

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

*Joanesburgo, África do Sul, 1–5 de Setembro de 2003*

**Relatório Final**

**Organização Mundial de Saúde**  
Escritório Regional Africano  
Brazzaville 2003

*AFR/RC53/18*

(c)

Escritório Regional Africano  
da Organização Mundial de Saúde  
(2003)

As publicações da Organização Mundial de Saúde beneficiam da protecção prevista pelas disposições do Protocolo nº 2 da Convenção Universal dos Direitos de Autor. Reservados todos os direitos.

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

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

Impresso na República do Congo

## ÍNDICE

*Página*

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

### PARTE I: DECISÕES PROCESSUAIS E RESOLUÇÕES

#### DECISÕES PROCESSUAIS

Decisão 1:	Composição da Comissão de Designações .....	3
Decisão 2:	Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores .....	3
Decisão 3:	Composição da Comissão de Verificação de Poderes .....	4
Decisão 4:	Credenciais .....	4
Decisão 5:	Substituição de Membros do Subcomité do Programa .....	5
Decisão 6:	Ordem do dia provisória da Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional .....	5
Decisão 7:	Ordem do dia da 113 <sup>a</sup> sessão do Conselho Executivo .....	5
Decisão 8:	Método de trabalho e duração da 57 <sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde .....	5
Decisão 9:	Escolha do tema das Mesas-Redondas em 2004 .....	7
Decisão 10:	Datas e locais da Quinquagésima-quarta e Quinquagésima-quinta sessões do Comité Regional .....	7
Decisão 11:	Designação de Representantes da Região Africana para a Comissão de Orientação e Coordenação (PCC) do Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Reprodução Humana (HRP) .....	8
Decisão 12:	Designação dos Representantes da Região Africana no Conselho Executivo da Parceria Fazer Recuar o Paludismo .....	8
Decisão 13:	Habilitações e selecção do Director Regional .....	8

## RESOLUÇÕES

AFR/RC53/R1: Macroeconomia e Saúde: Perspectivas Futuras na Região Africana .....	10
AFR/RC53/R2: Reforçar o Papel dos Hospitais nos Sistemas Nacionais de Saúde na Região Africana .....	12
AFR/RC53/R3: Prevenção e Luta contra os Traumatismos na Região Africana: Situação Actual e Plano de Acção .....	14
AFR/RC53/R4: Saúde das Mulheres: Estratégia para a Região Africana .....	16
AFR/RC53/R5: Higiene dos Alimentos e Saúde: Análise da Situação e Perspectivas .....	18
AFR/RC53/R6: Intensificação das Intervenções contra o HIV/SIDA, Tuberculose e Paludismo na Região Africana .....	20
AFR/RC53/R7: Moção de agradecimento .....	23

## PARTE II: RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL

### *Parágrafos*

CERIMÓNIA DE ABERTURA .....	1-36
Comunicações dos oradores convidados .....	34-36
ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS .....	37-45
Composição da Comissão de Designações .....	37
Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores .....	38
Aprovação da ordem do dia .....	39
Adopção do horário do trabalho .....	40
Designação da Comissão de Verificação de Poderes .....	41-45

ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA 2002: RELATÓRIO  
ANUAL DO DIRECTOR REGIONAL (documento AFR/RC53/2) .....46-140

Desenvolvimento e gestão do conjunto dos programas .....	48-75
Desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde .....	76-87
Prevenção e controlo das doenças transmissíveis .....	88-101
Prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis .....	102-113
Saúde reprodutiva e da família .....	114-123
Ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável .....	124-131
Administração e finanças .....	132-139
Aprovação do Relatório Anual .....	140

CORRELAÇÃO ENTRE OS TRABALHOS DO COMITÉ REGIONAL, DO  
CONSELHO EXECUTIVO E DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE .....141-165

Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo (documento AFR/RC53/3).....	142-154
--	---------

Incidências regionais da 113ª sessão do Conselho Executivo e da Quinquagésima-sétima Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC53/4) .....	155-158
---	---------

Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC53/5) .....	159-162
---	---------

Avaliação da implementação da Resolução WHA51.31 – Dotações orçamentais para as prioridades regionais (documento AFR/RC53/14) .....	163-165
--	---------

RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA  
(documento AFR/RC53/7) .....

166-253

Macroeconomia e saúde: Perspectivas futuras na Região Africana (documento AFR/RC53/8 Rev.1) .....	169-182
--	---------

Reforçar o papel dos hospitais nos sistemas nacionais de saúde (documento AFR/RC53/9 Rev.1) .....	183-192
--	---------

Prevenção e luta contra os traumatismos na Região Africana: Situação actual e programa de acção (documento AFR/RC53/10 Rev.1) .....	193-202
Saúde das mulheres: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC53/11 Rev.1) .....	203-216
Higiene dos alimentos e saúde: Análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC53/12 Rev.1) .....	217-227
Intensificação das intervenções contra o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo (documento AFR/RC53/13 Rev.1).....	228-246
Erradicação da dracunculose na Região Africana da OMS (documento AFR/RC53/INF/DOC.1) .....	247
Preparação e resposta ao Síndrome Respiratório Agudo (SRA) na Região Africana da OMS (documento AFR/RC53/INF/Doc.2) .....	248-249
Habilitações e selecção do Director Regional (documento AFR/RC53/15) .....	250-253
MESAS-REDONDAS (documentos AFR/RC53/RT/1, AFR/RC53/RT/2 e AFR/RC53/RT/3) .....	254-256
ESCOLHA DOS TEMAS PARA AS MESAS-REDONDAS EM 2004 (documento AFR/RC53/20) .....	257-258
NOMEAÇÃO DOS PRESIDENTES E PRESIDENTES SUBSTITUTOS DAS MESAS-REDONDAS DE 2004 (documento AFR/RC53/20) .....	259
DATAS E LOCAIS DA QUINQUAGÉSIMA-QUARTA E QUINQUAGÉSIMA-QUINTA SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL .....	260-261
APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC53/18) .....	262

ENCERRAMENTO DA QUADRAGÉSIMA-TERCEIRA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL .....	263-273
Observações de encerramento do Director Regional .....	263-266
Moção de agradecimento .....	267
Observações da Presidente e encerramento da sessão .....	268-273

### PARTE III: ANEXOS

	<i>Página</i>
1. Lista dos participantes .....	85-103
2a Ordem do dia da 53ª sessão do Comité Regional .....	104-106
2b Programa de trabalho .....	107-111
3. Relatório do Subcomité do Programa .....	112-138
4a Papel dos serviços de laboratório na prestação de cuidados de saúde de qualidade – Mesa-Redonda 1 .....	139-141
4b Maternidade Segura: Melhorar o acesso aos cuidados obstétricos de emergência Mesa-Redonda 2 .....	142-146
4c Situações de emergência e acção humanitária: Melhorar a eficácia das intervenções de saúde .....	147-151
5a Relatório da Sessão Especial I - Estratégia de Saúde da NEPAD: Programa de Acção Inicial .....	152-153
5b Relatório da Sessão Especial II - Migração dos Profissionais da Saúde: Um desafio para os sistemas de Saúde em África.....	154-156
5c Relatório da Sessão Especial III - Desenvolvimentos na NEPAD e as suas implicações para a Saúde .....	157-159
6. Discurso da Sra. Ministra da Saúde da República da África do Sul .....	160-162
7. Alocução do Professor Rasamindrakotroka .....	163-166
8. Alocução do Sr. Mahamat H. Doutoum .....	168-171
9. Comunicação do Director-Geral a OMS .....	172-177
10. Alocução de abertura do Sr. M. Lekota .....	178-182
11. Discurso do Sr. Philippe Busquin .....	183-192
12. Discurso do Dr. Pascoal Mocumbi .....	193-197
13. Ordem do dia provisória da 54ª sessão do Comité Regional .....	198-199
14. Lista dos documentos .....	200-204

## ABREVIATURAS

AOW	-	Área de actividade
AU	-	Unidade Africana
CAMH	-	Conferência dos Ministros da Saúde Africanos
CCS	-	Estratégia de cooperação dos países
CFI	-	Iniciativa centrada nos países
DOTS	-	Terapia por observação directa de curta-duração
ECCAC	-	Comunidade Económica dos Estados da África Central
ECOWAS	-	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental
EDCTP	-	Parceria dos Países Europeus e em Desenvolvimento para os ensaios clínicos
EMCCA	-	Comunidade Económica e Monetária da África Central
EPI	-	Programa Alargado de Vacinação
FCTC	-	Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica
FGM	-	Mutilação Genital Feminina
GAVI	-	Aliança Mundial para as Vacinas e Vacinação
GFATM	-	Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose, e Paludismo
HAART	-	Terapia Antiretroviral de Elevada Eficácia
HSR	-	Reformas do Sector da Saúde
IMCI	-	Atenção Integrada às Doenças da Infância
IMPAC	-	Gestão Integrada da Gravidez e do Parto
JNV	-	Jornadas Nacionais de Vacinação
LHD	-	Desenvolvimento sanitário de longo-prazo
MDG	-	Metas de Desenvolvimento do Milénio
MDSC	-	Centro de Vigilância Pluripatológica
MMR	-	Taxa de Mortalidade Materna
NCD	-	Doenças Não-Transmissíveis
NEPAD	-	Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano
NPAN	-	Plano de Acção Nacional sobre Nutrição
OIM	-	Organização Internacional da Migração
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONG	-	Organização Não-Governamental
OUA	-	Organização da Unidade Africana
PHAST	-	Transformação Participativa em Higiene e Saneamento
PLWHA	-	Pessoas que vivem com HIV/SIDA



PMTCT	-	Prevenção da Transmissão Vertical (do HIV/SIDA)
PRSP	-	Documentos Estratégicos para a Resolução da Pobreza
RBM	-	Fazer Recuar o Paludismo
SADC	-	Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral
TRIPS	-	Aspectos Comerciais dos Direitos de Propriedade Intelectual
UNEP	-	Programa das Nações Unidas para o Ambiente
VCT	-	Aconselhamento e Teste Voluntários
WSSD	-	Cimeira Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável

**PARTE I**  
**DECISÕES PROCESSUAIS**  
**E**  
**RESOLUÇÕES**

## DECISÕES PROCESSUAIS

### **Decisão nº1: Composição da Comissão de Designações**

A Comissão de Designações, constituída por representantes dos seguintes Estados-Membros, reuniu na segunda-feira, 1 de Setembro de 2003: Burkina Faso, República Centrafricana, Chade, Etiópia, Guiné, Libéria, Malawi, Mali, Ruanda, Serra Leoa, Swazilândia e Zimbabwe.

A Comissão elegeu o Dr. Abel Dushimimana, Ministro da Saúde da República do Ruanda, para a sua Presidência.

*Primeira sessão, 1 de Setembro de 2003*

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

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

<b>Presidente:</b>	Dra. M. Tshabalala-Msimang Ministra da Saúde da África do Sul
<b>1º Vice-Presidente:</b>	Dr. Jean Yagi Sitolo Ministro da Saúde da República Democrática do Congo
<b>2º Vice-Presidente:</b>	Professor Eyitayo Lambo, Ministro da Saúde da Nigéria
<b>Relatores:</b>	Sr. Patrick Pillay Ministro da Saúde das Seychelles (língua francesa)
	Sr. Jim Muhwezi Ministro da Saúde do Uganda (língua inglesa)
	Dr. António Serifo Embalo Ministro da Saúde da Guiné-Bissau (língua portuguesa)

*Segunda sessão, 1 de Setembro de 2003*

### **Decisão nº 3: Composição da Comissão de Verificação de Poderes**

O Comité Regional designou uma Comissão de Verificação de Poderes, composta por representantes dos 12 seguintes Estados-Membros: Angola, Botsuana, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gâmbia, Quênia, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Senegal e Togo.

A Comissão de Verificação de Poderes reuniu-se no dia 1 de Setembro de 2003. Estiveram presentes delegados dos seguintes Estados-Membros: Angola, Botsuana, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gâmbia, Quênia, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Senegal e Togo.

A Comissão elegeu para a sua Presidência a Sra. Suzanne Aho, Ministra da Saúde do Togo.

*Primeira sessão, 1 de Setembro de 2003*

### **Decisão nº 4: Credenciais**

O Comité Regional, sob proposta da Comissão de Verificação de Poderes, reconheceu a validade das credenciais apresentadas pelos representantes dos seguintes Estados-Membros: Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Seychelles, África do Sul, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe, tendo-as achado em ordem. Após a supracitada reunião da Comissão de Verificação de Poderes, os seguintes Estados-Membros apresentaram as suas credenciais: República Centrafricana, Chade, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Nigéria, Senegal e Swazilândia

A Libéria esteve presente na sessão, mas não apresentou quaisquer credenciais.

As Comores, Etiópia, S. Tomé e Príncipe e a Serra Leoa não participaram na Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional.

*Primeira sessão, 1 de Setembro de 2003*

**Decisão nº 5: Substituição de Membros do Subcomité do Programa**

O mandato dos seguintes países no Subcomité do Programa cessará com o encerramento da Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional: República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão e Gâmbia. Serão substituídos por Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícias e Moçambique.

*Segunda sessão, 2 de Setembro de 2003*

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

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

**Segunda sessão, 2 de Setembro de 2003**

**Decisão nº 7: Ordem do dia da 113ª sessão do Conselho Executivo**

O Comité Regional tomou nota da ordem do dia provisória da 113ª sessão do Conselho Executivo.

**Segunda sessão, 2 de Setembro de 2003**

**Decisão nº 8: Método de trabalho e duração da 57ª Assembleia Mundial da Saúde**

**Presidente da Assembleia Mundial da Saúde**

- 1) O Presidente da Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional Africano será designado Vice-Presidente da Quinquagésima-sétima Assembleia Mundial da Saúde, a realizar em Maio de 2004. A última vez que a Região Africana designou o Presidente da Assembleia foi em Maio de 2000.

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

2) A Directora-Geral, em conjunto com o Director Regional, analisará, antes da 57ª Assembleia Mundial da Saúde, quais os delegados dos Estados-Membros da Região Africana susceptíveis de desempenhar eficazmente os seguintes cargos:

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

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

3) Segundo a ordem alfabética em inglês, a Guiné-Bissau designou um representante para o Conselho Executivo, a partir da respectiva 112ª sessão, imediatamente após a 56ª Assembleia Mundial da Saúde, juntando-se assim à Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana e Guiné, da Região Africana.

4) O mandato da Eritreia e Etiópia cessará com o encerramento da Quinquagésima-sétima Assembleia Mundial da Saúde, sendo substituídas pelo Quênia e Lesoto, que participarão na 113ª sessão do Conselho Executivo, em Maio de 2004.

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

6) A Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional resolveu considerar a revisão do seu método de trabalho no que respeita às designações dos Estados Membros para o Conselho Executivo, tendo decidido criar um grupo de trabalho que estudará os pormenores relativos a este novo método de trabalho.

a) O grupo de trabalho será composto por representantes dos seguintes Estados-Membros:

- Guiné Equatorial, pela África Central (CEEAC/CEMAC )
- Zimbabwe, pela África Austral (SADC)
- Quênia, pela África Oriental
- Gana, pela África Ocidental (ECOWAS).

b) O grupo de trabalho apresentará um relatório de actividades à reunião informal dos Estados-Membros da Região Africana durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde e um relatório final à 54ª sessão do Comité Regional.

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

- 7) O Director Regional convocará esta reunião para Segunda-feira, 17 de Maio de 2004, às 08h30, no *Palais des Nations*, em Genebra, para confirmação das decisões tomadas pelo Comité Regional na sua 53ª sessão. Durante a sessão, terá lugar em cada manhã uma reunião de coordenação com todos os delegados africanos.

### **Decisão nº 9: Escolha do tema das Mesas-Redondas em 2004**

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

Mesa-Redonda nº 1: Abuso sexual das crianças: Uma emergência silenciosa

Presidente, Togo  
Presidente substituto, Chade

Mesa Redonda nº 2: Desafios para melhorar a situação nutricional na Região Africana

Presidente, Zâmbia  
Presidente substituto, Mauritânia

*Sétima sessão, 4 de Setembro de 2003*

### **Decisão nº 10: Datas e locais da Quinquagésima-quarta e Quinquagésima-quinta sessões do Comité Regional**

De acordo com o seu Regulamento Interno, o Comité Regional aceitou realizar a sua Quinquagésima-quarta sessão no Escritório Regional, em Brazzaville, na República do Congo, de 30 de Agosto a 3 de Setembro de 2004. O Comité Regional tomará posteriormente uma decisão sobre o local de realização da sua Quinquagésima-quinta sessão, por ocasião da Quinquagésima-quarta sessão.

*Sexta sessão, 4 de Setembro de 2003*

**Decisão nº 11: Designação de Representantes da Região Africana para a Comissão de Orientação e Coordenação (PCC) do Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Reprodução Humana (HRP)**

O mandato dos Camarões cessará a 31 de Dezembro de 2003. De acordo com a ordem alfabética em inglês, serão substituídos pelo Congo por um período de 3 anos, com início a 1 de Janeiro de 2004. O Congo juntar-se-á assim a Cabo Verde e às Comores, que já são membros da Comissão.

**Oitava sessão, 5 de Setembro de 2003**

**Decisão nº 12: Designação dos Representantes da Região Africana no Conselho Executivo da Parceria Fazer Recuar o Paludismo**

O Gana, o Senegal e a Zâmbia são membros do Conselho Executivo da Parceria Fazer Recuar o Paludismo; o seu mandato de dois anos teve início em Outubro de 2002. A partir de Setembro de 2003, a República Democrática do Congo entrará para a Comissão, para um mandato de dois anos.

**Oitava sessão, 5 de Setembro de 2003**

**Decisão nº 13 Habilitações e selecção do Director Regional**

O Comité Regional decidiu rever o procedimento para a nomeação do Director Regional, alterando o artigo 52º do seu Regulamento Interno (as alterações são apresentadas em negrito):

**Artigo 52º**

1. Pelo menos seis meses antes da data fixada para abertura de uma sessão do Comité, durante a qual se tiver de designar o Director, o Director-Geral convidará cada um dos Estados-Membros a propor nomes de candidatos para o cargo de Director.
2. Qualquer Estado-Membro pode propor, para o lugar de Director, uma ou duas pessoas que sejam cidadãos de um Estado-Membro da Região, enviando ao mesmo tempo o(s) seu(s) curriculum vitae. Estas propostas serão enviadas ao Director-Geral, de maneira a darem entrada na Sede da Organização, em Genebra, na (Suiça), pelo menos doze semanas antes da data da abertura da sessão.



3. Se o Director em exercício estiver disponível para um novo mandato, o Director-Geral informará os Estados-Membros, quando os convidar a propor nomes de candidatos para o cargo de Director. Neste caso, o nome do Director em exercício será submetido ao Comité automaticamente, sem necessidade de ser proposto por um Estado-Membro.
4. Pelo menos dez semanas antes da data fixada para a abertura da sessão do Comité, o Director-Geral enviará a todos os Estados-Membros, num envelope confidencial, uma cópia de todas as propostas para o cargo de Director, recebidas dentro do prazo estabelecido (juntamente com o curriculum vitae de cada candidato).
5. Se o Director-Geral não tiver recebido nenhuma proposta, a tempo de a poder transmitir aos Estados-Membros, segundo as disposições deste Artigo, estes serão informados do facto pelo menos dez semanas de antecedência em relação à data de abertura da sessão do Comité. O próprio Comité estabelecerá uma lista de candidatos constituída pelos nomes propostos por escrutínio secreto, pelos representantes presentes com direito a voto.
6. **Se o Director-Geral receber mais de cinco candidaturas dentro do prazo referido no parágrafo 2, o Comité elaborará, no início da sua sessão, uma lista de pré-selecção com cinco candidatos. Para esse fim, o Comité procederá a uma votação por escrutínio secreto e os cinco candidatos que obtiverem maior número de votos serão incluídos nessa lista.**
7. **Os candidatos propostos ao abrigo do parágrafo 2, ou aqueles que tenham sido incluídos na lista de pré-selecção ao abrigo do parágrafo 6, serão entrevistados pelo Comité com a maior brevidade possível. A entrevista consistirá numa apresentação por parte de cada candidato e na resposta a perguntas feitas pelos Membros do Comité. O Comité definirá o modelo de entrevista, conforme achar apropriado.**
8. A designação do Director Regional será efectuada numa sessão privada do Comité. O Comité fará uma selecção, por escrutínio directo, das pessoas cujas candidaturas tiverem sido apresentadas, em conformidade com os **parágrafos 2 ou 6** do presente artigo. Esta selecção é feita da seguinte forma:
  - a) Cada um dos Delegados com direito a voto inscreverá no seu boletim o nome de um único candidato, escolhido entre as pessoas propostas **ou pré-seleccionadas, de acordo com este Artigo.**

- b) O candidato que tiver recolhido a maioria necessária, durante um escrutínio, será declarado eleito.
- c) Se, no decurso de um escrutínio votação nenhum candidato obtiver a maioria exigida, aquele que obtiver o número mais baixo de votos será eliminado.
- d) Quando só ficarem dois candidatos, proceder-se-á a quantos escrutínios forem necessários, até um deles obter a maioria necessária.
- e) Se estes dois candidatos continuarem com o mesmo número de votos, no fim do terceiro escrutínio, repetir-se-á a votação, na base da lista inicial de candidatos.

9. O nome da pessoa que for assim nomeada, será apresentado ao Conselho Executivo.

## RESOLUÇÕES

### **AFR/RC53/1: Macroeconomia e Saúde: Perspectivas Futuras na Região Africana**

Consciente da conclusão emanada da Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMS) de que a má-saúde contribui significativamente para a pobreza e o fraco crescimento económico;

Consciente de que os investimentos na saúde permitem obter retornos substanciais em termos de redução da pobreza e desenvolvimento económico;

Relembrando a Resolução AFR/RC52/R4 sobre pobreza e saúde, bem como a Resolução WHA55.19 da Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou o programa de acção da CMS como uma abordagem útil para a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDG);

Relembrando o compromisso assumido pelos Chefes de Estado presentes em Abuja, de dotarem pelo menos 15% dos seus orçamentos anuais para a melhoria do sector da saúde;

Apreciando o apoio que está a ser prestado no âmbito de iniciativas internacionais, como a dos Países Pobres Fortemente Endividados (HIPC), o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, tuberculose e paludismo (GFATM), o Fórum Mundial para a Investigação da Saúde (GHRF), a Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação, (GAVI), as iniciativas “Fazer Recuar o Paludismo” e “Travar a Tuberculose”, e a Fundação Bill e Melinda Gates;

Reconhecendo a vantagem comparativa da OMS no apoio aos países, para a formulação de políticas e planos de saúde, definição de prioridades e identificação de intervenções de boa relação custo-eficácia, entre outros aspectos;

#### **O COMITÉ REGIONAL:**

1. APROVA os conceitos e princípios propostos no documento AFR/RC53/8/Rev.1, intitulado “Macroeconomia e Saúde: Perspectivas Futuras na Região Africana”;
2. EXORTA os Estados-Membros a:
  - a) disseminar vastamente, junto de todos os intervenientes, os resultados e recomendações da CMS e reunir consenso para passar à acção;
  - b) criar ou reforçar mecanismos institucionais para a implementação das recomendações da CMH;
  - c) desenvolver planos estratégicos plurianuais para a intensificação dos investimentos na saúde em intervenções sanitárias a favor dos pobres;
  - d) recorrer aos planos estratégicos pluri- anuais para mobilizarem recursos de fontes domésticas e externas, de modo sustentável;
  - e) honrar o compromisso, assumido pelos Chefes de Estado em Abuja, de afectarem pelo menos 15% dos seus orçamentos anuais à melhoria do sector da saúde;
  - f) recorrer aos planos estratégicos pluri- anuais para mobilizarem recursos de fontes domésticas e externas, de modo sustentável;
  - g) envolver intimamente todos os ministérios e agências com responsabilidades nas componentes específicas do plano estratégico (por exemplo, serviços de saúde, água, saneamento, nutrição, educação, finanças, planeamento) durante as fases de planeamento, implementação e monitorização;

- h) reforçar a economia da saúde e a capacidade da saúde pública no seio dos ministérios da saúde e de outros sectores relevantes, de modo a dar resposta às preocupações de ordem sanitária;

3. SOLICITA ao Director Regional que:

- a) continue a advogar a favor de mais investimentos na saúde, como meio eficaz para reduzir a pobreza e acelerar o desenvolvimento económico;
- b) apoie os países a reforçarem os acordos institucionais existentes para o planeamento, implementação e monitorização das recomendações da CMS;
- c) monitorize e documente as lições aprendidas com a implementação das recomendações da CMS nos diferentes países e facilite a troca de experiências entre estes;
- d) preste apoio às instituições regionais que formem economistas da saúde e efectuem investigação nesse domínio;
- e) apresente um relatório à Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional, em 2006, sobre os progressos feitos na implementação das recomendações da Comissão.

*Sexta sessão, 4 de Setembro 2003*

**AFR/RC53/2: Reforçar o Papel dos Hospitais nos Sistemas Nacionais de Saúde na Região Africana**

Tendo examinado o documento AFR/RC53/9/Rev.1 relativo ao reforço do papel dos hospitais nos sistemas nacionais de saúde;

Apreciando a oportunidade com que a questão do reforço do papel dos hospitais foi apresentada para discussão;

Fortemente preocupado com o actual desempenho insatisfatório por parte da maioria dos hospitais na Região;

Reconhecendo a necessidade de melhorar o acesso a cuidados de qualidade face aos crescentes desafios sanitários decorrentes do HIV/SIDA, tuberculose e paludismo;

Reconhecendo a necessidade dos hospitais desempenharem um papel de maior relevo na satisfação das necessidades das vítimas de catástrofes e situações de emergência naturais ou de origem humana;

Convicto da importância de hospitais plenamente funcionais, como parte integrante dos sistemas nacionais de saúde, para a obtenção da saúde para todos, incluindo o seu contributo para a retenção de profissionais de saúde qualificados;

Recordando a Resolução AFR/RC42/R6, sobre a reorientação e reestruturação dos hospitais com base nos cuidados primários de saúde; a Resolução AFR/RC45/R3, sobre as estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados nas unidades sanitárias da Região Africana; e a Resolução AFR/RC44/R15, sobre a selecção e desenvolvimento de tecnologias da saúde a nível distrital;

Empenhado em garantir que os hospitais assumam devidamente as suas funções de prestação de cuidados de referência de elevada qualidade, de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, bem como de informação e investigação;

#### **O COMITÉ REGIONAL,**

1. Aprova as orientações contidas no documento AFR/RC53/9/Rev.1, que visam reforçar o papel dos hospitais no contexto dos sistemas nacionais de saúde da Região;
2. EXORTA os Estados-Membros a:
  - a) formularem políticas abrangentes para um desenvolvimento sustentável dos hospitais, que assegurem complementaridade com outros níveis do sistema de saúde, incluindo o reforço do sistema de referência e a garantia de que as populações pobres tenham acesso aos serviços hospitalares;
  - b) assumirem um sólido papel da função de administração-geral no desenvolvimento do sector hospitalar, de modo a melhorarem o desempenho para além da prestação de cuidados médicos, em áreas como formação de profissionais de saúde especializados, o reforço dos sistemas de informação e investigação, e bem como selecção, uso e desenvolvimento das tecnologias da saúde;
  - c) implementarem mecanismos adequados para a gestão hospitalar, incluindo a participação da sociedade civil;

- d) actualizarem ou elaborarem legislação adequada que vise garantir um melhor desempenho dos hospitais;

3. SOLICITA ao Director Regional que:

- a) preste aos países um apoio adequado às suas iniciativas de desenvolvimento hospitalar;
- b) crie uma comissão de peritos a nível da Região para prestar orientação técnica sobre o desenvolvimento hospitalar;
- c) apresente à Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional em 2006, um relatório sobre os progressos realizados na implementação da presente resolução.

*Sexta sessão, 4 de Setembro 2003*

**AFR/RC53/R3: Prevenção e Luta contra os Traumatismos na Região Africana: Situação Actual e Plano de Acção**

Relembrando as Resoluções da Assembleia Mundial da Saúde, WHA27.59 sobre a prevenção dos acidentes rodoviários, e WHA49.25 e WHA50.19 sobre prevenção da violência;

Relembrando os acordos internacionais, tais como a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança e a existência de documentos técnicos a nível mundial, como o *Relatório Mundial da OMS sobre Violência e Saúde*;

Preocupado pelo aumento de casos de traumatismos na Região, principalmente devidos aos acidentes rodoviários, aos conflitos armados e à violência interpessoal;

Convencido de que a melhoria da saúde terá de estar profundamente enraizada na paz, assim como na prevenção e na resolução pacífica dos conflitos;

Convencido de que, agindo de forma integrada sobre os factores ambientais e comportamentais à escala do indivíduo e da comunidade, a acção de saúde pública pode reduzir de forma sensível o fardo que os traumatismos impõem à sociedade;

Tendo examinado atentamente o relatório do Director Regional, contido no documento AFR/RC53/10, que apresenta as grandes linhas do programa de acção de luta contra os traumatismos na Região Africana;

#### **O COMITÉ REGIONAL,**

1. APROVA o plano de acção proposto no documento AFR/RC53/10/Rev.1, intitulado "Prevenção e luta contra os traumatismos na Região Africana: Situação actual e Programa de Acção";
2. EXORTA os Estados-Membros a:
  - a) Empreender uma advocacia contínua pela paz e resolução pacífica dos conflitos;
  - b) Sensibilizar os indivíduos, colectividades, serviços sociais, poderes públicos regionais e locais e doadores para a importância dos problemas que os traumatismos e a violência colocam à saúde pública;
  - c) Aprovar e implementar, de modo consensual, uma política e programas nacionais de prevenção e controlo dos traumatismos e da violência;
  - d) Melhorar os programas nacionais de resposta, assim como os cuidados pré-hospitalares, hospitalares e de reabilitação, de modo a reduzir as consequências imediatas e a longo-prazo dos traumatismos;
  - e) Elaborar, implementar e avaliar um sistema de informação para a prevenção dos traumatismos e da violência;
  - f) Estimular os trabalhos de investigação, para colmatar as lacunas na informação sobre os traumatismos e a violência.
3. SOLICITA ao Director Regional que:
  - a) transmita aos países orientações e outros instrumentos para a advocacia e a acção;
  - b) apoie os países a obter meios para a prevenção dos traumatismos e da violência, bem como a criar redes e parcerias;

- c) apoie as investigações nacionais e regionais sobre as causas, factores de risco e consequências dos traumatismos e da violência;
- d) recolha e divulgue exemplos de boas práticas na área da prevenção dos traumatismos e da violência;
- e) auxilie os países a criarem sistemas de informação adequados e a monitorizar o seu funcionamento;
- f) apresente à Quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional, em 2007, um relatório dos progressos obtidos na implementação da presente resolução.

*Sexta sessão, 4 de Setembro 2003*

#### **AFR/RC53/R4: Saúde das Mulheres: Estratégia para a Região Africana**

Relembrando as anteriores resoluções da Assembleia Mundial de Saúde, WHA40.27, WHA42.42, WHA43.10 e WHA45.25 sobre desenvolvimento e saúde da mulher;

Tendo presente as resoluções do Comité Regional, AFR/RC39/R9 sobre as práticas tradicionais que afectam a saúde das mulheres e das crianças, AFR/RC43/R6 sobre mulheres, saúde e desenvolvimento, e AFR/RC47/R4 sobre a promoção da participação das mulheres na saúde e no desenvolvimento;

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

Tendo presente os instrumentos dos direitos humanos definidos nas convenções, declarações e cartas internacionais e regionais;

Preocupado com o nível extremamente elevado de morbilidade e mortalidade das mulheres, bem como com os esforços suplementares que os Estados-Membros terão de fazer para atingirem os objectivos internacionais da saúde da mulher, incluindo a saúde materna;

Convicto da necessidade de se proceder à decomposição dos dados por sexo e de incorporar uma perspectiva de género nos programas de saúde;



## O COMITÉ REGIONAL,

1. APROVA o documento “Saúde das Mulheres: Estratégia para a Região Africana”, que trata das afecções de saúde que são exclusivas ou mais prevalentes na mulher, assim como das que têm consequências mais graves e implicam diferentes factores de risco para as mulheres;
2. LOUVA o Director Regional pela advocacia, promoção e apoio à saúde da mulher na Região;
3. EXORTA os Estados-Membros a:
  - a) conceder maior prioridade à saúde da mulher na sua agenda nacional de desenvolvimento sócio-económico, através do reforço e da expansão dos esforços para atingir as metas internacionais relativas à melhoria da saúde da mulher, em particular a educação das meninas;
  - b) fazer esforços complementares para melhorar a advocacia, ao mais alto nível, a favor de políticas e programas de saúde sensíveis às mulheres, bem como a favor da mobilização de recursos, da criação de parcerias e do compromisso político sustentado à Declaração de Abuja;
  - c) promover o acesso de todas as mulheres a uma gama completa de informações e serviços de saúde de qualidade, com incidência nas principais causas de morbidade e mortalidade;
  - d) acelerar a implementação das intervenções destinadas a eliminar todas as formas de violência e práticas tradicionais nefastas, com base nas estratégias internacionais e regionais existentes;
  - e) equipar os profissionais de saúde, as comunidades, as famílias e os indivíduos, mulheres e homens, com as competências necessárias que lhes permitam delinear, implementar, monitorizar e avaliar políticas e programas da saúde da mulher a todos os níveis.

4. SOLICITA ao Director Regional que:

- a) preste apoio técnico aos Estados-Membros para a elaboração de políticas e para a implementação das convenções e declarações aprovadas, permitindo assim atingir os objectivos internacionais no domínio da saúde da mulher;
- b) continue a advogar a favor de uma abordagem estratégica para a redução da morbilidade e da mortalidade nas mulheres, incluindo as intervenções eficazes no domínio da Iniciativa para uma Maternidade Segura, os planos regionais para a eliminação das mutilações genitais femininas e outras práticas tradicionais nefastas, e para a prevenção da violência assim como a educação das meninas;
- c) mobilize os governos, as agências das Nações Unidas e as ONG, bem como outros parceiros, para organizarem simpósios, conferências e seminários, a fim de dar nova atenção à saúde da mulher na agenda nacional de desenvolvimento;
- d) apoie as instituições públicas e privadas e os peritos nacionais para que realizem investigação sobre as prioridades identificadas, documentem as respectivas conclusões e as melhores práticas a serem usadas pelos Estados-Membros na implementação integral de abordagens de boa relação custo-eficácia para a melhoria da saúde da mulher;
- e) mantenha o compromisso da OMS relativo à inclusão da questão dos sexos nas políticas e nos programas.
- f) apresente um relatório à Quinquagésima-sexta sessão do Comité Regional e, mais tarde, de três em três anos, sobre os progressos registados na implementação da estratégia da saúde da mulher.

*Sexta sessão, 4 de Setembro 2003*

#### **AFR/RC53/5: Higiene dos Alimentos e Saúde: Análise da Situação e Perspectivas**

Tendo presente que a Constituição da OMS inclui a higiene dos alimentos no mandato da Organização;

Recordando a Resolução WHA53.15 (Maio de 2000), da Assembleia Mundial da Saúde, que reconhece a higiene dos alimentos como função essencial da saúde pública;

Considerando que os principais riscos associados aos alimentos na Região são de natureza microbiológica, química, física, radioactiva e biotecnológica;

Reconhecendo que as doenças transmitidas pelos alimentos contribuem significativamente para o fardo das doenças, em particular entre os grupos de alto risco, como pobres, crianças, viajantes e vítimas de catástrofes;

Temendo que a falta de uma investigação adequada sobre a higiene dos alimentos afecte a elaboração de estratégias e políticas de base factual para a prevenção e controlo;

Tendo aprovado o documento AFR/RC53/12/Rev.1, intitulado “Higiene dos Alimentos e Saúde: Análise da Situação e Perspectivas”;

## **O COMITÉ REGIONAL,**

1. EXORTA os Estados-Membros a:

- a) elaborarem ou actualizarem as políticas e legislação sobre higiene dos alimentos com base na avaliação e prevenção científicas dos riscos ao longo de toda a cadeia alimentar;
- b) garantirem a harmonização dos regulamentos sobre higiene dos alimentos com os padrões e normas internacionais nesse domínio, incluindo a participação activa nos trabalhos da Comissão do Codex Alimentarius e seus comités;
- c) integrarem ou reforçarem a educação e informação sobre higiene alimentar nos programas de formação para as pessoas que manipulam alimentos a todos os níveis, consumidores, produtores e agricultores;
- d) integrarem ou reforçarem as matérias sobre higiene dos alimentos nos planos de estudo das escolas, desde o ensino primário até ao ensino superior;
- e) disponibilizarem instalações laboratoriais funcionais, bem como recursos adequados e redes, como parte do sistema nacional de vigilância, garantindo a preparação e capacidade de resposta dos países aos riscos alimentares;

- f) assegurarem a coordenação e o estabelecimento de redes de colaboração, a nível nacional, interpaíses e regional, entre os vários intervenientes, incluindo o sector privado;

2. SOLICITA ao Director Regional que:

- a) continue a advogar a inclusão da higiene dos alimentos no conjunto dos objectivos e estratégias nacionais de desenvolvimento;
- b) preste apoio técnico à elaboração e implementação de políticas e legislação sobre higiene dos alimentos;
- c) promova a investigação e a vigilância sobre higiene dos alimentos;
- d) reforce a colaboração com outros parceiros internacionais e organismos competentes para tomar decisões de base científica sobre higiene dos alimentos e questões de saúde relacionadas com as novas tecnologias, incluindo os alimentos geneticamente modificados;
- e) apresente um relatório à Quinquagésima-quinta sessão do Comité Regional, em 2005.

*Sexta sessão, 4 de Setembro 2003*

**AFR/RC53/6: Intensificação das Intervenções contra o HIV/SIDA, Tuberculose e Paludismo na Região Africana**

Notando com preocupação que o HIV/SIDA, a tuberculose e o paludismo estão associados à pobreza e constituem as três principais doenças na Região Africana, e reconhecendo os esforços realizados pelo Comité Regional ao aprovar as Resoluções AFR/RC40/R7 (1990), AFR/RC46/R2 (1996), AFR/RC50/R5 e AFR/RC50/R12 (2000), e pelos Estados-Membros para a elaboração e implementação de planos em consonância com esses compromissos;

Preocupado com o facto de que a implementação das estratégias existentes para as três doenças não tenha sido eficaz; de que a cobertura e o acesso às intervenções permaneça fraco e o impacto limitado devido à debilidade das infra-estruturas e à insuficiência de recursos financeiros e humanos, bem como a medicamentos e bens de custos in comportáveis;

Relembrando os compromissos assumidos pelos Chefes de Estado, pelo sistema das Nações Unidas e pelos parceiros internacionais na Declaração de Abuja e nos programas de acção de luta contra o paludismo, HIV/SIDA, tuberculose e outras doenças infecciosas relacionadas, e pela Sessão Especial da Assembleia das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (UNGASS); e encorajado pelas oportunidades que são oferecidas pelo Fundo Mundial de luta contra a SIDA, tuberculose e o paludismo;

Reconhecendo a urgente necessidade de intensificar as intervenções com boa relação custo-eficácia existentes a fim de reduzir a morbidade, mortalidade e o sofrimento humano associados a essas doenças;

1. EXORTA os Estados-Membros a:

- a) elaborar políticas e legislação apropriadas para a criação de um contexto que permita a intensificação das intervenções a nível distrital e comunitário, bem como o reforço dos sistemas nacionais de saúde para desenvolver as intervenções de luta contra o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo, no contexto da saúde como um bem público;
- b) afectar recursos nacionais acrescidos às actividades de luta contra estas doenças, garantindo que tal seja reflectido de modo adequado nos planos e orçamentos nacionais do sector da saúde e do desenvolvimento;
- c) acelerem a implementação de respostas multissetoriais, esclarecendo os papéis e contribuições por parte dos diferentes sectores e das estruturas ou mecanismos de coordenação, e assegurando que, a nível dos ministérios da saúde, haja competências suficientes para desempenharem o papel de liderança nas acções dos sistemas de saúde;
- d) melhorem a quantidade e qualidade dos profissionais envolvidos na gestão, prestação de serviços, monitorização e avaliação dos programas, reforçando assim as sub-aproveitadas capacidades das instituições nacionais académicas, de formação e de investigação, e advogando apoio de longo-prazo para o desenvolvimento das capacidades humanas junto dos parceiros internacionais;
- e) promovam e financiem, entre outras coisas, a investigação operacional e a investigação sobre medicamentos tradicionais como parte dos planos distritais de saúde, garantindo que se encontrem soluções para os obstáculos à implementação e as abordagens mais eficazes para intensificar os programas;

- f) envolvam os parceiros novos e os existentes, tais como os prestadores de cuidados de saúde privados, o sector corporativo, os prestadores de cuidados de saúde tradicionais, as ONG e as organizações de base comunitária, na implementação dos programas e na prestação de serviços relacionados com as três doenças, e orientem a formação dos profissionais de cuidados de saúde em abordagens participativas e competências de facilitação.
- g) descentalizem a gestão dos programas e das intervenções, aumentando a capacidade nos níveis distrital e local e criando mecanismos para afectação e disponibilização dos recursos, que assegurem um financiamento adequado naqueles níveis;
- h) integrem os pacotes de intervenções com boa relação custo-eficácia, existentes para estas doenças, nos pacotes essenciais de saúde para prestação em todos os níveis, e acelerem a coordenação e integração do planeamento, formação, prestação de serviços, monitorização e avaliação das actividades, com programas e serviços relevantes;
- i) advoguem junto da comunidade internacional a concessão de mais recursos, para apoiar a implementação de acções eficazes;
- j) acelerem a implementação de sistemas inovadores, como a pré-embalagem nos países e a distribuição nos níveis periféricos, bem como acordos de compras por junto, de modo a tornar os medicamentos, meios de diagnóstico e outros produtos acessíveis e ao alcance dos grupos beneficiários;

2. SOLICITA aos parceiros internacionais que intensifiquem o apoio aos países, particularmente para o reforço das instituições de saúde, assim como dos recursos humanos e financeiros, a todos os níveis dos sistemas de saúde, com vista a inverter a tendência crescente das três doenças.

