados exprimiram o seu apoio a essa iniciativa e concordaram em considerar que o problema da drepanocitose constituísse um ponto da ordem do dia de uma das sessões do Comité Regional.

### **Propagação da Gripe das Aves: Preparação e resposta à pandemia na Região Africana:**

(documento AFR/RC55/INF.DOC/5)

212. O Dr. James Mwanzia, Director da Divisão de Prevenção e Controlo das Doenças Comunicáveis, apresentou o documento e recordou que a Resolução WHA56.19 manifestava preocupação face à falta de preparação para uma pandemia de gripe. Essa resolução exortava os Estados-Membros a conceber e implementar planos nacionais de preparação e resposta, e solicitava ao Director-Geral que reforçasse a vigilância da gripe, a nível mundial. O Dr. Mwanzia informou os delegados de que a OMS continuaria a providenciar directrizes para a elaboração de planos nacionais de preparação e resposta para a pandemia, a apoiar a criação e reforço da vigilância e da capacidade de diagnóstico dos laboratórios, e a dar formação aos técnicos dos laboratórios.

213. Os delegados congratularam-se com as informações do Programa Mundial contra a Gripe e propuseram que o Escritório Regional organizasse uma reunião de peritos na Região. Solicitaram mais directivas da OMS sobre as perspectivas futuras.

214. O Secretariado comunicou aos delegados que havia mais informação disponível nos *sites* da OMS. O Escritório Regional propõe-se a organizar uma reunião consultiva regional sobre este tema, mais tarde no ano em curso, a qual formularia recomendações sobre como enfrentar a disseminação da pandemia.

**Variola: Destruição dos *stocks* de vírus da variola** (documento AFR/RC55/INF.DOC/6)

215. O Dr. James Mwanzia lembrou ao Comité Regional que a Resolução WHA55.15 autorizara que se prolongasse a retenção temporária dos *stocks* existentes do vírus vivo da variola, armazenados em dois locais, nomeadamente o Centro para Controlo e Prevenção da Doença, de Atlanta, Geórgia, nos Estados Unidos, e o Centro Estatal Russo para a Investigação em Virologia e Biotecnologia, em Koitsovo, na Região de Novosibirsk, na Federação Russa, no pressuposto de que toda a investigação aprovada seria orientada para os resultados e limitada no tempo.

216. A referida resolução solicitava ainda ao Director-Geral que continuasse o trabalho da Comissão Consultiva da OMS para a investigação sobre o vírus da variola e que informasse anualmente a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) sobre que investigação, se alguma, deveria ser realizada para se chegar a um consenso sobre o momento mais oportuno para a destruição dos *stocks* do vírus. A Comissão Consultiva aconselhou e recomendou sobre os limites da investigação permitida em cinco áreas. Devido a preocupações com a biosegurança, o Director-Geral recomendara que esta questão fosse discutida novamente pela Comissão Consultiva, na sua próxima reunião.

217. Os delegados manifestaram-se preocupados com o facto de os centros de retenção não pertencerem à OMS, embora tenham sido autorizados pela AMS para que a retenção seja apenas temporária. Os ministros da saúde africanos continuam a opor-se à engenharia genética do vírus da variola, que está abrangida pela investigação permitida, conforme recomendado pela Comissão Consultiva, devido a possíveis riscos de acidentes laboratoriais, libertação deliberada e bioterrorismo. O Ministro da Saúde da África do Sul apresentou um resumo dos três tópicos relativos à destruição do vírus da variola.

218. Concordou-se que é preciso tomar uma decisão sobre a data para destruição dos *stocks* restantes. As recomendações da Comissão Consultiva deverão voltar a ser discutidas pelo Conselho Executivo e pela AMS, antes de se tomar uma decisão final sobre estas questões. Sugeriram que a composição da Comissão Consultiva seja revista, para garantir uma representação equilibrada, incluindo o reforço da representação da Região Africana. Os Membros realçaram os riscos especiais para a Região Africana, onde as populações se encontram já sobrecarregadas com o fardo do HIV/SIDA, logo, imuno-deprimidas.

219. O Director Regional informou os delegados de que iria contactar o Director-Geral para garantir que este assunto fosse um tema a ser substancialmente abordado pelo Conselho Executivo, bem como para advogar a favor de uma maior representação da Região e um maior equilíbrio na Comissão Consultiva. Iria também informar o Director-Geral sobre todas as preocupações do comité Regional relativamente à destruição dos *stocks* de vírus da varíola.

#### **Informação sobre os próximos grandes eventos de saúde na Região Africana.**

220. O Benim e os Camarões informaram o Comité sobre uma reunião da Rede Africana Ocidental sobre o Paludismo e a Gravidez, a realizar-se de 3 a 7 de Outubro de 2005, no Benim. Além disso, o Quinto Fórum Mundial sobre as Parcerias Fazer Recuar o Paludismo terá lugar de 18 a 19 de Novembro em Yaoundé, nos Camarões. O Uganda informou os delegados da reunião sobre intervenções baseadas em dados factuais para o financiamento sustentável da saúde, que decorrerá de 7 a 9 de Novembro de 2005. Os delegados recomendaram que todas as informações sobre eventos a realizar-se brevemente deveriam ser comunicadas ao Escritório Regional para que pudessem ser publicadas no *website*.

#### **MESA-REDONDA (documento AFR/RC55/RT/1)**

221. A discussão da Mesa-Redonda fez-se em simultâneo com a reunião do Comité Regional e versou sobre o seguinte tópico: Prevenção do HIV na Região Africana. O Presidente da Mesa-Redonda, Dr. Alex Kamugisha, Ilustre Ministro de Estado para a Saúde, do Uganda, apresentou o relatório (*ver Anexo 5*).