3. SOLICITA ao Director Regional que:

- a) preste apoio técnico aos Estados-Membros na formulação e implementação de planos estratégicos que intensifiquem as intervenções contra estas doenças e no reforço da capacidade dos sistemas de saúde;
- b) apoie a investigação operacional e a documentação e divulgue informação sobre abordagens eficazes para intensificar as intervenções;

- c) advogue mais recursos e apoio internacional de longo-prazo para o reforço das capacidades humanas e das infra-estruturas, em todos os níveis dos sistemas de saúde;
- d) colabore intimamente com o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, advogando mecanismos que facilitem um rápido desembolso de fundos para os países;
- e) monitorize a intensificação das intervenções e apresente um relatório sobre os progressos realizados ao Comité Regional, de dois em dois anos.

*Sexta sessão, 4 de Setembro 2003*

#### **AFR/RC53/7      MOÇÃO DE AGRADECIMENTO**

Plenamente consciente dos preparativos feitos pelo Secretariado para organizar a Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional em Joanesburgo, África do Sul;

Apreciando os consideráveis esforços efectuados por Sua Excelência, o Presidente Thabo Mbeki, pelo Governo e pelo povo da República da África do Sul, que tornaram possível a realização da Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional;

Agradecendo ainda a hospitalidade africana concedida a todos os Estados-Membros e as suas delegações, bem como aos demais participantes;

#### **O COMITÉ REGIONAL,**

1.    AGRADECE penhoradamente ao Governo da África do Sul por todo o apoio prestado ao Escritório Regional para garantir o sucesso da Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional;
2.    MANIFESTA a sua profunda gratidão a sua Excelência o Senhor Thabo Mbeki, Presidente da República da África do Sul, por tão amavelmente ter aceite ser representado na cerimónia de abertura da Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional.
3.    SOLICITA ao Director Regional que transmita os seus sinceros agradecimentos a Sua Excelência, o Presidente Thabo Mbeki, ao Governo e ao povo da África do Sul.

*Oitava sessão, 5 de Setembro de 2003*

## **PARTE II**

# **RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL**



## ABERTURA DA SESSÃO

1. A Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional Africano da OMS, que teve lugar no Centro de Conferências de Sandton, em Joanesburgo, África do Sul, na segunda-feira, dia 1 de Setembro de 2003, foi oficialmente aberta por Sua Excelência, o Sr. Mosiuoa Lekota, Ministro da Defesa da República da África do Sul. Estiveram presentes na cerimónia de abertura, entre outros: o Dr. Pascoal M. Mocumbi, Primeiro-Ministro de Moçambique; ministros do Governo da África do Sul; ministros da saúde e chefes de delegação de Estados-Membros da Região Africana da OMS; o Embaixador M.H. Doutoum, Representante do Secretário-Geral da União Africana (UA); o Dr Jong-Wook Lee, Director-Geral da OMS; o Dr. Ebrahim M. Samba, Director Regional Africano da OMS; membros do corpo diplomático; e representantes das agências das Nações Unidas e de organizações não-governamentais (*ver lista de participantes no Anexo 1*).
2. A Dra. Mantombazana Tshabalala-Msimang, Ministra da Saúde da República da África do Sul, deu as boas-vindas a Joanesburgo aos ministros da saúde e delegados. Saudou ainda calorosamente o Dr. Jong-Wook Lee, na sua qualidade de novo Director-Geral da OMS, e garantiu-lhe o apoio da Região Africana.
3. Salientou o facto de este ano se comemorar o 25º aniversário da Declaração de Alma-Ata, o que constituía para os países uma oportunidade única para analisarem os progressos alcançados e reorientarem as suas energias para atingir as Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDG).
4. A Dra. Tshabalala-Msimang afirmou que este Comité Regional deveria dedicar algum tempo a debater as vias e os meios para promover a Estratégia de Saúde da NEPAD, que foi apresentada aos ministros durante a Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional.
5. A ministra congratulou-se com o importante passo dado pela Organização Mundial do Comércio (OMC) nos aspectos comerciais relacionados com os direitos de propriedade intelectual (TRIPS) e de produtos farmacêuticos, que deveria permitir que os países pudessem fornecer às suas populações medicamentos acessíveis, especialmente genéricos. Salientou ainda a importância da cooperação regional, inclusive a integração de estratégias na NEPAD.

6. Concluindo, a Dra. Tshabalala-Msimang propôs que os debates da Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional incluíssem a possibilidade de alteração do método de representação dos países no Conselho Executivo, de forma a haver sempre uma presença sub-regional equilibrada (*ver texto integral no Anexo 6*).

7. O Professor A.J. Rasamindrakotroka, Vice-presidente da Quinquagésima-segunda sessão, informou os delegados que, de acordo com o Regulamento Interno, ele deveria presidir à sessão de abertura da reunião, até à eleição do novo Presidente. Afirmou que os principais determinantes da falta de saúde na Região eram a debilidade dos sistemas de saúde, a pobreza crescente, a persistência de desigualdades e, ainda, as catástrofes naturais, as guerras e os conflitos.

8. Referiu os progressos alcançados desde a última sessão do Comité Regional e realçou a importância de se prosseguir uma colaboração interpaises para a resolução dos problemas de África (*ver texto integral no Anexo 7*).

9. O Embaixador Mahamat H. Doutoum, representante do Secretário-Geral da União Africana, agradeceu ao governo e ao povo da África do Sul por terem acolhido o Comité Regional, e ao Director Regional e ao pessoal da OMS pelos seus esforços incansáveis na promoção da saúde na Região Africana.

10. Assinalou que a boa colaboração entre a UA e a OMS, em conjunto com o forte empenhamento dos ministros da saúde, tinha colocado as questões de saúde em África no centro do processo de tomada de decisões para o desenvolvimento sócio-económico. Relembrou as recomendações feitas na primeira Conferência dos Ministros da Saúde da União Africana, em Trípoli, Líbia, em Abril de 2003, as quais foram aprovadas pelos Chefes de Estado na Cimeira de Maputo, em Julho de 2003. O desafio consiste agora em traduzir esses compromissos em acções concretas a nível nacional, garantindo a sua apropriação por parte das comunidades, e a liderança dos ministérios da saúde no processo de implementação.

11. O Embaixador Doutoum lembrou aos delegados a grave perda de pessoal qualificado em favor dos países desenvolvidos, recordando a Cimeira de Lusaka dos Líderes Africanos, em 2001, que declarou o ano de 2004 como o "Ano do Desenvolvimento dos Recursos Humanos", em especial para os sectores da saúde e da educação. Dadas as limitações de tempo, sublinhou o desafio de tornar operacional a Declaração de Lusaka. Informou os presentes que a UA tinha proposto que esta questão fosse agendada para a próxima Assembleia Mundial da Saúde e, eventualmente, para a próxima Assembleia Geral da ONU (*ver texto integral no Anexo 8*).

12. O Dr. Ebrahim M. Samba, Director Regional Africano da OMS, agradeceu a Sua Excelência, o Presidente Thabo Mbeki, pela sua dedicação pessoal ao desenvolvimento da África e pela excepcional recepção do seu país aos Comitês Regionais de 1997 e 2003.
13. Assinalou que o êxito da implementação dos programas em 2002 ficou a dever-se ao apoio da Sede Mundial da OMS, a parcerias com outros intervenientes na área da saúde, bem como aos esforços realizados pelo Governo da República do Congo para reabilitar o Escritório Regional e melhorar a segurança.
14. O Dr. Samba regozijou-se com forte empenho dos Chefes de Estado Africanos nas questões de saúde, como atestam os programas da UA. Fez notar que a NEPAD foi a primeira iniciativa nascida em África e que a OMS prometeu que todas as suas representações nos países organizariam sessões de advocacia para a apoiarem.
15. O Director Regional informou os delegados sobre os 600 milhões de Euros prometidos pela União Europeia para a investigação biomédica em África. Afirmou que haveria mais informações e discussões sobre o assunto durante esta sessão do Comité Regional.
16. O Dr. Samba concluiu com um agradecimento à Dra. Gro Harlem Bruntland, pela sua dedicação a África. Apresentou em seguida o novo Director-Geral, o Dr. Jong-Wook Lee, que já conhecia pelo seu trabalho na OMS, há mais de 20 anos.
17. O Dr. Jong-Wook Lee, Director-Geral da OMS, agradeceu ao governo da África do Sul por acolher a Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional.
18. Salientou que era na Região Africana que a luta contra o HIV/SIDA - e outras importantes doenças mortíferas - estava a atingir a sua maior intensidade, no meio da pobreza, secas, epidemias, guerras civis e outras catástrofes. Lembrou que, apesar do caminho para a paz ser difícil, era necessário conseguir a estabilidade para facilitar mudanças.
19. O Dr. Lee exprimiu a necessidade de se repensar e reconstruir os sistemas de saúde como um meio de atingir metas específicas no controlo das doenças, especialmente no que respeita ao HIV/SIDA, tuberculose e paludismo.
20. O Director-Geral salientou que a ocasião do 25º aniversário da Declaração de Alma-Ata constituía uma boa oportunidade para avaliar os efeitos do desenvolvimento desigual e para nos fazer lembrar que “a saúde é para todos”.

21. Quanto à catástrofe do HIV/SIDA, o Dr. Lee recordou aos delegados que, na Região Africana, há 30 milhões de pessoas seropositivas e que precisam de tratamento. Como parte da estratégia mundial que liga a prevenção, os cuidados e o tratamento, foi definido um novo objectivo, o “3 by 5”, ou seja, 3 milhões de pessoas tratadas com anti-retrovirais até ao ano 2005. Para que este objectivo seja alcançado, é essencial reforçar os sistemas de saúde e dispôr de recursos humanos competentes. Uma estratégia global “3 by 5”, desenvolvida em cooperação com outros parceiros deverá ser anunciada em 1 de Dezembro, Dia Mundial da Luta contra a SIDA.

22. O Director-Geral salientou a necessidade de uma acção sustentada para erradicar a poliomielite, reduzir os óbitos maternos através da “Iniciativa Tornar a Gravidez mais Segura” e reduzir os óbitos infantis, através da “Atenção Integrada às Doenças da Infância”. Referiu que para se conseguir a erradicação da poliomielite era necessário criar sistemas de vigilância eficazes como os que se revelaram cruciais para erradicar a varíola e travar a epidemia da síndrome respiratória aguda.

23. O Dr. Lee declarou que as doenças não-transmissíveis e os traumatismos estavam a contribuir cada vez mais para o fardo das doenças. Salientou que a Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica, aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde, em Maio passado, foi até agora assinada por 50 países e ratificada apenas por um, embora fosse necessária a sua ratificação por 40 países, para que pudesse entrar em vigor. O aumento da mortalidade devido a acidentes rodoviários exigiu que o Dia Mundial da Saúde de 2004 fosse dedicado à segurança rodoviária.

24. Devido ao desequilíbrio nutricional que afecta todas as sociedades, o Director-Geral informou os delegados de que uma Estratégia Mundial da OMS sobre Dieta, Actividade Física e Saúde seria apresentada para aprovação da Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2004.

25. O Director-Geral sublinhou a mudança de incidência das acções do nível central da Sede para os países, o que requeria mais recursos humanos e financeiros, assim como autoridade acompanhada de práticas adequadas de gestão e finanças. No orçamento de 2006-2007, a Sede procederia a uma racionalização das actividades para uma melhor implementação a nível dos países.

26. O Dr. Lee sublinhou a necessidade de os países trabalharem em conjunto com a OMS, afim de encontrar métodos inovadores para a formação, colocação, supervisão e retenção dos profissionais de saúde. Frisou igualmente que, embora se dê relevo ao nível comunitário e de cuidados primários de saúde, não seriam esquecidas as necessidades dos hospitais e dos laboratórios.

27. O Director-Geral fez referência à inadequação dos sistemas de informação sanitária dos países, acrescentando que esse problema podia ser tratado através da rede de medida sanitária que está a ser constituída pela OMS em parceria com Estados-Membros, fundações, Banco Mundial e UNICEF.

28. O Dr. Lee sublinhou a necessidade de congregar esforços, como indicado pelas parcerias criadas em torno da Cimeira do Milénio da ONU, realizada em Setembro de 2000, e no âmbito da NEPAD.

29. Concluindo a sua intervenção, o Director-Geral disse que regressaria à Região Africana em Novembro, para participar na reunião informal do Conselho Executivo da OMS, a realizar-se no Gana (*ver texto completo no Anexo 9*).

30. No seu discurso de abertura, o Sr. Mosiuoa Lekota, Ministro da Defesa da República da África do Sul e convidado de honra, deu as boas-vindas a Joanesburgo aos ministros da saúde e aos delegados. Manifestou o seu apreço pela honra concedida ao seu país por acolher esta sessão do Comité Regional, em vésperas da comemoração do seu décimo aniversário de democracia e liberdade, o que só tinha sido possível com a contribuição de toda a África. Pediu desculpas em nome de Sua Excelência, o Presidente Thabo Mbeki, que não pôde abrir a sessão devido a outros compromissos fora do país.

31. O Ministro referiu-se ao fosso cada vez maior que existe entre ricos e pobres, à perda de profissionais qualificados por parte dos países em desenvolvimento para os países desenvolvidos e à pressão exercida sobre os sistemas de cuidados de saúde por epidemias novas e reemergentes.

32. Encorajou os países africanos a intensificarem a colaboração interpaíses, salientando que a NEPAD fornece um enquadramento político e institucional suficiente para a coordenação. Frisou que os desafios que a África enfrenta requerem uma liderança forte, para que o sector da saúde alcance o estabelecido nas metas de Desenvolvimento do Milénio e em várias resoluções da OMS. O ministro Lekota salientou que a África tinha o dever de acabar com todos os conflitos, promover a boa governação e usar com eficácia os órgãos da UA e dos agrupamentos sub-regionais, para que as crianças africanas pudessem prosperar. Salientou que a NEPAD, como produto do continente africano, contribuiria

para a promoção da boa governação, o desenvolvimento e uma melhor saúde para as populações africanas. Sublinhou ainda que o desenvolvimento, o recrutamento e a retenção apropriados dos recursos humanos, eram elementos essenciais da estratégia sanitária da NEPAD, e que os governos teriam de lhe prestar a devida atenção.

33. O Ministro Lekota deu um exemplo de colaboração intersectorial bem sucedida, na Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC), entre os ministérios da saúde e da defesa, com o projecto da “Corrida contra o Paludismo”. Isso foi uma demonstração de que os recursos provenientes das forças de defesa podem ser usados para fins civis, tais como a promoção da saúde. Concluindo, incentivou os líderes africanos, os profissionais e os cidadãos a continuarem a trabalhar arduamente para eliminar o subdesenvolvimento (*ver texto completo no Anexo 10*).

#### **Comunicações dos oradores convidados**

34. Dr. Philippe Busquin, Comissário Europeu para a Investigação, fez uma apresentação sobre a Parceria entre Países Europeus e em Desenvolvimento para Ensaios Clínicos (EDCTP), que foi concebida como parceria entre os países de África e da Europa, para a investigação a longo-prazo. Explicou que esta parceria era o maior programa de ensaios clínicos alguma vez realizado em África, com base nas necessidades reais dos países em desenvolvimento e que o seu orçamento seria de 600 milhões de euros (*ver anexo 11*).

35. O Primeiro-Ministro de Moçambique, Dr. Pascoal Mocumbi, sublinhou que um dos desafios que se colocam à Região Africana é a necessidade de implementar as decisões e recomendações relacionadas com a saúde, feitas pelos chefes de Estado e de Governo. Embora a NEPAD forneça o enquadramento apropriado, a acção exige capacidade técnica e base científica. Por isso, a formação e a investigação deveriam ser consideradas como passos prioritários no nosso plano de acção, que a EDCTP pretende apoiar (*ver Anexo 12*).

36. O Director Regional agradeceu aos oradores convidados e reforçou a importância da investigação e do desenvolvimento de capacidades nesta área, na Região Africana. No entanto, sublinhou a necessidade de mais informação, para se compreender melhor o modo de implementação do programa e o que se espera do Escritório Regional durante o processo, referindo também que 5 anos seriam insuficientes para o desenvolvimento de capacidades, especialmente no campo da investigação.

## ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS

### Composição da Comissão de Designações

37. O Comité Regional criou uma Comissão de Designações, constituída por representantes dos seguintes Estados-Membros: Burkina Faso, Chade, República Centrafricana, Etiópia, Guiné, Libéria, Malawi, Mali, Ruanda, Serra Leoa, Swazilândia e Zimbabwe. A Comissão reuniu-se às 12h30 de Segunda-feira, 1 de Setembro de 2003 e elegeu como seu Presidente o Dr. Abel Dushimimana, Ministro da Saúde da República do Ruanda. Os seguintes Estados-Membros não participaram: Etiópia, Libéria e Serra Leoa.

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

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

<b>Presidente:</b>	Dra. M. Tshabalala-Msimang Ministra da Saúde da África do Sul
<b>1º Vice-Presidente:</b>	Dr. Yagi Sitolo Ministro da Saúde da República Democrática do Congo
<b>2º Vice-Presidente:</b>	Sr. Eyitayo Lambo, Ministro da Saúde da Nigéria
<b>Relatores:</b>	Sr. Patrick Pillay Ministro da Saúde das Seychelles (língua francesa)
	Sr. Jim Muhwezi Ministro da Saúde do Uganda (língua inglesa)
	Sr. António Serifo Embalo Ministro da Saúde da Guiné-Bissau (língua portuguesa)

### **Presidentes das Mesas-Redondas**

1. Dr. Alberk Toikeusse Mabri (Côte d'Ivoire)
2. Dra. Aida Theodomira de Nobreza Libombo (Moçambique)
3. Dr. Abdelhamid Aberkane (Argélia)

### **Aprovação da ordem do dia**

39. A Presidente da 53ª sessão do Comité Regional, Dra. Mantombazana Tshabalala-Msimang, Ministra da Saúde da África do Sul, apresentou a ordem do dia provisória (documento AFR/RC53/1) e o programa de trabalho provisório (documento AFR/RC53/1 Add.1 Rev.2) que foram aprovados sem emendas (*ver texto integral no Anexo 2a e 2b*).

### **Adopção do horário de trabalho**

40. O Comité Regional adoptou o seguinte horário de trabalho: 8h30-12h30 e 14h30-15h30, com um intervalo durante ambos os períodos.

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

41. O Comité Regional designou uma Comissão de Verificação de Poderes, composta por representantes dos 12 seguintes Estados-Membros: Angola, Botswana, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gâmbia, Quênia, Moçambique, Mauritânia, Níger, Nigéria, Senegal e Togo.

42. A Comissão de Verificação de Poderes reuniu-se no dia 1 de Setembro de 2003 e elegeu para a sua Presidência a Dra. Suzanne Aho, Ministra da Saúde do Togo.

43. A Comissão analisou as credenciais apresentadas pelos representantes dos seguintes Estados-Membros: África do Sul, Argélia, Angola, Benim, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, República do Congo, República Democrática do Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Quênia, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Seychelles, Swazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe, tendo-as achado em conformidade com o Artigo 3º do Regulamento Interno do Comité Regional da OMS.

44. A Libéria esteve presente, mas não apresentou a sua credencial.

45. As Comores, Etiópia, S. Tomé e Príncipe e Serra Leoa não participaram na 53ª sessão do Comité Regional.



## **ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA EM 2002: RELATÓRIO ANUAL DO DIRECTOR REGIONAL (documento AFR/RC53/2)**

46. O Director Regional informou o Comité de que o relatório em debate abrangia as actividades do Escritório Regional e das Representações nos países, no ano de 2002.

47. Convidou depois o Director da Gestão dos Programas e os Directores das diferentes divisões do Escritório Regional a apresentarem as secções do relatório respeitantes às suas áreas de actividade.

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

48. O Dr. Luis G. Sambo, Director da Gestão dos Programas, apresentou o relatório anual do Director Regional (documento AFR/RC53/2), que reflectia o trabalho da OMS na Região Africana durante o ano de 2002.

49. O Dr. Sambo explicou que o relatório estava estruturado em duas partes principais. A Parte I apresentava a implementação, por área de actividade, do primeiro ano do Orçamento-Programa bienal de 2002-2003. A Parte II apresentava os progressos feitos na implementação de determinadas resoluções adoptadas em sessões anteriores do Comité Regional.

50. Chamou a atenção do Comité para o contexto global em que as actividades contidas no relatório anual foram implementadas, nomeadamente:

- a) O progresso que a África registou com a transição da Organização da Unidade Africana para a União Africana, mantendo as questões prioritárias da saúde no topo da agenda dos Chefes de Estado;
- b) A importância crescente atribuída à Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD), como principal instrumento de desenvolvimento da União Africana;
- c) A integração da componente sanitária das Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDG) em programas de saúde regionais e nacionais;
- d) O reconhecimento, pela Assembleia Mundial da Saúde, de que o programa de acção da Comissão de Macroeconomia e Saúde era fundamental para se atingirem as MDG;

- e) O surto de catástrofes naturais, por exemplo, a seca na África Austral, com sérias consequências para a saúde;
- f) A recorrência das catástrofes provocadas pelo homem em alguns países da África Ocidental e Central;
- g) O fardo crescente das doenças, em especial do HIV/SIDA, da tuberculose e do paludismo, bem como os fortes indícios de que o HIV/SIDA continua a constituir uma grave ameaça à saúde pública e o facto de que, apesar da diversidade de parcerias e iniciativas, os recursos disponibilizados para combater a pandemia do HIV/SIDA eram ainda muito limitados;
- h) O desenvolvimento da Iniciativa da OMS Centrada nos Países, orientada para o reforço da presença e resposta da OMS a nível dos países.

51. Nesse contexto, e com o enorme contributo das Representações da OMS nos países, conseguiram-se realizações significativas que estão registadas no documento nas 35 diferentes áreas de actividade que constituem o conjunto do programa da OMS na Região Africana.

52. O Dr. Sambo descreveu as principais realizações nas seguintes áreas de actividade do Desenvolvimento e Gestão do Conjunto dos Programas: *Programas e iniciativas de desenvolvimento da Directora-Geral e do Director Regional; Reforma administrativa e orçamental; Órgãos Directivos; Políticas e promoção na área da investigação; Bases factuais para as políticas de saúde.*

53. Na área de actividade *Programas e iniciativas de desenvolvimento da Directora-Geral e do Director Regional* foi concedido apoio para o financiamento de actividades imprevistas mas urgentes, susceptíveis de contribuir para melhorar o estado de saúde das populações em risco. Foi assim prestado apoio em situações de emergência, como, por exemplo, a explosão de armas num depósito de munições na Nigéria, a epidemia de febre amarela na Guiné e no Senegal, o afundamento do ferry "Joola" no Senegal, e a grave seca em Moçambique, entre outras.

54. Entre as realizações da área de actividade *Reforma administrativa e orçamental* foram actualizadas as orientações para a planificação, monitorização e notificação; foi elaborado o Orçamento-Programa da OMS para 2004-2005, em colaboração com a Sede da OMS e as Representações nos países, tendo-se igualmente instalado um sistema de gestão das actividades em 15 dessas Representações.

55. Relativamente aos *Órgãos Directivos* os Estados-Membros beneficiaram de informação actualizada para melhorar a eficácia da sua participação nas reuniões do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde. Consequentemente, em particular no Comité Regional, os Delegados dos Estados-Membros deram um valioso contributo e apresentaram propostas de qualidade, que forneceram orientações claras para as actividades da OMS e dos ministros da saúde da Região Africana.

56. Para melhorar o desempenho da OMS nos países, a Iniciativa Centrada nos Países foi implementada através de formulação de estratégias de cooperação com os países, em 23 Estados-Membros. Neste contexto, o apoio dado por todos os níveis da organização aos Estados-Membros será intensificado e a cooperação técnica com cada um dos países será reforçada.

57. Na área *Políticas e promoção na área da investigação*, o Comité Consultivo Africano para o Desenvolvimento e Investigação em Saúde reuniu nas Maurícias para discutir modalidades práticas para melhorar a análise bioética nos Estados-Membros, mecanismos para promoção da investigação nas instituições de formação e perspectivas de investigação em doenças não-transmissíveis. Além disso, o Escritório Regional da OMS continuou a facilitar as designações e a renovação de designações dos Centros de Colaboração da OMS na Região.

58. No que diz respeito às *Bases factuais para as políticas de saúde*, o Escritório Regional produziu e divulgou uma brochura intitulada “Situação Sanitária na Região Africana da OMS: Indicadores Básicos”, a qual continha indicadores básicos para a monitorização das metas da política regional de saúde para todos. Além disso, 100 funcionários superiores (planificadores e especialistas em saúde pública) de 43 Estados-Membros receberam formação em macroeconomia e saúde, de modo a facilitar a geração de dados para a contabilidade nacional para a saúde, financiamento da saúde e componentes sanitárias das estratégias nacionais de redução da pobreza.

59. Além disso, o Dr. Sambo salientou as principais realizações das seis divisões do Escritório Regional: Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; Prevenção e controlo das doenças transmissíveis; prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis; Saúde reprodutiva e da família; Ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável; Administração e finanças. Informou igualmente que os detalhes seriam fornecidos pelos respectivos directores.

60. O Dr. Sambo declarou-se otimista de que a integração regional africana, o reforço das comunidades económicas regionais, o programa de acção da NEPAD, assim como o apoio prometido pela comunidade internacional, constituíam um sinal de esperança de maior paz e estabilidade, e um bom augúrio para o crescimento económico, o qual permitiria aos países atribuir mais recursos ao sector da saúde. Frisou que o relatório da Comissão de Macroeconomia e Saúde reconhecia que o sector da saúde na Região Africana estava substancialmente subfinanciado, donde a premente necessidade de um reforço do financiamento.

61. O Dr. Sambo afirmou ser gratificante registar que o primeiro ano da implementação do Orçamento-Programa de 2000-2003 tinha sido facilitado por alguns factores favoráveis, nomeadamente:

- a) Crescente adesão dos Estados-Membros às políticas e normas da OMS;
- b) Aumento da sensibilidade e do empenho a nível mundial para a resolução dos problemas de saúde pública;
- c) Melhor coordenação no seio da OMS para a prestação de apoio aos Estados-Membros;
- d) Expressão de esperanças e promessas, a nível internacional, de aumento do financiamento para a melhoria da situação sanitária, especialmente do segmento pobre da população africana.

62. Relativamente às perspectivas, o Dr. Sambo disse que o principal desafio seria melhorar o desempenho e a sustentabilidade dos sistemas de saúde, de modo a reduzir o pesado fardo das doenças transmissíveis e não-transmissíveis, o que conduziria, obviamente, a uma melhor saúde. Explicou que, uma vez que as pessoas saudáveis são mais produtivas, podem contribuir melhor não só para o rendimento familiar como também para o crescimento económico nacional. Por seu turno, isso contribuiria para a consecução das metas de desenvolvimento do milénio, definidas pelos líderes mundiais em 2002, para a redução da pobreza, da fome, das doenças, da iliteracia, da mortalidade materna, da degradação do ambiente e da discriminação contra as mulheres até ao ano 2015.

63. Garantiu ao Comité que a OMS aceleraria a luta contra as doenças transmissíveis e não-transmissíveis e intensificaria o trabalho sobre os determinantes ambientais e sócio-económicos da saúde, incluindo os sistemas sanitários.

64. O Dr. Sambo informou os delegados de que, para aumentar as hipóteses de ganhar a guerra contra as doenças e a pobreza, a OMS intensificaria o seu apoio aos países para reforçarem os seus sistemas nacionais de investigação em saúde, para que estes pudessem gerar as bases factuais necessárias para um desenvolvimento sanitário eficaz e equitativo, a nível nacional.

65. Afirmou que a OMS intensificaria as suas actividades a nível mundial e regional, tanto com os seus parceiros tradicionais, como a UNICEF, o Banco Mundial e várias agências doadoras bilaterais, como com novos parceiros, entre os quais a Aliança Mundial para as Vacinas e Vacinação e o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo. O reforço das parcerias entre a OMS, os governos e a sociedade civil prosseguiria, como factor essencial para a consecução dos objectivos nacionais prioritários na área da saúde, as metas da NEPAD e, por fim, as metas de desenvolvimento do milénio, no contexto da política de saúde para todos.

66. O Dr. Sambo afirmou que a OMS estava plenamente convencida de que a estratégia de saúde da NEPAD contribuiria para realizações ainda maiores nos actuais programas prioritários de saúde, já acordados entre a OMS e os Estados-Membros. Informou ainda o Comité de que o Escritório Regional tinha estado a prestar apoio técnico ao Secretariado da NEPAD, tendo facilitado a interacção entre este e os ministérios da saúde. Espera-se que brevemente sejam tomadas as medidas necessárias para a implementação do programa da NEPAD. A OMS está determinada em reforçar as suas parcerias para apoio aos países através, não de esforços duplicados, mas de esforços complementares.

67. A Iniciativa da OMS Centrada nos Países e a elaboração da Estratégias de Cooperação com os Países contribuiriam para resolver as necessidades de saúde específicas dos países, em concertação com outros parceiros do desenvolvimento e sob a liderança dos ministérios da saúde.

68. Em nome do Secretariado da Região Africana da OMS, o Dr. Sambo felicitou o Dr. Jong-Wook-Lee pela sua recente eleição e consequente nomeação como Director-Geral da OMS, tendo reiterado o empenho do Escritório Regional no trabalho da Organização.

69. O Dr. Sambo reconheceu também a inspirada e sábia liderança do Director Regional, Dr. Ebrahim Malick Samba, que galvanizou a acção de todo o Escritório Regional em torno do trabalho do Secretariado da OMS na Região Africana.

70. Finalmente, em nome do Director Regional, expressou a sua mais profunda gratidão a todos os Estados-Membros da Região, em particular aos ministros da saúde, pela sua cooperação incessante e a sua frutuosa colaboração para a concretização da agenda comum do desenvolvimento sanitário.

71. Para melhorar a qualidade dos futuros relatórios do Director Regional, os Estados-Membros sugeriram que se deveria comparar o actual desempenho com o do ano anterior. Além disso, a OMS deveria apresentar relatórios, não só sobre os processos e contributos, mas também sobre o respectivo impacto.

72. Relativamente à investigação, geração de bases factuais e divulgação, os delegados louvaram a criação de um Jornal Africano sobre Saúde Pública. Contudo, advertiram que, para garantir a sustentabilidade do jornal, é preciso que haja uma equipa editorial forte, um apoio financeiro regular e uma vasta publicitação, que garantam a apresentação de manuscritos de qualidade.

73. Os Estados-Membros recomendaram que: i) para detectar as falhas na investigação, se crie um compêndio regional de investigação em saúde, financiado pela OMS e seus parceiros; ii) para facilitar a troca de experiências, a OMS deverá criar um compêndio das melhores práticas de saúde pública, por exemplo, o projecto do orfanato de Mutoko; iii) a OMS deveria prestar apoio técnico aos países na formulação de propostas do projecto para financiamento; iv) o Escritório Regional deveria compilar e enviar aos países um directório de peritos em saúde.

74. Relembrando o compromisso dos Chefes de Estado na Declaração de Abuja de afectar, pelo menos, 15% dos orçamentos nacionais à saúde, o Comité solicitou à OMS que fornecesse apoio técnico aos ministérios da saúde, de modo a reforçar a sua capacidade para advogar fortemente um incremento dos investimentos na saúde, por forma a cumprir esse compromisso.

75. Finalmente, os delegados solicitaram ao Escritório Regional que formulasse um conjunto mínimo de indicadores genéricos, para monitorizar o desempenho dos programas a nível dos países.

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

76. O Dr. R. Chatora, Director da Divisão de Desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde, apresentou esta secção do relatório anual.

77. Informou o Comité de que a sua divisão era responsável por três áreas de actividade: *Organização dos serviços de saúde (OSD)*, incluindo desenvolvimento de sistemas e recursos humanos; *Política farmacêutica e medicamentos essenciais (EDM)*, incluindo a medicina tradicional; *Segurança do sangue e tecnologias clínicas (BCT)*.

78. O Dr. Chatora solicitou ao Comité que, ao analisar os sistemas de saúde na Região, tivesse presente o contexto em que estes funcionam, em termos de desempenho macroeconómico e de estabilidade sócio-política que são afinal os maiores determinantes da saúde. Devem ainda levar em conta as principais causas das doenças. Salientou que a verdadeira taxa de crescimento do PIB africano caíra de 4,3% em 2001 para 3,2 % em 2002, e que a despesa *per capita* com a saúde fora muito baixa. A nível de cada país, a pobreza estava a aumentar, sendo a paz e a segurança muito precárias em muitos deles.

79. Frisou que a área de actividade *Organização dos serviços de saúde (OSD)* apoiou sete países a analisar as suas políticas nacionais de saúde e os seus planos estratégicos. Em colaboração com a Sede Mundial, 18 Estados-Membros foram apoiados para participarem em Estudos sobre a Saúde no Mundo. Compilaram-se dados sobre a magnitude e os efeitos da migração de profissionais de saúde qualificados em seis países. Sublinhou ser alarmante constatar que, excepto em dois dos países estudados, mais de metade dos profissionais de saúde manifestaram vontade de emigrar. Declarou ainda que os problemas dos recursos humanos para a saúde exigem medidas urgentes e fortes.

80. O Dr. Chatora declarou que a área de actividade *Política farmacêutica e medicamentos essenciais (EDM)* forneceu apoio a dois países, para formulação das suas políticas nacionais de medicamentos. As reuniões de orientação realizadas sobre os Aspectos Comerciais Relacionados com os Direitos de Propriedade Intelectual (TRIPS) ajudaram os países a explorarem as respectivas disposições, no sentido de garantir a disponibilidade de medicamentos, particularmente para o HIV/SIDA, por exemplo, através da produção local. A 52ª Sessão do Comité Regional instaurou o dia 31 de Agosto como o Dia Africano da Medicina Tradicional a ser comemorado todos os anos. Foi realizado um estudo-piloto sobre a avaliação da qualidade dos antipalúdicos em seis países, que revelou deficiências a nível do princípio activo e nos perfis de dissolução de dois dos medicamentos, em quase todos eles.

81. Finalmente, afirmou que a área de actividade *Segurança do sangue e tecnologias clínicas (BCT)* divulgou a estratégia regional sobre segurança do sangue em todos os 46 Estados-Membros; foram formados 37 novos gestores de controlo de qualidade e actualmente encontram-se a trabalhar nos países; foram criadas bases de dados regionais sobre segurança do sangue. Foi estabelecido e testado no terreno um instrumento para avaliar os laboratórios de saúde, tendo sido definido um pacote mínimo de serviços laboratoriais para o nível distrital. Estes instrumentos serão em breve disponibilizados aos países. A

OMS continuará a trabalhar com os países no sentido de assegurar o acesso a cuidados de boa qualidade, com base no uso adequado de tecnologias de saúde, incluindo sangue seguro; o acesso regular a medicamentos de alta qualidade e seu uso racional; e a disponibilização de um sistema eficaz e integrado para a prestação de um pacote básico de serviços de saúde que responda às necessidades específicas da maioria da população.

82. Nas suas intervenções, os representantes dos Estados-Membros fizeram notar que o acesso a medicamentos de qualidade, em geral, e anti-retrovirais, em particular, era fraco, tendo pedido apoio para a implementação de um mecanismo destinado a um correcto registo de medicamentos, à inspecção dos fabricantes e sistemas de distribuição, bem como à testagem de amostras de medicamentos para controlo da qualidade.

83. Atendendo à descentralização em curso, os países exprimiram a necessidade de orientar e apoiar os níveis mais baixos, em termos de várias abordagens como a sub-contratação, participação comunitária e responsabilização, assim como as modalidades de parceria com os doadores e as ONG. Foi pedido ao Escritório Regional que partilhasse com os países exemplos de boas práticas sobre questões como as abordagens sectoriais, contabilidades nacionais da saúde, descentralização, devolução e sub-contratação, entre outras.

84. Os países sublinharam que a elevada taxa de migração dos recursos humanos da saúde constituía motivo de grande preocupação. Referiram que, se nada fosse feito, as limitadas conquistas alcançadas até à data seriam seriamente comprometidas. Solicitaram que esse assunto fosse objecto, com carácter de urgência, de uma análise crítica e de intervenções aos níveis dos países e da União Africana. Além disso, foi referido que a fuga de quadros debilita o sistema de saúde em termos de pessoal treinado e qualificado. Apelaram à adopção de uma resolução sobre este assunto pela Assembleia Mundial da Saúde, tendo igualmente recomendado o reforço e a expansão do programa de bolsas de estudo da OMS. Solicitaram que esta questão fosse debatida pela Assembleia-Geral das Nações Unidas.

85. Os países reafirmaram a pertinência dos cuidados primários de saúde, mas fizeram notar que estes tinham sido considerados como um dado adquirido ou esquecidos. Prometeram reforçar as suas reformas do sector da saúde, dando novo relevo aos cuidados primários de saúde (CPS). Solicitaram uma reunião regional para rever a implementação dos CPS e propor vias para a sua melhoria.

86. Vários Estados-Membros comentaram a percentagem do orçamento a atribuir à saúde: actualmente a meta é 15% da despesa pública. Notou-se que mesmo que esta meta seja atingida, os fundos atribuídos ainda ficam aquém dos 34 dólares *per capita*



recomendados pela Comissão de Macroeconomia e Saúde. Foi proposta a criação de um seguro social de saúde, como alternativa para angariar mais fundos para a saúde.

87. Os membros do Secretariado confirmaram o seu apoio às muitas propostas feitas pelos ministros.

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

88. O Dr. A. Kaboré, Director da Divisão de prevenção e controlo das doenças transmissíveis, apresentou esta secção do relatório.

89. Informou o Comité de que a sua Divisão tem sete áreas de trabalho: Vigilância das doenças transmissíveis; Prevenção, erradicação e controlo das doenças transmissíveis; Investigação e desenvolvimento de produtos para as doenças transmissíveis; Paludismo; Tuberculose; HIV/SIDA; Vacinação e desenvolvimento de vacinas.

90. Na área da *Vigilância das doenças transmissíveis*, oito países procederam à avaliação do seu sistema de vigilância e formularam planos para essa vigilância, elevando assim para 28 o número de Estados-Membros que têm planos de acção para a estratégia de vigilância e resposta integradas, e para 20 aqueles que estão a implementar a estratégia de vigilância integrada. Trinta e três laboratórios nacionais foram constituídos em rede, com o apoio de melhores instalações para as comunicações internas e com serviços de controlo das epidemias. Receberam também apoio para a detecção precoce das epidemias. O centro de vigilância pluripatológica de Ouagadougou entrou em funcionamento. Nos próximos anos, será necessário acelerar a implementação da vigilância integrada das doenças nos Estados-Membros.

91. Na área da *Prevenção, erradicação e controlo das doenças transmissíveis*, a incidência da dracunculose foi reduzida em 98% e nove países iniciaram o processo para a sua erradicação. Foi dado apoio a três países em que a prevalência da lepra ainda é superior a dois casos por 10.000 habitantes. Nove países receberam apoio que os permitiu levar a cabo o tratamento em massa de 900.000 pessoas, como parte do controlo da filaríase linfática. Relativamente ao paludismo, filaríase linfática, leishmaníase e tripanossomíase, seis países formaram 325 profissionais e trabalhadores comunitários de saúde em técnicas de tratamento de mosquiteiros. No próximo biénio, serão intensificados os esforços no sentido de acelerar a eliminação da lepra e da filaríase linfática nos países afectados, e de erradicar a dracunculose nos restantes países em que a doença é endémica.

92. Na área da *Investigação e desenvolvimento de produtos para as doenças transmissíveis*, 18 países em que o paludismo é endémico elaboraram 48 projectos de investigação, 21 dos quais estão actualmente a ser implementados. Criou-se uma base de dados no Escritório Regional, para monitorizar a investigação operacional. Nesta área de actividade, far-se-ão em 2003 esforços para identificar e adaptar medicamentos tradicionais que possam ser usados nas estruturas de saúde existentes.

93. No que diz respeito à área de actividade *Paludismo*, 13 países avaliaram a situação de resistência e cinco actualizaram a sua política sobre medicamentos antipalúdicos e tratamento do paludismo. Nove países receberam apoio para melhorarem a proporção de crianças correctamente tratadas, que aumentou assim de 30% para 35%. Cinco países melhoraram a proporção de crianças com menos de cinco anos e de grávidas que dormem protegidas por mosquiteiros tratados com insecticida, que aumentou de 5% para 10%. Cinco países efectuaram estudos preliminares para implementação do projecto "Fazer Recuar o Paludismo" e o Escritório Regional criou uma base de dados composta sobre os principais indicadores deste projecto. Nos próximos anos, serão desenvolvidos esforços no sentido de intensificar as actividades de implementação, supervisão, monitorização e avaliação, bem como de promover o uso de mosquiteiros impregnados pelas crianças com menos de cinco anos e mulheres grávidas.

94. No que se refere à área de actividade *Tuberculose*, oito países implementaram o seu plano de expansão da estratégia de terapia por observação directa de curta-duração (DOTS). Treze países receberam bolsas de estudo através do Mecanismo Mundial para os Tuberculostáticos e dez países foram apoiados no desenvolvimento de actividades de tratamento da tuberculose com base na comunidade. Os oito países com o maior número de casos de HIV/SIDA e de tuberculose prepararam planos de acção, para implementarem gradualmente actividades de colaboração. Nos próximos anos, serão envidados esforços para aumentar a taxa de detecção da tuberculose, de forma a ser atingida a meta global de 70%, e para continuar a promover a estratégia DOTS.

95. Na área de actividade *HIV/SIDA*, foram desenvolvidas, estando actualmente a ser usadas em alguns Estados-Membros, orientações para cuidados e tratamento, aconselhamento e teste voluntários, e ainda serviços de laboratório. Catorze países receberam um apoio que lhes permite planificar e prestar serviços a nível distrital em matéria de aconselhamento e teste voluntários, combater a transmissão vertical do HIV, lutar contra as doenças sexualmente transmissíveis e garantir a segurança do sangue. Cinco Estados-Membros formularam planos do sector da saúde para o HIV/SIDA, e dez países já estabeleceram e estão em vias de usar pacotes de saúde para a luta contra o HIV/SIDA a

nível distrital. Nos próximos anos, os esforços deverão centrar-se na intensificação dos programas de tratamento e de cuidados, especialmente no uso de antiretrovirais.

96. Na área da *Vacinação e desenvolvimento de vacinas*, foram elaborados 12 módulos para formação de gestores de nível intermédio. Vinte e um países receberam fundos da Aliança Mundial para as Vacinas e Vacinação (GAVI), para a introdução de vacinas novas e de vacinas subutilizadas, outros 21 receberam fundos para apoio aos serviços de vacinação e 10 países receberam fundos para garantir a segurança das injeções. O número de países onde a poliomielite é endémica baixou de seis em 2001 para três em 2002. Quarenta e dois países criaram comissões nacionais de peritos em poliomielite e comissões nacionais de certificação. Quinze dos 16 laboratórios da Região foram acreditados em 2002 para o controlo do poliovírus. Nove países foram apoiados na implementação de actividades vacinais complementares contra o sarampo e o tétano neonatal. Nos próximos anos, as acções visarão a interrupção da transmissão do poliovírus selvático nos últimos três países onde a doença é endémica.

97. Foi manifestada profunda preocupação quanto ao seguinte: i) por que motivo só cinco Estados-Membros tinham planos do sector da saúde para o HIV/SIDA, dada a sua importância; ii) a continuação da inacessibilidade dos medicamentos antiretrovirais, sobretudo numa altura em que a epidemia de HIV alastra rapidamente na Região. A este respeito, os delegados recomendaram que a OMS e os Estados-Membros advogassem energicamente a favor de uma maior acessibilidade e um preço mais acessível para os antiretrovirais.

98. Os Estados-Membros lamentaram os desafios que o paludismo coloca à saúde. Propuseram que a solução para eliminar esta doença passasse pelo controlo do vector usando DDT. Os Estados-Membros solicitaram à OMS que fornecesse informações técnicas sobre a eficácia do DDT na prevenção e controlo do paludismo.

99. No que respeita à transmissão transfronteiriça das doenças, incluindo a poliomielite, foi solicitado à OMS que providenciasse orientações sobre uma estratégia de prevenção e controlo das doenças transmissíveis.

100. Foi referida a necessidade premente de estudos para explicar o aumento da prevalência da tuberculose em alguns países que já usam a DOTS, e foi questionado se fora proposta uma revisão das abordagens de controlo, com base nos resultados da investigação.

101. Alguns países lamentaram que o controlo da tripanossomíase não estivesse a receber a devida atenção. Foi igualmente perguntado por que motivo os Estados-Membros visavam a eliminação da lepra, em vez da sua erradicação. Foi igualmente solicitado, ao

Escritório Regional o fornecimento de mais informações aos países sobre o Centro de Vigilância Pluripatológica de Ouagadougou, no Burkina Faso.

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

102. O Dr. A. Kaboré, na ausência do Director da Divisão de prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis, apresentou esta secção do relatório.

103. Informou o Comité de que a Divisão abrangia seis áreas de actividade: *Abordagem integrada à vigilância, prevenção e tratamento das doenças não-transmissíveis; Tabaco; Nutrição; Promoção da saúde; Prevenção e reabilitação das incapacidades e traumatismos; Saúde mental e abuso de substâncias psicoactivas.*

104. Na área de actividade da *Abordagem integrada à vigilância, prevenção e tratamento das doenças não-transmissíveis*, a vigilância dos factores de risco das doenças não-transmissíveis incluía a abordagem *STEPwise*, um instrumento criado pela OMS e já adoptado por sete países. Foram criados na Região dois novos centros de despiste, acompanhamento e investigação do cancro do colo do útero. Muitos profissionais receberam formação em despistagem do cancro do colo do útero e em registo oncológico. Prossegue activamente a construção de uma base de dados regional sobre as doenças não-transmissíveis e serão intensificados os esforços para implementar a estratégia regional de luta contra essas doenças.

105. No domínio da *Saúde oral*, os países continuaram a receber apoio directo. As actividades de luta contra o noma foram revitalizadas. Uma reunião consultiva regional sobre a adequação da formação e investigação em saúde oral às necessidades específicas da Região Africana permitiu que 22 directores de faculdades de medicina dentária e seis directores de escolas de auxiliares dentistas definissem uma nova abordagem à saúde oral. Foi preconizado o reforço da mobilização de recursos e do apoio à investigação.

106. Na área de actividade *Nutrição*, os países continuaram a ser apoiados na adopção de políticas e planos de acção nacionais para a alimentação e a nutrição. Foi realizado um seminário sobre carências de micronutrientes. Os avaliadores da Iniciativa “Hospitais Amigos dos Bebés” receberam formação em 11 países. Três países receberam apoio para a recolha de dados nutricionais de base sobre micronutrientes e aleitamento materno. Foram apoiadas numerosas actividades de formação a nível dos países. A OMS tem prestado apoio a países da África Austral para enfrentarem crises alimentares e serão reforçadas parcerias com outros doadores (FAO, Banco Mundial e UNICEF), bem como intensificada a mobilização de recursos.

107. Na área de actividade *Promoção da saúde*, foi organizada a formação de pontos focais nacionais em planeamento e implementação de actividades de promoção da saúde. Cinco países receberam apoio para a revisão das suas políticas e programas de promoção da saúde. Em conjunto com a União Internacional para a Promoção da Saúde e a Educação Sanitária, foi organizada uma reunião sobre o papel dos parceiros no desenvolvimento da promoção da saúde. O Escritório Regional coordenou a celebração do Dia Mundial da Saúde nos países. Em seis países, foi apoiado, técnica e financeiramente, o lançamento do projecto de saúde escolar, ao abrigo do projecto «Vida». Nove países receberam apoio na avaliação de actividades do projecto “Escolas Saudáveis”.

108. Na área de actividade da *Prevenção e reabilitação das incapacidades e traumatismos*, foi preparado um documento com o título: «Prevenção e luta contra os traumatismos na Região Africana: Situação actual e programa de acção». O Escritório Regional disseminou amplamente o *Relatório Mundial sobre a Violência* e apoiou alguns Estados-Membros que organizaram cerimónias nacionais para o seu lançamento. Dois países foram apoiados no estabelecimento de sistemas de vigilância dos traumatismos e da violência. Foi organizado, para 8 países, um seminário de formação sobre serviços de reabilitação de base comunitária. Seis países foram apoiados na análise da situação referente a deficiências auditivas e cegueira. Além disso, prosseguirá na Região a advocacia e o apoio à prevenção e vigilância dos traumatismos.

109. Na área de actividade *Saúde Mental*, a implementação da Campanha Mundial contra a Epilepsia foi alargada a 17 países francófonos. Alguns Estados-Membros receberam apoio técnico para a formulação ou revisão das suas políticas e planos nacionais de saúde mental. Peritos de 12 países receberam formação em epidemiologia do consumo de droga. Finalmente, muitos peritos africanos foram formados na preparação e desenvolvimento de políticas e serviços de saúde mental.

110. Na área de actividade *Tabaco*, quase todos os países participaram nas negociações intergovernamentais sobre a Convenção-Quadro para a luta Antitabágica. A nossa Região assumiu um papel de liderança na formulação de um documento realista e pertinente sobre a convenção. Alguns países da Região organizaram e levaram a cabo duas reuniões preparatórias de consenso na Côte d’Ivoire e Malawi. Durante o período em análise, cinco países foram apoiados na formulação de políticas globais de luta contra o tabagismo. Peritos de outros 13 países receberam formação sobre como levar a efeito o Inquérito Mundial sobre o Tabagismo nos Jovens, tendo 10 países beneficiado de formação em análise dos resultados e elaboração de relatórios. A adopção da Convenção-Quadro deverá contribuir para acelerar o controlo do tabagismo na Região.

111. Na área do *Abuso de substâncias psicoactivas*, o Escritório Regional contribuiu activamente para a primeira conferência ministerial sobre o controlo de drogas em África, que teve lugar em Yamoussoukro, Côte d'Ivoire. Os países participantes da União Africana elaboraram e aprovaram um plano de acção que contempla a luta contra o consumo de álcool. Foi organizado um seminário de formação de formadores em epidemiologia do abuso de substâncias psicoactivas, para profissionais de 12 países.

112. Atendendo às implicações nutricionais do HIV/SIDA e ao elevado nível de malnutrição devido à insegurança alimentar, deveria ser dada à nutrição a prioridade que merece.

113. Os Estados-Membros manifestaram a sua preocupação quanto ao pouco destaque dado aos acidentes rodoviários, já que eles são uma importante causa de traumatismos e morte. Apelaram à OMS para que exercesse uma forte advocacia a favor de uma abordagem multissectorial da segurança rodoviária.

#### **Saúde reprodutiva e da família**

114. A Dra. D. Oluwole, Directora da Divisão da família e saúde reprodutiva, apresentou esta secção do relatório.

115. Informou o Comité Regional de que a divisão era responsável por quatro áreas de actividade: *Saúde da criança e do adolescente*, com dois programas: Saúde e desenvolvimento das crianças e Saúde dos adolescentes; *Investigação e elaboração de programas sobre saúde reprodutiva*, com três programas: Investigação em saúde reprodutiva, Formação em saúde reprodutiva e Transmissão vertical do HIV/SIDA; *Tornar a gravidez mais segura*, responsável pela implementação da Saúde Materna e da Iniciativa da Maternidade Segura; *Saúde e desenvolvimento da mulher*, com dois programas: Saúde e desenvolvimento da mulher e Aspectos sociais da família e saúde reprodutiva.

116. Na área da *Saúde da criança e do adolescente*, foi apoiado o reforço dos serviços de saúde aos recém-nascidos, graças à formação e ao fornecimento de equipamento e material; a elaboração e divulgação, em três línguas, da brochura «Recém-nascidos de África: As crianças esquecidas»; a avaliação de programas de saúde das crianças e adolescentes, em seis países; a análise e revisão das políticas e programas nacionais de saúde dos adolescentes. As acções de desenvolvimento das capacidades incluíram a formação de ONG que actuam junto de crianças da rua; a formulação de um projecto integrado de saúde dos adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva, IST/HIV/SIDA e abuso de substâncias psicoactivas; a aplicação da Convenção sobre os Direitos da Criança aos programas de saúde das crianças e adolescentes. Entre os instrumentos elaborados

contam-se o quadro de implementação da estratégia regional de saúde dos adolescentes e o *kit* de informação sobre saúde dos adolescentes. Desde a adopção da estratégia de saúde dos adolescentes em 2001, 34 países elaboraram ou procederam à revisão dos seus programas nacionais.

117. A área de actividade *Investigação e elaboração de programas sobre saúde reprodutiva*, organizou uma reunião regional dos gestores do programas de saúde reprodutiva; estabeleceu um grupo de trabalho regional sobre saúde reprodutiva, tendo organizado a sua primeira reunião; criou uma base de dados regional sobre saúde reprodutiva e fez o mapeamento dos rácios de mortalidade materna na Região; prestou apoio aos países para integração das intervenções de luta contra as infecções sexualmente transmissíveis nos serviços de saúde reprodutiva e para a implementação de programas de rastreio do cancro do colo do útero pela inspecção visual usando ácido acético; apoiou os países a realizar actividades de investigação e a reforçar os programas de prevenção da transmissão vertical do HIV/SIDA; avaliou o projecto de apoio psicossocial às mulheres seropositivas e respectivas famílias no Zimbabwe.

118. As acções empreendidas pela área de actividade *Tornar a gravidez mais segura* incluíram: elaboração e divulgação de instrumentos e orientações para investigar os óbitos maternos, intituladas “Para além dos números”; Atenção Integrada à Gravidez e ao Parto; elaboração da Adenda Africana para o Tratamento de Complicações na Gravidez e Parto; formulação do quadro para promoção e implementação de intervenções de base comunitária; formulação de instrumentos regionais e nacionais para advocacia, inspirados no modelo «REDUCE». Os países receberam apoio por forma a reforçar os seus sistemas de saúde, através da melhoria das capacidades, aquisição de equipamento, criação de redes em língua inglesa e francesa para integração do paludismo durante a gravidez nos serviços de saúde reprodutiva; reforço das iniciativas comunitárias, incluindo ambulâncias comunitárias; criação de comissões de gestão comunitárias e esquemas de seguros para os cuidados de saúde materna baseados na partilha dos custos.

119. Na área do *Desenvolvimento e saúde da mulher*, efectuou-se a compilação dos perfis nacionais de saúde das mulheres, em 18 países, salientando as diferenças entre mulheres e homens, no que respeita ao comportamento em matéria de procura de cuidados, acesso a serviços de saúde de qualidade e capacidade de aquisição. Foi elaborada e revista a estratégia regional de saúde das mulheres e, durante a Vigésima-nona Reunião do Programa Regional, foi apresentado um quadro conceptual sobre mulher, saúde e desenvolvimento, por forma a advogar a favor da integração de uma perspectiva do sexo feminino no trabalho da OMS. A política da OMS sobre as mulheres foi disseminada nos países. Relativamente à Mutilação Genital Feminina (MGF) e outras práticas tradicionais nocivas, há dois grandes sucessos a registar: a criação de um grupo de colaboração

multidisciplinar sobre MGF, em 10 países; a criação de uma base de dados regional sobre saúde das mulheres/mutilação genital feminina, para recolha, compilação e análise de dados dos países.

120. Em 2003, a ênfase será posta na implementação a nível dos países, através da documentação, disseminação e reprodução das melhores práticas, melhoria das parcerias e mobilização de recursos para os programas de saúde reprodutiva.

121. Nas discussões que se seguiram, foi manifestada preocupação relativamente aos elevados níveis de mortalidade materna na Região, tendo-se proposto a educação das meninas como uma das estratégias eficazes para a redução dos óbitos maternos. Face à mortalidade dos recém-nascidos na Região, foi solicitado à OMS que prestasse apoio técnico aos Estados-Membros para o reforço dos cuidados a prestar aos recém-nascidos, no âmbito do projecto Tornar a gravidez mais segura.

122. Considerando o problema crescente do abuso de drogas e outras substâncias psicoativas entre os jovens, especialmente nas crianças de rua, foi solicitado à OMS que prestasse apoio aos países para a criação de programas especiais de prevenção e de reabilitação.

123. Foi solicitado apoio para o estabelecimento de auditorias à mortalidade materna, enquanto meio de melhorar a qualidade dos cuidados nos países. Foi sublinhada a importância da multidisciplinaridade e da multisectorialidade das intervenções na área da saúde materna e infantil, para se atingirem as metas estabelecidas. Foi feito um pedido específico de apoio para inverter as tendências no rácio de mortalidade materna nos países.

#### **Ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável**

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

125. Realçou as relações existentes entre pobreza, ambiente, alimentação e saúde, bem como as existentes entre saúde e desenvolvimento humano, destacando a importância de se abordar estes determinantes da saúde. Afirmou que a OMS tinha respondido a este desafio, através das seguintes áreas de actividade: *Desenvolvimento sustentável; Saúde e ambiente; Segurança dos alimentos; Preparação e resposta às situações de emergência.*



126. As realizações na área de actividade *Desenvolvimento sustentável*, incluíram a elaboração da estratégia sobre pobreza e saúde, que foi aprovada pela Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional. Realizaram-se reuniões, incluindo a reunião anual da Comissão Consultiva Africana sobre pobreza e saúde, e quatro seminários nacionais sobre o desenvolvimento sanitário a longo-prazo. A área de actividade contribuiu para a elaboração do módulo de formação sobre pobreza e saúde, tendo igualmente elaborado um módulo sobre desenvolvimento sanitário a longo-prazo. O Escritório Regional irá continuar a reforçar as capacidades nos países, por forma a enfrentar os desafios de longo-prazo com que se depara o sector da saúde, e incorporar a dimensão da pobreza nas políticas e programas de saúde.

127. A área de actividade *Saúde e ambiente* elaborou uma estratégia regional sobre saúde e ambiente, que foi aprovada durante a Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional. Para os pontos focais da área *Saúde e ambiente* dos países, realizou-se uma reunião e foi iniciado um módulo de formação em avaliação dos riscos ambientais. Reforçaram-se as capacidades dos países para a implementação de programas de saúde ambiental, por exemplo, no Burundi. Iniciou-se, ou deu-se continuidade, aos projectos sobre cidades saudáveis, como, por exemplo, na Tanzânia. O Escritório Regional iniciou discussões com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre os esforços conjuntos da OMS/OIT na área da saúde ocupacional, tendo-se iniciado processos para as universidades do Benim e Cidade do Cabo, por forma a servirem de Centros de Colaboração da OMS. A nível regional, empreendeu-se um estudo e formação em saúde ocupacional. O Escritório Regional irá centrar os seus esforços na saúde ocupacional, nas preocupações com a saúde ambiental das crianças e em modalidades de implementação da estratégia regional sobre saúde e ambiente.

128. A área de actividade *Preparação e resposta às situações de emergência* coordenou a resposta humanitária às situações de emergência na República Democrática do Congo. A Guiné recebeu apoio para prevenção e tratamento dos abusos sexuais e violência em Kissidougou. Forneceu-se assistência técnica, *kits* de emergência, vacinas, medicamentos e equipamentos médicos a um determinado número de países, como, por exemplo, o Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia e Mali. Procedeu-se ao reforço do Escritório Regional de Apoio à Coordenação Interagências para as Crises Humanitárias na África Austral. Alguns países receberam apoio para melhorar a sua preparação para as situações de emergência, por exemplo: Camarões e Guiné. O Escritório Regional irá continuar a desempenhar um papel de liderança na coordenação da preparação e resposta do sector da saúde às situações de emergência.

129. A área de actividade *Segurança dos alimentos*, efectuou um estudo regional sobre higiene dos alimentos e realizou um seminário de sensibilização em Bamaco. Foi colocada informação no *website* da OMS, sobre a higiene dos alimentos. Em consequência destes esforços, os Estados-Membros responderam positivamente à necessidade de melhorar a higiene dos alimentos, o Botswana realizou seminários de consciencialização em seis comunidades, e o Quênia elaborou instrumentos para vigilância dos alimentos. O Escritório Regional tem como objectivo reforçar ainda mais as capacidades dos países na vigilância das doenças com origem nos alimentos e a elaboração de legislação e normas pertinentes.

130. A fim de abordar adequadamente a questão da segurança dos alimentos, torna-se necessário adoptar uma abordagem multisectorial, aumentar a consciencialização pública e reforçar os aspectos da inspecção alimentar. Solicitou-se à OMS que fornecesse orientações aos países sobre os produtos alimentares geneticamente modificados.

131. O Comité recomendou que:

- a) Os Estados-Membros adoptassem uma abordagem multisectorial para o desenvolvimento sanitário;
- b) A OMS prestasse apoio técnico aos países para as análises macroeconómica e sanitária, com o objectivo de identificar intervenções com boa relação custo-eficácia;
- c) Para que as intervenções durante as situações de emergência humanitária se revelem adequadas e atempadas, a OMS deveria criar estruturas ao nível sub-regional, equipadas com os meios necessários para uma rápida resposta;
- d) A OMS deveria fornecer orientações para a abordagem de problemas de saúde pública relacionados com a poluição, criados pela rápida industrialização.

### **Administração e finanças**

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

133. Informou o Comité de que a divisão abrangia três áreas de actividade, nomeadamente: *Recursos humanos, Gestão financeira e Serviços de infra-estruturas e informática*.

134. As acções empreendidas pela área de actividade *Recursos humanos*, incluíram: reforço da unidade de recursos humanos em termos de pessoal e equipamento; criação de novos procedimentos para a realização dos testes ao pessoal temporário antes do seu recrutamento; formação dos administradores e assistentes administrativos em gestão de pessoal, assim como em procedimentos administrativos e financeiros. Além disso, realizaram-se sessões de informação sobre o novo sistema de avaliação de desempenho. No futuro, esta área de actividade irá centrar os seus esforços na implementação de modernos sistemas e práticas de recursos humanos, para fazer face às necessidades actuais e futuras da Organização Mundial de Saúde, na Região Africana.

135. Na área de actividade *Gestão financeira*, a actual descentralização em curso das funções de gestão financeira foi alargada, para incluir as divisões técnicas. Os administradores e assistentes administrativos das Representações nos países receberam formação em gestão financeira. Em apoio à implementação do Orçamento-Programa Regional, os relatórios de implementação orçamentais foram periodicamente enviados às Divisões e Representantes nos países, tendo sido elaborados os quadros do Orçamento-Programa de 2004-2005. Os desafios que se colocam são a prestação contínua de apoio administrativo e financeiro aos Escritórios de Harare e Brazzaville, assim como o reforço dos controlos e da função de supervisão da Unidade de Orçamento e Finanças.

136. A área de actividade *Serviços de infra-estruturas e informática*, concentrou os seus esforços em assegurar a plena funcionalidade dos Escritórios de Harare e Brazzaville, após o regresso do Escritório Regional a Brazzaville. Relativamente a este aspecto, tanto os funcionários, como o equipamento, foram transferidos com sucesso de Harare para Brazzaville; realizaram-se melhorias importantes nas instalações de Brazzaville; os escritórios em Highlands, em Harare, foram renovados e as infra-estruturas de informação e comunicação foram melhoradas nos dois locais. O Sistema de Gestão de Actividades (AMS) da OMS e o Sistema de Informação Contabilística e Financeira do Escritório Regional (RO/AFI) ficaram totalmente operacionais, tendo-se iniciado o projecto de ligação às Representações da OMS. Na área da logística, prestou-se apoio atempado por meio da aquisição de bens e serviços aos melhores preços, maximização de viagens com boa relação custo-eficácia e organização de reuniões. Para além da prestação contínua de apoio logístico e da manutenção das instalações do Escritório Regional em Brazzaville, as actividades planeadas incluem um novo sistema mundial de compras, reforço das infra-estruturas de comunicação existentes na Região e maximização da relação custo-eficácia na prestação de serviços.

137. Atendendo às dificuldades com que se deparam os países mais pequenos na Região, no respeitante à aquisição de bens farmacêuticos e não-farmacêuticos, solicitou-se à OMS que prestasse apoio para a compra em grupo por países vizinhos.

138. Foi solicitada uma explicação sobre a ampliação do Escritório em Harare, apesar do regresso oficial do Escritório Regional a Brazzaville.

139. Na sua explicação, o Director Regional recordou o Comité sobre a sua decisão de fazer regressar o Escritório Regional a Brazzaville. Informou-o de que, antes da guerra, existiam cerca de 250 funcionários da OMS no Escritório Regional e desde a sua transferência para Harare, esse número duplicara. Afirmou ainda que, a Brazzaville, tinham regressado 300 funcionários. À medida que instalações para escritórios e alojamento ficassem disponíveis em Brazzaville, o pessoal em Harare iria para Brazzaville.

### **Aprovação do Relatório Anual**

140. O Comité Regional aprovou o relatório contido no documento AFR/RC53/2, tendo em conta as informações adicionais e os comentários fornecidos pelos delegados.

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

(documentos AFR/RC53/3, AFR/RC53/4 e AFR/RC53/5)

141. O Dr. Luis Gomes Sambo, do Secretariado, apresentou os documentos relativos aos pontos 7.1, 7.2 e 7.3 da ordem do dia, tendo convidado o Comité a analisá-los e a dar orientações sobre: i) as estratégias propostas para a implementação das várias resoluções de interesse para a Região Africana, aprovadas pela Quinquagésima-sexta Assembleia Mundial da Saúde e pela 111ª sessão do Conselho Executivo; ii) as incidências regionais das ordens do dia da 113ª sessão do Conselho Executivo e da Quinquagésima-sétima Assembleia Mundial da Saúde; iii) o método de trabalho e a duração da Assembleia Mundial da Saúde.

### **Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo**

(documento AFR/RC53/3)

142. O documento salientava as resoluções de interesse regional aprovadas pela Quinquagésima-sexta Assembleia Mundial da Saúde e pela 111ª sessão do Conselho Executivo, designadamente:

- a) Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica (WHA 56.1);
- b) Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Vigésimo-quinto aniversário (WHA56.5);
- c) Fundo Imobiliário, Escritório Regional Africano (WHA56.14);
- d) Recursos Humanos: Equilíbrio entre os sexos (WHA56.17);
- e) Reduzir a mortalidade por sarampo a nível mundial (WHA56.20);
- f) Estratégia para a saúde e o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes (WHA56.21);
- g) Implementação das recomendações do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (WHA56.24);
- h) Papel dos acordos contratuais na melhoria do desempenho dos sistemas de saúde (WHA56.25);
- i) Eliminação da cegueira evitável (WHA 56.26);
- j) Direitos de propriedade intelectual, inovação e saúde pública (WHA56.27);
- k) Medicina tradicional (WHA56.31);

143. O Relatório continha apenas os parágrafos operativos pertinentes, constantes das resoluções. Cada resolução estava acompanhada das medidas empreendidas ou em fase de planeamento.

144. O Comité foi convidado a analisar e a fazer comentários sobre as estratégias propostas para a implementação das resoluções de interesse para a Região Africana, e a prestar orientações para a sua implementação.

145. Relativamente à Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica (WHA56.1), os delegados manifestaram dúvidas quanto à acessibilidade e oportunidade dos fundos consagrados aos países, por forma a permitir a estes substituir a cultura do tabaco por culturas alternativas. Considerando que os outros sectores deveriam estar envolvidos, por forma a tornar exequível a Convenção, os delegados solicitaram à OMS que formulasse orientações para a sua implementação. A nível regional, deveria ser instituída a formação de formadores para todos os países, especialmente para aqueles que necessitam de elaborar legislação. A África do Sul ofereceu-se para acolher, em Novembro de 2003, uma reunião subordinada ao tema "Rumo a uma estratégia de luta antitabágica em África".

146. Em resposta, o Director Regional reconheceu o compromisso assumido pelos Estados-Membros em implementarem a referida Convenção. No entanto, informou os delegados que ainda havia incertezas no respeitante aos fundos de substituição, tendo encorajado os países a estarem presentes na reunião a ter lugar na África do Sul.

147. Relativamente à Resolução WHA56.5, sobre “Conferência internacional sobre os cuidados primários de saúde, Alma-Ata, Vigésimo-quinto aniversário”, os delegados reconheceram a sua importância e solicitaram que a mesma fosse inserida no contexto mais vasto da estratégia de saúde para todos, e fizesse parte integrante da advocacia junto dos decisores políticos e dos parceiros do desenvolvimento. Recomendaram a avaliação do impacto dos cuidados primários de saúde em cada país e a elaboração de um relatório de síntese final, a ser amplamente disseminado. Considerando a existência de novos problemas de saúde, como o HIV/SIDA, sublinharam a necessidade de se actualizar estratégias, assim como a necessidade de se mobilizarem mais recursos para a implementação dos cuidados primários de saúde. Propôs-se que os fundos resultantes do perdão da dívida fossem utilizados para a melhoria dos cuidados primários, assim como para o reforço dos sistemas de referência e da participação comunitária. A África do Sul ofereceu-se para acolher as comemorações do 25º aniversário de Alma-Ata, assim que as datas fossem determinadas.

148. Relativamente à Resolução WHA56.17, sobre “Recursos Humanos: Equilíbrio entre os sexos”, os delegados felicitaram a OMS pelos seus esforços relativamente a esta questão, tendo no entanto recomendado que pelo menos 30% dos profissionais pré-seleccionados fossem mulheres. Considerando que nos países da Região as mulheres totalizam mais de 50% da população, os Estados-Membros foram encorajados a promover a educação das meninas, como um pré-requisito para o equilíbrio entre sexos dentro e fora do sector da saúde, assim como nos órgãos decisórios.

149. Em relação à Resolução WHA56.20, sobre “Reduzir a mortalidade por sarampo a nível mundial”, os delegados sublinharam a importância da colaboração transfronteiriça nas campanhas de vacinação, a apropriação pelas comunidades, a melhoria da vigilância, a investigação por forma a determinar os motivos dos óbitos por sarampo e das complicações nas crianças vacinadas, assim como o aumento dos recursos para as actividades de mobilização social. Foi solicitada atenção especial para os programas implementados nos países em conflito e para os refugiados. O Director Regional informou os delegados que os fundos disponíveis para o sarampo eram inferiores aos da poliomielite; no entanto, a advocacia em prol do financiamento de actividades contra o sarampo iria continuar. Frisou que a OMS compreendia os novos factores de constrangimento com que os países se deparam, e envidaria esforços no sentido de apoiar os Estados-Membros.

150. Relativamente à Resolução WHA56.21, sobre “Estratégia para a saúde e desenvolvimento das crianças e dos adolescentes”, os delegados sublinharam a necessidade de se mobilizarem mais fundos para que a respectiva implementação se processe sem entraves.

151. Em relação à Resolução WHA56.25, sobre “Papel dos acordos contratuais na melhoria do desempenho dos sistemas de saúde”, os delegados recomendaram que a OMS advogasse a favor desses acordos aos mais elevados níveis de decisão dos Estados-Membros, por forma a facilitar a sua implementação.

152. Relativamente à Resolução WHA56.26, sobre “Eliminação da cegueira evitável”, os delegados solicitaram à OMS que reforçasse as capacidades para o efeito e advogasse junto dos governos por uma maior dotação orçamental para este programa, e que prestasse assistência técnica para a investigação e a monitorização.

153. Em relação à Resolução WHA56.27, sobre “Direitos de propriedade intelectual, inovação e saúde pública”, os delegados solicitaram à OMS e aos Estados-Membros que continuassem a melhorar a acessibilidade dos medicamentos genéricos, por motivos éticos e humanitários.

154. Relativamente à Resolução WHA56.31, sobre “Medicina Tradicional”, os delegados lembraram que três anos tinham já decorrido desde que a Organização da Unidade Africana declarara a “Década Internacional da Medicina Tradicional”, tendo recomendado que a OMS convocasse uma reunião interpaíses, por forma a aumentar a consciencialização sobre o assunto e a avaliar os progressos realizados.

#### **Incidências regionais da 113ª sessão do Conselho Executivo e da Quinquagésima-sétima Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC53/4)**

155. Este documento continha os projectos de ordens do dia provisórias da 113ª sessão do Conselho Executivo, a realizar em Janeiro de 2004, e da Quinquagésima-sétima Assembleia Mundial da Saúde, agendada para Maio de 2004, assim como os projectos de ordens do dia provisórias do Comité Regional, a ser realizado em Brazzaville, em Setembro de 2004.

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

157. Constavam das ordens do dia dos três órgãos directivos da OMS os seguintes pontos:

- a) HIV/SIDA;
- b) promoção da saúde e estilos de vida saudáveis;
- c) qualidade e segurança dos medicamentos, incluindo os produtos sanguíneos;
- d) sistemas de saúde, incluindo os cuidados primários de saúde;
- e) influência da pobreza na saúde;
- f) recursos humanos;
- g) síndrome respiratório agudo;
- h) erradicação da poliomielite.

158. O Comité foi convidado a analisar a ordem do dia provisória da sua Quinquagésima-quarta sessão e a decidir sobre os temas que deveriam ser recomendados à Centésima-décima terceira sessão do Conselho Executivo e à Quinquagésima-sétima Assembleia Mundial da Saúde.

**Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde**  
(documento AFR/RC53/5)

159. O objectivo do documento era facilitar a participação dos Estados-Membros na Quinquagésima-sétima 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 Mundial da Saúde.

160. O Comité Regional analisou o documento e teceu comentários sobre o projecto de decisões processuais. As recomendações serão transmitidas ao Director-Geral.

161. Os delegados concordaram em rever o método de nomeação dos membros do Conselho Executivo, com base em agrupamentos sub-regionais, tendo criado um grupo de trabalho para discutir e propor novos critérios para a nomeação dos países numa base sub-regional. Este grupo de trabalho, constituído por representantes de Estados-Membros de quatro sub-regiões e apoiado por um membro do Secretariado da OMS, apresentará um relatório preliminar aos ministros da saúde africanos durante a 57<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde. Será prestada particular atenção à definição das sub-regiões e à participação de países que não façam parte dos agrupamentos sub-regionais.

162. O Comité Regional manifestou preocupação pela duração da Assembleia Mundial da Saúde, tendo proposto uma harmonização dos pontos da ordem do dia com o tempo previsto.



**Avaliação da implementação da Resolução WHA51.31-Dotações orçamentais para as prioridades regionais** (documento AFR/RC53/14)

163. O Sr. B. Chandra apresentou o documento AFR/RC53/14. Lembrou ao Comité que, em 1998, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a Resolução WHA51.31, recomendando que as dotações regionais, interpaíses e nacionais do orçamento ordinário deveriam obedecer, na sua maior parte, a um modelo que:

- a) assente no Índice de Desenvolvimento Humano do PNUD, eventualmente adaptado à cobertura vacinal;
- b) integre as estatísticas demográficas nacionais, calculadas de acordo com métodos vulgarmente aceites, como a «curva logarítmica»;
- c) seja gradualmente implementado, de modo que as reduções para qualquer região não excedam 3% ao ano e sejam distribuídas ao longo de um período de três biénios.

164. Informou o Comité de que o documento AFR/RC53/14 se destinava a fornecer aos comités regionais dados relativos ao impacto financeiro da implementação desta resolução em cada uma das seis regiões da OMS.

165. Os delegados acordaram em agradecer ao Director-Geral, Conselho Executivo e Assembleia Mundial da Saúde por esta resolução, tendo acrescentado que esses fundos teriam impacto positivo na satisfação das necessidades de saúde das populações da Região Africana. Sugeriram que a decisão fosse plenamente implementada no mais curto-espaco de tempo possível, e apoiaram ainda a avaliação do modelo, de acordo com o parágrafo operativo 4 da Resolução WHA51.31.

**RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA** (documento AFR/RC53/7)

166. O Professor Pierre André Kombila-Koumba, Presidente do Subcomité do Programa, apresentou o relatório do Subcomité. Informou que 10 dos seus 12 membros, assim como alguns membros do Conselho Executivo, do Gabão e da Gâmbia, tinham participado nas deliberações do Subcomité, que se reuniu em Brazzaville, de 17 a 20 de Junho de 2003. Esteve também presente o Vice-Presidente da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento e a Investigação em Saúde.

167. Informou o Comité que o Secretariado tinha devidamente incluído os comentários e sugestões específicos do Subcomité nos documentos revistos, apresentados ao Comité Regional para aprovação.

168. O Professor Kombila-Koumba elogiou o Director Regional e o seu pessoal pela qualidade e relevância dos documentos técnicos.

**Macroeconomia e saúde: Perspectivas futuras na Região Africana**

(documento AFR/RC53/8/Rev.1)

169. O Professor Kombila-Koumba lembrou que, em Dezembro de 2001, a Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMS) demonstrou que: a má saúde contribui significativamente para a pobreza e o baixo crescimento económico; são poucas as afecções responsáveis pela elevada percentagem de má saúde e de mortes prematuras; um aumento substancial na utilização de intervenções com boa relação custo-eficácia para a abordagem dos problemas de saúde prioritários poderia salvar milhões de vidas por ano.

170. Informou o Comité de que o Subcomité do Programa tinha tomado nota da premente recomendação da CMS no sentido de um aumento substancial no investimento nacional e dos doadores num sistema «próximo do utente», para facilitar uma expansão significativa na cobertura das intervenções sanitárias a favor dos pobres.

171. Explicou que, para facilitar o reforço dos investimentos na saúde a favor dos pobres, proposto pela CMS, o documento AFR/RC53/8 Rev.1 propunha as seguintes etapas genéricas: obtenção de consenso sobre a pertinência das conclusões e recomendações da CMS a nível dos países; criação e disposições institucionais para facilitar a implementação das recomendações da CMS nos países; análise da situação e formulação do plano estratégico de investimentos na saúde; orientações sobre como colmatar falhas no financiamento; revisão dos planos de desenvolvimento do sector de saúde e dos sectores afins, e das componentes pertinentes dos documentos estratégicos para a redução da pobreza (PRSP); implementação de planos estratégicos plurianuais pelos principais ministérios e agências; monitorização, avaliação e elaboração de relatórios.

172. Recomendou ao Comité a aprovação do documento AFR/RC53/8 Rev.1 e do seu projecto de Resolução AFR/RC53/WP/1.

173. Todos os participantes reconheceram a pertinência e oportunidade do documento sobre Macroeconomia e Saúde, que coincide com outras iniciativas a nível mundial. Foi sugerido que os Estados-Membros seguissem uma abordagem faseada na implementação das recomendações da Comissão, nomeadamente:

- a) Cada país deveria obter consenso no seio dos ministérios da saúde sobre as recomendações da Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMS), antes de envolver outros intervenientes;
- b) Cada país deveria envolver todos os intervenientes, incluindo outros sectores pertinentes e parceiros do desenvolvimento;
- c) O programa de acção da CMS deveria ser discutido e aprovado pelos ministérios nacionais.

174. Os delegados sublinharam a necessidade de analisar os factores subjacentes à crescente prevalência e gravidade da pobreza na Região Africana, tendo-a atribuído ao seguinte: programas de ajustamento estrutural que muitas vezes são implementados de modo desumano; globalização, que levou à privatização mesmo dos serviços sociais; introdução de programas de taxas de utentes, em grande parte pagas pelos pobres; à pandemia do HIV/SIDA; escalada nos custos dos cuidados de saúde, já que os países não controlam o preço dos medicamentos, do equipamento médico, etc.. Para vencer estes desafios, os delegados recomendaram: reforço da integração económica regional; uma abordagem mais séria na prestação de cuidados para as pessoas que vivem com SIDA, através do uso de medicamentos antiretrovirais; uma forte pressão no sentido de cancelar a dívida e de afectar a maioria dos fundos dos países pobres fortemente endividados (HIPC) ao sector da saúde.

175. O Comité fez várias sugestões para melhorar o documento, designadamente:

- a) Existem outros desafios na área dos recursos humanos, para além da fuga de quadros, ao contrário do que está implícito no parágrafo 16 (e).
- b) O relatório devia incluir uma análise das outras iniciativas macroeconómicas regionais em curso na Região.
- c) Tendo em conta a associação entre macroeconomia e saúde, é importante não esquecer que a intensificação das intervenções deverá ocorrer no seio dos sistemas de saúde.

176. Os delegados consideraram que as responsabilidades adicionais da OMS deveriam incluir: i) formulação de um conjunto mínimo de indicadores para monitorizar e avaliar a implementação dos planos plurianuais de investimento na saúde; ii) prestação de apoio técnico e financeiro catalisador aos Estados-Membros que desejem elaborar planos para implementar o programa de acção da Comissão; iii) apoio aos países para a realização de estudos macroeconómicos para a análise dos gastos públicos com a saúde e sobre o impacto dos investimentos na saúde no desenvolvimento sócio-económico; iv) advocacia, junto das instituições Bretton Woods (Banco Mundial e FMI) e outras agências das Nações Unidas, em prol da intensificação dos investimentos na saúde, conforme recomendado pela CMS.

177. Os Estados-Membros recomendaram também que, independentemente do apoio prestado por vários parceiros, os governos deveriam sempre assumir a liderança do desenvolvimento sanitário, e os Estados-Membros deveriam reconhecer o papel fundamental da comunicação social na advocacia por mais investimentos na saúde.

178. Os Estados-Membros propuseram que se determinassem as prioridades no que respeita às etapas recomendadas no documento. A primeira prioridade deveria ser elevar o estatuto reservado à saúde enquanto determinante-chave do desenvolvimento sócio-económico e das estratégias de redução da pobreza. A esse respeito, os ministros da saúde deveriam advogar mais fortemente junto de outros sectores pertinentes (por exemplo, finanças e planeamento), em prol de mais investimentos na saúde. O Comité recomendou que: a OMS e os Estados-Membros deveriam também advogar a favor da realização de uma sessão especial das Nações Unidas sobre macroeconomia e saúde; o Escritório Regional Africano da OMS deveria aliar-se à Comissão da União Africana para adoptar a proposta de estratégia de macroeconomia e saúde; os ministérios da saúde deveriam dar provas de maior empenhamento na melhoria do estado de saúde das populações; deveria ser apresentado ao Comité Regional um relatório anual dos progressos realizados na implementação da estratégia de macroeconomia e saúde; e a OMS deveria apoiar os países na institucionalização ou reforço das suas contabilidades nacionais da saúde.

179. Além disso, os países deveriam honrar o compromisso dos Chefes de Estado no sentido de afectarem à saúde 15% dos orçamentos de Estado. No entanto, os Estados-Membros reconheceram que alguns países poderiam ter dificuldade em honrar tal compromisso, atendendo às adversas condições macroeconómicas prevaletentes. A este respeito, a OMS deveria prestar apoio técnico aos Estados-Membros, para definirem uma estratégia regional de mobilização de recursos para a saúde. A OMS e os Estados-Membros deveriam advogar fortemente, junto das agências doadoras bilaterais e multilaterais, para obtenção de condições especiais de financiamento do sector da saúde, particularmente durante situações de emergência humanitária.

180. O Comité propôs que a questão do seguro nacional de saúde fosse incluída na ordem do dia da Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional.

181. O Director Regional agradeceu ao Comité, não só por ter reconhecido as ligações entre saúde e desenvolvimento, mas também por ter feito sugestões e recomendações claras para o futuro. Assegurou aos delegados que a OMS continuaria a advogar fortemente a favor do progressivo cancelamento da dívida e a favor da dotação de mais verbas para os sectores da saúde e os sectores afins.

182. O Comité Regional aprovou o documento AFR/RC53/8/Rev.1 e a Resolução AFR/RC53/R1.

**Reforçar o papel dos hospitais nos sistemas nacionais de saúde**

(documento AFR/RC53/9 Rev. 1)

183. O Professor Kombila-Koumba explicou que o documento propunha um quadro estratégico para melhorar o desempenho dos hospitais nos sistemas nacionais de saúde. O documento reiterava as três funções principais dos hospitais, a saber: prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, e informação e investigação.

184. Informou o Comité que o documento propunha também algumas orientações, para melhorar o desempenho dos hospitais, nomeadamente: o desenvolvimento hospitalar e a administração-geral por parte do governo; o reforço da colaboração entre os hospitais e outros níveis do sistema de saúde; o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, incluindo a melhoria das condições de trabalho nos hospitais, a formação e a remuneração, como elementos fulcrais para a motivação e retenção dos profissionais de saúde; a promoção da qualidade dos cuidados enquanto elemento essencial para o desenvolvimento hospitalar; a melhoria dos mecanismos de financiamento dos hospitais; a melhoria da organização e da gestão hospitalar, tendo em conta a necessidade de afirmar o papel da participação das comunidades; a melhoria da capacidade de resposta; a melhoria da colaboração entre a medicina tradicional e os hospitais.

185. O Professor Kombila-Koumba concluiu afirmando que o desenvolvimento dos hospitais na Região deveria realizar-se no contexto das reformas do sector da saúde. Dar a devida atenção aos hospitais não significa que se desvie a atenção dos outros níveis do sistema de saúde. Neste domínio, devem prosseguir os esforços para impulsionar os cuidados primários de saúde, o que requer uma administração-geral forte por parte das autoridades nacionais e o empenho dos parceiros.

186. O Professor Kombila-Koumba recomendou ao Comité a adopção do documento AFR/RC53/9 Rev.1 e do projecto de resolução AFR/RC53/WP/2.

187. Os delegados propuseram que a gestão dos hospitais deveria estar a cargo de gestores hospitalares profissionais e não de médicos especializados, a fim de se criar uma cultura de gestão dos hospitais. Além disso, salientaram a importância da criação de planos hospitalares para a promoção do justo valor do dinheiro.

188. Nas suas observações, os delegados salientaram a necessidade de: melhorar a qualidade dos cuidados nos hospitais; efectuar investigação operacional para verificar o que funciona e o que não funciona; conceber instrumentos e indicadores para monitorizar o desempenho dos hospitais e proceder à actualização regular das necessidades do pessoal e em pessoal; normalizar o equipamento hospitalar para facilitar a sua aquisição, assim como para a compra de consumíveis e para a manutenção; colaborar com os praticantes da medicina tradicional; usar abordagens alternativas para motivar o pessoal profissional, por forma a garantir a sua retenção.

189. Entre outros mecanismos para melhorar o desempenho dos hospitais e o financiamento da saúde, os delegados referiram a comparticipação nos custos, o fundo auto-renovável para os medicamentos, a prática da medicina privada nas estruturas hospitalares públicas e os seguros de saúde. Foram ainda citados os acordos subcontratuais e as orientações para a regulação do sector privado, assim como a certificação dos programas hospitalares. Sublinharam a necessidade de uma ligação estreita com os ministérios das finanças, de modo a abordar a questão do aumento dos orçamentos para o sector de saúde.

190. Os Estados-Membros sugeriram que a OMS advogasse junto de outros parceiros de desenvolvimento para que fornecessem subsídios e empréstimos a juro preferencial para a remodelação dos hospitais e compra de equipamentos. Foi ainda solicitado a OMS que apoiasse estudos que permitam melhorar o desempenho dos hospitais, e elaborar instrumentos - incluindo indicadores do desempenho - bem como que apoiasse a documentação e a divulgação das melhores práticas hospitalares.

191. O Director Regional agradeceu aos ministros o seu valioso contributo e informou-os de que as suas sugestões seriam integradas no documento. O documento melhorado será distribuído aos ministros e o Secretariado trabalhará intimamente com os Estados-Membros sobre as modalidades de implementação das recomendações.

192. O Comité aprovou o documento AFR/RC53/9 Rev. 1 e a Resolução AFR/RC53/R2.

**Prevenção e luta contra os traumatismos na Região Africana: Situação actual e programa de acção** (documento AFR/RC53/10 Rev.1)

193. O Dr. Omar Sam, Relator do Subcomité do Programa, explicou que o documento salientava o facto dos traumatismos serem tão importantes como as outras doenças, e de a sua prevenção e controlo envolverem os mesmos princípios que outros problemas de saúde pública. Os traumatismos foram classificados como intencionais ou acidentais. Os

acidentais incluem os traumatismos provocados por acidentes rodoviários, envenenamento, quedas, incêndios e afogamento; os intencionais são os resultantes de violência interpessoal, colectiva ou auto-inflingida.

194. Fez notar que o documento salientava que os traumatismos são problemas sociais com importantes implicações para a saúde pública, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Os traumatismos representam 11% da taxa de mortalidade global e 13% de todos os anos de vida perdidos ajustados às incapacidades. No ano 2000, estima-se que, só na Região Africana, tenham morrido 725.000 pessoas devido a traumatismos, representando 7% do total de óbitos na Região e 15% do total de óbitos no mundo, resultantes de traumatismos. Na Região Africana, os acidentes rodoviários, os conflitos e a violência interpessoal constituem as principais causas de mortalidade e de incapacidade por traumatismos.

195. O Dr. Omar Sam resumiu o documento, o qual sublinhava que o sector da saúde deveria promover medidas preventivas baseadas em dados factuais; melhorar os cuidados pré-hospitalares e hospitalares, bem como os programas de reabilitação; empreender actividades de vigilância; reforçar o papel da investigação na área da prevenção; mobilizar e apoiar outros sectores e intervenientes em matéria de advocacia, desenvolvimento e coordenação de políticas, estratégias e programas globais, para evitar e tratar as vítimas de traumatismos e de violência.

196. Finalmente, recomendou ao Comité a aprovação do documento AFR/RC53/10 Rev.1 e do projecto de resolução AFR/RC53/WP/3.

197. Durante os debates, os delegados notaram, com satisfação, a pertinência do documento sobre traumatismos e violência, tendo recomendado à OMS que escolhesse o tema “Prevenção Rodoviária” para o Dia Mundial da Saúde de 2004.

198. Para melhorar o documento, os delegados solicitaram que se desse especial relevo aos traumas psicológicos, especialmente nos países em situação de pós-conflito. Além disso, sugeriram que se estabelecesse uma articulação entre os vários documentos propostos pelo Subcomité, nomeadamente o documento sobre o reforço do papel dos hospitais nos serviços nacionais de saúde, e o documento sobre traumatismos e violência. Neste último, isso implicaria o reforço dos serviços de urgência dos hospitais e outras instituições de saúde, como parte integrante da gestão de traumatismos.

199. De forma a intensificar as actividades de prevenção e luta contra os traumatismos e a violência, os delegados recomendaram: i) a prestação de assistência técnica aos Estados-Membros para criação de programas de vigilância e controlo da violência e dos

traumatismos, utilizando uma abordagem multisectorial; ii) o estabelecimento ou reforço de programas de reabilitação baseados nas comunidades; iii) a criação de programas pós-conflitos globais, que incluam a desmobilização e a integração social dos ex-combatentes.

200. Os delegados solicitaram ainda ao Escritório Regional que apoiasse: acções tendentes a aumentar a sensibilização das pessoas para a relação entre o abuso do álcool e o controlo dos traumatismos e da violência; os países na promoção de cuidados de urgência e na luta contra o abuso sexual em situações de conflito; a efectiva disponibilização de fundos para “seguros contra terceiros”, que permitam tratar as vítimas de acidentes rodoviários; a advocacia em prol da aplicação da Convenção dos Direitos da Criança e aprovação de instrumentos legais sobre violência e saúde; a formação de profissionais de saúde em psiquiatria.

201. Em resposta aos comentários dos delegados, o Director Regional agradeceu os seus valiosos contributos e garantiu-lhes que as suas observações e sugestões seriam integradas no documento.

202. O Comité aprovou o documento AFR/RC53/10 Rev.1 e a Resolução AFR/RC53/R3.

#### **Saúde das mulheres: Estratégia para a Região Africana** (documento AFR/RC53/11 Rev.1)

203. O Dr. Omar Sam informou o Comité de que o documento definia a saúde da mulher como um estado de completo bem-estar físico, mental e social ao longo de toda a sua vida e não apenas a sua saúde reprodutiva. A vulnerabilidade biológica das mulheres às doenças (tais como o HIV/SIDA), o seu baixo estatuto social, o acesso limitado aos serviços de saúde, o seu fraco nível de literacia e a sua falta de poder de decisão, foram considerados como os principais determinantes da sua falta de saúde.

204. Afirmou que o documento descrevia as várias etapas da vida da mulher e as questões de saúde relacionadas com cada uma delas. Por exemplo, as infecções, as lesões físicas e o abuso sexual, eram comuns na infância. A adolescência caracterizava-se pelo casamento precoce, gravidez indesejada, abortos de risco e práticas tradicionais nocivas, tais como as mutilações genitais femininas. Durante a fase reprodutiva, a morbilidade e a mortalidade maternas, constituíam os principais perigos de saúde pública. Os cancros do colo do útero e da mama, a osteoporose, a síndrome pós-menopausa e a depressão mental, eram as principais causas de morbilidade e mortalidade nos anos subsequentes. As infecções sexualmente transmissíveis (IST), o HIV/SIDA e a violência eram constantes ao longo de toda a vida da mulher. A tuberculose, o paludismo e o HIV/SIDA constituíam uma tríade fatal para as mulheres africanas.



205. O Dr. Omar Sam explicou que a estratégia da saúde das mulheres deveria contribuir para se atingir o nível mais elevado possível de saúde das mesmas. A estratégia visava as doenças que eram exclusivas ou mais prevalentes nas mulheres, assim como aquelas que tinham consequências mais graves e implicavam diferentes factores de risco para as mulheres. Propôs intervenções destinadas a melhorar a capacidade de resposta dos sistemas sanitários às necessidades específicas das mulheres, a elaborar políticas, estratégias de advocacia e estratégias de comunicação apropriadas assim como a reforçar a capacidade dos vários profissionais de saúde para a prestação de cuidados de qualidade. A implementação foi descrita no contexto da reforma do sector da saúde e da equidade na área da saúde, em parceria com as mulheres, os homens, os líderes de opinião, as organizações de base comunitária, as ONG, os ministérios pertinentes e as instituições públicas e privadas.

206. Recomendou ao Comité a aprovação do documento AFR/RC53/11 Rev.1 e do respectivo projecto de Resolução AFR/RC53/WP/4.

207. O Comité felicitou o Director Regional e o seu pessoal pela elaboração de um documento abrangente e pertinente, intitulado "Saúde das mulheres: Estratégia para a Região Africana".

208. Os delegados salientaram que a saúde da mulher era uma prioridade na Região Africana. Afirmaram que, para se tratar adequadamente os problemas relacionados com a mortalidade materna, deveria ser dada elevada prioridade à educação e à nutrição das raparigas e das mulheres. O Comité expressou a necessidade de a OMS apoiar o reforço dos programas nacionais de planeamento familiar e de criar programas para as mulheres na menopausa.

209. O Comité lamentou o facto de que os países não tenham dado uma resposta adequada à questão da "cultura do silêncio e do sofrimento". Foi solicitado à OMS que sensibilizasse os Chefes de Estado e de Governo no seio da União Africana, para a importância de tratar correctamente as questões de saúde da mulher como pré-requisito para o desenvolvimento sócio-económico em África. Isto inclui, entre outros, a eliminação de práticas tradicionais nocivas, como por exemplo, o casamento precoce e as mutilações genitais femininas. A saúde da mulher em África está fortemente associada à pobreza e, por conseguinte, dar mais poder económico às mulheres é uma condição necessária para que elas atinjam um elevado nível de saúde.

210. Os delegados lembraram que, em 1997, o Comité Regional tinha aprovado uma Estratégia de Saúde Reprodutiva, a qual fornecera um quadro de referência bastante abrangente. Contudo, no tratamento das questões relativas à saúde da mulher, seria necessário dar mais ênfase às seguintes questões: violência contra as mulheres e as crianças; gravidez; cancro, especialmente do colo do útero; mutilação genital feminina; e clonagem humana. Uma vez que a última questão consta da agenda da próxima Assembleia das Nações Unidas, é importante que os delegados da Região Africana estejam devidamente informados sobre o assunto pela OMS.

211. Relativamente ao parágrafo 9, os delegados observaram que as tecnologias necessárias à prevenção das complicações relacionadas com a gravidez e o parto, não estão disponíveis e nem são economicamente acessíveis nos países africanos. Por outro lado, o parágrafo 23 deveria incluir “detecção precoce e tratamento do fibroma uterino”.

212. Os delegados salientaram a necessidade de reforçar os sistemas de referência, especialmente nas zonas rurais, e de criar mecanismos de monitorização e avaliação dos programas de saúde da mulher. Sublinharam igualmente a necessidade de um envolvimento activo das mulheres na investigação operacional e na elaboração de políticas e programas relacionados com a sua saúde.

213. No contexto da saúde da mulher, os delegados recomendaram uma estreita relação de trabalho entre as agências das Nações Unidas, em especial a OMS e o FNUAP no domínio do planeamento familiar. Para além disso, salientaram a necessidade de uma sinergia de acções entre todos os sectores que tenham algum impacto sobre o acesso das mulheres a cuidados de saúde de qualidade.

214. O Director Regional agradeceu ao Comité as suas observações e sugestões sobre este importante assunto. Em resposta aos comentários relativos ao parágrafo 9, ele sublinhou o facto de que essas tecnologias estão disponíveis mas não são acessíveis à maioria. Aproveitou a oportunidade para apresentar a Embaixadora Gertrude Mongela, Membro do Parlamento da República Unida da Tanzânia e antiga Secretária-Geral da 4ª Conferência Mundial sobre as Mulheres, como Embaixadora da Boa Vontade para a saúde da mãe e da criança. Ela irá apoiar o Escritório Regional na advocacia a favor da redução da mortalidade materna e infantil. Na sua resposta, a Embaixadora agradeceu ao Director Regional a sua nomeação e garantiu ao Comité Regional o seu empenhamento em trabalhar vigorosamente para a África, na resolução dos problemas de saúde das mães e das crianças através da advocacia e no estabelecimento de vínculos com instituições internacionais.

215. A Directora da Divisão da Família e Saúde Reprodutiva deplorou o facto de que a saúde da mulher não consta da lista das prioridades regionais. Para além disso, apenas um terço dos Estados-Membros seleccionou esta área de actividade no seu Orçamento-Programa para 2002-2003. Ela apelou aos países para que reflectissem os debates do Comité Regional e a ênfase dada pelo Director Regional à saúde da mulher e da criança, nos seus planos de acção para 2004-2005.

216. O Comité aprovou o documento AFR/RC53/11 Rev.1 e a Resolução AFR/RC53/R4.

#### **Higiene dos alimentos e saúde: Análise da situação e perspectivas (AFR/RC53/12 Rev.1)**

217. O Dr. Miaka-Mia-Bilenge, Relator do Subcomité do Programa, informou que o documento descrevia as doenças transmitidas pelos alimentos como um grave problema de saúde, que também originavam uma baixa produtividade económica. Acrescentou que, todos os anos, milhões de pessoas em todo o mundo adoecem devido à ingestão de alimentos contaminados e insalubres. Garantir a higiene dos alimentos constitui, pois, uma componente fundamental da saúde pública e da segurança alimentar. A Quinquagésima-terceira Assembleia Mundial da Saúde aprovou a Resolução WHA53.15, que exortou a OMS e os Estados-Membros a reconhecerem a higiene alimentar como uma preocupação fundamental de saúde pública.

218. Afirmou que o documento identificava os principais riscos alimentares, e descrevia ainda os factores sócio-económicos, ambientais, climáticos e as más práticas de higiene, que predispõem à contaminação.

219. O Dr. Bilenge explicou que os principais desafios que se colocam à higiene alimentar, incluem: criação de infra-estruturas e serviços urbanos básicos, a fim de colmatar as necessidades sanitárias e sociais relacionadas com a disseminação da pobreza e da urbanização; estabelecimento de sistemas regulatórios eficazes e sustentáveis para a regulamentação da higiene dos alimentos, com base numa avaliação científica dos riscos e prevenção; garantir a colaboração e coordenação interdisciplinares na gestão da higiene dos alimentos, incluindo o reforço do papel dos laboratórios; regulamentação do comércio dos alimentos nas ruas enquanto, ao mesmo tempo, se dá educação e presta a informação adequadas aos vendedores de rua; realização de testes, regulamentação, boa rotulagem e fornecimento de informação adequada aos consumidores sobre os alimentos geneticamente modificados e a pressão exercida por parte dos acordos internacionais de comércio.

220. O Dr. Bilenge informou o Comité de que o documento explicava ainda que a redução das doenças transmitidas pelos alimentos pressupunha a redução dos riscos e a existência de intervenções de controlo dos processos, desde a produção até ao consumo. Estas intervenções incluíam os Sistemas de Análise de Riscos e Pontos Críticos de Controlo; educação sobre a higiene dos alimentos vocacionada para os consumidores e para os manuseadores dos alimentos; elaboração de políticas aplicáveis com base em dados factuais; implementação de um sistema integrado de vigilância das doenças transmitidas pelos alimentos, bem como de uma rede de informação interpaíses e de mecanismos para uma rápida tomada de consciência.

221. Finalmente, convidou o Comité a aprovar o documento AFR/RC53/12 Rev. 1, assim como a Resolução AFR/RC53/R5.

222. Os membros do Comité felicitaram o Secretariado pela oportunidade e pertinência do documento. Observaram que o rápido aumento da urbanização aumentou o risco das doenças transmitidas pelos alimentos nos grupos mais vulneráveis; ao mesmo tempo, o crescimento acelerado do sector informal e a privatização do sector do comércio alimentar tinham levantado ainda maiores problemas. Solicitaram à OMS que prestasse apoio técnico para a elaboração e implementação de políticas e legislação sobre higiene alimentar, formulação e implementação de uma estratégia regional sobre higiene alimentar, e reforço dos programas de higiene alimentar, por forma a incluir o sector informal. Reconhecendo que, na maioria dos países, a legislação existente é mais repressiva do que educativa ou preventiva, sugeriu-se que se prestasse particular atenção ao aumento da consciencialização por parte dos consumidores.

223. Os delegados realçaram a importância de se garantir a higiene dos alimentos, através de uma abordagem multisectorial e multidisciplinar. Assim, foi proposto que os sectores mencionados no parágrafo 27 incluíssem “entre outros, agricultura, comércio e negócios, assuntos internos, água e saneamento, alfândegas, bem como administrações locais”. O papel da sociedade civil deveria ser claramente indicado na secção relativa aos desafios. No parágrafo 34, deveria incluir-se o papel da família e dos agregados familiares, como um alvo para a educação sanitária.

224. O Comité destacou a questão dos alimentos geneticamente modificados (AGM) e instou o Escritório Regional a apoiar os Estados-Membros na formulação de orientações sobre os mesmos. Solicitou ainda apoio para a implementação de sistemas de monitorização para os alimentos geneticamente modificados, importados. A questão das ameaças colocadas pelos acordos comerciais internacionais foi sublinhada, tendo sido recomendada uma acção colectiva.

225. Os delegados salientaram a necessidade de um melhor controlo de qualidade na área da higiene dos alimentos e mencionaram que os laboratórios de saúde pública poderiam desempenhar um papel importante. Foi solicitado à OMS que prestasse o seu apoio ao desenvolvimento das capacidades nos países, devendo ser dada especial atenção aos pesticidas residuais.

226. O Director Regional agradeceu aos delegados os seus valiosos contributos e assegurou-lhes que as sugestões seriam devidamente incorporadas. Prometeu que o Escritório Regional forneceria orientações sobre os alimentos geneticamente modificados. Informou ainda que iriam ter lugar discussões sobre a questão dos acordos comerciais e que a respectiva informação seria enviada aos ministros.

227. O Comité aprovou o documento AFR/RC53/12 Rev.1 e a Resolução AFR/RC53/R5.

#### **Intensificação das intervenções contra o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo** (documento AFR/RC53/13 Rev. 1)

228. O Dr. Bilenge informou o Comité de que o documento AFR/RC53/13 Rev. 1 sublinhava o facto do HIV/SIDA, tuberculose e paludismo contribuírem para a elevada morbilidade e mortalidade, na Região Africana da OMS, sendo responsáveis por mais de 90% dos casos e óbitos mundiais associados a essas doenças. Sublinhou que as mesmas impõem um enorme fardo económico aos governos, comunidades e famílias, colocando milhões num ciclo vicioso de pobreza e má-saúde.

229. Afirmou que o documento destacava: os esforços realizados para reduzir o fardo destas três doenças em termos de compromisso político, elaboração de planos estratégicos nacionais e criação de parcerias; o desenvolvimento em curso das capacidades para a prevenção e controlo destas três doenças; um maior conhecimento sobre o HIV/SIDA e sangue seguro para as transfusões; um aumento das taxas de detecção de casos de tuberculose e da implementação da estratégia DOTS; mais capacidade para planear, implementar, monitorizar e avaliar os programas de prevenção e controlo do paludismo, em quase todos os países.

230. Salientou ainda que, apesar dos esforços e das realizações acima mencionados, o documento expressava a preocupação de que a cobertura e o acesso a intervenções continuavam a diminuir; por exemplo, apenas 6% da população adulta tem acesso a aconselhamento e testes voluntários, 40% dos países tem uma cobertura nacional da terapia por observação directa de curta-duração (DOTS) e a cobertura das redes tratadas com insecticida é de apenas 5%. Estas doenças não demonstram tendência de diminuição, o que em grande parte se deve à insuficiência de recursos humanos e financeiros, ao custo

elevado dos medicamentos para a prevenção e tratamento, e à debilidade das infra-estruturas existentes. Estes factores de constrangimento foram agravados pela inadequação das abordagens de implementação das estratégias programáticas existentes.

231. O Dr. Bilenge informou o Comité que o documento sublinhava que o sucesso da intensificação das intervenções contra estas três doenças requeria a respectiva apropriação por parte dos países, e que se garantisse a equidade e a sustentabilidade. Sublinhou que era necessário intensificar a advocacia, por forma a garantir que o sector da saúde responda às necessidades das populações. Além disso, requeria o seguinte: reforço de acções multissetoriais; tomada em consideração dos problemas específicos decorrentes das situações de conflito e pós-conflito; aumento da quantidade e qualidade do pessoal envolvido na prestação dos serviços; reforço da gestão do programa e da dotação de recursos; descentralização eficaz dos serviços; reforço da prestação de serviços integrados a nível distrital; reforço de parcerias com as comunidades para prestação de serviços; disponibilidade de medicamentos e bens a todos os níveis, incluindo a formulação de mecanismos apropriados, por forma a evitar a fuga de antiretrovirais mais baratos dos países em desenvolvimento para os países desenvolvidos; promoção da investigação operacional para a melhoria da gestão e da prestação dos serviços, tendo em conta o papel da medicina tradicional; mobilização de recursos financeiros e sua utilização ao nível operacional.

232. O Dr. Bilenge convidou o Comité a aprovar o documento AFR/RC53/13 Rev. 1, assim como a Resolução AFR/RC53/R6.

233. Os delegados felicitaram o Secretariado pela qualidade do documento. Realçaram o fardo da doença representado pelo HIV/SIDA, tuberculose e paludismo, tendo proposto que a intensificação das acções fosse empreendida no contexto das abordagens sectoriais e que se reforçassem os sistemas de saúde, pois a prevalência destas doenças está a aumentar rapidamente. Sugeriram ainda que o documento sublinhasse o papel dos laboratórios.

234. Os participantes propuseram que o documento destacasse igualmente o apoio nutricional aos doentes, a criação de redes para os doentes, a prevenção da transmissão vertical do HIV (PMTCT), assim como o aconselhamento e teste voluntários (VCT). Além disso, deveria ser dado maior destaque ao papel da medicina tradicional no tratamento do HIV/SIDA e do paludismo.

235. O Comité recomendou a cooperação Sul-Sul ou interpaíses na partilha das melhores práticas entre Estados-Membros. Além disso, sugeriu que a OMS organizasse reuniões interpaíses e redes técnicas para esses intercâmbios. No caso dos países terem alterado os

seus regimes terapêuticos, a OMS poderia dar o seu apoio na redistribuição dos medicamentos excedentes, sempre que necessário.

236. Os delegados lamentaram os atrasos e os mecanismos complicados do Fundo Mundial no que respeita à disponibilização de verbas, e solicitaram à OMS que advogasse pela simplificação desses procedimentos.

237. Os delegados sublinharam a necessidade de prestar particular atenção a grupos específicos, como os orfãos, profissionais de saúde e condutores de longo-curso. Propuseram ainda que o documento abordasse o apoio psicológico às pessoas que vivem com HIV/SIDA, suas famílias e outras estruturas que prestem cuidados paliativos.

238. Os delegados solicitaram à OMS que fornecesse orientação aos países sobre que estatuto atribuir aos conselheiros não-profissionais. Salientaram o papel dos líderes tradicionais na intensificação do processo, advocacia e tomada de decisões. Também salientaram que as mulheres desempenham um papel proeminente nos programas de base comunitária.

239. Por forma a facilitar a intensificação das intervenções, os governos deveriam reforçar o seu compromisso político, enquanto os parceiros deveriam reconhecer a liderança dos ministérios da saúde. Reconhecendo o preço proibitivo dos antiretrovirais (ARV), os delegados solicitaram que a OMS advogasse junto dos países amigos e da comunidade internacional com vista a garantir o acesso aos medicamentos pelos países que deles necessitam.

240. Relativamente ao paludismo, os delegados afirmaram que a cobertura de 60% de mosquiteiros tratados com insecticida, não deveria ser utilizada como o único critério para cumprir com os objectivos de Abuja. Os países com uma boa política de pulverização no interior das habitações, deveriam utilizá-la como um indicador válido, dado que vários países da África Austral usam este método em vez de mosquiteiros tratados com insecticida.

241. Os delegados sugeriram que se tomasse em consideração o custo das intervenções. A OMS deveria fazer uma análise crítica das áreas em que os preços dos medicamentos possam ser reduzidos. A recente decisão da Organização Mundial do Comércio (OMC) deveria ser analisada para ver o que pode ser feito, considerando-se ao mesmo tempo a possibilidade de produção local de medicamentos, nos Estados-Membros que tenham capacidade para o fazer.

242. O Comité solicitou esclarecimentos sobre o impacto da utilização do DDT na saúde pública, atendendo ao facto de este ter sido proibido na agricultura.

243. Relativamente à secção sobre monitorização e avaliação, os delegados sugeriram que o proceso de monitorização fosse efectuado através de uma rede de peritos baseada nos Estados-Membros. A OMS deveria normalizar a metodologia para determinação da prevalência do HIV, devendo os países ser encorajados a efectuar estudos sobre a seroprevalência do HIV a nível nacional, por forma a obter estatísticas actualizadas, desde que os custos da recolha dessa informação fossem acessíveis.

244. Os delegados efectuaram as seguintes sugestões para melhoria do texto:

- a) No parágrafo 4, acrescentar “Parceria para Travar a Tuberculose”, após “iniciativa Fazer Recuar o Paludismo (FRP)”;
- b) Na secção “Obstáculos”, acrescentar um novo parágrafo sobre “Recursos Humanos”; acrescentar, também, “A OMS deverá advogar a favor de mecanismos mais simples do Fundo Mundial para disponibilização das verbas, assim como o acesso aos cuidados e aos tratamentos atraumáticos de reabilitação (ART), para contribuir para o objectivo “3 by 5”;
- c) No final do parágrafo 15, acrescentar: “Deveriam ser criadas estruturas de nível comunitário, como componentes integradas dos sistemas de saúde”;
- d) No parágrafo 20, acrescentar ao objectivo geral: “assim como a redução do impacto, (especialmente o impacto social) destas três doenças”;
- e) No parágrafo 22, acrescentar uma nova alínea e) sobre “Participação Comunitária”;
- f) No parágrafo 26 a), incluir os critérios para a selecção de ONG credíveis e os meios de monitorização e avaliação do seu desempenho;
- g) No parágrafo 26, acrescentar uma nova alínea e), como segue: “incluir os programas comunitários no sistema de saúde”;
- h) No parágrafo 28, acrescentar na lista “reforçar os mecanismos multisectoriais”;
- i) No parágrafo 30, salientar que o aconselhamento e testes voluntários (VCT) e a terapia antiretroviral de elevada eficácia (HAART) irão expandir ainda mais as capacidades dos sistemas de saúde, incluindo a integração do tratamento, especialmente a terapia por observação directa de curta-duração (DOTS) e os antiretrovirais (ARV);
- j) No sub-título do parágrafo 32, a seguir a “medicamentos”, acrescentar “(incluindo os antiretrovirais)”;
- k) No parágrafo 33, não restringir a investigação a investigação operacional. Acrescentar um novo parágrafo que promova a “investigação básica” ou incorporar nas frases a expressão “investigação básica.” Como exemplos dessas prioridades de investigação básica, os cientistas africanos deveriam



empreender os testes de diagnóstico rápidos para a tuberculose, medicamentos tuberculostáticos mais eficazes para diminuir a duração do tratamento, etc..

245. O Director Regional, nas suas observações finais, agradeceu aos delegados pelos seus comentários pertinentes e garantiu que as propostas seriam devidamente incorporadas, por forma a enriquecer o documento. Informou os delegados que haveria uma sessão conjunta com funcionários do Fundo Mundial, para lhes fornecer mais informações. Explicou que o diclorodifeniltricloreto (DDT) é ainda um instrumento aceitável de saúde pública, mas continua a ser proibido na agricultura, devido aos seus efeitos sobre o ambiente. Apoiou o reconhecimento pelos delegados da utilidade dos medicamentos tradicionais e sublinhou a investigação em curso para testar a sua toxicidade e eficácia.

246. O Comité aprovou o documento AFR/RC53/13 Rev. 1 com alterações, assim como a Resolução AFR/RC53/R6.

#### **Erradicação da dracunculose na Região Africana da OMS** (documento AFR/RC53/INF/DOC.1)

247. O Dr. A. Kaboré, Director da Divisão de prevenção e controlo das doenças transmissíveis, apresentou o documento informativo ao Comité. Destacou a situação epidemiológica da dracunculose na Região, o seu impacto sócio-económico, as realizações até à data, os constrangimentos e os desafios. Fez notar, em particular, que esta doença típica da pobreza era apenas endémica em África. Apesar de não existir nenhuma vacina ou cura, esta doença é todavia facilmente evitável.

#### **Preparação e resposta à Síndrome Respiratória Aguda (SARS) na Região Africana da OMS** (documento AFR/RC53/INF/DOC.2)

248. O Dr. A. Kaboré, Director da Divisão de prevenção e controlo das doenças transmissíveis, apresentou o documento dizendo que depois da identificação do primeiro caso de Síndrome Respiratória Aguda (SARS) na China, a epidemia alastrou-se a 17 países em todo mundo. O Dr. Kaboré informou, por outro lado, aos membros do Comité, que a epidemiologia, a patofisiologia e a evolução da doença já foram descritos. Descreveu a resposta do Escritório Regional à epidemia e as principais realizações alcançadas e concluiu salientando a necessidade de se reforçar os sistemas de vigilância, a fim de assegurar uma resposta imediata pelos Estados-Membros.

249. Considerando os problemas de comunicação e de transporte em África, os delegados sublinharam a necessidade de aumentar o número de laboratórios de referência existentes, que é actualmente de quatro. Foi efectuado um pedido à OMS, para que reforce as capacidades de diagnóstico dos países. Considerando que a gestão de casos de SARS requer serviços de cuidados intensivos, o Comité sublinhou a necessidade dos países em reforçar os seus sistemas de saúde. Os delegados notaram a preocupação internacional e a solidariedade geradas na resposta à SARS, tendo solicitado que ao HIV/SIDA e à febre hemorrágica por vírus Ébola fosse dada a mesma atenção e resposta.

#### **Habilitações e selecção do Director Regional** (documento AFR/RC53/15)

250. O Sr. Gian Luca Burci, Conselheiro Jurídico Principal, apresentou o documento e lembrou a Resolução AFR/RC48/R7, pela qual o Comité Regional define as habilitações e critérios de nomeação do Director Regional para a 49ª sessão, e cria uma Comissão de Prospecção.

251. Após descrever os termos de referência, a dimensão, a composição e os custos inerentes à Comissão de Prospecção, o Sr. Burci convidou o Comité Regional a deliberar e decidir sobre a necessidade de constituição da Comissão de Prospecção e, no caso afirmativo, sobre as modalidades de selecção dos seus membros e da nomeação do seu Presidente.

252. Após deliberação sobre a questão, o Comité Regional concordou finalmente que não era necessário estabelecer uma Comissão de Prospecção, atendendo às despesas envolvidas na sua manutenção e ao facto de uma Comissão de Prospecção não ter nenhum poder legal no que respeita ao estabelecimento de uma lista de pré-selecção dos candidatos. Além disso, o Comité Regional sublinhou o direito de todo o candidato, cuja nomeação seja efectuada por um dos Estados-Membros, em apresentar a sua candidatura, desde que possua as qualificações adequadas, em conformidade com o disposto no Anexo 1 do documento AFR/RC53/15. Considerou ainda como uma prerrogativa do Comité Regional avaliar os candidatos e nomear o candidato que considerar mais apropriado. O Comité considerou que a questão do processo de selecção requeria um esclarecimento mais aprofundado, tendo solicitado ao Secretariado que preparasse um documento com possíveis opções para melhorar o actual procedimento.

253. Depois de analisar o documento do Secretariado, o Comité chegou a acordo relativamente ao seguinte procedimento, como emenda ao Artigo 52º do Regulamento Interno:

- Se forem recebidas mais de cinco candidaturas, o Comité Regional procederá ao estabelecimento de uma lista de pré-selecção de cinco candidatos;

- Para chegar a este número, o Comité fará uma eleição, por escrutínio secreto, e seleccionará os cinco candidatos que receberem maior número de votos;
- O Comité entrevistará os candidatos pré-seleccionados, consistindo essas entrevistas numa apresentação por cada um dos candidatos, seguida de uma sessão de perguntas-respostas;
- Após as entrevistas, o Comité procederá à eleição do Director Regional, nos termos do Artigo 52º do Regulamento Interno.

**MESAS-REDONDAS** (documentos AFR/RC53/RT/1, AFR/RC53/RT/2 e AFR/RC53/RT/3)

**Relatórios das Mesas-Redondas** (documento AFR/RC53/16)

254. Os debates das Mesas-Redondas decorreram paralelamente à reunião do Comité Regional e centraram-se nos seguintes tópicos:

- Mesa-Redonda nº 1:** Serviços de laboratório na prestação de cuidados de saúde de qualidade (documento AFR/RC53/RT/1)
- Mesa-Redonda nº 2:** Maternidade segura: Melhoria do acesso aos cuidados obstétricos de emergência (documento AFR/RC53/RT2)
- Mesa-Redonda nº 3:** Acção humanitária e de emergência: Melhorar a eficácia das intervenções na área da saúde (documento AFR/RC53/RT/3)

255. Os presidentes das Mesas-Redondas apresentaram os respectivos relatórios, pela seguinte ordem:

- Dr. Albert Toikeuse Mabri, Ministro da Saúde e População da Côte d'Ivoire, sobre a Mesa-Redonda nº 1: Serviços de laboratório na prestação de cuidados de saúde de qualidade
- Dra. Aida Theodomira de Nobreza, Vice-Ministra da Saúde de Moçambique, sobre a Mesa-Redonda nº 2: Maternidade segura: Melhoria do acesso aos cuidados obstétricos de emergência;
- Dr. Abdelhamid Aberkane, Ministro da Saúde, População e Reforma, da Argélia, sobre a Mesa-Redonda nº 3: Acção humanitária e de emergência: Melhorar a eficácia das intervenções na área da saúde.

256. Os relatórios das Mesas-Redondas constam dos Anexos 4a, 4b e 4c deste relatório.

## **ESCOLHA DOS TEMAS PARA AS MESAS-REDONDAS DE 2004**

(documento AFR/RC53/20)

257. Dr. Luis Sambo, do Secretariado, apresentou o documento AFR/RC53/20, que especificava dois temas principais para os debates nas Mesas-Redondas da Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional.

258. Após o debate, chegou-se a acordo relativamente aos seguintes temas:

Mesa-Redonda nº 1: Abuso sexual das crianças: Uma emergência silenciosa

Mesa-Redonda nº 2: Desafio para melhorar a nutrição na Região Africana

## **NOMEAÇÃO DOS PRESIDENTES E PRESIDENTES SUBSTITUTOS DAS MESAS-REDONDAS DE 2004** (documento AFR/RC53/20)

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

### **Mesa-Redonda nº 1**

Presidente: Togo

Presidente substituto: Chade

### **Mesa-Redonda nº 2**

Presidente: Zâmbia

Presidente substituto: Mauritânia

## **DATAS E LOCAIS DA QUINQUAGÉSIMA-QUARTA E QUINQUAGÉSIMA-QUINTA SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL** (documento AFR/RC53/17)

260. O Sr. B. Chandra, Director da Divisão de Administração e Finanças, fez a apresentação deste documento.

261. O Comité Regional decidiu que o local para a realização da sua Quinquagésima-quarta sessão seria o Escritório Regional, em Brazzaville, República do Congo, de 30 de Agosto a 3 de Setembro de 2004. O local da Quinquagésima-quinta sessão, de 2005, seria determinado na Quinquagésima-quarta sessão.

## **APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL**

(documento AFR/RC53/18)

262. O relatório da Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional foi aprovado com pequenas alterações.

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

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

263. Nas suas observações de encerramento, o Director Regional, Dr. Ebrahim M. Samba, expressou a sua gratidão e reconhecimento a Sua Excelência o Presidente da República da África do Sul, Sr. Thabo Mbeki, por ter acolhido o Comité Regional na cidade de Joanesburgo. Relembrou que esta era a segunda vez que o Comité Regional se realizava na África do Sul. Reconheceu a excelência do alojamento, das instalações de conferência e de impressão e o apoio logístico disponibilizado pelo Governo da África do Sul, os quais facilitaram imensamente o trabalho do Comité e do Secretariado. Afirmou que o completo e excelente apoio prestado por parte do governo da África do Sul contribuiu para fazer desta, uma das sessões de maior sucesso das reuniões do Comité Regional, realizada na Região.

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

265. Solicitou ao Comité Regional que se juntasse a ele no agradecimento ao pessoal do Escritório Regional pelo seu trabalho árduo e dedicação, como ficou demonstrado pela qualidade dos documentos apresentados na reunião. Felicitou o Director Gestão do Programa pela sua lealdade e pela generosidade com que efectuou a supervisão geral do trabalho de todas as divisões do Escritório Regional e das Representações nos países.

266. Finalmente, o Dr. Samba recordou ao Comité que a Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional teria lugar em Brazzaville, de acordo com a decisão tomada na Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional.

### **Moção de agradecimento**

267. A moção de agradecimento ao Presidente, ao Governo e ao povo da África do Sul por terem acolhido a Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional foi apresentada, em nome dos delegados, pelo Ministro da Saúde do Uganda, Sr. Jim Muhwezi, e foi aprovada pelo Comité Regional.

### **Observações da Presidente e encerramento da sessão**

268. A Presidente da reunião, Dra. M. Tshabalala-Msimang afirmou que a Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional tinha sido uma reunião de sucesso. Atribuiu esse sucesso ao elevado nível das contribuições efectuadas pelos delegados.

269. Relembrou que alguns dos desafios colocados e discutidos durante a reunião incluíam o reforço dos hospitais como centros fundamentais para os cuidados de referência; a migração dos recursos humanos para a saúde; os efeitos devastadores dos conflitos armados e da violência interpessoal; a elevada taxa de mortalidade materna; a intensificação das intervenções relativas ao HIV/SIDA, tuberculose e paludismo; macroeconomia e saúde; e a Estratégia de Saúde da NEPAD.

270. A Dra. Tshabalala-Msimang recordou aos delegados os seis temas acordados para: i) elaborar uma resolução sobre a migração dos recursos humanos para a saúde durante a Quinquagésima-sétima Assembleia Mundial da Saúde; ii) dar prioridade à saúde das mulheres e garantir que os sistemas de saúde respondem adequada e especificamente às necessidades das mulheres, e das grávidas, em particular; iii) afectar mais recursos a nível nacional para a intensificação do acesso e da cobertura das intervenções contra o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo; iv) discutir durante a Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional, os prós e contras de utilizar a frase HIV e SIDA, ao invés de HIV/SIDA, por forma a dar esperança às pessoas seropositivas; v) analisar a representação sub-regional de países africanos no Conselho Executivo da OMS; vi) advogar a favor de maiores investimentos para a saúde, aos níveis nacional e mundial e melhorar a capacidade dos países para absorver esses recursos.

271. Afirmou que a Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano dava aos países uma oportunidade para trabalharem conjuntamente como africanos e, assim, intervirem no mundo, como parceiros em igualdade, para a resolução dos desafios colocados pela saúde. A Dra. Tshabalala-Msimang apelou aos delegados, numa altura em que se celebra o 25º aniversário da Declaração de Alma-Ata, para que assumam o compromisso de renovação

dos cuidados primários de saúde, como pilar das intervenções para a consecução das metas de desenvolvimento do milénio.

272. A Dra. Tshabalala-Msimang desejou a todos os delegados uma boa viagem de regresso a casa e convidou-os a estarem presentes na Quadragésima-quarta sessão do Comité Regional, que teria lugar em 2004 em Brazzaville, na República do Congo.

273. Finalmente, a Presidente deu por encerrada a Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional.

## **PARTE III**

## **ANEXOS**



LISTA DOS PARTICIPANTES

1. REPRESENTANTES DOS  
ESTADOS-MEMBROS

ARGÉLIA

Prof. Abdelhamid Aberkane  
Ministre de la Santé, de la Population et  
de la Réforme hospitalière  
Chef de Délégation

Alger

Dr Mohamed El Kamel Kellou  
Directeur de la Prévention

Alger

M. Messaoud Belkessam  
Directeur de la Communication  
Ministère de la Santé, de la Population et  
de la Réforme hospitalière

Alger

ANGOLA

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

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

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

Dra. Adelaide de Carvalho  
Directora Nacional de Saúde Pública  
Luanda

Dr. António Bento  
Director de Saúde da Província  
de Benguela

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

Sra. Alice Ondino Sousa Mendonça  
Ministério da Saúde  
Luanda

BENIM

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

Dr Dorothée Agoï Yevide  
Directrice nationale de la Protection  
sanitaire  
Cotonou

Dr Perrin René Xavier  
Médecin-Cordonnateur, Hôpital de la  
Mère et de l'Enfant (HOMEL)  
Professeur de Gynécologie-  
Obstétrique/Lagune  
Cotonou

Dr Abdoulaye Idrissou  
Directeur des Pharmacies et Laboratoires  
Ministère de la Santé publique  
Cotonou

### **BOTSUANA**

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

Dr Themba Lebogang Moeti  
Deputy Director of Health Services  
Gaborone

Miss Theresa Naniki Bokete  
Chief Laboratory Scientist  
Gaborone

Mr Thuso G. Ramodimoosi  
Counsellor, Botswana High Commission  
Pretoria, RSA

Ms Lucy Sejo Maribe  
Principal Health Officer (Maternal Child  
Health)  
Gaborone

Mr Gobe Pitso  
First Secretary, Botswana Permanent  
Mission  
Geneva  
Switzerland

### **BURKINA FASO**

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

Dr Brahima K. Michel Sombié  
Conseiller technique en Santé  
Ouagadougou

Dr Daogo Sosthène Zombré  
Directeur général de la Santé publique  
Ouagadougou

Dr Sibdou Ghislaine Conombo/Kafando  
Directrice de la Santé de la Famille  
Ouagadougou

Dr Joseph-André Tiendrébéogo  
Secrétaire permanent du CNLS-IST  
Ouagadougou

### **BURUNDI**

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

Mme Gloriose Mbonigaba  
Advisor/Minister's Office  
Bujumbura

Dr Jean Rirangira  
Directeur général de la Santé publique  
Bujumbura

### **CAMARÕES**

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

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

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

Dr Djibrilla Kaou Bakari  
Directeur de la Santé familiale  
Yaoundé

Dr John Yap  
Chief of Maternal and Infant Service  
Ministry of Health  
Yaoundé

### **CABO VERDE**

Dr. Basílio Ramos  
Ministro da Saúde  
Chefe da Delegação  
Praia

Dra. Fátima Monteiro  
Directora do Programa Saúde  
e Reprodução  
Praia

### **REPÚBLICA CENTRAFRICANA**

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

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

### **CHADE**

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

M. Harba Kamis  
Directeur général adjoint des Ressources  
et de la Planification  
N’Djaména

Dr Haoua Outman  
Directrice de la Santé préventive  
et de la lutte contre les maladies  
N’Djaména

**COMORES\***

**REPÚBLICA DO CONGO**

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

Dr Damase Bodzongo  
Directeur général de la Santé  
Brazzaville

Dr Yolande Voumbo Mavoungou  
Conseillère à la Santé  
Brazzaville

Maître Gilbert Bondongo  
Conseiller administratif et juridique du  
Ministre de la Santé et de la Population  
Brazzaville

Dr J. Opfou  
Counsellor, Embassy, Republic of Congo  
Pretoria

M. Antoine Mouangoueya  
Chargé du Protocole au Cabinet du  
Ministre de la Santé et de la Population  
Brazzaville

Dr Mabri Albert Toikeusse  
Ministre d'Etat, Ministre de la Santé et  
de la Population  
Chef de Délégation  
Abidjan

Prof. Mireille Carine Dosso  
Chef de Service du Laboratoire central  
du CHU de Yopougon  
Abidjan

Prof. Djokouehi Djeha  
Secrétaire technique permanent du Plan  
national de Développement sanitaire  
(STP/PNDS)  
Abidjan

Dr Laure Amenan Aie-Tanoh  
Directeur national du Programme de  
la Santé de la Reproduction  
Abidjan 22

**REPÚBLICA DEMOCRÁTICA  
DO CONGO**

M. Oscar Assani-Rashidi  
Conseiller principal, Ministère de la  
Santé  
Chef de Délégation  
Kinshasa

Dr C. Miaka Mia Bilenge  
Secrétaire général à la Santé  
Kinshasa

Dr Lokonga Nzeyabe  
Directeur, Chef des Services des  
Hôpitaux  
Kinshasa

---

\* Não pôde participar.

Dr Kebela Ilunga  
Directeur, Chef des Services de Lutte  
contre la Maladie  
Kinshasa

Dr Lepira Bompeka  
Directeur du Programme national de  
Lutte contre le VIH/SIDA  
Kinshasa

Dr Jack Kokolomami  
Directeur Adjoint, Programme national  
de Lutte contre le VIH/SIDA  
Kinshasa

Dr Jean-Honoré Miakala mia Ndolo  
Médecin-Inspecteur, Ville de Kinshasa  
Kinshasa

M. Rombaut Kasongo  
Secrétaire particulier du Ministre  
de la Santé  
Kinshasa

Dr Pascal Tshiamala  
Médecin-Directeur  
Clinique Ngaliema  
Kinshasa

Dr Lelo Patrice Nowa  
Office congolais de Contrôle  
Kinshasa

Dr Ondjo Shulungu  
Médecin-Directeur de la SNEL  
Kinshasa

## GUINÉ EQUATORIAL

Dr Justino Obama Nve  
Ministro de Sanidad  
Chef de Délégation  
Malabo

Dr Gregorio Gori Momolu  
Directeur général de la Santé publique  
Malabo

Dr Emma Bachmakova  
Asesora de Ministro  
Malabo

## ERITREIA

Mr Saleh Meky  
Minister of Health  
Head of Delegation  
Asmara

Dr Goitom Mebrahtu Medhani  
Director of Disease Prevention and  
Control Division  
Asmara

## ETIÓPIA\*

## GABÃO

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

---

\* Não pôde participar.

Dr Abel Roger Nlome-Nze

Conseiller technique du Ministre  
de la Santé  
Libreville

Dr G. Malonga-Mouelet  
Directeur du Programme national de  
Lutte contre le SIDA/IST  
Libreville

### **GÂMBIA**

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

Mr Njie Abdoulie Mam  
Permanent Secretary, Dept. of State  
for Health

Dr Omar Sam  
Director of Health Services  
Banjul

Dr Mariatou Jallow  
Deputy Director of Health Services  
Banjul

### **GHANA**

Dr Kwaku Afriyie  
Minister of Health  
Head of Delegation  
Accra

Dr Kofi Ahmed

Chief Medical Officer  
Accra

Dr A. Nsiah-Asare  
Chief Executive/KATH  
Kumasi

Dr Alex Asamoah-Adu  
Head, Health Laboratory Services  
Accra

Dr Rhoda Manu  
PMO Gender Affairs on Health  
Accra

Dr Sylvia Aveley Deganus  
Tema General Hospital  
Tema

### **GUINÉE**

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

Dr Johanna Lucinda Austin  
Conseiller chargé de la Coopération  
Conakry

Dr Mohamed Mahy Barry  
Directeur national de la Santé  
Conakry

## GUINÉ-BISSAU

Dr. António Serifo Embalo  
Ministro da Saúde  
Chefe da Delegação  
Bissau

Dr. Júlio César Sá Nogueira  
Director-Geral de Saúde Pública  
Bissau

Dr. Francisco Dias  
Director do Laboratório Nacional de  
Saúde  
Bissau

## QUÉNIA

Hon. Charity Kaluki Ngilu, MP  
Minister of Health  
Head of Delegation  
Nairobi

Mr W. P. Godo  
Permanent Secretary, Ministry of Health  
Nairobi

Dr Teniin J. Gakuruh  
Deputy Director of Medical Services  
Nairobi

Mrs Agnes Nanjala Waudo  
Chief Nursing Officer, Ministry of Health  
Nairobi

## LESOTO

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

Mrs Matseliso Joyce Rasethuntsa  
Deputy Principal Secretary  
Ministry of Health and Social Welfare  
Maseru

Dr Thabelo Ramatlapeng  
Director General of Health Services  
Maseru

Dr Pearl Ntsekhe  
Director, Disease Control  
Maseru

Dr Nyane Letsie  
Head, Family Health Services  
Maseru

Dr T. Mohapi  
Plastic Surgeon, MOHSW  
Maseru

Mr T. Theko  
Chief Health Inspector, MOHSW  
Maseru

Mrs Majoel Makhakhe  
Director, Health Planning and Statistics  
Ministry of Health and Social Welfare  
Maseru

## LIBÉRIA

Dr Peter S. Coleman  
Minister of Health and Social Welfare  
Head of Delegation  
Moronvia

Dr Nathaniel S. Bartee  
Deputy Minister/Chief Medical Officer  
Moronvia

## MADAGÁSCAR

Prof. Andry Rasamindrakotroka  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation  
Antananarivo

Dr Charles Ravaonjanahary  
Directeur de Cabinet du Ministre  
de la Santé  
Antananarivo

M. Fenosoa Ratsimanetrimanana  
Secrétaire exécutif du Comité national de  
Lutte contre le SIDA  
Antananarivo

Dr Marie Perline Odette Rahantanirima  
Directeur de la Santé familiale  
Ministère de la Santé  
Antananarivo

Dr Nivo Hanitra Rasoanaivo  
Chef du Service de la Transfusion  
sanguine  
Ministère de la Santé  
Antananarivo

## MALAWI

Hon. Yusuf Mwawa  
Minister of Health and Population  
Head of Delegation  
Lilongwe

Dr Richard Bakali Pendame  
Principal Secretary for Health  
Lilongwe

Dr Ann Maureen Phoya  
Director of Nursing Services  
Lilongwe

Mr Flywell Chintolo  
Deputy Director of Health Technical  
Support Services (Diagnostic Services)  
Ministry of Health and Population  
Lilongwe

Dr Benson Chilima  
Medical Microbiologist  
Ministry of Health and Population  
Lilongwe

## MALI

Prof. Rokiatou Ndiaye Keita  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation  
Bamako

Dr Mamadou Sidibe  
Conseiller technique, Ministère de la  
Santé  
Bamako



Prof. Boubakar S. Cissé  
Conseiller technique  
Ministère de la Santé  
Bamako

Dr Youssouf Konaté  
Directeur national de la Santé  
Bamako

Prof. Flabou Bougoudogo  
Directeur général de l'Institut national de  
Recherche en Santé publique  
Bamako

#### **MAURITÂNIA**

M. Hamma Ould Soueilem  
Ministre de la Santé et des Affaires  
sociales  
Chef de Délégation  
Nouakchott

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

Dr Mohamed Idoumou Ould Vall  
Directeur de la Protection sanitaire  
Nouakchott

#### **MAURÍCIAS**

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

H.E John Harold Dacruz  
High Commissioner  
Mauritius High Commission  
Pretoria (South Africa)

Mrs R. Veerapen  
Permanent Secretary, Ministry of Health  
and Quality of Life  
Port-Louis

Mr Vikash Neethalia  
Second Secretary, Mauritius High  
Commission  
Pretoria (South Africa)

#### **MOÇAMBIQUE**

**Dra. Aida Theodomira de Nobreza**  
**Libombo**

Vice-Ministra da Saúde  
Chefe da Delegação  
Maputo

Dr. Humberto Cossa  
Director Nacional do Plano e da  
Cooperação do Ministério da Saúde  
Maputo

Dr. Marinho Dgedge  
Director Nacional do Ministério da Saúde  
Maputo

Dra. Ivete Pinto Dinande  
Médica Chefe da Província de Maputo  
Maputo

Dra. Geraldina Paula Langa  
Técnica da Cooperação Internacional  
Ministério da Saúde  
Maputo

#### **NAMÍBIA**

Hon. Mr Richard Nchabi Kamwi  
Deputy Minister of Health and Social  
Services  
Head of Delegation  
Windhoek

Dr Robert Forster  
Under Secretary - Health Care Services  
Windhoek

Mr Michael Likando  
Regional Director - Northeast Directorate  
Windhoek

Ms Hilma S. D. Auala  
Health Programme Officer, Reproductive  
Health  
Windhoek

Mrs Victoria S. Clarke  
Registered Nurse  
Walvisbay

Ms Helena P. Shifotoka  
Health Programme Administrator  
Outapi

#### **NÍGER**

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

Dr Aboubacar Alarou  
Directeur général de la Santé publique  
Niamey

Mme Dania Rakiatou Abdoulaye  
Secrétaire générale adjointe, Ministère  
de la Santé publique

Dr Maman Elhadji Maty  
Directeur des Laboratoires  
Ministère de la Santé publique et  
de la Lutte contre les Endémies  
Niamey

#### **NIGÉRIA**

Prof. Eyitayo Lambo  
Minister of Health  
Head of Delegation  
Abuja

Dr Shehu Mahdi  
Executive Director, National Primary  
Health Care Development Agency  
Abuja

Dr Suleiman Sani  
Director  
Federal Ministry of Health  
Abuja

Dr Shehu Sule  
Director, Health Planning and Research  
Abuja

Dr D. Awosika  
Chief Executive - NPI  
Abuja

Dr Edugie A. Abebe  
Director Public Health  
Abuja

Dr Titilola I. Koleoso-Adelekan  
Director, Health Systems Development  
Abuja

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

Prof. Oluwole Akande  
Chairman, Regional Reproductive Health  
Task Force  
Ibadan

#### **RWANDA**

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

Dr Claude Sekabaraga  
Directeur des Soins de Santé  
Kigali

Dr Etienne Gasana  
Directeur de Santé, Genre et Affaires  
sociales en Province de Gikongoro  
Gikongoro

Dr Justin Wane  
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine  
Université nationale du Rwanda  
Butare

#### **SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE\***

#### **SENEGAL**

Dr Mandiaye Loume  
Directeur de la Santé  
Chef de Délégation  
Dakar

Dr Adama Ndoye  
Chef de la Division de la Santé  
reproductive  
Dakar

#### **SEYCHELLES**

Mr Patrick G. Pillay  
Minister of Health  
Head of Delegation  
Victoria

Mrs Marie-France MacGregor  
Director of International Cooperation  
Ministry of Health  
Mont Fleuri

---

\* Não pôde participar

**SERRA LEOA\***

**ÁFRICA DO SUL**

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

Mr Renier Schoerman  
Deputy Minister of Health  
Cape Town

Mrs M. Matsau  
Deputy Director-General

Dr K. Chetty  
Deputy Director-General

Mr R. Mabope  
Minister's Special Advisor

Advocate P. Lambert  
Minister's Legal Advisor, Advocate

Ms Nobayeni C. Dladla  
Health Attaché  
Embassy of South Africa  
Washington (USA)

Ms D. Mafubelu  
Health Attaché  
Geneva

Dr T. Balfour  
Head, International Health Liaison

Mr I. Mayeng  
Health Attaché, Africa

Dr N. Madela-Mntla  
Acting Director, Mental Health and  
Substance Abuse

Dr R. Matji  
Director, TB Control

Dr B. Maloba  
Director, Communicable Disease Control

Mrs Thembisile Rose Mdlalose  
Director, Human Resource Development  
Pretoria

Dr T. Sibeko  
Chief Director, Hospital Services

Dr R. E Mhlanga  
Chief Director, Maternal, Child and Women's  
Health

Dr I. Makubalo  
Chief Director, Health Information,  
Evaluation and Research

Dr Ivan de Venter  
Director, Food Control

Mr P. Moonasar  
Deputy Director, Malaria Control Programme

Mr H. Chabalala  
Deputy Director

Mr P. Mahlathi  
Chief Director

---

\* Não pôde participar

Mr P. Fuhri  
Deputy Director

Dr Y. Pillay  
Department of Health

Ms N. Mtsila  
Administrative Officer

### SWAZILÂNDIA

Dr John M. Kunene  
Principal Secretary  
Head of Delegation  
Mbabane

Dr Cesphina Mabuza  
Director of Health Services  
Mbabane

Mrs Elizabeth Mndebele  
Chief Nursing Officer  
Mbabane

Mr Simon Kunene  
Malaria Programme Manager  
Mbabane

Ms Beatrice S. Dlamini  
HIV/AIDS Programme Coordinator  
Mbabane

### TOGO

Mme Suzanne Aho  
Ministre de la Santé  
Chef de Délégation  
Lomé

Dr Potougnima Tchamdja  
Directeur général de la Santé  
Lomé

### UGANDA

Hon. Mr Jim Katugugu Muhwezi  
Minister of Health and Member of  
Parliament  
Head of Delegation  
Kampala

Prof. Francis G. Omaswa  
Director-General of Health Services  
Entebbe

Dr Edward Kigonya  
c/o Ministry of Health  
Entebbe

Dr Alex Opio  
Assistant Commissioner, Health Services  
(National Disease Control)  
Kampala

Amb. Joseph Tomusange  
c/o High Commission  
882, Church Street  
Arcadia - Pretoria  
South Africa

Prof. Emmanuel Kaijuka  
c/o Ministry of Health  
Entebbe

## REPÚBLICA UNIDA DA TANZÂNIA

Dr Mwinyihaji Makame  
Minister for Health, Zanzibar  
Head of Delegation  
Dar-es-Salaam

Hon. Dr Hussein A. Mwiyi  
Deputy Minister for Health  
Deputy Head of Delegation  
Dar-es-Salaam

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

Mr Juma Rajab Juma  
Director of Preventive Services  
Ministry of Health and Social Welfare  
Zanzibar

Dr Ali Salim Ali  
Medical Superintendent, Mnazi Mmoja  
Hospital  
Zanzibar

Dr Catherine Sanga  
Head, Reproductive and Child Health  
Services  
Dar-es-Salaam

Dr Eligius F. Lyamuya  
Head, Department of Microbiology and  
Immunology  
Muhimbili University College of Health  
Sciences  
Dar-es-Salaam

## ZÂMBIA

Dr Brian Chituwo  
Minister of Health  
Head of Delegation  
Lusaka

Mr D. M. Chimfwembe  
Director of Planning and Development  
Ministry of Health  
Lusaka

Dr Mary Katepa Bwalya  
Child Health Specialist  
Lusaka

## ZIMBABWE

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

Dr Elizabeth Xaba  
Permanent Secretary for Health and  
Child Welfare  
Harare

Dr Stanley M. Midzi  
Deputy Director, Disease Prevention  
and Control  
Harare

Dr Owen Mugurungi  
AIDS and TB Programme Coordinator  
Harare

Mrs Margaret Nyandoro  
Reproductive Health Coordinator  
Harare

Dr M. Murwira  
Director Technical Services, Zimbabwe  
National Family Planning Centre  
Harare

## **2. REPRESENTANTES DAS NAÇÕES UNIDAS E SUAS INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS**

### **Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)**

Dr Joseph Foumbi  
UNICEF, Representative  
Bangui  
République centrafricaine

### **Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP)**

Dr Uche Azie  
UNFPA/CST  
Director for Southern Africa  
P.O. Box 4775 - Mount Pleasant  
Harare  
Zimbabwe

### **Programa conjunto das Nações Unidas contra o HIV/SIDA (ONUSIDA)**

Dr Grunitzky Bekele Meskerem  
Associate Director for Africa, UNAIDS  
20 Av. Appia  
Geneva  
Switzerland  
Tel. 0041227914412

Dr Mbulawa Mugabe  
UNAIDS Country Coordinator - South  
Africa  
351 Schoeman Str.  
Pretoria  
South Africa  
Tel.: +27-12-345-8490

### **Organização Internacional da Migração (OIM)**

Dr Maryinez Lyons  
Coordinator for HIV/AIDS, East and  
Central Africa  
P.O. Box 55040  
Nairobi  
Kenya

M. Philippe Boncour  
s/c OIM

### **3. REPRESENTANTES DAS ORGANIZAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS**

#### **União Africana**

M. Mahamat H. Doutoum (Ambassadeur)  
Commissaire chargé des Affaires sociales  
et de la Coopération afro-arabe  
Chef de Délégation  
Addis Abéba  
Ethiopie

Dr Grace Kalimuyogo  
Director a.i., Social Affairs  
P.O. Box 3243  
Addis Ababa  
Ethiopia

Dr Laban Masimba  
Senior Policy Officer/Health and  
Nutrition  
P.O. Box 3243  
Addis Ababa  
Ethiopia

#### **União Económica e Monetária da África Ocidental (UEMOA)**

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



## **Comissão Europeia**

Dr M. Pletschette  
Principal Scientific Administrator  
B - 1040 Bruxelles  
Belgium

Dr M. Hoelscher  
Scientific Director, Mbeya Medical  
Research Programme (Tanzania)  
University of Munich  
Leopold Strasse 5  
80802 Munich  
Germany

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

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

Mr Steven Velabo Shogwe  
P.O. Box 1009  
Arusha  
Tanzania

Dr Thuthula Balfour  
Head IHL  
SADC  
Pretoria 0001  
South Africa

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

Professeur Wiseman Nkhulu  
Président, Comité d'orientation  
du NEPAD

Professeur Erich Buch  
NEPAD

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

### **Associação Internacional de Pediatria (IPA)**

Dr. Cherif Rahimy  
Member of the Standing Committee of International  
Pediatric Association (IPA)  
01 B.P. 2640  
Cotonou  
Bénin

**Associação Sul Africana da Indústria Farmacêutica (PMA)**  
**(em representação a IFPMA de Genebra, Suíça)**

Mr George G. Djlov  
Chief Economist  
P.O. Box 12123  
Vorna Valley 1686  
South Africa

**5. AGÊNCIAS BILATERAIS DE DOADORES**

**Agência Norueguesa para o Desenvolvimento (NORAD)**

Dr Michael Tawanda  
First Secretary, the Royal Norwegian Embassy  
P.O. Box 323  
Lilongwe 3  
Malawi

**6. OBSERVADORES E CONVIDADOS ESPECIAIS**

Mr W. R. Steiger  
Special Assistant to the Secretary for  
International Affairs, Department of  
Health and Human Service  
USA

Prof. Jeffrey Sachs  
Director, Earth Institute,  
Columbia University  
New York  
USA

Dr. Pascoal Mocumbi  
Primeiro Ministro de Moçambique  
Maputo

Ambassador Gertrude Mongella, MP  
Goodwill Ambassador for Maternal and  
Newborn Health  
Advocacy for Women in Africa (AWA)  
P.O. Box 31293  
Dar-es-Salaam  
Tanzania

Mr Philippe Busquin  
European Commissioner in charge of  
Research  
(EU - Funding Health Research in the  
African Region)

Prof. O. Okande  
Chairman, Regional Reproductive Health  
Task Force  
c/o WR/Nigeria

Mr Frank Grag Handley  
Regional Representative of US  
Department of Health and  
Human Services and Health Attaché  
US Embassy  
Pretoria, SA 0001

Dr P. V. Venugopal  
Director, International Operations  
A-11, Sarvodaya Enclave  
New-Delhi - 110017  
India

Dr D. Boateng  
Vice-Chairman and Chief Executive  
Officer  
P.O. Box 78959  
Sandton 2146  
Johannesburg  
South Africa

Dr E. R. Eben-Moussi  
Professeur d'Université  
B.P. 155  
Yaoundé  
Cameroun

Prof. J. J. Muyembe-Tamfum  
Directeur de l'Institut national  
de Recherche biomédicale (INRB)  
Avenue de la Démocratie  
Kinshasa/Gombe  
Rép. démocratique du Congo  
jjmuyembe@yahoo.fr

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

1. Abertura da sessão
2. Constituição da Comissão de Designações
3. Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
4. Aprovação da ordem do dia
5. Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes
6. Actividades da OMS na Região Africana: Relatório Anual do Director Regional 2002-2003 (documento AFR/RC53/2)
  - 6.1 Execução do Orçamento-Programa para 2002-2003
  - 6.2 Relatório de actividades sobre resoluções específicas:
    - a) Programa regional para a tuberculose
    - b) Estratégia regional para a acção humanitária e as situações de emergência
    - c) Vigilância epidemiológica integrada das doenças: Estratégia regional para as doenças transmissíveis
    - d) Estratégia regional para a saúde mental
    - e) Saúde para Todos no Século XXI na Região Africana: Agenda 2020
    - f) Doenças não-transmissíveis: Estratégia para a Região Africana
    - g) Saúde dos adolescentes: Estratégia para a Região Africana
    - h) Estratégia regional para a vacinação durante o período 2003-2005
7. Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde
  - 7.1 Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo (documento AFR/RC53/3)
  - 7.2 Ordens do dia da 113ª sessão do Conselho Executivo, da 57ª sessão da Assembleia Mundial da Saúde e da 54ª sessão do Comité Regional (documento AFR/RC53/4)
  - 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC53/5)

- 7.4 Avaliação e implementação da Resolução WHA51.31 - Dotações do Orçamento Ordinário para as prioridades regionais (documento AFR/RC53/14)
- 8. Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC53/7)
  - 8.1 Macroeconomia e saúde: Perspectivas futuras na Região Africana (documento AFR/RC53/8 Rev.1)
  - 8.2 Reforçar o papel dos hospitais nos sistemas nacionais de saúde (documento AFR/RC53/9 Rev. 1)
  - 8.3 Prevenção e luta contra os traumatismos na Região Africana: Situação actual e programa de acção (documento AFR/RC53/10 Rev.1)
  - 8.4 Saúde das mulheres: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC53/11 Rev.1)
  - 8.5 Higiene dos alimentos e saúde: Análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC53/12 Rev.1)
  - 8.6 Intensificação das intervenções relacionadas com o HIV/SIDA, paludismo e a tuberculose (documento AFR/RC53/13 Rev.1)
- 9. Informação:
  - 9.1 Erradicação da dracunculose na Região Africana da OMS (documento AFR/RC53/INF/DOC.1)
  - 9.2 Preparação e resposta ao SARS na Região Africana da OMS (documento AFR/RC53/INF/DOC.2)
- 10. Habilitações e selecção do Director Regional (documento AFR/RC53/15)
- 11. Mesas-Redondas
  - 11.1 Papel dos serviços de laboratório na prestação de cuidados de saúde de qualidade (documento AFR/RC53/RT/1)
  - 11.2 Maternidade segura: melhoria do acesso aos cuidados obstétricos de emergência (documento AFR/RC53/RT/2)
  - 11.3 Acção humanitária e de emergência: Melhorar a eficácia das intervenções na área da saúde (documento AFR/RC53/RT/3)

12. Relatório das Mesas-Redondas (documento AFR/RC53/16)
13. Decisões processuais (documento AFR/RC53/20)
14. Datas e locais das 54ª e 55ª sessões do Comité Regional (documento AFR/RC53/17)
15. Aprovação do relatório do Comité Regional (documento AFR/RC53/18)
16. Encerramento da 53ª sessão do Comité Regional.

## PROGRAMA DE TRABALHO

1º DIA: SEGUNDA-FEIRA, 1 DE SETEMBRO DE 2003

10h00-12h30	<b>Ponto 1</b>	<b>Abertura da sessão</b>
	<b>Ponto 2</b>	Constituição da Comissão de Designações
	<b>Ponto 3</b>	Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
	<b>Ponto 4</b>	Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC53/1)
	<b>Ponto 5</b>	Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes
12h30-14h30	<i>Almoço</i>	
14h30-15h30	<b>Ponto 6</b>	Actividades da OMS na Região Africana: Relatório Anual do Director Regional 2002 (documento AFR/RC53/2)
16h00-16h30	<i>Intervalo</i>	
16h30-17h15	<b>Ponto 6</b> (Continuação)	
17h15-17h30	<b>Convidados de honra</b>	- Breve declaração do Comissário Europeu Responsável pela Investigação, Sr. Phillippe Busquin  - Breve declaração de Sua Excelência Dr. Pascoal Mocumbi Primeiro Ministro da República de Moçambique
18h00	<i>Recepção oferecida pelo Director Regional da OMS África</i>	

**2º DIA: TERÇA-FEIRA, 2 DE SETEMBRO DE 2003**

08h30-10h00	<b>(Pontos 7 e 8)</b>	
	<b>Ponto 7</b>	Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde
	<b>Ponto 7.1</b>	Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo (documento AFR/RC53/3)
	<b>Ponto 7.2</b>	Ordens do dia da 113ª sessão do Conselho Executivo, da 57ª sessão da Assembleia Mundial da Saúde e da 54ª sessão do Comité Regional (documento AFR/RC53/4)
	<b>Ponto 7.3</b>	Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC53/5)
	<b>Ponto 7.4</b>	Avaliação e implementação da Resolução WHA51.31 – Dotações do Orçamento Ordinário para as prioridades regionais (documento AFR/RC53/14)
10h00-10h30	<i>Intervalo</i>	
10h30-12h30	<b>Ponto 8</b>	Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC53/7)
	<b>Ponto 8.1</b>	Macroeconomia e saúde: Perspectivas futuras na Região Africana (documento AFR/RC53/8 Rev.1)
12h30-14h30	<i>Almoço</i>	



14h30-16h00	<b>Ponto 8.2</b>	Reforçar o papel dos hospitais nos sistemas nacionais de saúde (documento AFR/RC53/9 Rev.1)
16h00-16h30	<i>Intervalo</i>	
16h30-17h30	<b>Sessão Especial I:</b>	Desenvolvimento na NEPAD e as suas implicações para a Saúde Orador: Prof. Erich Buch Presidente da Comissão Orientadora da NEPAD

**3º DIA: QUARTA-FEIRA, 3 DE SETEMBRO DE 2003**

08h30-10h00	<b>Ponto 8.3</b>	Prevenção e luta contra os traumatismos na Região Africana (documento AFR/RC53/10 Rev.1)
10h00-10h30	<i>Intervalo</i>	
10h30-12h30	<b>Ponto 8.4</b>	Saúde das mulheres: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC53/11 Rev.1)
12h30-14h30	<i>Almoço</i>	
14h30-16h00	<b>Ponto 8.5</b>	Higiene dos alimentos e saúde: Análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC53/12 Rev.1)
16h00-16h30	<i>Intervalo</i>	
16h30-17h30	<b>Sessão Especial II:</b>	Migração dos Profissionais de Saúde: Um desafio para os Sistemas de Saúde em África

**4º DIA: QUINTA-FEIRA, 4 DE SETEMBRO DE 2003**

08h30-10h30	<b>Ponto 9 da ordem do dia provisória</b>	Informação
	<b>Ponto 9.1</b>	Erradicação da dracunculose na Região Africana da OMS (documento AFR/RC53/INF/DOC.1)

	<b>Ponto 9.2</b>	Preparação e resposta ao SARS na Região Africana da OMS (documento AFR/RC53/INF/DOC.2)
	<b>Ponto 10</b>	Habilitações e selecção do Director Regional (documento AFR/RC53/15)
	<b>Ponto 14</b>	Datas e locais das 54ª e 55ª sessões do Comité Regional (documento AFR/RC53/17)
10h30-11h00	<i>Intervalo</i>	
11h00-13h00	Mesas-Redondas	
	<b>Ponto 11.1</b>	O papel dos serviços de laboratório na prestação de cuidados de saúde de qualidade (documento AFR/RC53/RT1)
	<b>Ponto 11.2</b>	Maternidade segura: melhoria do acesso aos cuidados obstétricos de emergência (documento AFR/RC53/RT2)
	<b>Ponto 11.3</b>	Acção humanitária e de emergência: Melhorar a eficácia das intervenções na área da saúde (documento AFR/RC53/RT3)
13h00-14h30	<i>Almoço</i>	
14h30-15h30	<b>Ponto 13</b>	Decisões processuais (documento AFR/RC53/20)
	<b>Ponto 12</b>	Relatório das Mesas-Redondas (documento AFR/RC53/16)
	<b>Sessão Especial II: (Continuação)</b>	Migração dos Profissionais de Saúde: Um desafio para os Sistemas de Saúde Em África
15h30-16h00	<i>Intervalo</i>	

16h00-18h00      **Sessão Especial III:**      Estratégia de Saúde da NEPAD: Programa de  
Acção Inicial  
Orador: Prof. Wiseman Nkuhulu

**5º DIA:            SEXTA-FEIRA, 5 DE SETEMBRO DE 2003**

14h30-16h30                      **(Pontos 15 e 16 da ordem do dia provisória)**

**Ponto 15**                      Aprovação do relatório do Comité Regional  
(documento AFR/RC53/18)

**Ponto 16**                      Encerramento da 53ª sessão do Comité  
Regional

## ANEXO 3

### RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

#### ABERTURA DA SESSÃO

1. O Subcomité do Programa reuniu em Brazzaville, no Congo, entre 17 e 20 de Junho de 2003. A Mesa era constituída por:

Presidente:	Professor Pierre-Andre Kombila-Koumba (Gabão)
Vice-presidente:	Dra. Teniin Jepkemoi Gakuruh (Quénia)
Relatores:	Dr. Miaka-mia Bilenge (República Democrática do Congo) Dr. Omar Sam (Gâmbia)

2. A lista de participantes consta do Anexo 1.

3. O Director Regional, Dr. Ebrahim M. Samba, deu as boas-vindas aos membros do Subcomité do Programa (SCP), aos membros do Conselho Executivo da Região Africana e ao Vice-presidente da Comissão Consultiva Africana para a Investigação e Desenvolvimento em Saúde (AACHRD), tendo informado o Subcomité de que esta era a primeira reunião do SCP que se realiza em Brazzaville desde o regresso do Escritório Regional. Acrescentou que a situação em Brazzaville melhorou significativamente graças ao Governo da República do Congo, em geral, e ao seu Chefe de Estado, em particular.

4. O Director Regional informou o Subcomité do Programa da recente eleição do Director-Geral da Organização Mundial de Saúde, Dr. J. W. Lee, que descreveu como uma pessoa experiente e simpática. O Dr. Samba reconheceu igualmente a valiosa contribuição da Directora-Geral cessante, Dra. Gro Harlem Brundtland, que descreveu como uma verdadeira amiga de África. O Director Regional manifestou a sua gratidão à Dra. Brundtland por ter aumentado consideravelmente as dotações orçamentais destinadas à Região Africana e por ter dado início à iniciativa focalizada nos países, a qual resultará num aumento da capacidade das Representações da OMS nos países e facilitará ainda mais a descentralização nos países de grande extensão territorial.

5. Referindo-se a outras áreas programáticas, como a poliomielite, paludismo e tuberculose, o Dr. Samba fez notar ao Subcomité do Programa, com satisfação, que os fundos provenientes de outras fontes tinham aumentado substancialmente. Anunciou que a União Europeia tencionava doar à Região Africana 600 milhões de euros para investigação médica. Lembrou ainda ao Subcomité que o sentido de responsabilidade e a transparência eram o segredo para mobilizar financiamentos provenientes de outras fontes. Apelou aos países e aos funcionários da OMS a utilizarem eficazmente todos os fundos disponíveis, e a prestarem as devidas contas. Reafirmou o empenhamento da OMS na erradicação da polio e na redução da prevalência de outras doenças prioritárias, como paludismo, tuberculose e HIV/SIDA.

6. O Dr. Samba lembrou que o papel do Subcomité do Programa havia sido ampliado desde o Comité Regional realizado em Sun City, na África do Sul, afirmando que a sua actividade presentemente ia para além da análise do Orçamento-Programa, abrangendo todos os outros aspectos técnicos.

7. Ao comentar a ordem do dia, o Dr. Samba sublinhou o papel dos hospitais na prestação de cuidados especializados, para minimizar dispendiosas evacuações para fora de África, tendo informado o Subcomité sobre os esforços do Escritório Regional no sentido de promover a criação de hospitais subregionais de referência. Alertou para a possibilidade de tais esforços falharem, caso persistisse a competição entre os vários países. Reafirmou ainda que situações de emergência tais como secas, inundações, sismos e surtos de várias doenças são endémicas em África.

8. O Director Regional, recordou a proposta efectuada pelos Ministros da Saúde, aquando da sessão do Comité Regional realizada em 1995, em Libreville, de dotar 15% dos orçamentos de Estado ao sector da saúde. Esta proposta foi posteriormente assumida pelos Chefes de Estado durante a reunião realizada no ano 2000 em Abuja. Lamentou o facto de os Estados-Membros terem avançado de forma tão lenta para a realização desta meta. O estudo iniciado pela Dra. Brundtland sobre Macroeconomia e Saúde demonstrou que o investimento na saúde tem elevados retornos económicos, pelo que a África não poderá desenvolver-se enquanto a maioria da sua população tiver má saúde. O Dr. Samba instou os Estados-Membros a aumentarem os investimentos na saúde, como estratégia eficaz para a redução da pobreza.

9. O Dr. Samba expressou os seus agradecimentos sinceros aos Chefes de Estado pela sua eleição, e a todos os funcionários da OMS pelo excelente trabalho que têm vindo a realizar na Região Africana, tornando-a numa das melhores Regiões da Organização Mundial de Saúde. Afirmou ainda que a África pode ocupar o lugar que lhe cabe de pleno direito nos *fora* internacionais.

10. O Professor Pierre-Andre Kombila-Koumba, Presidente do Subcomité de Programa, agradeceu aos membros a honra concedida a si e ao seu país ao elegê-lo. Felicitou o Director Regional e toda a sua equipa pelo excelente trabalho que têm vindo a realizar e pela elevada qualidade dos documentos. Concluiu, sublinhando que a sua função como Presidente era coordenar e facilitar o trabalho do Subcomité de Programa.

11. A ordem do dia provisória (Anexo 2) e o programa de trabalho provisório (Anexo 3) foram aprovados sem alterações.

### **MACROECONOMIA E SAÚDE: PERSPECTIVAS FUTURAS NA REGIÃO AFRICANA** (documento AFR/RC53/8)

12. O Dr. J.M. Kirigia, do Secretariado, apresentou uma panorâmica do documento sobre macroeconomia e saúde.

13. Explicou que, em Janeiro de 2000, a Directora-Geral da OMS tinha criado uma Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMS), para estudar a relação entre o aumento dos investimentos na saúde, o desenvolvimento económico e a redução da pobreza.

14. A análise da CMS apresentou evidências de que: a doença contribui significativamente para a pobreza e para o fraco crescimento económico; um pequeno número de afecções é responsável pela elevada proporção de má saúde e de óbitos prematuros; um aumento substancial na utilização de intervenções com boa relação custo-eficácia na abordagem dos problemas de saúde prioritários poderia salvar milhões de vidas por ano; é necessário um sistema “próximo do utente” que permita intensificar as intervenções com boa relação custo-eficácia direccionadas para os pobres; o actual nível de gastos com a saúde nos Estados-Membros é insuficiente para permitir intensificar as intervenções com boa relação custo-eficácia.

15. Com base nas conclusões supracitadas, a CMS recomendou um reforço do compromisso político, a nível nacional e internacional, no sentido de aumentar os investimentos nos sistemas de saúde “próximos do utente” e de promover uma maior utilização de intervenções com boa relação custo-eficácia na abordagem dos programas de saúde prioritários a nível nacional. Considerando que os diferentes Estados-Membros se encontram inseridos em diferentes contextos e se deparam com desafios diferentes, o documento sugere, ao invés de prescrever, as medidas genéricas que poderão ser empreendidas na formulação de planos de investimento visando o aumento da utilização das intervenções com boa relação custo-eficácia, para tratar problemas de saúde prioritários e, afins.

16. O Dr. Kirigia enumerou as medidas genéricas supracitadas como sendo: reunir consenso em torno da pertinência das conclusões e das recomendações da CMS a nível dos países; estabelecer mecanismos institucionais para facilitar a implementação das recomendações da CMS nos países; proceder à análise da situação e elaboração do plano estratégico; estabelecer orientações sobre o modo de colmatar as lacunas de financiamento; proceder à revisão dos planos de desenvolvimento do sector da saúde e sectores afins, bem como as componentes pertinentes dos Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza; promover a execução do plano estratégico pluri-anual pelos principais ministérios e organismos; proceder à monitorização, avaliação e elaboração de relatórios.

17. Os membros do Subcomité do Programa consideraram que o documento seria um instrumento útil para planificar a intensificação dos investimentos na saúde, necessários para a expansão das intervenções sanitárias a favor dos pobres. Afirmaram que as actividades contabilísticas nacionais na área da saúde que os Estados-Membros estão a desenvolver, serão úteis para quantificar os fundos actualmente disponíveis e, provenientes de todas as fontes (incluindo todos os sectores relevantes), assim como a sua afectação e utilização.

18. O Subcomité do Programa afirmou que é necessário o exercício de uma forte função de administração-geral na área da saúde. A contribuição para a saúde das actividades empreendidas por todos os sectores (por exemplo, educação, água e saneamento, ambiente, agricultura, trabalho e indústria) deveria ser quantificada para se poder chegar a uma estimativa global da contribuição de cada um deles para o financiamento da saúde. A capacidade nacional no domínio da saúde pública deverá ser incrementada afim de garantir a inclusão dos problemas relacionados com a saúde nas políticas, projectos e actividades de todos os sectores do desenvolvimento.

19. O Secretariado explicou que a Macroeconomia e Saúde é uma área de actividade relativamente nova na OMS e constitui uma mudança paradigmática de uma abordagem de natureza médica para uma abordagem mais relacionada com o desenvolvimento. A Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora-Geral da OMS, será sempre lembrada por ter dado início ao trabalho sobre macroeconomia e saúde. O Secretariado garantiu ao Subcomité que a OMS continuará a advogar por reforçar a capacidade dos Estados-Membros na área da economia da saúde.

20. O Subcomité recomendou o documento com emendas e preparou um projecto de resolução (AFR/RC53/WP/1) sobre este assunto, que será submetido ao Comité Regional para aprovação.

## REFORÇAR O PAPEL DOS HOSPITAIS NOS SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE (documento AFR/RC53/9)

21. Este documento foi apresentado pelo Dr. R. Chatora, do Secretariado.

22. O Dr. Chatora afirmou que o documento tinha como objectivo propor um quadro de referência para a melhoria do desempenho dos hospitais nos sistemas nacionais de saúde. A análise situacional permitiu observar que, ao longo das duas últimas décadas, houve um declínio no desempenho dos sistemas nacionais de saúde na Região Africana. Referiu ainda que o importante papel que os hospitais desempenham no âmbito dos sistemas nacionais de saúde, constituía uma das questões fundamentais, que mereciam atenção prioritária.

23. Afirmou ainda que no quadro de referência proposto no documento eram definidas as três principais funções dos mesmos, a saber: prestação de cuidados de saúde com elevada qualidade; desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; informação e investigação.

24. De forma a permitir aos hospitais empreenderem as funções acima mencionadas, foram propostas algumas orientações. O Dr. Chatora salientou-as como sendo: desenvolvimento dos hospitais; a função de administração-geral do governo; reforço da colaboração entre os hospitais e os restantes níveis do sistema de saúde; desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; tornar a qualidade dos cuidados o ponto fulcral do desenvolvimento hospitalar; melhoria dos mecanismos de financiamento hospitalar; melhoria da organização e gestão dos hospitais; melhoria da capacidade de resposta; e melhoria da colaboração entre a medicina tradicional e os hospitais.

25. O documento descrevia igualmente os papéis e responsabilidades dos países, dos parceiros e da Organização Mundial de Saúde (OMS), na implementação do quadro de referência.

26. O Dr. Chatora afirmou que o documento terminava com o argumento de que o desenvolvimento dos hospitais deveria ser efectuado no contexto das reformas do sector da saúde. A atenção apropriada dada aos hospitais não deveria diminuir a importância a conceder aos restantes níveis do sistema nacional de saúde. Neste contexto, deveriam continuar os esforços para impulsionar os Cuidados Primários de Saúde, o que requeria uma forte função de administração-geral das autoridades nacionais e firme compromisso por parte dos parceiros.



27. Os membros do Subcomité do Programa expressaram a sua satisfação pela qualidade, relevância e pertinência do documento, apesar de esta questão ser apresentada para discussão um tanto tardiamente. Salientaram ainda que poderia constituir um instrumento útil para advogar o apoio dos governos e dos parceiros, permitindo que os hospitais desempenhem o seu importante papel na prestação de cuidados de qualidade, na formação dos profissionais de saúde e na área da investigação. Os membros do Subcomité reafirmaram que a melhoria das condições de trabalho nos hospitais, incluindo a formação e a remuneração, era fundamental para a motivação e retenção dos profissionais de saúde. O Subcomité salientou ainda o facto de que a melhoria dos hospitais implicaria simultaneamente o relançamento das instituições de formação dos profissionais de saúde.

28. O Subcomité do Programa destacou a necessidade de se sublinhar o papel da participação comunitária no desenvolvimento e gestão dos hospitais, como garante de sustentabilidade. O SCP destacou ainda a necessidade de se melhorar a dotação orçamental dos hospitais, assim como de assegurar a sua disponibilidade atempada e gestão adequada.

29. No que diz respeito à mobilização de recursos para os hospitais, os membros do Subcomité do Programa sublinharam a importância das parcerias inter-institucionais. Isso implicaria encorajar a geminação dos hospitais africanos com os dos países desenvolvidos. O SCP considerou que a questão de reforçar os hospitais deve ser tratada globalmente, antes de se optar por uma abordagem país por país. Além disso, torna-se necessária uma descentralização eficaz dos mecanismos de prestação de cuidados de saúde, associada a uma utilização racional dos recursos disponíveis, para garantir um melhor desempenho dos sistemas de saúde.

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

- a) No Resumo, no parágrafo 3 a) deve ler-se “desenvolvimento hospitalar com a função de administração-geral do governo e participação efectiva das comunidades”
- b) Em Análise da Situação
  - no parágrafo 5, a segunda frase deve ler-se: “A rede hospitalar inclui hospitais distritais, hospitais regionais, hospitais terciários e hospitais universitários”;

- no parágrafo 7, a primeira frase deve ler-se “O financiamento dos hospitais representa um dilema, pois, geralmente, estes consomem a maior porção do orçamento do ministério da saúde (por vezes, mais de 70% do total)”;
  - no parágrafo 9, na última frase, deve ler-se: “Em muitos países, os altos funcionários públicos e os elementos mais ricos da sociedade demonstram a sua falta de confiança nos hospitais públicos, recorrendo a tratamento médico nos hospitais privados ou no estrangeiro”
  - no parágrafo 13, na primeira frase, deve ler-se: “Alguns dos programas sanitários utilizam as unidades de saúde a nível distrital para formação em serviço e desenvolvimento do pessoal”.
- c) Na secção sobre “Quadro de referência para o reforço do papel dos hospitais nos sistemas nacionais de saúde”,
- acrescentar: “d) participação das comunidades” no parágrafo 18;
  - no parágrafo 19 a) deve ler-se: “prestação de cuidados de referência”;
  - no parágrafo 20, a primeira frase deve ler-se: “A prestação de cuidados de saúde com boa relação custo-eficácia é a função principal dos hospitais ao tratarem de casos referenciados”;
  - no parágrafo 24, na alínea a), deve ler-se: “desenvolvimento hospitalar com função de administração-geral do governo e participação efectiva da comunidade”;
  - no parágrafo 31, na primeira frase, a alteração proposta para o original não afecta a versão portuguesa.

31. O Secretariado agradeceu ao Subcomité do Programa as suas observações, as quais seriam utilizadas para enriquecer o documento. Reconheceu que a situação actual dos hospitais é uma consequência da deterioração económica, da falta de empenho na prestação de serviços sociais por parte dos governantes e dos efeitos da guerra civil. O Secretariado sublinhou a necessidade de mais investimento no sector da saúde por parte dos governos e de uma melhor gestão dos recursos. Sublinhou ainda que a maior responsabilidade pela melhoria da situação sanitária dos africanos cabe aos respectivos governos.

32. O Subcomité recomendou o documento com emendas e preparou um projecto de resolução (AFR/RC53/WP/2) sobre este assunto, que será submetido ao Comité Regional para aprovação.

**PREVENÇÃO E LUTA CONTRA OS TRAUMATISMOS NA REGIÃO AFRICANA: SITUAÇÃO ACTUAL E PROGRAMA DE ACÇÃO** (documento AFR/RC53/10)

33. O Dr. Mohamed Belhocine, do Secretariado, apresentou este documento.

34. Recordou que o documento sublinhava o facto de os traumatismos serem tão importantes quanto as outras doenças e de a sua prevenção e controlo implicarem os mesmos princípios que os outros problemas de saúde pública. Os traumatismos são classificados como acidentais e intencionais. Os traumatismos acidentais incluem acidentes rodoviários, envenenamento, quedas, incêndios e afogamento; os traumatismos intencionais compreendem a violência interpessoal, colectiva e auto-infligida.

35. O Dr. Belhocine sublinhou que os traumatismos são problemas sociais com importantes implicações para a saúde pública, tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos. Representam 11% da taxa de mortalidade global e 13% de todos os anos de vida perdidos ajustados às incapacidades. No ano 2000, somente na Região Africana, cerca de 750.000 pessoas terão morrido em consequência de traumatismos, o que representa 7% do total de óbitos a nível da Região e 15% dos óbitos por traumatismos em todo o mundo.

36. Acrescentou que os impactos dos traumatismos e da violência sobre a saúde, a economia e a sociedade são mais significativos nos países pobres e entre as populações mais desfavorecidas. Os traumatismos podem resultar em pobreza, a qual por seu lado é um factor de risco para os traumatismos e a violência. Na Região Africana, os traumatismos resultantes de acidentes rodoviários, conflitos e violência interpessoal são as principais causas de mortalidade e de incapacidade por traumatismos.

37. O Dr. Belhocine afirmou que o sector da saúde é o ponto de convergência de todos os traumatismos, já que a informação, educação, comunicação, vigilância de dados, cuidados pré-hospitalares, cuidados hospitalares e reabilitação envolvem os indivíduos e instituições do sector dos cuidados de saúde.

38. Assim, o documento concluía que o sector da saúde era essencial para o aumento da consciencialização, assim como para a mobilização de outros sectores e intervenientes. Deveria igualmente advogar a favor de, e contribuir para a elaboração, aprovação e implementação de políticas, estratégias e planos abrangentes vocacionados para a prevenção e controlo dos traumatismos e da violência.

39. Os membros do Subcomité consideraram o documento como sendo relevante e pertinente, tendo recomendado que se destacassem nele os seguintes factores: globalização; catástrofes naturais; efeitos negativos da urbanização descontrolada; efeitos psicossociais e mentais dos traumatismos; instabilidade política; falta de segurança; efeitos da guerra; níveis elevados de homicídios; consumo de droga entre os jovens, resultando em excessos de velocidade; e práticas tradicionais nocivas. O Subcomité do Programa recomendou ainda que a noção de “paz” e dos seus condicionantes deveria ser mais aprofundada, para facilitar a concepção de orientações claras que pudessem ser usadas nos países em acções de advocacia ao mais alto nível.

40. Foram as seguintes as alterações específicas que o Subcomité propôs para o documento:

a) No “Resumo”:

- No parágrafo 1, Segunda frase, a seguir a “falta de”, acrescentar “informação fidedigna resultante de investigação e consciencialização pública...”
- No parágrafo 4, a seguir a “cuidados pré-hospitalares”, acrescentar “(incluindo serviços de urgência e de ambulância)”
- No parágrafo 5, a seguir à palavra “abrangentes”, acrescentar “com base em dados factuais...”. No final da frase, inserir “bem como as consequências deles resultantes”.

b) Na secção da “Introdução”:

c) Na secção “Situação actual”

- No parágrafo 11, incluir “instabilidade política e factores sócio-culturais”.
- No parágrafo 13, actualizar a Figura 2 com dados estatísticos mais recentes.
- No parágrafo 25, apresentar as estatísticas actuais do número de suicídios na Região Africana.

- d) Na secção “Programa de Acção”:
- No parágrafo 28, incluir “com base em dados factuais” a seguir a “medidas preventivas”. O papel da investigação no domínio da prevenção dos traumatismos deveria ser reforçado.
  - No parágrafo 30, segunda frase, incluir a frase “bem como encorajar parcerias mais eficientes e de base mais alargada” e reforçar o papel da investigação.
- e) Na secção “Papéis e Responsabilidades”
- No parágrafo 31, deveria definir-se o conceito de paz. Deveria também ser feita a diferença entre paz e “ausência de guerra”.
  - No parágrafo 35, deveria incluir-se a expressão “primeiros-socorros”. Deveria ainda acrescentar-se “prevenção e reabilitação com base comunitária”.
  - No parágrafo 37, a palavra “ajustar”, deveria ser substituída por “reforçar”.
  - No parágrafo 38, introduzir “curativas e preventivas” após intervenções.
- f) Na secção sobre “Monitorização e avaliação”, deveria ser incorporado o aspecto da preparação para situações de emergência, bem como mencionado a quem cabe a responsabilidade da monitorização e avaliação.

41. O Secretariado agradeceu ao Subcomité do Programa os comentários que seriam incluídos para o enriquecimento do documento. Reconheceram que as consequências psicossociais dos traumatismos constituem um grave problema na Região. O Secretariado esclareceu que a falta de dados sobre o suicídio na Região Africana se deviam a inúmeros factores, como sistemas de informação limitados e considerações culturais específicas. Enfatizaram que a responsabilidade pela monitorização e avaliação reside nos países e que a OMS prestaria todo o apoio necessário.

42. O Subcomité recomendou o documento com emendas e preparou um projecto de resolução (AFR/RC53/WP/3) sobre este assunto, que será submetido ao Comité Regional para aprovação.

## SAÚDE DAS MULHERES: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA

(documento AFR/RC53/11)

43. A Dra. Doyin Oluwole, do Secretariado, apresentou este documento.

44. Afirmou que o documento definia a saúde das mulheres como um estado de completo bem-estar físico, mental e social ao longo de toda a sua vida e não apenas a sua saúde reprodutiva. As grandes determinantes da má saúde das mulheres são a vulnerabilidade biológica às doenças (tal como o HIV/SIDA), o seu baixo estatuto social, o acesso limitado aos serviços de saúde, fraco nível de literacia e falta de poder de decisão.

45. A Dra. Oluwole sublinhou que o documento descrevia as várias fases da saúde da mulher. Por exemplo, as infecções, traumatismos físicos e abuso sexual são comuns durante a infância. A adolescência é caracterizada por casamentos precoces, gravidezes indesejadas, abortos inseguros, práticas tradicionais nefastas e mutilações genitais femininas. Ao longo do período fértil, a morbilidade e a mortalidade maternas são grandes desafios de saúde pública. Mais tarde, os cancros da mama e do colo do útero, a osteoporose, o síndrome pós-menopausa e a depressão mental constituem as principais causas de morbilidade e mortalidade. As infecções sexualmente transmissíveis (IST), o HIV/SIDA e a violência ocorrem ao longo de toda a vida da mulher. A tuberculose, o paludismo e o HIV/SIDA constituem uma tríade mortal para as mulheres africanas.

46. Afirmou que a estratégia proposta visava contribuir para alcançar o mais elevado nível de saúde das mulheres. A estratégia contemplava doenças que são exclusivas ou têm maior prevalência nas mulheres, bem como aquelas que têm consequências mais graves e que decorrem de diferentes factores de risco nas mulheres.

47. A Dra. Oluwole indicou ainda que as intervenções propostas centravam-se: na melhoria da capacidade de resposta dos sistemas de saúde às necessidades específicas das mulheres; na elaboração de políticas adequadas, assim como de estratégias de advocacia e de comunicação; assim como no reforço da capacidade dos agentes de saúde a todos os níveis para a prestação de cuidados de qualidade. Acrescentou que as intervenções seriam implementadas no contexto das reformas do sector da saúde e de equidade em saúde, bem como, em parceria com mulheres, homens, líderes de opinião, organizações baseadas na comunidade, ONG, ministérios competentes e instituições públicas e privadas.

48. Reiterou que o documento requeria, por parte dos Estados-Membros, o estabelecimento ou a revisão de enquadramentos legais e a recolha de dados decompostos por sexo, por forma a promover a saúde das mulheres; que a OMS e os parceiros prestassem assistência técnica, elaborassem guias e instrumentos genéricos, e apoiassem os países na aplicação de indicadores adequados; o documento requeria ainda um ambiente favorável, que promova a melhoria da capacidade de resposta do sistema de saúde às necessidades das mulheres, a educação das meninas, os cuidados de saúde de qualidade, a eliminação da discriminação baseada nos sexos e das práticas tradicionais nocivas, bem como um reconhecimento do papel das mulheres na manutenção do ciclo de vida humano. Concluindo a sua apresentação, a Dra. Oluwole propôs uma alteração nos parágrafos 24 e 34 da versão francesa, para que “EOC” fosse substituído por “SOU”. No parágrafo 34, segunda frase, deveria ler-se “statistiques sanitaires indispensables désaggrégées”, em vez de “statistiques sanitaires indispensables ventilées”.

49. Os membros do SCP felicitaram o Secretariado pela elaboração de uma estratégia sobre a saúde das mulheres. Discutiram os vários aspectos do documento e levantaram as seguintes questões:

- a) a necessidade de abordar as questões específicas das mulheres nas zonas rurais;
- b) a posição da OMS perante a alteração proposta na designação de mutilação genital feminina (MGF) para corte genital feminino;
- c) a educação das meninas como meio de libertação das mulheres do fardo das afecções específicas às mulheres, incluindo a pobreza;

50. Os membros do SCP efectuaram os seguintes comentários e sugestões para melhorar o documento:

- a) foram pedidos esclarecimentos em relação a expressão “geographical and financial access”;
- b) na última frase do parágrafo 2, os factores listados não são específicos às mulheres;
- c) no parágrafo 9, quarta frase, substitui a palavra “inaceitavelmente”, por “extremamente” e acrescentar “falta de cuidados pré-natais”;
- d) no parágrafo 10, foi pedido esclarecimento sobre “exaustão materna”, “incapacidades maternas” e “cultura de silêncio e resignação”;

- e) no parágrafo 12, deveria incluir-se a questão dos orfãos do HIV/SIDA e do fardo que representam os cuidados que lhes são dispensados pelas mulheres, especialmente as idosas; deveria esclarecer-se a questão da vulnerabilidade biológica das mulheres ao HIV/SIDA;
- f) no parágrafo 13, foi pedido um esclarecimento sobre a frase que se inicia com “a reemergência da tuberculose”;
- g) no parágrafo 15, foi solicitado um relatório sobre os progressos registados na implementação das actividades relativas à eliminação das MGF na Região;
- h) no parágrafo 19 a), a cláusula “advogar políticas e programas vocacionados para a saúde das mulheres”, deveria ser alterado para “advogar a favor de políticas e programas de saúde sensíveis à mulher”;
- i) no parágrafo 19 b), acrescentar “em especial a mortalidade materna”, no final da frase;
- j) no parágrafo 19 c), acrescentar “e assegurar a maternidade segura” no final da frase;
- k) no parágrafo 20, sugeriu-se a inclusão da questão da educação das meninas;
- l) no parágrafo 20 b), no final da frase, acrescentar “em particular, os cuidados obstétricos de emergência”;
- m) no parágrafo 23, segunda frase, antes de “diabetes e cegueira”, inserir “hipertensão arterial”;
- n) no parágrafo 35 da versão francesa, segunda frase, solicitou-se a alteração de “engagement ferme” para “ferme engagement”;

51. Durante a análise do Resumo, foram efectuados os seguintes comentários e sugestões:

- a) acrescentar no final do parágrafo 2: “Todos estes factores requerem estudos pormenorizados a fim de orientar a elaboração de políticas e promover planeamentos e intervenções eficazes”;



- b) no parágrafo 4, foi sugerida a ligação dos objectivos da presente estratégia regional com as metas de desenvolvimento do milénio;
- c) no parágrafo 5, a seguir a “sistemas de saúde”, acrescentar “baseadas em informação fidedigna” e acrescentar “com base em dados factuais”, após “adequadas”.

52. O Secretariado expressou o seu apreço pelos comentários e sugestões efectuados pelos membros do Subcomité do Programa e garantiu que estes seriam incluídos na versão revista.

53. Para além disso, recordou-se aos membros do SCP que mais de 50% da população africana é constituída por mulheres. Consequentemente, estas deveriam fazer parte do processo de desenvolvimento. Em particular, a educação das meninas foi considerada como um dos principais factores de promoção da equidade, de capacidade de decisão das mulheres, da acessibilidade aos sistemas de saúde e da redução das práticas tradicionais nocivas. Apesar da pobreza e da falta de desenvolvimento afectarem tanto os homens como as mulheres, enfatizou-se o facto de terem um maior impacto nas mulheres. Além disso, foi reiterado o facto de que apesar da mortalidade materna constituir um grande desafio, o documento estratégico apresentado, abordava questões que iam para além da maternidade segura para incluir os demais problemas de saúde que a mulher enfrenta ao longo do seu ciclo de vida.

54. Em resposta às questões específicas levantadas, o Secretariado forneceu as seguintes explicações:

- a) A expressão mutilação genital feminina seria mantida por parte da OMS, apesar da proposta de alteração para *corte genital feminino (FGC)*, pois esta prática envolve a mutilação da genitália feminina e não apenas o seu corte;
- b) A acessibilidade geográfica referia-se à facilidade de acesso à unidade sanitária tendo em conta a distância e as condições topográficas e a acessibilidade financeira referia-se à capacidade de utilizar os cuidados de saúde, tendo em consideração os custos envolvidos;
- c) A decomposição dos dados é necessária por forma a prestar melhor informação sobre o estado de saúde das mulheres e dos homens; com base nesta explicação, a frase “disaggregated data”, seria mantida e a versão portuguesa seria revista em conformidade;

- d) Na questão da vulnerabilidade biológica das mulheres ao HIV/SIDA, foram mencionados quatro factores contributivos, a saber: maior superfície da área da vagina; acomodação de uma maior quantidade de sémen na vagina; maior carga viral no sémen; e múltiplas micro-erosões na vagina durante o acto sexual;
- e) No respeitante aos factores enumerados no parágrafo 2, foi pedido ao Subcomité do Programa que se reportasse ao parágrafo 17 do documento: Embora os factores sejam comuns aos homens e às mulheres, têm graves consequências e implicam riscos acrescidos para as mulheres, sendo como tal um dos valores acrescentados da estratégia;
- f) relativamente à “cultura do silêncio e resignação”, a explicação apresentada foi a de que, no contexto tradicional africano, as crianças em geral, e as raparigas em especial, são ensinadas a ficarem caladas quando outros membros da família estão a falar; por isso, crescem com este silêncio e prestam mais atenção a assuntos que digam respeito não a si próprias, mas ao resto da família;
- g) no que diz respeito à “exaustão materna”, esta foi explicada como uma síndrome corrente que consiste numa fadiga crónica provocada por partos numerosos ou pouco espaçados, agravados pela malnutrição e pela anemia;
- h) no parágrafo 10, relativamente à expressão “incapacidade materna”, observou-se que a tradução portuguesa deveria ser “incapacidades decorrentes da maternidade”.
- i) no que se refere aos progressos verificados na eliminação da mutilação genital feminina, os membros do Subcomité foram informados de que está a decorrer um inquérito para avaliar os primeiros cinco anos da implementação do Plano Regional de Acção para acelerar a eliminação da MGF em 20 anos em África. Foi ainda referido que em Dezembro de 2003 estariam disponíveis os resultados preliminares, que seriam partilhados com os Estados-Membros.

55. O Subcomité aprovou o documento com emendas e preparou um projecto de resolução AFR/RC53/WP/4 sobre este assunto, que será submetido ao Comité Regional para análise e aprovação.

## HIGIENE DOS ALIMENTOS E SAÚDE: ANÁLISE DA SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS (documento AFR/RC/53/12)

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

57. Explicou que o documento apresentava as doenças transmitidas pelos alimentos como um grande problema de saúde pública, que origina também uma baixa produtividade económica. Todos os anos, milhões de pessoas em todo o mundo adoecem devido ao consumo de alimentos contaminados e insalubres. Garantir a higiene dos alimentos é uma componente crítica e fundamental da saúde pública e da segurança alimentar. A Quinquagésima-terceira Assembleia Mundial da Saúde aprovou a Resolução WHA 53.15, que exortou a OMS e os Estados-Membros a reconhecer a higiene dos alimentos como uma componente fundamental da saúde pública.

58. A Sra. Anikpo-Ntame afirmou que os riscos alimentares incluem os agentes patogénicos microbianos e os contaminantes químicos e físicos. Os factores de origem sócio-económica, ambiental e climática, assim como a má higiene pessoal e alimentar, predis põem à contaminação dos alimentos na Região.

59. Referiu que a elevada incidência de doenças transmitidas pelos alimentos constituía um desafio constante na Região. Apesar de se terem dado alguns passos no sentido da melhoria da higiene dos alimentos, os sucessos têm sido intangíveis. O estudo regional realizado pela OMS em 2002 sobre a higiene dos alimentos demonstrou que a maioria das políticas e dos programas nacionais sofre de lacunas e de uma conexão inadequada entre as diversas estratégias. Existe assim a necessidade de reforçar as capacidades dos países para criarem sistemas abrangentes, sustentáveis e integrados de higiene dos alimentos. A redução das doenças transmitidas pelos alimentos está dependente da existência e aplicação da legislação sobre higiene alimentar, implementação de medidas de prevenção baseada nos riscos, vigilância e desenvolvimento das capacidades.

60. A Sra. Anikpo-Ntame concluiu, frisando que, devido à necessidade de elevar o perfil da higiene dos alimentos na Região, o documento realçava a dimensão do problema da higiene dos alimentos; examinava a relação entre higiene dos alimentos, saúde e desenvolvimento; e propunha abordagens e acções prioritárias para reforçar as actividades relativas à higiene dos alimentos nos países.

61. Os membros do Subcomité do Programa agradeceram ao Secretariado o facto de este ter posto à discussão este importante problema e também a qualidade do documento, mas observaram que este não referia o papel dos laboratórios no controlo da higiene dos alimentos. Reconhecendo o envolvimento de vários sectores na produção, manuseamento, inspecção, importação e exportação de alimentos, os membros do Subcomité sublinharam a necessidade de colaboração multisectorial sob a coordenação e liderança do ministério da saúde. Os papéis dos sectores respectivos devem ser claramente definidos pelos governos, para evitar a duplicação e melhorar as sinergias.

62. O Subcomité do Programa (SCP) realçou ainda a falta de instrumentos e de preparação dos países da Região para enfrentarem o problema dos riscos alimentares, tais como a contaminação radioactiva, química e bacteriológica, entre outros. Sublinhou a necessidade de criar redes de informação interpaíses e mecanismos rápidos de alerta.

63. O SCP apresentou as seguintes sugestões concretas para melhorar o documento:

- a) no parágrafo 26 do texto francês, acrescentar “sur” depois de “fondée”;
- b) no parágrafo 37, na primeira frase, acrescentar a palavra “coordenado” antes da palavra “aplicáveis” e, no final da frase, acrescentar “incluindo a sua aplicação”;
- c) propôs-se a inclusão de outro parágrafo no resumo, que contemplasse a questão da duplicação de esforços, sinergia e coordenação dos sectores ministeriais.

64. O Secretariado agradeceu aos membros do Subcomité pelos seus valiosos comentários, tendo-lhes assegurado que seriam incorporados no documento final.

65. O Subcomité do Programa recomendou o documento com alterações e elaborou projecto de resolução (AFR/RC53/WP/5) sobre o assunto, a ser apresentado ao Comité Regional para aprovação.

#### **INTENSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES CONTRA O HIV/SIDA, TUBERCULOSE E PALUDISMO (documento AFR/RC53/13)**

66. O Dr. A. Kaboré, do Secretariado, apresentou este documento.

67. Sublinhou o facto de o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo contribuírem para a elevada morbidade e mortalidade na Região Africana da OMS, representando mais de 90% dos casos e dos óbitos associados a estas doenças, a nível mundial. Frisou que os mesmos impõem um enorme peso económico aos governos, comunidades e famílias, encarcerando milhões de pessoas num círculo vicioso de pobreza e má saúde.

68. O Dr. Kaboré referiu que, ao longo dos anos, tinham sido delineadas várias intervenções inovadoras e de boa relação custo-eficácia para reduzir o fardo dessas doenças. A Região aprovou estratégias, quadros de referência e resoluções, tendo os países elaborado planos de acção que estavam na fase de implementação, de acordo com aquelas decisões.

69. Acrescentou que, até ao momento, se haviam registado os seguintes sucessos: maior empenhamento político nos países e celebração de parcerias para acelerar a implementação das intervenções; reforço de capacidades, em curso, para a prevenção e controlo das três doenças; mais conhecimentos sobre o HIV/SIDA e sobre sangue seguro para transfusões; aumento das taxas de detecção dos casos de tuberculose e de implementação da estratégia DOTS; maior capacidade de planeamento, implementação, monitorização e avaliação dos programas de prevenção e controlo do paludismo, em quase todos os países.

70. O Dr. Kaboré lamentou que a despeito destes sucessos a taxa de cobertura e o acesso às intervenções continuassem reduzidos: apenas 6% da população adulta tinha acesso aos serviços de aconselhamento e testes voluntários no que respeita ao HIV/SIDA, só 40% dos países tinham todo o território coberto por serviços de DOTS para tratamento da tuberculose e a cobertura por redes mosquiteiras tratadas com insecticida para combater o paludismo era de 5%. As três doenças não apresentavam tendência para regredirem, fundamentalmente devido às limitações dos recursos financeiros e humanos, ao custo demasiado elevado dos medicamentos para prevenção e tratamento, e às más infra-estruturas. Estes obstáculos eram agravados por abordagens inadequadas à implementação das estratégias programáticas existentes.

71. O Dr. Kaboré insistiu em que a implementação das abordagens referidas no documento contribuiriam significativamente para intensificar as intervenções contra estas três doenças. O Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, o Mecanismo Mundial para os Tuberculostáticos e a Iniciativa “Fazer Recuar o Paludismo” ofereciam enormes oportunidades para acelerar a implementação das actividades. Concluindo a sua apresentação, o Dr. Kaboré propôs uma alteração no parágrafo 21 da versão francesa, que passou a ler-se: *“Les objectifs spécifiques, en accord avec les déclarations d’Abuja et la session extraordinaire de l’Assemblée générale des Nations Unies, sont:”*.

72. Os membros do Subcomité do Programa agradeceram ao Secretariado pelo documento apresentado. Expressaram a necessidade de mencionar e dar destaque ao papel que a medicina tradicional tem a desempenhar no âmbito da investigação e tratamento das três doenças. Acrescentaram que seria necessário formular mecanismos para evitar o desvio de antiretrovirais (ARV) mais baratos, destinados aos países em desenvolvimento para os países desenvolvidos. Propuseram que o documento utilizasse sistematicamente a sigla HIV/SIDA, em lugar de só HIV. Também os problemas especiais dos países com situações de conflito ou pós-conflito, o deslocamento de populações daí resultante e a problemática da pobreza crescente deveriam ser incluídos na secção dos obstáculos.

73. Os membros do Subcomité efectuaram as seguintes sugestões para melhoria do documento:

- a) parágrafo 6, a última frase deveria começar por: “Alguns países da Região, têm...”
- b) parágrafo 7, a segunda frase deveria começar por: “é reponsável por 30 a 50%”;
- c) considerando que os parágrafos 11 a 14 tratam de *questões de gestão*, foi efectuada uma proposta para a sua fusão;
- d) no parágrafo 13, segunda frase, deverá acrescentar-se: “e a constituição inadequada dos órgãos de coordenação”, após “planeamento e gestão centralizados”;
- e) no parágrafo 18, deverá acrescentar-se “Organização Baseada na Comunidade”, depois de ONG;
- f) no parágrafo 19, na última frase antes de “reafirmam o empenhamento” deveria acrescentar-se “e outras iniciativas para redução da pobreza”
- g) no parágrafo 22, sub-parágrafo c), foi solicitado esclarecimento sobre a “aceitação cultural”; e deveria acrescentar-se a ideia de “participação comunitária”, a seguir a “ implementação das actividades seja sustentável”;
- h) no parágrafo 24, última frase, acrescentar “comunicação interpessoal” após “rádios locais e rurais”;
- i) na última frase da versão Portuguesa do parágrafo 25, alterar “catalítico” para “catalisador”;
- j) no parágrafo 26, sub-parágrafo a), acrescentar “Organização Baseada na Comunidade” após ONG e no sub-parágrafo b) acrescentar “sector corporativo” antes de ONG;
- k) no parágrafo 38, na primeira frase, acrescentar “ em todos os níveis da”, a seguir a “tomarão parte”;
- l) no parágrafo 39, houve um pedido de esclarecimento da frase “*suprimentos dispendiosos para a prevenção*”, no texto português;

- m) no parágrafo 3 do resumo, acrescentar “..., formulação de planos estratégicos pelos países” depois de “empenhamento político”;
- n) no parágrafo 4 do resumo foi pedido um esclarecimento sobre a não inclusão do aspecto de “Saneamento ambiental”.

74. O Secretariado manifestou o seu apreço pelos comentários e sugestões feitos pelo Subcomité do Programa, garantindo que os mesmos seriam incluídos na versão revista.

75. Respondendo à questão de 30% dos doentes externos e internados em hospitais sofrerem de paludismo, o Secretariado propôs que o documento de referência fosse revisto para que o número fosse corrigido, se necessário, e a fonte citada. Sobre a “aceitação cultural”, a explicação apresentada foi a necessidade de ter em conta o contexto cultural, sempre que se implementem estratégias elaboradas a nível regional. Quanto à tradução do vocábulo *supplies* no parágrafo 39, foi proposto o emprego de *materiais* na versão portuguesa e de *materiels* na francesa.

76. No tocante ao problema do “Saneamento ambiental”, o Secretariado respondeu que as bases factuais actualmente disponíveis indicavam que não se tratava de uma intervenção de boa relação custo-eficácia para a prevenção da transmissão do paludismo.

77. O Subcomité do Programa recomendou o documento com alterações e preparou o projecto de Resolução (AFR/RC53/WP/6) sobre este assunto, a ser apresentado ao Comité Regional para aprovação.

#### **APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA**

(documento AFR/RC53/7)

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

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

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

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

- a) Macroeconomia e saúde: Perspectivas futuras na Região Africana  
(documento AFR/RC53/8)  
Professor Pierre-André Kombila-Koumba (Presidente do Subcomité)

- b) Reforçar o papel dos hospitais nos sistemas nacionais de saúde (documento AFR/RC53/9)  
Professor Pierre-André Kombila-Koumba (Presidente do Subcomité)
- c) Prevenção e luta contra os traumatismos na Região Africana: Situação actual e programa de acção (documento AFR/RC53/10)  
Dr. Omar Sam (Relator da língua inglesa do SCP)
- d) Saúde das mulheres: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC53/11)  
Dr. Omar Sam (Relator da língua inglesa do SCP)
- e) Higiene dos alimentos e saúde: Análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC53/12)  
Dr. Miaka-mia Bilenge (Relator da língua francesa do SCP)
- f) Intensificação das intervenções contra o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo (documento AFR/RC53/13)  
Dr. Miaka-mia Bilenge (Relator da língua francesa do SCP)

## **ENCERRAMENTO DA REUNIÃO**

81. O Professor Pierre André Kombila-Koumba agradeceu aos membros do Subcomité do Programa por terem facilitado o seu trabalho. Ele louvou o Director Regional e os seus colaboradores pela qualidade e relevância dos documentos apresentados que facilitaram a discussão. Salientou que apesar de os tópicos discutidos não serem completamente novos, o processo de abordagem tinha sido útil e as resoluções para os problemas devem ser implementados pelos Estados-Membros e os governos.

82. O Presidente informou os participantes de que o mandato da República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão e Gâmbia como membros do Subcomité cessava com a presente sessão. Agradeceu-lhes pelos contributos para os trabalhos do Subcomité, tendo informado que estes seriam substituídos por Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícias e Moçambique.



83. O Dr. Sambo, em nome do Director Regional, agradeceu ao Presidente pela forma exemplar como dirigiu a reunião e aos membros do Subcomité do Programa pelas suas excelentes contribuições e orientações que tão proveitosas foram para o enriquecimento dos documentos. Garantiu ao SCP que as suas sugestões e recomendações seriam tidas em consideração ao ser efectuada a revisão dos documentos a serem apresentados à próxima sessão do Comité Regional.

84. Afirmou que nunca seria demais salientar a necessidade de considerar todas as determinantes da saúde no discurso de desenvolvimento sanitário. Explicou ainda que com a publicação do relatório sobre Saúde no Mundo 2002, cujo tema era a redução dos riscos e a promoção de estilos de vida saudáveis, a OMS estava cada vez mais a utilizar uma abordagem multissetorial para mitigar os riscos para a saúde. A nível dos países, ele afirmou que os vários riscos apenas podem ser abordados com sucesso através de um compromisso activo de todos os sectores relevantes.

85. O Dr. Sambo agradeceu ao Secretariado e aos intérpretes pelo seu excelente trabalho, que contribuiu para fazer da reunião, um sucesso.

86. O Presidente declarou em seguida a reunião encerrada.

## APÊNDICE 1

### LISTA DOS PARTICIPANTES

#### 1. ESTADOS-MEMBROS DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

##### REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CONGO

Dr C. Miaka Mia Bilenge  
Secrétaire général à la Santé  
123A, Avenue de la Justice  
Kinshasa/Gombe

##### GUINÉ EQUATORIAL

Dr Benigno Ela Ondo Mba  
Chef du Service de Planification et  
Programmation  
Ministère de la Santé et du Bien-Etre social  
Malabo

##### ERITREIA

Dr Goitom Mebrahtu  
Head of Disease Surveillance Unit,  
Ministry of Health  
P.O. Box 418  
E-mail [goitom@tse.com.er](mailto:goitom@tse.com.er)  
Asmara

##### ETIÓPIA\*

##### GABÃO

Professeur Pierre-André Kombila-  
Koumba  
Directeur général de la Santé  
B.P. 861  
Libreville

##### GÂMBIA

Dr Omar Sam  
Director of Health Services  
Ministry of Health  
The Quadrangle  
Banjul

##### GANÁ

Dr Kofi Ahmed  
Chief Medical Officer, Ministry of Health  
P.O. Box M.B. 44  
Accra

##### GUINÉ-BISSAU

Dr. Júlio César Graça Sá Nogueira  
Director-Geral de Saúde Pública  
Bissau

##### GUINÉ\*

---

\* Não pôde participar

## QUÊNIA

Dr Teniin J. Gakuruh  
Deputy Director or Medical Services  
P.O. Box 30016  
Nairobi

## LESOTO

Mrs Matseliso Joyce Rasethumba  
Deputy Principal Secretary  
Ministry of Health and Social Welfare  
P.O. Box 514  
Maseru

## LIBÉRIA

Professor Eugene Didi Dolopei  
Deputy Chief Medical Officer  
P.O. Box 10-9009  
Monrovia

## 2. MEMBROS DO CONSELHO EXECUTIVO

Dr Jean-Baptiste Ndong  
Inspecteur général de la Santé  
B.P. 13865  
Libreville  
Gabon

Dr Yankuba Kassama  
Secretary of State for Health and Social Welfare  
The Quadrangle  
Banjul  
Gambia

Dr Kwaku Afriyie\*  
Minister of Health  
Ghana

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

Dr Mohamed Said Abdullah  
Vice-Chairman of AACHRD  
P.O. Box 20707  
Nairobi  
Kenya

---

\* Não pôde participar

## APÊNDICE 2

### ORDEM DO DIA

1. Abertura da sessão
2. Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
3. Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC53/6)
4. Macroeconomia e saúde: Perspectivas futuras na Região Africana (documento AFR/RC53/8)
5. Reforçar o papel dos hospitais nos sistemas nacionais de saúde (documento AFR/RC53/9)
6. Prevenção e luta contra os traumatismos na Região Africana: Situação actual e programa de acção (documento AFR/RC53/10)
7. Saúde das mulheres: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC53/11)
6. Higiene dos alimentos e saúde: Análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC53/12)
7. Intensificação das intervenções relacionadas com o HIV/SIDA, paludismo e a tuberculose (documento AFR/RC53/13)
8. Aprovação do Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC53/7)
9. Apresentação do Relatório do Subcomité do Programa ao Comité Regional
  - Atribuição de responsabilidades
10. Encerramento da sessão

## PROGRAMA DE TRABALHO

**1º DIA: TERÇA-FEIRA, 17 DE JUNHO DE 2003**

10h00-10h10	<b>Ponto 1</b>	Abertura da sessão
10h10-10h20	<b>Ponto 2</b>	Eleição do Presidente, vice-Presidente e Relatores
10h20-10h30	<b>Ponto 3</b>	Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC53/6)
10h30-11h00	<b>Intervalo</b>	
11h00-12h30	<b>Ponto 9</b>	Intensificação das intervenções relacionadas com o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo (documento AFR/RC53/13)
12h30-14h30	<b>Almoço</b>	
14h30-16h00	<b>Ponto 5</b>	Reforçar o papel dos hospitais nos sistemas nacionais de saúde (documento AFR/RC53/9)

**2º DIA: DIA:QUARTA-FEIRA, 18 DE JUNHO DE 2003**

09h00-10h30	<b>Ponto 6</b>	Prevenção e luta contra os traumatismos na Região Africana: Situação actual e programa de acção (documento AFR/RC53/10)
10h30-11h00	<b>Intervalo</b>	

11h00-12h30	<b>Ponto 7</b>	Saúde das mulheres: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC53/11)
12h30-14h30	<b>Almoço</b>	
14h30-16h00	<b>Ponto 8</b>	Higiene dos Alimentos e saúde: Análise da situação e perspectivas (documento AFR/RC53/12)
17h00	<b>Cocktail</b>	

**3º DIA: QUINTA-FEIRA, 19 DE JUNHO DE 2003**

09h00-10h30	<b>Ponto 4</b>	Macroeconomia e saúde: Perspectivas futuras na Região Africana (documento AFR/RC53/8)
11h00-17h00	<b>Preparação do relatório</b>	Trabalho do Secretariado

**4º DIA: SEXTA-FEIRA, 20 DE JUNHO DE 2003**

11h00-13h00	<b>Ponto 10, 11 e 12 da ordem do dia</b>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Adopção do relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC53/7)</li> <li>● Atribuição de responsabilidades para apresentação do relatório do Subcomité do Programa e do Comité Regional</li> <li>● Encerramento da reunião</li> </ul>

## RELATÓRIO DA MESA-REDONDA Nº 1

### Papel dos serviços de laboratório na prestação de cuidados de saúde de qualidade

#### INTRODUÇÃO

1. A Mesa-Redonda nº 1 sobre o “Papel dos serviços de laboratório na prestação de cuidados de saúde de qualidade” realizou-se a 4 de Setembro de 2003, sob a presidência do ministro da saúde da Côte d’Ivoire, Sr. Albert Mabri.
2. O Prof. Muyembe Tamfum, Director do INRB, da República Democrática do Congo, foi o moderador. O presidente da sessão e o moderador foram apresentados pelo Dr. Chatora, Director da Divisão de Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde.
3. O moderador traçou uma panorâmica da situação dos laboratórios nos países da Região, salientando os principais problemas encontrados pelos laboratórios e as várias áreas de investigação, com vista a encontrar soluções para melhorar o desempenho dos serviços de laboratório.
4. Em seguida, o presidente abriu o debate.

#### DISCUSSÕES

5. Tomaram parte na Mesa-Redonda 48 delegados, tendo-se registado 15 intervenções. Para além do reconhecimento do papel principal dos laboratórios na prestação de cuidados de saúde, os intervenientes constataram a situação desastrosa dos laboratórios da nossa Região, antes de apresentarem soluções destinadas a:
  - a) Analisar a situação dos seus laboratórios, como condição prévia para qualquer intervenção que vise a melhoria do desempenho destes.
  - b) Elaborar e aplicar uma verdadeira política laboratorial nacional, com uma Direcção Central que disponha de uma linha orçamental específica.
  - c) Implementar uma rede laboratorial nacional, que constitua um quadro propício para a supervisão e a coordenação das actividades.

- d) Normalizar a lista dos equipamentos, reagentes e testes, por cada nível da pirâmide de saúde.
- e) Elaborar normas e procedimentos técnicos, e promover um programa de garantia da qualidade.
- f) Encorajar a produção local dos reagentes de base e as compras em g, assim como efectivar a fidelização dos fornecedores.
- g) Organizar o quadro legislativo e a gestão de procedimentos de acreditação.
- h) Conceber planos de investimento no sector laboratorial, considerando a manutenção e a renovação dos equipamentos.

## RECOMENDAÇÕES

6. Na sequência da análise das soluções propostas, os participantes na Mesa-Redonda acordaram que o problema principal era a ausência de uma verdadeira política laboratorial, que constitui um quadro ideal para a aplicação das intervenções correctivas. Em consequência, recomendam:

### **Aos países:**

- a) Analisar a situação dos laboratórios e dos serviços laboratoriais.
- b) Elaborar e implementar uma verdadeira política nacional de laboratórios, parte integrante da política nacional de saúde, apoiada numa direcção central e numa rede nacional de laboratórios.
- c) Elaborar um quadro normativo e legislativo de funcionamento dos laboratórios.
- d) Afectar recursos suficientes para as actividades laboratoriais.



**À OMS e aos outros parceiros:**

- a) Em relação à OMS, apoiar tecnicamente a análise da situação, a formulação da política e a definição de normas de procedimentos técnicos;
- b) Dar apoio financeiro para melhorar os equipamentos dos laboratórios, a nível dos países.

## RELATÓRIO DA MESA-REDONDA 2

### **Maternidade segura: Melhorar o acesso aos cuidados obstétricos de emergência**

#### INTRODUÇÃO

1. A discussão da Mesa-Redonda sobre *Maternidade segura: Melhorar o acesso a cuidados obstétricos de emergência* teve lugar a 4 de Setembro de 2003. O objectivo da Mesa-Redonda era identificar as acções-chave necessárias para melhorar o acesso aos cuidados obstétricos de emergência na Região Africana. Participaram na reunião 74 delegados, que teve como Presidente e Vice-Presidente, respectivamente, a Dra. Aida Libombo, Vice-Ministra da Saúde de Moçambique, e o Dr. Kwaku Afriye, Ministro da Saúde do Gana, e como facilitador o Professor Kasonde.

2. As intervenções para apresentação do tema estiveram a cargo da Dra. Doyin Oluwole, Directora do programa de Saúde Reprodutiva e da Família, e da Dra. Aida Theodomira de Nobreza Libombo, Presidente. A Dra. Doyin Oluwole, Directora do programa de Saúde Reprodutiva e da Família, fez um sumário da apresentação:

- a) magnitude do problema da mortalidade materna;
- b) medidas tomadas no sentido de alcançarem uma maternidade segura;
- c) quadro para melhorar os cuidados obstétricos de emergência;
- d) aspectos críticos para discussão.

#### TEMAS DA DISCUSSÃO

3. A Mesa-Redonda deliberou sobre os seguintes temas e questões:

- a) medidas necessárias para criar e manter um sistema global de cuidados obstétricos de emergência;
- b) como sensibilizar as comunidades e as instâncias nacionais e internacionais para a magnitude da morbilidade e mortalidade materna e neonatal;

- c) como melhorar as capacidades dos profissionais de saúde disponíveis, por forma a que os cuidados obstétricos de emergência sejam prestados, através da devolução das funções e das actividades; Quais são as implicações humanas, materiais e financeiras desta estratégia?
- d) como assegurar uma dotação adequada de recursos e a respectiva utilização para o reforço dos serviços de cuidados obstétricos de emergência? Quais as medidas a serem implementadas, por forma a assegurar a disponibilidade de bens, medicamentos e equipamentos essenciais, incluindo o sangue seguro?
- e) componentes de um plano de preparação e resposta às situações de emergência obstétrica, de nível comunitário;
- f) estratégias possíveis para reforçar o papel da comunidade, como forma de garantir o acesso das mulheres a uma assistência qualificada, durante o parto.

### **QUESTÕES LEVANTADAS**

- 4. *Passos necessários para criar e manter um sistema global de cuidados obstétricos de emergência:*
  - a) vontade política sustentada por uma advocacia insistente, incluindo a vontade dos governos, para prestarem serviços obstétricos gratuitos;
  - b) empenhamento da comunidade e da população masculina na organização dos serviços;
  - c) preparação para situações de emergência entre os profissionais e a comunidade, como por exemplo, pacotes de preparação para as urgências obstétricas nos hospitais;
  - d) ligações entre a comunidade e os serviços de saúde;
  - e) esquemas alternativos de financiamento para melhorar o acesso aos cuidados;
  - f) esquemas de seguros ou planos de pagamento diferido;
  - g) avaliação das necessidades para identificar as lacunas existentes ao nível dos serviços;

- h) instalação de emissão-recepção via rádio e de transportes de emergência adequados;
- i) sistemas eficazes de monitorização e vigilância.

5. *Como sensibilizar as comunidades e as instâncias nacionais e internacionais para a magnitude da morbilidade e mortalidade materna e neonatal.*

- a) sensibilização das comunidades;
- b) sensibilização dos membros do governo e do parlamento para o problema da saúde materna, e reorientação dos recursos gastos com as operações militares para as estratégias de sobrevivência materna;
- c) sensibilização dos gestores de saúde para promoverem decididamente e afectarem recursos para a maternidade segura;
- d) associações de base comunitária e ONG que advoguem a favor da melhoria dos cuidados de saúde materna;
- e) avaliação das necessidades da maternidade segura e dos cuidados obstétricos de emergência de nível comunitário;
- f) institucionalização de um dia nacional da maternidade segura, a ser celebrado por exemplo, em Maio, no dia da mãe.

6. *Como melhorar as capacidades dos profissionais de saúde disponíveis, por forma a que os cuidados obstétricos de emergência sejam prestados, através de devolução das funções e das actividades. Quais são as implicações humanas, materiais e financeiras desta estratégia?*

- a) revisão dos currícula das parteiras, por forma a incluir os cuidados obstétricos de emergência (EOC);
- b) formação de médicos de clínica geral e de paramédicos em EOC (como por exemplo, os técnicos de cirurgia em Moçambique);
- c) permitir que os clínicos gerais efectuem cesarianas;

- d) atribuição de maiores responsabilidades às enfermeiras e parteiras, por forma a que estas possam administrar os medicamentos por via intravenosa, efectuar ecografias e outros tratamentos similares;
- e) formação em cuidados obstétricos, a todo o pessoal de enfermagem;
- f) supervisão de apoio.

Estas medidas, deveriam ser apoiadas por legislação relevante.

7. *Como assegurar uma dotação adequada de recursos e a respectiva utilização para o reforço dos serviços de cuidados obstétricos de emergência? Quais as medidas a serem implementadas por forma a assegurar a disponibilidade de bens, medicamentos e equipamento essenciais, incluindo o sangue seguro?*

- a) no contexto das reformas do sector da saúde, verifica-se a necessidade de uma política que garanta que a porção de fundos mobilizados será eficazmente aplicada nos serviços de saúde materna;
- b) os poderes públicos deverão corresponder equitativamente aos recursos mobilizados a nível comunitário;
- c) os serviços de maternidade deverão ser reforçados a nível da gestão de fundos;
- d) tendo por base os EOC, criar serviços de emergência hospitalar;
- e) criação de *kits* de emergência que permitam a gestão das complicações graves durante a gravidez e o parto.

8. *Componentes para um plano de preparação e resposta às situações de emergência obstétrica, de nível comunitário.*

- a) mobilização social comparável às Jornadas Nacionais de Vacinação (JNV);
- b) esquemas de financiamento comunitário, tais como os esquemas de seguros mútuos;
- c) organização de serviços para transporte de emergência, utilizando as empresas locais de transporte;
- d) criação de "casas de espera", próximas dos serviços de saúde.

9. Estratégias possíveis para reforçar o papel da comunidade como forma de garantir o acesso das mulheres a uma assistência qualificada, durante o parto.

- a) análise dos dados sobre os óbitos maternos, a ser efectuada aos níveis da instituição, comunidade e de país, com elaboração de relatórios sobre essas análises, por forma a melhorar a qualidade dos cuidados e a resposta prestada, a todos os níveis;
- b) advocacia a favor de uma melhor atitude por parte dos profissionais de saúde, a fim de garantir a existência de serviços amigos das mulheres, que encorajem a sua utilização por parte destas;
- c) participação da comunidade na supervisão dos serviços de saúde materna;
- d) envolvimento da comunidade e apropriação de um plano de preparação para as situações de emergência, incluindo a existência de transporte.

10. Foram levantadas outras questões prementes, onde se incluem a educação das meninas, redução da pobreza e prevenção de conflitos. A vontade política e a participação comunitária foram destacadas como requisitos essenciais para o sucesso dos Programas de Maternidade Segura. Estes irão requerer uma advocacia sustentada por parte dos ministros da saúde, assim como dos profissionais de saúde.

## RELATÓRIO DA MESA-REDONDA 3

### **Acção humanitária e de emergência: Melhorar a eficácia das intervenções na área da saúde**

#### INTRODUÇÃO

1. A Mesa-Redonda sobre o tema “Situações de emergência e acção humanitária: melhorar a eficácia das intervenções de saúde” realizou-se a 4 de Setembro de 2003, sob a presidência do Professor Abdelhamid Aberkana, Ministro da Saúde Pública da Argélia. O Professor Emmanuel Eben-Moussi, dos Camarões, desempenhou o papel de facilitador e de relator. Os debates contaram com a participação activa de cerca de 70 participantes, onde se incluíam muitos ministros da saúde.
2. O objectivo da reunião foi chamar a atenção para o fardo que as situações de emergência/catástrofes e as situações de crise humanitária representam para a saúde, para melhor precisar o papel dos Estados-Membros e definir as medidas que os Ministérios da Saúde e os seus parceiros poderiam adoptar para minimizar o impacto sanitário de tais situações.
3. O Professor Aberkane efectuou uma breve introdução, onde sublinhou a importância desta questão, salientando o carácter fortemente intersectorial e interdisciplinar das reacções às situações de catástrofe, convidando os presentes a detectar e avaliar as vulnerabilidades e os riscos mais relevantes e lamentando a fraca capacidade dos nossos sistemas nacionais de saúde para se organizarem o melhor possível.
4. O facilitador da Mesa-Redonda deu, em seguida, esclarecimentos sobre o documento informativo (ARF/RC53/RT/3) que fora entregue aos participantes, explicitou as noções de emergência e de catástrofe, ajuda humanitária e intervenções sanitárias. Indicou seguidamente o método de trabalho adequado.
5. Foi feita uma exposição, com o ponto da situação, pela Sra. E. Anikpo-N'Tame, Directora da Divisão Ambientes Saudáveis e Desenvolvimento Sustentável, do Escritório Regional Africano da OMS, sobre uma listagem das emergências/catástrofes vividas nos últimos anos pela Região Africana, o seu impacto sócio-económico e as dificuldades de resposta, que tornam preocupante o seu carácter tão iminente quanto complexo, tão deprimente quanto desafiador destas situações, que as transformam rapidamente em crises humanitárias.

## RELATOS DE EXPERIÊNCIAS E LIÇÕES RETIRADAS

6. As experiências relatadas por todos os intervenientes sublinham:
- a) as insuficientes respostas nacionais, as falhas devidas à fraca preparação, ao pânico, precipitação, improvisação e, por vezes, à resposta atrasada e/ou inadequada, às fraquezas dos sistemas de saúde, à coordenação desajustada, à má previsão sobre as populações mais vulneráveis, às dificuldades em avaliar a extensão dos problemas, no tempo e no espaço;
  - b) a importância dos parceiros intersectoriais;
  - c) o interesse em associar todas as forças vivas do país às actividades, particularmente as forças armadas e as ONG de vocação humanitária (como a Cruz Vermelha, etc.) e até o sector privado;
  - d) as dificuldades de gestão das intervenções selvagens;
  - e) a complexidade das situações pós-conflito, pós-catástrofe ou pós-crise, no plano dos seus efeitos sobre o "potencial de saúde" dos países, e no plano do acompanhamento das vítimas;
  - f) as principais problemáticas transfronteiriças, nomeadamente, na Região dos Grandes Lagos, no Corno de África e na África Ocidental;
  - g) a necessidade de conseguir que a OMS desempenhe o seu papel simultaneamente normativo, de apoio técnico e de coordenação.

## PONTOS DE DISCUSSÃO E DEBATES

7. A Mesa-Redonda analisou os seguintes pontos:
- a) De que modo podem os Ministérios da Saúde reduzir a incidência sanitária destas situações?
  - b) De que modo podem os governos reforçar a capacidade dos países para gerirem eficazmente as situações de emergência e para tirarem o melhor partido da importante assistência fornecida pelos doadores na área dos socorros?



- c) De que modo podem os governos e as comunidades participar na gestão das situações de emergência, nos contextos de extrema pobreza em que elas ocorrem?
- d) Que tipo de apoio esperam os países da parte da OMS?

## RECOMENDAÇÕES APRESENTADAS

### *À atenção dos Estados-Membros*

- 8. A Mesa-Redonda recomendou aos Estados-Membros que:
  - a) identificassem os riscos potenciais de catástrofes e avaliassem a vulnerabilidade das populações;
  - b) se empenhassem na liderança de todas as operações de resposta, definindo o âmbito do quadro de intervenção, estabelecendo os códigos de conduta e determinando os passos normativos;
  - c) sensibilizassem, através de uma advocacia activa, todos os parceiros nacionais, tanto ao nível governamental como não-governamental, de modo a reforçar os mecanismos de colaboração e estabelecer as necessidades de coordenação;
  - d) criassem uma equipa, uma unidade ou uma *task force* interministerial de crise, e/ou um representante do sector da saúde no conselho nacional de segurança, quando este existisse;
  - e) promovessem, tanto quanto possível, textos preventivos relativamente ao assentamento maciço das populações, e previssem disposições regulamentares que permitam, (quando solicitadas) a descentralização para intervenções próximas do utente, sobretudo quando estas se desenvolvam ao nível das zonas remotas ou transfronteiriças;
  - f) estruturassem os planos nacionais em torno de cinco preocupações principais: previsão, prevenção, preparação, resposta, e gestão pós-catástrofes;
  - g) organizassem exercícios nacionais periódicos de simulação de resposta às catástrofes;

- h) solicitassem e consolidassem, mas com melhor regulamentação, as ONG chamadas a intervir, sobretudo as de vocação humanitária;
- i) explorassem o potencial das capacidades existentes e constituíssem uma massa crítica de recursos humanos nacionais para as emergências (urgências médicas, planificação, gestão, coordenação, resposta, acompanhamento e avaliação);
- j) se empenhassem no tratamento da informação recolhida e se preparassem melhor para canalizar o fluxo da informação destinada às comunidades, a fim de promover mecanismos locais de solidariedade e de vigilância;
- k) reforçassem a preparação para as emergências/catástrofes, através de:
- um sistema de vigilância sanitária e política com base numa boa governação;
  - uma actualização dos planos nacionais de intervenção, assegurando-se de que eles entrem em linha de conta com certas realidades dos países (por exemplo, as regiões insulares), de que esses planos sejam operacionais e devidamente financiados e façam parte operacional dos planos de protecção civil;
  - o reforço das capacidades das estruturas de implementação das respostas, referência especial aos planos de urgência dos hospitais e de alerta para emergências sanitárias;
  - medidas preventivas, como a vacinação das populações vulneráveis, a vacinação transfronteiriça sincronizada, a distribuição prévia dos *stocks* estratégicos de emergência (alimentos, medicamentos, vacinas) e a melhoria do estado nutricional;
  - o reforço das capacidades de resposta às emergências/catástrofes, através de uma melhor divulgação das orientações técnicas, uma gestão dos cuidados curativos e preventivos bem organizada, uma atenção sustentada aos aspectos não-sanitários (habitação, ambiente, água, saneamento, alimentação).

## À atenção da OMS

9. Solicita-se à OMS que:

- a) reforce a organização dos pontos focais para as situações de emergência e acção humanitária e das equipas sub-regionais de intervenção;
- b) prossiga os seus esforços em material de formação de peritos nacionais, no domínio das emergências e domínios conexos;
- c) informe os Estados-Membros de todas as iniciativas regionais: criação de coordenadores sub-regionais, elaboração de estratégias de intervenção para as crises humanitárias, planeamento do processo de apelos consolidados, centros de coordenação dos apoios (Joanesburgo) ou de vigilância das doenças (Ouagadougou);
- d) reforce o seu apoio técnico (conhecimentos e aconselhamento) aos países e a sua advocacia a favor dos países, no que diz respeito à mobilização de recursos;
- e) ajude os países a avaliarem os riscos para a saúde, com base no mapeamento de riscos, na monitorização dos riscos prevalentes, na identificação das incertezas e na formação em análise das vulnerabilidades;
- f) ajude os países na coordenação das intervenções sanitárias com os parceiros nacionais e externos;
- g) documente as lições retiradas.

## CONCLUSÃO

10. A Mesa-Redonda reconheceu a importância e a pertinência do assunto apresentado a debate. Os participantes reconheceram que todos os países são vulneráveis às catástrofes e que é preciso dar atenção à planificação e gestão das catástrofes, ao reforço da colaboração e das parcerias, bem como ao reforço das capacidades nacionais. Todos concordaram que é necessário reforçar a solidariedade entre os países, bem como as complementaridades e coordenação e tentar fazer convergir harmoniosamente todas as potencialidades, a fim de reduzir o sofrimento das vítimas de catástrofes.

## RELATÓRIO DA SESSÃO ESPECIAL I

### **Estratégia de saúde da NEPAD: Programa de acção inicial**

1. A sessão foi presidida pelo Professor Abdelhamid Aberkane, Ministro da Saúde da Argélia, que fez um historial do desenvolvimento do Programa de Saúde da NEPAD. O Professor Erich Buch fez uma apresentação sobre o Programa Inicial de Acção da Estratégia da Saúde da NEPAD, a qual tinha sido anteriormente analisado pelos ministros, durante a Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional em Harare, e na Reunião de Ministros da Saúde em Tripoli, em Abril de 2003. Seguidamente, sublinhou vários projectos, destacando o facto de serem necessários cerca de 22.000 mil milhões de dólares americanos para a implementação dos programas.

2. Os Estados-Membros reconheceram que os Chefes de Estado tinham identificado a saúde como uma prioridade para o desenvolvimento, na Estratégia da NEPAD. Contudo, os países manifestaram-se muito preocupados relativamente ao facto de a componente saúde da NEPAD apenas ter sido superficialmente discutida nos países, pelo que não era bem compreendida, mesmo pelos ministros da saúde. Foram formuladas perguntas acerca da ligação entre o programa de acção de saúde da NEPAD e outros programas existentes, como o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo (GFATM), os Planos Estratégicos Nacionais de Saúde ou os Documentos Estratégicos para a Redução da Pobreza (PRSP).

3. Foi também referido que o documento não mencionava algumas componentes-chave das intervenções existentes, tais como a pulverização residual no interior das habitações e o programa transfronteiriço para os motoristas de longo-curso, para prevenção do HIV/SIDA. Tais componentes deveriam ser incluídas, para poderem beneficiar dos recursos externos mobilizados.

4. Foi também referido que alguns Estados-Membros já possuíam programas em sintonia com a componente sanitária da NEPAD, faltando-lhes, no entanto, os recursos para avançarem. Assim, foi manifestado grande apreço pelo papel assumido pelos Chefes de Estado ao advogarem a mobilização de recursos para a saúde.

5. Foi manifestada preocupação sobre a hipótese de se criarem estruturas separadas para a implementação do Programa de Acção da NEPAD. Essa preocupação baseava-se no pressuposto de que as novas estruturas iriam duplicar as já existentes, deveriam ser claramente estabelecidos mecanismos para integrar o Plano de Acção da NEPAD nos programas existentes. Foi também expresso o receio da NEPAD ser eventualmente transformada numa agência de execução.

6. Face às questões acima descritas, os Estados-Membros consideraram que o Programa de Acção e a Estratégia de Saúde da NEPAD deviam continuar a ser discutidos em *fora* como a Reunião dos Ministros da Saúde ou reuniões dos blocos económicos regionais. Quando a estratégia e o programa de acção estiverem bem compreendidos, os Ministros da Saúde deverão organizar debates nos seus países (por exemplo, a nível dos parlamentos e ministérios).

7. Em resposta, o Secretariado da NEPAD reconheceu que a comunicação entre o Secretariado da NEPAD e os ministérios da saúde não tinha sido suficiente, pelo que iria tomar as medidas adequadas. Foi também explicado que a NEPAD não pretende criar estruturas paralelas, mas trabalhar no seio das que já existem. Foi esclarecido que o Secretariado da NEPAD não é uma agência de execução e que depende fortemente dos peritos de outras agências, como a OMS, UNICEF, FNUAP, Banco Mundial, etc..

8. Nas suas observações finais, o Director Regional sublinhou que os organismos de execução deveriam ser os ministérios da saúde, e que a OMS estaria disponível para os apoiar.

## RELATÓRIO DA SESSÃO ESPECIAL II

### **Migração dos profissionais da saúde: Um desafio para os sistemas de saúde em África**

#### **Notas introdutórias do Director Regional**

1. O Director Regional apresentou a sessão especial, onde recordou aos ministros os pedidos efectuados durante a Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional, para a realização de um estudo conjunto da Organização Mundial da Migração e a OMS, sobre a questão da migração.

#### **Apresentação pelo Dr. Chatora**

2. O Dr. R. Chatora apresentou o relatório sobre o estudo e a pesquisa efectuados na Região. Ele mencionou dois grandes factores de constrangimento encontrados ao longo da realização deste estudo: a inexistência nos países de informação actualizada sobre os recursos humanos e a falta de vontade demonstrada pelos migrantes em participarem no estudo. Apresentou alguns dos resultados e recomendações resultantes do estudo e da investigação. Recordou os ministros da saúde sobre a declaração da União Africana, de celebrar 2004 como o Ano para o Desenvolvimento dos Recursos Humanos em África, com particular atenção sobre os profissionais da saúde. O Dr. Chatora sugeriu que este poderia constituir o ponto de partida para a abordagem das questões referentes aos Recursos Humanos para a Saúde (HRH), incluindo a fuga de quadros, e solicitou aos países que revissem as recomendações apresentadas.

#### **Apresentação pelo Senhor Phillipe Boncour, da Organização Internacional da Migração**

3. O Senhor Phillipe Boncour representou a Senhora Ndioro Ndaiye, Sub-directora Geral da OIM. Apresentou o relatório sobre o estudo dos Recursos Humanos para a Saúde, efectuado nos países da diáspora. Mencionou a dificuldade em acompanhar e contactar os migrantes da diáspora e informou os Estados-Membros de que este estudo se encontra a decorrer. No contexto da União Africana, salientou um importante número de recomendações, particularmente, o programa da OIM sobre a Migração para o Desenvolvimento em África. Reiterou ainda a importância da Estratégia de Saúde da NEPAD para o desenvolvimento dos recursos humanos da saúde.

## **Discussão**

4. Os países intervíram e partilharam a forma como têm lidado com a migração. Efectuaram algumas propostas importantes a serem transpostas para a prática, como a preparação de uma resolução que poderia ser apresentada durante a reunião da Organização Mundial do Comércio (OMC), em Cancun, no México, assim como uma resolução a ser apresentada durante na Quinquagésima-sétima Assembleia Mundial da Saúde (WHA).

## **Comentários do Director Regional**

5. O Director Regional agradeceu a todos os países membros pelo debate entusiasmado e pela discussão sobre um assunto muito complexo. Mencionou que esta questão era debatida desde 1996. No entanto, foi-se agravando, levando à séria discussão que decorre actualmente. Mencionou que os recentes estudos e investigação forneceram uma orientação sobre os caminhos a seguir.

6. O Director Regional concluiu que a migração dos profissionais de saúde irá decorrer durante um longo período de tempo, devendo por isso, constituir um ponto da ordem do dia de cada Comité Regional. Informou ainda os membros sobre a existência de um documento-resumo com propostas possíveis para diminuir positivamente esta questão e, minimizar o impacto negativo sobre os sistemas de saúde e que em colaboração com a OIM, será apresentado durante a Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional.

## **Recomendações**

7. A reunião aprovou a proposta do Director Regional para incluir um ponto sobre recursos humanos na ordem do dia da Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional. Este deveria incluir um relatório de progressos das acções empreendidas para a implementação destas recomendações.

8. Para mais, deveria ser criado um processo por forma a obter um compromisso por parte da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE), os países do G8 e os Chefes de Estado, no que respeita ao recrutamento internacional.

9. Foi acordado que a implementação destas recomendações deveria constituir a base das actividades nos países, por forma a celebrar em 2004 o Ano para o Desenvolvimento dos Recursos Humanos em África, com especial atenção sobre os profissionais da saúde, tal como foi declarado pela União Africana.

10. A proposta do Gana para uma resolução a ser apresentada na Quinquagésima-sétima Assembleia Mundial da Saúde, foi aprovada, assim como a proposta do Zimbabwe, para a apresentação de uma resolução durante a reunião da OMC, em Cancun, no México.



## RELATÓRIO DA SESSÃO ESPECIAL III

### Desenvolvimentos na NEPAD e as suas implicações para a saúde

#### INTRODUÇÃO

1. O Professor Wiseman Nkhulu efectuou uma apresentação intitulada “Desenvolvimentos na NEPAD e as suas implicações para a saúde”.

#### DISCUSSÃO

2. Nas discussões que se seguiram, os delegados colocaram as seguintes questões:
- a) Quais são as relações entre a Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano e a União Africana?
  - b) Existe uma duplicação entre a NEPAD e a UA?
  - c) Qual o orçamento executivo para a NEPAD?
  - d) Qual é a diferença entre a NEPAD e o Plano de Acção de Lagos, elaborado pelos Chefes de Estado em 1980?
  - e) A NEPAD vai estabelecer representações nos países? Se sim, quais são as suas implicações, relativamente às estruturas existentes nos países?
  - f) Os parceiros do grupo G8 estão envolvidos no financiamento dos sistemas de saúde na Região. Com a NEPAD, como se irá processar esse financiamento?
  - g) Considerando que quase todos os países têm planos nacionais de saúde, quadros de despesa de médio-prazo (MTEF), e outros quadros, qual será o posicionamento da NEPAD nos programas nacionais existentes?
  - h) Como o Banco Mundial iniciou o processo de financiamento do projecto para a implementação de unidades na maioria dos países, em conformidade com as Abordagens de Base Sectorial (SWAPs), como se irá processar o trabalho da NEPAD nos países ?

- i) Se a NEPAD deveria servir de ponte durante o período de transição da UA, porquê o financiamento desse programa, considerando os já limitados recursos financeiros na Região?
- j) Considerando que os governos não efectuaram a afectação de 15% dos orçamentos nacionais para a saúde, tal como afirmado na Declaração de Abuja, como será isto possível, sob a alçada da NEPAD? Considerando que o apoio dos doadores para a saúde é muito reduzido, como irão ser reunidos os 22 mil milhões de dólares americanos, provenientes dos doadores?
- k) Serão aplicados os mecanismos de revisão e impostas penalidades a todos os países que não atingirem os 15% de afectação do orçamento nacional para a saúde?

### **RESPOSTAS DO PROFESSOR WISEMAN NKHULU**

3. O Professor Wiseman Nkhulu explicou que até a Cimeira de Maputo, que se realizou em Junho de 2003, a União Africana esteve apresentada nos órgãos da NEPAD. Desde a Cimeira de Maputo, foi estabelecido um escritório para o presidente da UA. Os pormenores relativamente às relações existentes, deverão ainda ser finalizados. Isto revelou-se necessário devido às alterações que decorrem no seio da UA. À medida que forem criadas as comissões, irão decorrer os processos de sincronização e de integração. Em três anos o Secretariado da NEPAD será integrado na UA.

4. O Orçamento do Secretariado da NEPAD provém dos países fundadores, que custeiam 60% do total; o resto provém dos parceiros de desenvolvimento. Os fundos para apoiar os países virão dos Estados-Membros e dos parceiros de desenvolvimento. Uma vez mobilizados os fundos, este serão directamente canalizados para os países.

5. Desde a adopção do Plano de Acção de Lagos, as situações alteraram-se. No entanto, a NEPAD é uma actualização desse mesmo Plano, com algumas alterações adicionais relativas a boa governação.

6. A NEPAD é um programa de desenvolvimento sócio-económico. Cada país membro deve explicar activamente o que é a NEPAD e as implicações que pode ter nas questões correntes do governo. A NEPAD deve pertencer aos países.

7. As prioridades da NEPAD devem ser integradas nos planos nacionais de desenvolvimento, não devendo existir programas separados. Apesar da já existência de planos nacionais, isto não significa que aqueles estejam adequadamente cobertos e financiados. A NEPAD deveria assim, ser considerada como uma forma de intensificar as intervenções.
8. As estruturas da NEPAD a nível dos países, referem-se às estruturas sócio-económicas, para que o povo, não o Secretariado da NEPAD, seja o detentor dos programas de desenvolvimento.
9. Relativamente ao financiamento e à angariação de 22 mil milhões de dólares por ano, os líderes africanos declaram que o continente necessita de boa liderança política e assim, fazer deste, um continente atractivo para os doadores e investidores, através da promoção da boa governação, transparência e responsabilização.
10. A NEPAD está a trabalhar para o reforço das comunidades económicas regionais, pois estas são responsáveis pela integração africana. Os cidadãos irão responsabilizar os governos. A pressão dos pares irá ser colocada em todas as áreas de abrangência da NEPAD.

**ALOCUÇÃO DE SUA EXCELÊNCIA, A MINISTRA DA SAÚDE DA ÁFRICA DO SUL,  
DRA. MANTOMBAZANA TSHABALALA-MSIMANG**

Excelentíssima Senhora Directora de Programa,  
Excelentíssimo Senhor Ministro da Defesa, Senhor Mosiuoa Lekota, nosso orador convidado,  
Excelentíssimo Senhor Director-Geral da OMS, Dr. Jong-Wook Lee,  
Excelentíssimo Senhor Director Regional da OMS para África, Dr. Ebrahim Samba,  
Excelentíssimo Representante da União Africana,  
Excelentíssimo Senhor Presidente do RC 52 e Ministro da Saúde Pública dos Camarões,  
Dr. Olanguena Awono Urbain,  
Excelentíssimos Senhores Ministros da Saúde da Região Africana da OMS,  
Excelências, Membros do Corpo Diplomático,  
Distintos Delegados,  
Senhoras e Senhores,

É meu honroso privilégio acolher, na África do Sul, a Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional Africano da OMS. A África do Sul tem a honra de acolher, pela segunda vez, esta reunião, tendo a primeira vez sido em Sun City, em 1997. Isto demonstra o entusiasmo com que abraçamos a nossa entrada tardia na cena mundial, como uma sociedade livre e democrática. Estamos particularmente felizes com o facto de esta reunião decorrer quando estamos tão próximos de celebrar o 10º aniversário da nossa democracia e liberdade, estabelecidas em 1994.

É meu privilégio apresentar-vos o meu colega, o Ministro da Defesa da África do Sul, Senhor Mosiuoa Lekota. O Senhor Lekota é também o meu superior, pois é o Presidente do partido no poder, o Congresso Nacional Africano. Dou-lhe as boas-vindas, caro colega, e agradeço-lhe sinceramente, por nos honrar com a sua presença como orador convidado neste evento.

Realizámos em Abril uma grande corrida automobilística contra o paludismo, que percorreu um determinado número de países da SADC, e que culminou com a comemoração do Dia Africano contra o Paludismo, em Dar-es-Salaam. Esta parceria provou as boas relações existentes entre o sector da saúde e as forças de defesa, num esforço para melhorar a vida das nossas populações.

Quero ainda dar, de forma especialmente calorosa as boas-vindas ao novo Director- Geral da OMS, o Dr. Jong-Wook Lee. Bem-vindo a África. Esperamos o seu apoio nas questões de saúde especialmente relacionadas com a África, como Região. Sabemos que temos em si um defensor ao mais alto nível de decisão da OMS. Estamos gratos pelo apoio especial e adicional que a nossa Região recebe por parte da OMS, e ansiamos pela implementação das suas perspectivas para a OMS, ao longo dos próximos cinco anos. Pode contar com o nosso trabalho e o nosso apoio. Gostaria, especialmente, de o felicitar por ter escolhido uma mulher da Região Africana para sua Directora-Geral Assistente; refiro-me à anterior Ministra da Saúde do Botswana, a Sra. Joy Phumaphi.

Presto aqui a minha homenagem ao nosso defensor da saúde pública no Escritório Regional Africano, o Director Regional, Dr. Ebrahim Malick Samba. De facto, temos feito uma longa travessia com este distinto filho de África, que tem liderado como um visionário, com força e vontade para apoiar e ajudar os nossos países em todas as circunstâncias. Gostaria ainda de dar as boas-vindas a todos os ministros da Região Africana da OMS, assim como aos seus delegados.

Este é um ano de extrema importância para a fraternidade da área da saúde, pois celebra-se o 25º aniversário da Declaração de Alma-Ata, que estabeleceu as bases para a prestação dos cuidados primários de saúde. Na África do Sul, decorreram já as celebrações de Alma-Ata, durante as quais analisámos os progressos realizados e traçámos o caminho a seguir para os cuidados primários de saúde, durante os próximos cinco anos. Entre outras importantes tarefas a levar a cabo, deveríamos aproveitar a oportunidade apresentada por esta reunião para analisar os progressos efectuados desde Alma-Ata e redireccionar as nossas energias para a consecução das metas de desenvolvimento do milénio.

Uma questão que irá receber atenção especial ao longo desta reunião é a Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD). Durante a Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional realizada em Harare, no Zimbabwe, foi efectuada uma apresentação sobre a NEPAD para os ministros da saúde. Este ano, iremos ter uma sessão especial sobre a NEPAD, onde iremos discutir a melhor forma de implementar esta estratégia. Apraz-me também notar que a União Africana está representada nesta reunião, e vou assegurar-me de que os objectivos da unidade africana sejam promovidos por esta reunião do sector da saúde, no seio do nosso continente.

O acordo alcançado este fim-de-semana em Genebra, relativo à questão premente dos Direitos de Propriedade Intelectual Relativos ao Comércio (TRIPS) e aos produtos farmacêuticos, baseado na Declaração de Doha, da Organização Mundial do Comércio (OMC), foi recebido como uma boa notícia. Como a maioria de entre vós deve saber, a experiência do Governo da África do Sul, relativamente à disponibilidade de medicamentos acessíveis, tem representado uma dura luta. A retirada incondicional de 39 empresas farmacêuticas, em Abril de 2001 e a vitória do governo, abriram caminho para a Declaração de Doha. Estamos felizes com os progressos realizados. Isto irá abrir muitas vias para a compra de medicamentos mais baratos, especialmente os genéricos. Esta é uma questão fundamental de direitos humanos. Actualmente, o desafio que se nos coloca é a promoção da cooperação regional nesta questão, e a integração das nossas estratégias na NEPAD. Todos temos que trabalhar para a unidade do nosso continente e para o reforço dos nossos blocos sub-regionais. Durante muito tempo, a África reconheceu a necessidade de utilizar blocos económicos regionais como impulsionadores para a integração e cooperação entre os países do continente.

Durante esta sessão, iremos examinar o método de trabalho e a duração da Quinquagésima-sétima Assembleia Mundial da Saúde. Do mesmo modo, poderíamos reflectir na representação da Região Africana no Conselho Executivo da OMS. Actualmente, os países da Região Africana da OMS estão representados no Conselho Executivo pelo sistema da rotação alfabética. Isto significa que, durante determinados períodos, alguns blocos regionais poderão não estar representados no Conselho Executivo. Espero que o Director Regional inicie o diálogo sobre esta questão, que acredito firmemente irá impulsionar a coesão africana no Conselho Executivo.

Em conclusão, Sra. Directora de Programa, recordo as palavras do nosso Presidente, Sua Excelência o Senhor Thabo Mbeki, quando ontem à noite se dirigiu aos ministros da saúde africanos. Desafiou-nos a fazer nossa a questão do conhecimento sobre os problemas de saúde que afectam os africanos e a aconselhar devidamente os nossos chefes de estado e de governo, relativamente à forma abrangente e integrada para dar resposta a estes desafios. Espero sinceramente que, no final desta reunião, tenhamos um maior sentido dos desafios sanitários com que se deparam os nossos povos e tenhamos encontrado as estratégias próprias para responder a esses mesmos desafios.

Sra. Directora de Programa, Ministros da Saúde, Distintos Delegados e Convidados, dou-vos as boas-vindas à República da África do Sul e desejo-vos deliberações frutíferas. Espero que também possam dispôr de algum tempo para usufruir do pouco que o nosso país tem para vos oferecer.

Muito obrigada.

**ALOCUÇÃO DO PROFESSOR RASAMINDRAKOTROKA ANDRY,  
MINISTRO DA SAÚDE DA REPÚBLICA DE MADAGÁSCAR,  
VICE-PRESIDENTE DA QUINQUAGÉSIMA-SEGUNDA SESSÃO  
DO COMITÉ REGIONAL**

Excelentíssimo Senhor Ministro da Defesa da República da África do Sul,  
Excelentíssimo Senhor Comissário para os Assuntos Sociais, Representante da União Africana,  
Excelentíssimas Senhoras e Senhores Ministros e Chefes de Delegação,  
Senhor Director-Geral da OMS,  
Senhor Director Regional da OMS para África,  
Senhoras e Senhores membros do corpo diplomático,  
Senhoras e Senhores Representantes do sistema das Nações Unidas, das organizações de cooperação multilateral e bilateral, bem como das organizações não-governamentais,  
Senhoras e Senhores membros das delegações dos países,  
Senhoras e Senhores organizadores,  
Distintos convidados,  
Senhoras e Senhores,

De acordo com o regulamento interno e na minha qualidade de primeiro Vice-Presidente, cabe-me a honra de, em nome dos meus colegas Ministros da Saúde, dos Chefes de Delegação e da OMS, e até à nomeação do novo Presidente, presidir à sessão de abertura da 53ª sessão do Comité Regional Africano, de acordo com o Regulamento Interno.

Excelências,  
Senhoras e Senhores,

As minhas primeiras palavras são para vos desejar as boas-vindas a esta sessão. Ela proporciona-nos, mais uma vez, a oportunidade de fazermos o ponto da situação sanitária da nossa Região e, de analisarmos em conjunto, os meios conducentes à promoção da saúde, com vista ao desenvolvimento rápido, harmonioso e duradouro de África. Aproveito esta intervenção para, em nome de todos delegados presentes, apresentar as nossas calorosas saudações e exprimir a nossa profunda gratidão a Sua Excelência o Senhor Mosiuoa Lekota, Ministro da Defesa da República da África do Sul, que nos quis honrar com a sua presença nesta cerimónia, a despeito dos seus numerosos e importantes compromissos.

Os nossos agradecimentos vão igualmente para o governo da África do Sul por ter aceite acolher esta importante sessão nesta bonita cidade de Joanesburgo. A nossa gratidão estende-se também ao povo da África do Sul, pelo calor da sua hospitalidade, bem como à Organização Mundial de Saúde, pela qualidade que conferiu a esta sessão. Aproveito ainda a oportunidade para vos transmitir as saudações fraternas e amistosas de Sua Excelência o Senhor Marc Ravalomanana, Presidente da República de Madagáscar, assim como os seus votos de pleno sucesso para os nossos trabalhos.

Excelências,  
Senhoras e Senhores,

Passou um ano desde a nossa última reunião em Harare, no Zimbabwe. A situação sanitária dos países da nossa Região continua a ser um grande motivo de preocupação, dada a emergência de novos problemas sócio-sanitários e devido aos efeitos da crise económica mundial. Na verdade, o nosso continente sofre as consequências desastrosas de epidemias, catástrofes naturais, guerras e conflitos, e de problemas de saúde materna e infantil, que vêm pôr entraves aos já frágeis sistemas de saúde e agravar ainda mais a pobreza e as desigualdades. A nossa Região conheceu situações de emergência particularmente graves, como:

- A evolução galopante da SIDA, que impõe um pesado tributo às populações;
- A degradação das infra-estruturas e a perda de vidas humanas, na sequência de catástrofes naturais;
- A persistência de conflitos internos que originam discriminação, emigração, êxodos e o ressurgimento de doenças epidémicas;
- A seca e a fome, que afectam a nossa região.

Acresce que estas crises humanitárias, ao repetir-se, levam à perda das conquistas de muitas décadas de esforços, na área da saúde. Finalmente, as perturbações sócio-económicas e políticas repercutem-se negativamente nos recursos disponíveis para os cuidados de saúde.

Excelências,  
Senhoras e Senhores,

Na nossa última sessão, foram formuladas recomendações e aprovadas resoluções sobre:

- a adopção do Orçamento-Programa para 2004-2005;
- a reorientação dos planos estratégicos nacionais de acção do PAV, abrangendo o período de 2003-2005;



- a atenção aos problemas da saúde associados ao ambiente;
- a actualização das políticas nacionais de saúde com base numa abordagem de planificação a longo-prazo e o reforço do orçamento afectado ao sector da saúde, de acordo com a Declaração de Abuja;
- a prioridade do desenvolvimento dos recursos humanos.

Tendo em conta estas resoluções, as actividades da OMS na Região progrediram muito durante este ano, nomeadamente no campo da luta contra o HIV/SIDA, tuberculose, paludismo, tripanossomiase, poliomielite, etc.. Os esforços desenvolvidos no quadro da luta contra o tabaco foram coroados de sucesso, em particular com a adopção, na 56ª sessão da Assembleia Mundial da Saúde, da Convenção-Quadro de Luta Antitabágica. No que toca à situação da mulher africana, as intervenções centraram-se essencialmente na implementação de programas de luta contra a violência, a operacionalidade da saúde reprodutiva dos adolescentes e a promoção de uma maternidade segura.

Uma leitura dos temas que iremos debater indica-nos que, nesta reunião, vão ser tomadas decisões muito importantes. Com efeito, na sua sessão anterior, em Harare, Zimbabwe, de 8 a 12 de Outubro de 2002, o Comité Regional decidiu consagrar a presente sessão:

- às perspectivas futuras no quadro da macroeconomia e saúde, na Região Africana;
- ao reforço do papel dos hospitais nos sistemas nacionais de saúde;
- à estratégia da Região Africana para a promoção da saúde das mulheres;
- à intensificação das intervenções de luta contra o HIV/SIDA, paludismo e tuberculose.

Excelências,  
Senhoras e Senhores,

Sejamos realistas. Em África, a pobreza, os conflitos sociais e a insegurança são outros tantos factores que perpetuam as doenças endémicas. Contudo, demonstrámos a nossa unidade na acção e a nossa capacidade para resolvermos os problemas. Demos o nosso melhor e estou certo de que continuaremos nesta via, até que a melhoria das condições sanitárias das nossas populações seja uma realidade. Antes de terminar, desejo reiterar os mais vivos e sinceros agradecimentos ao Senhor Director Regional da OMS e à sua equipa, pela dedicação e disponibilidade de que constantemente deram provas e pelo apoio que não cessam de prestar aos nossos países.

Excelências,  
Senhoras e Senhores,

Faço votos para que a solidariedade que nos animou seja ainda mais reforçada, para que a Região Africana conheça um desenvolvimento sanitário e económico harmonioso e sustentado.

Muito obrigado pela vossa atenção.

**ALOCUÇÃO DO SR. EMBAIXADOR MAHAMAT H. DOUTOUM, COMISSÁRIO  
INTERINO DA UNIÃO AFRICANA PARA OS ASSUNTOS SOCIAIS E COOPERAÇÃO  
AFRO-ÁRABE**

Exmo Sr. Ministro da Defesa da República da África do Sul,  
Exmo Sr. Presidente,  
Distintos Ministros,  
Exmo Sr. Director Regional da OMS para África, Dr. Ebrahim M. Samba,  
Ilustres convidados,  
Minhas senhoras e meus senhores,

Em nome do presidente interino da Comissão da União Africana, agradeço ao Chefe de Estado, ao governo e ao povo da República da África do Sul por acolherem esta importante reunião. Gostaria igualmente de exprimir a minha gratidão e apreço ao Director Regional, Dr. Ebrahim M. Samba, e à sua equipa pelos seus esforços incansáveis na promoção da saúde na Região Africana.

Como devem saber, a transição da OUA para União Africana está em estado adiantado. Alguns órgãos e estruturas importantes já estão instalados e este mês será inaugurado um novo gabinete para a Comissão, que prosseguirá a tarefa de coordenar esforços para o desenvolvimento político e sócio-económico de África.

Em nome do Sr. Amara Essay, o presidente interino cessante, e dos comissários interinos, gostaria de deixar aqui expressos os nossos agradecimentos pela colaboração e apoio que nos foram dados no decurso do nosso difícil mas entusiasmante trabalho. A colaboração entre a UA e a OMS, com a participação activa dos ministros da saúde, deslocou as questões sanitárias africanas da periferia para o centro da tomada de decisões para o desenvolvimento sócio-económico do continente. Reconhecer que “Saúde é Riqueza” é um progresso notável.

Foi neste contexto que a primeira Conferência de Ministros Africanos da Saúde da União Africana, realizada entre 26 e 30 de Abril de 2003, em Tripoli, na Líbia, escolheu o tema “Investir na Saúde para o Desenvolvimento Sócio-económico da África”. A Comissão da UA manifesta a sua gratidão a todos os ministros que participaram ou enviaram representantes a essa reunião, o que contribuiu grandemente para o seu êxito.

Ilustres Ministros,

Na conferência de Tripoli, discutiram longamente e efectuaram recomendações sobre assuntos-chave subordinados a cinco sub-temas, cada um deles com tópicos relevantes. Os sub-temas foram:

- Iniciativas sobre as principais causas da morbilidade e da mortalidade em África;
- Violência e emergências;
- Promoção de “um início de vida saudável”;
- Promoção dos sistemas de saúde e prestação de serviços: mobilização de recursos e parcerias para o desenvolvimento;
- Orientações para a eficácia da implementação, monitorização e avaliação de estratégias sanitárias.

Adoptaram também a Estratégia da NEPAD para a Saúde, a decisão sobre violência e saúde, a recomendação sobre a criação de departamentos de saúde e assuntos sociais no seio das comunidades económicas regionais e a decisão sobre a erradicação da poliomielite até 2005. Neste campo, o tempo é essencial e a África não pode deixar de atingir este objectivo pela segunda vez. Divulgaram uma comunicação sobre a síndrome respiratória aguda (SRA), com recomendações sobre a preparação para enfrentar essa epidemia. Por fim, discutiram e adoptaram o plano de acção da União Africana para a Década da Medicina Tradicional Africana (2001-2010). Posteriormente, todas as recomendações efectuadas foram aprovadas pelos Chefes de Estado durante a Cimeira de Maputo, em Julho de 2003. A tarefa que se nos coloca agora é transformar esses compromissos em acção visível, a nível nacional.

Senhor Presidente,

Minhas senhoras e meus senhores,

Temos perante nós o desafio de lutar contra o HIV/SIDA, a tuberculose, o paludismo e outras doenças infecciosas, que são as principais causas da doença e morte em África. Uso o termo “nós” porque, tal como aqueles que se encontram na vanguarda, devemos fornecer uma liderança abrangente para uma melhor saúde no nosso continente. Sabemos que a saúde constitui a base para o desenvolvimento sócio-económico acelerado e, como tal, devemos duplicar os nossos esforços para garantir que a saúde não seja passada para segundo lugar na tomada de decisões sobre políticas e na implementação a nível nacional.

A este respeito, a implementação das Declarações de Abuja sobre o HIV/SIDA, a tuberculose e outras doenças infecciosas, assim como sobre o programa Fazer Recuar o Paludismo, devem ser integrados nas estratégias para a redução da pobreza aos níveis regional, nacional e comunitário. O êxito desse processo dependerá da “apropriação” das comunidades ou de elas se integrarem no processo de implementação.

Em Julho de 2003, em Maputo, os Chefes de Estado reafirmaram ainda o seu apoio e empenho, adoptando a Declaração de Maputo sobre HIV/SIDA, tuberculose, paludismo e outras doenças infecciosas conexas, na sua assembleia ordinária. O vosso papel, Ilustres Ministros, será o de liderar o processo da sua implementação. Também os Chefes de Estado aprovaram a proposta de consagrar anualmente a data de 31 de Agosto como Dia Africano da Medicina Tradicional. Assim, ontem decorreu o dia inaugural, sob um tema seleccionado pelo Escritório Regional Africano da OMS: «Medicina tradicional: a nossa cultura, o nosso futuro.» Espera-se que todos os Estados-Membros participem nesta campanha.

Senhor Presidente,  
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Na luta contra as pandemias e outras doenças, um grande desafio consiste na perda anual de profissionais qualificados em favor de países desenvolvidos, alguns dos quais têm em curso programas para o recrutamento de pessoal médico nos países africanos. Os recursos humanos são um pré-requisito do desenvolvimento dos serviços de saúde. Foi neste contexto que a Cimeira dos Chefes de Estado africanos de Lusaca aprovou, em 2001, a Decisão sobre o desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde em África. O ano de 2004 foi declarado Ano para o Desenvolvimento dos Recursos Humanos, em especial nos sectores da saúde e da educação. Cabe-nos o ónus de unir esforços e tornar essa declaração operacional. O ano de 2004 está a menos de quatro meses de distância!

Este desafio tem de ser enfrentado a partir dos mais altos níveis do sistema das Nações Unidas, Unidade Africana, Estados-Membros, organizações profissionais, ONG e organizações da sociedade civil, a fim de se encontrar uma solução duradoura. Um dos pontos da ordem do dia desta sessão é a Política de Saúde para Todos no Século XXI na Região Africana. Para alcançar os objectivos dessa política, a África necessita de investir mais no sector da saúde, sobretudo em profissionais qualificados. Os actuais 16 médicos por 100.000 habitantes são grosseiramente inadequados.

Assim, a Comissão da UA propõe que o tema da fuga de quadros africanos seja incluído na agenda da próxima Assembleia Mundial da Saúde e, eventualmente, da Assembleia-Geral das Nações Unidas. Profissionais da medicina com formação dispendiosa e de alto nível, tornaram-se uma mercadoria a adquirir por parte dos países desenvolvidos. Sabemos que a fuga de quadros não pode ser totalmente travada. Contudo, um modo de melhorar a situação será que o importador de recursos humanos compense equitativamente o país de origem; outro modo, será dar incentivos aos países africanos para reterem os profissionais.

Excelentíssimo Senhor Ministro da Defesa da África do Sul,  
Senhor Presidente,  
Ilustres Ministros,

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, lançado pela OMS em Outubro de 2002, é uma importante iniciativa em torno de um problema universal, que há muito se fazia esperar. Com os seus conflitos e pobreza generalizados, a África devia saudar este relatório e tomar medidas para implementar as respectivas recomendações de acção a nível local, nacional e internacional. Do mesmo modo, também a Estratégia de saúde da NEPAD deveria ser adoptada, por se tratar essencialmente de uma estratégia para desenvolver os sistemas de saúde e reduzir o enorme fardo da morbilidade, incapacidades e mortalidade evitáveis, bem como para reduzir a pobreza. Os Estados-Membros deveriam igualmente apoiar os esforços internacionais na mobilização de recursos para o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, destinado a melhorar o acesso aos medicamentos essenciais, bem como aos cuidados, apoio e prevenção.

A África é um continente propenso a calamidades e situações de emergência, tanto naturais como causadas pelo homem. A este respeito, desejo reiterar que os mecanismos de preparação e resposta a situações de emergência deverão ser implementados a todos os níveis. Para este e outros esforços, o único modo de avançar é graças a parcerias com a comunidade internacional. A UA afirma-se empenhada em desempenhar o seu papel na celebração de tais parcerias e em outros programas que promovam a saúde em África.

Termino desejando-vos deliberações muito frutuosas e uma feliz estada em Joanesburgo.

Muito obrigado pela vossa atenção.

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

Excelentíssima Senhora Ministra,  
Excelentíssimos Senhores Ministros,  
Distintos Delegados,  
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Sinto-me feliz por estar aqui convosco em Joanesburgo e juntar-me às discussões sobre o trabalho por nós desenvolvido nos 46 países da Região Africana.

É em África que a luta mundial contra o HIV/SIDA e outras grandes doenças fatais se encontram no seu expoente. É aqui que muitos se encontram a trabalhar nas mais difíceis condições, quer devido à pobreza, seca, epidemias, guerras civis, quer devido a outras catástrofes. Muitas vezes, o caminho para a paz e o progresso é difícil, mas à semelhança do que me foi dado verificar em Angola, ao longo dos últimos dias, a procura constante da paz e da estabilidade trazem consigo mudanças. Estamos a iniciar o mesmo caminho na Libéria.

O sistema das Nações Unidas está também a passar por um período de provações. Estamos profundamente chocados com a explosão que ocorreu nas instalações das Nações Unidas em Bagdad e pelas mortes e ferimentos de tantos dos nossos colegas. Apesar destas terríveis perdas, continuamos as nossas missões com grande determinação.

Excelentíssima Senhora Ministra,

Sinto uma grande responsabilidade por ter a meu cargo a OMS, uma importante parte do sistema das Nações Unidas, mas também uma grande gratidão por todas as vossas expressões de apoio e votos de sucesso. É da maior importância, actualmente, que sucesso signifique atingir metas específicas na luta contra as doenças. Tal constitui parte de um esforço a longo-prazo para repensar e reconstruir os sistemas de saúde nos países e no mundo, como um todo. Muito recentemente, fomos recordados deste esforço, através do perigo que representou a epidemia da síndrome respiratória aguda. De forma mais devastadora, essa necessidade faz-se sentir com a constante propagação do HIV/SIDA, tuberculose e paludismo.

“Um desenvolvimento desigual em diferentes países na promoção da saúde e na luta contra as doenças constitui um perigo comum”, afirma a nossa Constituição. Em alguns países, as doenças associadas à pobreza estão a fazer diminuir para 40 anos a esperança média de vida, enquanto noutros a riqueza e a tecnologia permitem aumentá-la para 80. Um desequilíbrio deste nível não representa apenas um perigo, mas uma injustiça para o bem-estar humano.

No 25º aniversário da Declaração de Alma-Ata, sobre os Cuidados Primários de Saúde, será bom recordarmo-nos de que a saúde é para todos. Todos precisam equitativamente de saúde e, quando a sociedade, por negligência, falha massivamente em suprir essa necessidade, está a incorrer num grave perigo.

O maior desafio com que nos deparamos agora é a catástrofe do HIV/SIDA. Na Região Africana, mais de 30 milhões de pessoas são seropositivas. Necessitam de tratamento urgente. Tem que se concretizar uma estratégia mundial sobre o HIV/SIDA, que permita integrar a prevenção, os cuidados e o tratamento. Estas componentes existem, mas necessitam de se centrar no reforço dos sistemas de saúde, para que o seu efeito seja cumulativo.

Estou a trabalhar com parceiros a nível local, nacional e internacional, para a criação dos programas necessários. Um objectivo principal, é o “3 by 5”, isto é, três milhões de pessoas com tratamento antiretroviral até ao final de 2005. A prossecução deste objectivo, não irá resolver o problema, mas irá marcar o início da solução e provar que esta é possível. A 1 de Dezembro, Dia Mundial de Luta Contra a SIDA, daqui por três meses, será anunciada uma estratégia global para tornar esse objectivo realidade e, de imediato, se dará início ao nosso trabalho com os países.

Estamos a trabalhar com inúmeros parceiros, incluindo a ONUSIDA e o Fundo Mundial, com vista à mobilização de recursos para pôr em prática estes planos. Será necessário o compromisso da sociedade civil, agências das Nações Unidas e sector privado. Acima de tudo, será necessário o compromisso de cada um de nós, hoje aqui presente.

O trabalho efectuado no sentido da erradicação da poliomielite, contribuiu também grandemente para o reforço das infra-estruturas sanitárias, através da mobilização comunitária, tendo igualmente contribuído para a vigilância epidemiológica e a vacinação contra todas as doenças evitáveis através desta. A promoção em cada um dos países desta conquista, alcançada com dificuldade, permitirá a erradicação durante este e no próximo ano, e irá também trazer benefícios substanciais para os serviços de saúde de todos os países.



É com o nascimento que começa a necessidade de cuidados de saúde. A protecção durante a gravidez, parto e maternidade constituem a base do sistema de saúde. Todos os anos morrem meio milhão de mulheres devido a complicações do parto. São necessárias parteiras qualificadas durante a gravidez e o parto, bem como o acesso aos cuidados médicos de emergência, sempre que surjam complicações.

Apesar da luta travada pelos pais, para que os seus filhos sobrevivam, 10 milhões de crianças de países com rendimentos baixos ou médios morrem anualmente antes de completarem os cinco anos. Sete milhões desses óbitos ocorrem devido a doenças evitáveis e tratáveis: pneumonia, diarreia, paludismo, sarampo e malnutrição. Estes números podem ser substancialmente reduzidos, trabalhando-se conjuntamente com os países para a criação de estratégias tais como Tornar a Gravidez Mais Segura ou Atenção Integrada às Doenças da Infância.

No continente africano, o paludismo é a primeira causa de óbito em crianças com menos de cinco anos. Esta doença é minimizada pelos relatórios que diariamente centram a sua atenção no HIV/SIDA. No entanto, o paludismo permanece um problema de saúde titânico, e muito mais teremos de fazer para o resolver. A redução em dois terços da mortalidade infantil a nível mundial até 2015, é possível.

Os sistemas de vigilância demonstraram a sua eficácia na erradicação da varíola e, no início deste ano, ao travar a epidemia da síndrome respiratória aguda. Aqueles, são a chave para o sucesso, tanto para a erradicação da poliomielite, como para o controlo de novas infecções. Necessitamos ainda de finalizar o importante trabalho de Revisão do Regulamento Sanitário Internacional.

As doenças não-transmissíveis e os traumatismos são responsáveis por uma percentagem cada vez maior – cerca de 60%- do fardo da doença em todo o mundo. Em Maio, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica, a qual representa uma conquista mundial na luta contra as doenças relacionadas com o tabaco. Os países africanos tomaram uma posição conjunta. A Convenção foi agora assinada por 50 países e ratificada por um. Dará ao mundo um meio para se protegerem dos malefícios do tabaco, proibindo a publicidade, evitando o tráfico, aumentando os impostos sobre o tabaco e reforçando os avisos sobre os malefícios do tabaco, que constam nos respectivos maços. Devemos fazer tudo o que esteja ao nosso alcance para acelerar o processo de ratificação por 40 países, o que permitirá a entrada em vigor da Convenção.

A alimentação desequilibrada que actualmente afecta todos os países, ricos e pobres, coloca um grande desafio à saúde. O nosso objectivo reside em abordagens integradas, que lutem contra a malnutrição, desde as carências até ao excessos. A Estratégia Mundial da OMS sobre Dieta, Actividade Física e Saúde, será apresentada à Assembleia Mundial da Saúde, em Maio próximo.

A Assembleia Mundial da Saúde, deste ano, reviu o trabalho do Codex Alimentarius e concluiu que o sector da saúde deveria desempenhar um papel mais proeminente na definição de normas de segurança para os alimentos. A Assembleia Mundial sublinhou ainda que os países em desenvolvimento deveriam ter um maior apoio, por forma a participarem integralmente no processo de definição de padrões alimentares a nível internacional. Em muitos casos, tal não constitui apenas um caso de higiene alimentar, mas também de segurança alimentar, ou seja garantir a ingestão do número de calorias essenciais para a saúde.

Todos os anos, mais de um milhão de pessoas morrem anualmente em acidentes rodoviários em todo o mundo, o que constitui uma das principais causas de óbito em todas as regiões, incluindo a Região Africana. São muitas as soluções disponíveis, mas o que é necessário é aumentar a consciencialização e intensificar as nossas respostas. O Dia Mundial da Saúde, em 2004, será dedicado à Segurança Rodoviária.

Todas as nossas actividades passam pelo reforço dos sistemas nacionais de saúde. O nosso trabalho em todo o mundo é importante, mas o mesmo tem que estar centrado nos países. Encontramo-nos na fase de planeamento dos pormenores práticos para dar às nossas Representações nos países mais funcionários, orçamentos mais realistas e maior autoridade. Ao mesmo tempo, necessitamos também de garantir práticas adequadas financeiras e de gestão, assim como transparência nos orçamentos. Na Sede da OMS, os Directores-Gerais Adjuntos estão a analisar os departamentos sob a sua responsabilidade, para verificar qual das suas actividades poderá ser desempenhada de uma forma melhorada a nível regional e das Representações nos países.

De forma geral, desejo ver reflectidas estas alterações no orçamento de 2006-2007. As mesmas constituem um grande objectivo para mim, pois, tendo trabalhado durante 20 anos nos países, regiões e na Sede, posso ver claramente que o reforço do nosso trabalho nos países é com toda a certeza a forma mais eficaz para atingir as nossas metas.

Os sistemas de saúde dependem principalmente de profissionais dedicados e capacitados e, nesta área, deparamo-nos com grandes desafios, especialmente nesta Região, que, para além de tudo, sofre com graves perdas de quadros. Acima de tudo, são os profissionais competentes que nos irão permitir a realização do objectivo “3 by 5”, assim como as Metas de Desenvolvimento do Milénio e todos os países se encontram com falta de recursos humanos. Trabalharemos estreitamente com os países em métodos inovadores para formar, colocar e supervisionar profissionais de saúde, com destaque especial para o nível comunitário e os cuidados primários de saúde. É aí que poderemos fazer os maiores progressos para a concretização de resultados, não devendo no entanto descuidar, ao longo deste processo, as necessidades dos hospitais e dos laboratórios.

Na maioria dos países, os sistemas para a prestação de informação fiável são também inadequados. Esta é uma área em que a tendência se encontra do nosso lado: os meios para criar sistemas de informação fiáveis estão a tornar-se cada vez mais poderosos e mais disponíveis. Creio que o problema se pode resolver eficazmente por meio da rede de medição da saúde que está a ser formada, pela parceria de informação da OMS com os Estados-Membros, Fundações, Banco Mundial e UNICEF.

Senhora Ministra,

Ao longo dos anos, a OMS tem criado sólidas e eficazes relações de trabalho com governos, fundações, ONG, sector privado e organizações de cooperação multilateral. A nossa acção depende das parcerias, algumas, já antigas e outras mais recentes. A combinação das nossa forças permitir-nos-á fazer muito mais.

Há um empenhamento a um nível nunca visto por parte dos líderes mundiais nas parcerias. Na Cimeira das Nações Unidas para o Milénio, em Setembro de 2000, a comunidade mundial comprometeu-se perante oito objectivos. Três deles relacionavam-se directamente com a saúde: reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e controlar as grandes doenças infecciosas. Outros cinco referem-se à pobreza, educação, igualdade entre sexos, ambiente e parceria mundial. Todos eles, como vimos, se reportam directamente à saúde. Precisamos de aproveitar ao máximo estas oportunidades; em África, trabalhando estreitamente também com a Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD).

Senhora Presidente,  
Distintos Ministros,

Espero ansiosamente pelos vossos debates. Voltarei a África em Novembro, para retomar alguns destes temas na sessão informal do Conselho Executivo da OMS, que o governo do Gana gentilmente se ofereceu para acolher, pela primeira vez, fora da Europa.

O nosso objectivo comum, é melhor saúde para todos os quase 700 milhões de pessoas desta Região. Vamos trabalhar para o alcançar.

Muito obrigada.

**ALOCUÇÃO DO MINISTRO DA DEFESA DA REPÚBLICA  
DA ÁFRICA DO SUL, SR. MOSIUOA LEKOTA**

Senhora Directora do Programa, Dra. Zweli Mkhize,  
Senhora Ministra da Saúde da República da África do Sul Dra. Mantombazana Tshabalala-Msimang,  
Senhor Presidente da Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional e Ministro da Saúde Pública dos Camarões, Sr. Olangena Awono Urbain,  
Ilustres Ministros da Saúde da Região Africana,  
Senhor Director-Geral da OMS, Dr. Jong-Wook Lee,  
Senhor Director Regional da OMS para a África, Dr. Ebrahim Samba,  
Senhor Representante da União Africana,  
Senhores Membros do Corpo Diplomático e Ilustres Convidados,  
Ilustres Delegados,  
Senhoras e Senhores,

É um privilégio e uma honra para mim usar da palavra em nome do meu governo, nesta auspiciosa sessão, a Quinquagésima-terceira do Comité Regional Africano da OMS.

A África do Sul recebeu com muito agrado a decisão da Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional, no sentido de efectuar a sua Quinquagésima-terceira sessão no nosso país. A África do Sul dá-vos calorosas boas-vindas. Também é significativo para nós que esta sessão ocorra no momento em que o nosso país celebra 10 anos de democracia e liberdade. Toda a África contribuiu para esta democracia e liberdade; o nosso povo está grato por tal contributo.

Desejo assegurar-vos, Ilustres Ministros, que o Presidente Thabo Mbeki, com quem estive na noite passada, teria tido o máximo prazer em presidir a esta cerimónia; contudo, outros compromissos fora do país tornaram isso impossível. No entanto, o seu empenhamento em prol da África e do desenvolvimento africano é indiscutível.

Muitas vezes, fico perplexo com o facto de vivermos entre tanta iniquidade neste mundo e por o fosso entre ricos e pobres estar a ficar cada vez maior, quando temos recursos suficientes para que todos possam aceder a um pacote básico de cuidados de saúde. A segunda coisa que me deixa perplexo é a quantidade de profissionais qualificados que os países em desenvolvimento vão perdendo todos os dias para os países desenvolvidos, não havendo esperança de podermos competir com o nível dos salários que esses países ricos oferecem. Embora todos tenhamos o direito de vender o nosso trabalho pela oferta mais alta, esta é uma das implicações negativas da globalização que desestabilizam as nossas

economias e, em particular, os nossos sistemas de saúde. Em terceiro lugar, os nossos sobrecarregados sistemas de cuidados de saúde acham-se a braços com epidemias novas e reemergentes. Estas novas doenças agravam a situação dos nossos sistemas de saúde, particularmente quando muitos países desenvolvidos ainda não alcançaram a Saúde para Todos até ao Ano 2000, como preconizado em Alma-Ata. O quarto aspecto é um estímulo dirigido aos países africanos, para que colaborem mais uns com os outros, em lugar de subscreverem acordos de serviços com países de outros continentes. Finalmente, dispomos de enquadramentos políticos e institucionais que permitem coordenar as nossas actividades em todos os sectores no continente, se recorrermos a programas como a Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD).

Se esta reunião conseguir encontrar algumas respostas para estes problemas e desafios, teremos dado um notável passo no sentido da solução dos problemas sanitários do continente.

A África continua a braços com grandes desafios e problemas. A pobreza e a má- saúde continuam sem regredir, enquanto são exacerbados pela instabilidade política, os conflitos civis e a guerra. O nosso continente continua a ter um pesado fardo de doenças transmissíveis. A tuberculose continua a alastrar. Somos propensos a epidemias como meningite, cólera e Ébola, e as doenças não-transmissíveis estão a aumentar. Além disso, a debilidade da nossa infra-estrutura de cuidados de saúde e os obstáculos na área dos recursos humanos dificultam a resposta a estes grandes desafios.

Por isso, é necessária uma forte liderança no sector da saúde, para alcançar as metas de desenvolvimento do milénio e os objectivos constantes das várias resoluções da OMS. Essa liderança encontra-se nesta mesma sala, sob a forma dos ministros da saúde africanos, a OMS e todos os parceiros que procuram fazer progredir a saúde de todas as populações do continente. Este ano vimos essa liderança em acção, no modo eficiente e eficaz como os governos e a OMS lidaram com o problema da epidemia da síndrome respiratória aguda. A ameaça desta síndrome, que tem potencialidade para causar um cataclismo económico de nível mundial, foi travada com precisão militar. Mais uma vez o mundo foi alertado para a importância da saúde pública na actividade económica.

Enquanto interveniente importante na área da saúde a nível mundial, o Escritório Regional Africano da OMS e, em particular, os profissionais de saúde, devem garantir uma pressão permanente, até conseguirem o seguinte:

- a) concretização e reforço do papel de administração-geral dos governos, na mobilização e afectação dos recursos necessários ao desenvolvimento sanitário, junto de governos, sociedade civil, sector privado e parceiros regionais e internacionais;
- b) reforço dos sistemas e serviços de saúde, para que prestem cuidados eficazes e equitativos, partindo de uma prática de saúde pública com base factual e englobando a medicina tradicional.

Enquanto Ministro de Defesa, estou particularmente consciente de que todos os esforços dos meus colegas, os ministros da saúde, serão em vão, se a guerra, os conflitos e a má governação continuarem a afligir a África. A África tem o dever de pôr cobro a todos os conflitos, para que as suas crianças possam prosperar. Nenhum país pode aderir aos princípios da boa governação, a menos que haja condições para isso. A União Africana e as estruturas sub-regionais, como a SADC e a ECOWAS, têm plena noção da necessidade de paz e estabilidade no continente africano. A ECOWAS tem dado resposta a muitas crises na África Ocidental, enquanto que os Chefes de Estado da SADC subscreveram recentemente o Pacto de Defesa Mútua da SADC, que permitirá aos respectivos países responder com rapidez a uma ameaça de guerra. Também a África do Sul tem dado o seu contributo à manutenção da paz, pela promoção do diálogo e integrando forças de manutenção da paz. Sendo um país que já experimentou a instabilidade, temos plena noção do impacto negativo que os conflitos têm sobre o desenvolvimento humano. Cremos que a paz é preciosa e deve ser protegida a todo o custo. Além da guerra e dos conflitos, também a violência representa uma ameaça ao nosso desenvolvimento. A taxa de mortes violentas na África está calculada em 60,9 por 100.000 habitantes. É o dobro da taxa mundial, sendo substancialmente mais elevada do que em outras regiões, como a América Latina e a Europa de Leste, onde a violência é também uma grande ameaça pública. Trata-se de violência sob a forma de homicídio, violação, abuso e negligência de crianças, violência contra as mulheres e contra os idosos.

A segunda cimeira da União Africana respondeu a este desafio, em Julho do ano corrente, em Maputo, aprovando uma resolução que estimula os governos a responder à violência sob todas as formas, enquanto desafio prioritário à saúde pública dos países da Região. Esta resolução aprova, na totalidade, as nove recomendações propostas pela OMS no *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Gostaria de acrescentar o meu apoio à contenção destas formas muito difusas de violência, difíceis de controlar pelos governos, já que muitas se concretizam dentro dos limites dos lares.

O programa da União Africana, a Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD), foi especificamente concebido para promover o desenvolvimento e a boa governação. É um produto do nosso continente que dá a todas as esferas da sociedade a possibilidade de contribuírem para um objectivo mais vasto de auto-sustentação. A NEPAD, adoptada pela União Africana como a sua estratégia de desenvolvimento, foi descrita como « um compromisso dos dirigentes africanos, com base numa visão comum e na convicção firme e partilhada de que é seu imperioso dever erradicar a pobreza e colocar os seus países, individual e colectivamente, numa via de crescimento e desenvolvimento sustentados». Este conceito contempla todos os projectos e programas que a União Africana tem em curso. Neste contexto, o desenvolvimento humano é a chave do sucesso da própria UA. Um desenvolvimento adequado dos recursos humanos, o seu recrutamento e retenção para garantir sistemas de saúde sustentáveis que dêem resposta às necessidades das populações, são um elemento crucial da Estratégia de Saúde da NEPAD. É muito gratificante para mim a atenção que o Escritório Regional Africano da OMS tem prestado à Estratégia de Saúde da NEPAD, tanto ao dar-lhe prioridade enquanto estratégia, como ao apoiar tecnicamente o seu desenvolvimento. Assinalamos, com prazer, o relatório da Conferência de Ministros da Saúde da UA, que teve lugar em Trípoli, no início deste ano, o qual aprova a Estratégia de Saúde da NEPAD, notando especialmente que incorpora um programa inicial de acção. Aguardamos ansiosamente a implementação deste programa de acção. A este respeito, o Presidente da África do Sul manifesta o seu total apoio e assegura-vos que a saúde é uma prioridade dos Chefes de Estado africanos.

É igualmente gratificante notar que também os dirigentes do G8 deram prioridade à saúde. O plano para África do G8 foi apresentado em Kananaskas e incluía a saúde. Em Evian, os Chefes de Estado Africanos sublinharam a necessidade de apoiar os sistemas de saúde, e não somente o combate às doenças, e os dirigentes do G8 apoiaram esta proposta.

Em Abril do corrente ano, as forças de defesa de vários países da SADC tiveram o prazer de colaborar com o sector da saúde da SADC no projecto da Corrida contra o Paludismo. Tratou-se de uma grande iniciativa de advocacia com carácter educacional, que aumentou a sensibilização da nossa sub-região para o problema do paludismo. Equipas de nove países da SADC deslocaram-se até Angola e Moçambique e da África do Sul a Dar-es-Salam na Tanzânia, tendo as forças locais da defesa proporcionado apoio logístico, de transportes e outro. Foi um exemplo prático de colaboração intersectorial e mostrou como os recursos afectos às forças da defesa podem ser usados para fins civis, neste caso para a promoção da saúde. Estamos prontos a dar o nosso apoio ao sector da saúde, onde possível.



Ilustres Ministros, a ordem do dia da 53ª sessão do Comité Regional Africano da OMS está bem estruturada, abordando muitos dos problemas da saúde a que aludi. Estou também confiante de que, com a vossa forte liderança e experiência, farão desta reunião um sucesso. Têm plena consciência dos problemas que enfrentam e faço votos para que deliberem no bom sentido. Que todos nós, enquanto dirigentes, profissionais, trabalhadores e cidadãos, colaboremos para eliminar o subdesenvolvimento, de modo a podermos levar os nossos países à senda da prosperidade, reduzindo a fome e, em última análise, a doença e a má-saúde.

Muito obrigado.

## ANEXO 11

### DISCURSO DO SR. PHILIPPE BUSQUIN, COMISSÁRIO EUROPEU, RESPONSÁVEL PELA INVESTIGAÇÃO

Senhora Presidente,  
Senhoras e Senhores Ministros,  
Senhor Primeiro-Ministro,  
Senhor Director-Geral,  
Senhor Director Regional,  
Senhoras e Senhores,

É para mim um grande prazer encontrar-me hoje entre vós em Joanesburgo, para a sessão anual do Comité Regional Africano da Organização Mundial de Saúde. Em conjunto, representam 46 países e toda as forças vitais da África, que se ocupa de si própria e está decidida a agir de comum acordo na luta contra os grandes desafios sanitários do nosso século. Agradeço que tenham dado a palavra a um colega; como vós, fui ministro da saúde antes de ser comissário europeu encarregado da política europeia de investigação.

A investigação e os cuidados são complementares para a melhoria da saúde pública. Hoje em dia, existem poucos medicamentos eficazes e não há vacinas contra as três principais doenças transmissíveis que tanta importância têm no mundo, nomeadamente na vossa região. Lutar contra a SIDA, a tuberculose e o paludismo, preveni-los, diagnosticá-los e tratá-los eficazmente são os primeiros objectivos dos ministros da saúde. A investigação é uma actividade complementar da vossa, que se integra numa mesma estratégia. Com efeito, a investigação deve possibilitar a descoberta de novos produtos eficazes e acessíveis, bem como propor novas estratégias terapêuticas com base em medicamentos já conhecidos, que sejam adaptados aos vossos serviços de saúde e tenham em conta as especificidades culturais.

Com efeito, considero que já não podemos continuar mais a agir isoladamente, cada um por seu lado; devemos antes trabalhar em estreita colaboração, numa parceria Norte-Sul sustentada, a fim de criar sinergias entre nós. Se queremos combater estas três doenças, é necessário um grande esforço de investigação. Esta é uma prioridade para os vossos países. Na Declaração de Abuja, em Abril de 2000, os Chefes de Estado africanos comprometeram-se a aumentar os seus esforços no sentido de reduzir o paludismo em 50% até 2010, combatendo assim a pobreza. Esta é também uma prioridade para a Europa.

Seja-me permitido apresentar, em poucas palavras, alguns exemplos concretos do que já implementámos em conjunto:

### **Paludismo**

Há muito que apoiamos a investigação sobre o paludismo. Dela resultou a descoberta de novos produtos, vacinas ou medicamentos destinados a combater a doença, mas também relacionados com o problema da resistência aos medicamentos. Para dar uma ideia das nossas actividades, no último programa-quadro europeu (1998-2002) tínhamos 26 projectos diferentes de investigação sobre o paludismo, no valor total de mais de 30 milhões de euros, que envolviam cerca de 100 institutos de investigação sediados em 15 países africanos, 11 países europeus e 5 países da Ásia ou da América do Sul. Tal constitui um exemplo concreto desta parceria que já criámos entre nós e que importa, hoje em dia, aprofundar.

A publicação, em Outubro último, do genoma completo do *plasmodium falciparum* e do seu vector, o mosquito *anopheles*, veio trazer uma esperança sem precedentes a quem trabalha nesta área.

Um exemplo especial de um projecto de investigação entre o Gabão, os Camarões e três países europeus (França, Dinamarca e Holanda) é o ensaio clínico de um produto que demonstrou a sua eficácia *in vitro*. O produto foi testado em doses diferentes, a fim de se avaliar a dose mínima eficaz e os eventuais efeitos secundários. A eficácia deste produto foi também testada em associação com outros medicamentos antipalúdicos, para medir a redução na duração do tratamento e o risco de resistência. Se todos os testes tiverem resultado positivo, poderemos criar um novo medicamento dentro de três anos.

### **Tuberculose**

Financiamos, há bastantes anos, numerosos projectos sobre a tuberculose que se dedicam à criação quer de novos medicamentos quer de vacinas anti-tuberculose. A BCG é uma vacina que confere um certo grau de protecção às crianças, mas a sua eficácia varia muito de pessoa para pessoa e é quase nula nos adultos. Assim, é necessário encontrar uma nova vacina mais eficaz. Um dos nossos projectos incide sobre a descoberta de novas moléculas vacinais e envolve cerca de 40 grupos de líderes de investigação neste domínio, oriundos de 11 países diferentes. É um belo projecto de investigação «fundamental», coordenado pelo Instituto Pasteur de Paris. Acaba de ser lançado outro projecto de investigação «aplicada», com vista a testar uma nova vacina contra a tuberculose na África Ocidental, tendo o Senegal e a Gâmbia como parceiros. Esse projecto permitirá também preparar dois grupos de pessoas de alto risco para futuros ensaios clínicos em maior escala.

O orçamento dedicado à tuberculose no actual programa europeu de investigação representa um esforço cinco vezes maior do que o anterior e reflecte o grande empenhamento da Comissão Europeia no combate à tuberculose.

## **SIDA**

Em África, a distribuição da SIDA varia muito de país para país; por exemplo, o Uganda e o Senegal conseguiram confinar a epidemia, graças à coordenação de todos os intervenientes e à implementação de medidas precisas e eficazes, reavaliadas periodicamente. A Comissão Europeia financiou os primeiros estudos epidemiológicos sobre o HIV, a partir dos anos oitenta. Os tipos de HIV não são os mesmos na Europa e na África, variando também segundo os países africanos; no entanto, não ficou provada qualquer relação entre o tipo de vírus e a rapidez da sua progressão. Por outro lado, os resultados destes estudos sobre a variabilidade do vírus, que financiámos entre 1994 e 1998, são de grande valor para a investigação sobre a vacina contra a SIDA.

Um dos nossos projectos, levado a cabo na Tanzânia, demonstrou que a co-infecção com outras doenças sexualmente transmissíveis, como a sífilis e a gonorreia, favorece o aparecimento de ulcerações e, conseqüentemente, a penetração do vírus. O tratamento e a prevenção das outras doenças sexualmente transmissíveis permitiram reduzir em 50% a transmissão da SIDA.

Por outro lado, visto que muitas mulheres têm dificuldade em negociar com os parceiros o uso de preservativos, deverão ser avaliadas outras medidas de protecção. A Comissão Europeia financiou, no Uganda, um projecto e acabou de seleccionar dois projectos de investigação sobre microbiocidas, reconhecidos como muito promissores por um painel de peritos internacionais. Arrançarão brevemente e esperamos que demonstrem a sua eficácia e inocuidade nas mulheres que os utilizarem. Se este trabalho sobre os microbiocidas for positivo, os mesmos poderão vir a ser uma excelente alternativa aos preservativos masculinos.

Um novo programa mais estruturado

Até ao presente, estes projectos eram múltiplos e variados, possibilitando a criação de uma parceria dinâmica com numerosos países africanos. Mas, hoje em dia, apresento-vos um programa muito mais estruturado.

## **Programa de acção**

A Comissão reconheceu a urgência de implementar um vasto programa de acção que possibilitasse uma abordagem global e multisectorial das principais doenças associadas à pobreza.

Este programa, que contempla três vertentes complementares, forma um todo coerente:

1. Uma vertente «Investigação», que permitirá acelerar a criação de novas vacinas e medicamentos mais eficazes.
2. Uma vertente «Saúde-Desenvolvimento», cujo objectivo é melhorar o impacto das intervenções sanitárias existentes. Foi assim que a Comissão se comprometeu a contribuir para o Fundo Mundial de luta contra estas três doenças.
3. Uma vertente «Política comercial», para tornar mais acessíveis os produtos farmacêuticos essenciais.

Esta acção transversal, que abrange diversas políticas, é provavelmente única no mundo. Nenhum dos três programas poderia existir sem os outros.

Antes de falar da investigação, gostaria de realçar os progressos alcançados em Genebra, na área comercial.

### **Parceria dos países europeus e em desenvolvimento para os ensaios clínicos (EDCTP)**

No que toca à vertente “Investigação”, a luta contra as três principais doenças ditas da pobreza é uma prioridade do nosso programa de investigação para os anos 2002-2006, que desejamos ver largamente expandido no mundo. A Comissão Europeia apoiará uma das maiores acções de investigação alguma vez financiadas por um programa de investigação comunitária: trata-se do programa «Parceria dos países europeus e em desenvolvimento para os ensaios clínicos» (EDCTP).

O objectivo do programa da EDCTP é o de acelerar o desenvolvimento de novas intervenções clínicas para a luta contra a SIDA, Tuberculose e o Paludismo. Hoje em dia, os medicamentos não estão adaptados aos países em desenvolvimento; os antipalúdicos são cada vez menos eficazes devido ao aumento da resistência do parasita; os medicamentos contra a SIDA são demasiado caros e de difícil implementação; e o tratamento da tuberculose é demasiado longo, exigindo a toma de 3 a 4 antibióticos durante mais de 6 meses. Assim, há que descobrir novos produtos adaptados a África, às estirpes microbianas locais, aos hábitos e tradições culturais, para que o tratamento seja bem seguido pelos pacientes e adaptado aos sistemas de saúde existentes, isto é, tendo em conta as especificidades locais, como os problemas da distribuição e das cadeias de frio.

Necessitamos, na África, de ensaios clínicos complexos e dispendiosos. Uma acção em parceria permitirá avançar mais depressa e partilhar os custos e os investimentos.

Uma estreita parceria entre os países da Europa e da África

Há já quase dois anos que os cientistas europeus e africanos trabalham em conjunto para traçar as grandes linhas deste programa. Foram implementadas várias estruturas