#### **DISCUSSÃO EM PAINEL (documento AFR/RC55/PD/1)**

222. A discussão em painel teve lugar em paralelo com a reunião do Comité Regional e versou sobre o seguinte tópico: Determinantes Sociais da Saúde e Desigualdades na Saúde: uma questão preocupante na Região Africana. O presidente da Discussão em Painel, Dr. Zeinab Mint Youba-Maiga, Ministro da Saúde do Mali, apresentou o relatório (*ver Anexo 6*).

#### **SESSÃO ESPECIAL (documento AFR/RC55/SS/1)**

223. A sessão especial sobre o tema “Financiamento Sustentável para a Saúde em África” decorreu em paralelo com a reunião do Comité Regional. A sessão foi dividida em duas partes. A 1ª Parte foi presidida pelo Dr. Hetherwick Ntaba, Ministro da Saúde do Malawi; a 2ª Parte foi presidida pela Dra. Lea Koyassoum-Doumta, Ministra da Saúde Pública e População da República Centrafricana (*ver Anexo 7 para o relatório*).

## **DATAS E LOCAIS DA QUINQUAGÉSIMA-SEXTA E QUINQUAGÉSIMA-SÉTIMA SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC55/17)**

224. O Dr. Lusamba-Dikassa, Director do Programa de Gestão, apresentou este documento ao Comité Regional.

225. Após discussões exaustivas, o Comité Regional concordou que o local da realização da sua Quinquagésima-sexta sessão seria Addis Abeba, na República da Etiópia, e que a mesma irá ter lugar de 28 de Agosto a 1 de Setembro de 2006. O Quénia e o Chade manifestaram o desejo de organizarem a Quinquagésima-sétima sessão; contudo, o local da realização da mesma será determinado durante a Quinquagésima-sexta sessão.

## **ADOÇÃO DO RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC55/19)**

226. O relatório da Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional (AFR/RC55/19) foi adoptado com emendas mínimas.

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

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

227. Nas suas observações de encerramento, o Director Regional, Dr. Luis Gomes Sambo, mostrou-se satisfeito com os debates e com os resultados da reunião do Comité Regional. Elogiou os Ministros da Saúde e os Chefes de Delegação pela sua participação activa ao longo da reunião. Reconheceu a seriedade e o pragmatismo com que foram abordados os temas cruciais de saúde pública enfrentados pela Região. Agradeceu ao Comité pelo apoio em declarar 2006 como o ano da aceleração da prevenção do HIV em África. Agradeceu também ao Presidente da Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional pela eficiência em como geriu os debates.

228. O Dr. Sambo agradeceu à União Africana, às Comunidades Económicas Regionais e aos representantes das organizações da ONU por terem aceite o seu convite para participarem nesta reunião do Comité Regional. Manifestou também apreço pela participação e co-organização da sessão especial sobre financiamento da saúde dos representantes do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional. Agradeceu igualmente ao Director da Iniciativa Travar a Tuberculose e ao Embaixador da Boa Vontade para a Saúde Materna e das Crianças na Região Africana pela sua participação na reunião e por terem partilhado as suas experiências com os delegados.

229. Agradeceu ainda ao Ministro da Saúde de Moçambique e ao escritório regional da OMS pelo suporte logístico e pela criação de um ambiente excelente e funcional ao longo de toda a reunião. Agradeceu ao pessoal e aos representantes do Escritório Regional da OMS pelas contribuições prestadas para o êxito da reunião. Por último, o Director Regional agradeceu aos intérpretes e aos motoristas, bem como ao pessoal da segurança, *catering*, protocolo e logística pelo trabalho incansável que contribuiu para o êxito da reunião.

### **Moção de agradecimento**

230. A moção de agradecimento ao Presidente, ao governo e ao povo da República de Moçambique pela organização da Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional foi apresentada, em nome os delegados, pela Ministra da Saúde Pública e População da República Centrafricana, a Sra. Lea Koyassoum-Doumta. A moção foi adoptada pelo Comité Regional.

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

231. O Prof. Paulo Ivo Garrido, Presidente da Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional da OMS para África afirmou nas suas notas finais que haviam chegado ao fim de cinco dias de trabalho árduo, de troca de experiências produtiva e de intenso debate. Afirmou que foram cinco dias de introspecção e de processo criativo intensivos para alcançar formas mais eficazes de fazer face às preocupações de saúde pública de modo a garantir um melhor futuro em termos de saúde para o povo africano.

232. O Presidente reconheceu a enormidade dos desafios com que a África se vê confrontada mas sublinhou que a determinação, o empenho e o moral para os ultrapassar são elevados. Afirmou que, em resultado da reunião, África estava mais unida e que as suas tarefas e responsabilidades eram claras. Expressou o sentimento de que a missão e os objectivos do Comité Regional havia sido adequadamente alcançados.

233. O Presidente agradeceu a todos os delegados pela sua dedicação, que contribuiu para o êxito da reunião. Agradeceu ao Secretariado, aos motoristas, bem como ao pessoal da segurança, protocolo, assistência social e especialistas em comunicação pelo seu empenho e profissionalismo. Por intermédio do Director Regional, agradeceu a todo o pessoal do Escritório Regional pela sua magnífica preparação para a sessão. Agradeceu aos ministros e chefes de delegação a vinda a Moçambique e manifestou um sentimento de solidariedade africana para com o país anfitrião. Agradeceu a todos os parceiros que participaram na reunião e cuja presença demonstrou que África não está sozinha nos esforço para a promoção da saúde e no combate às doenças. Finalmente, desejou a todos uma boa viagem de regresso à casa.

234. O Presidente deu então por encerrada a Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional.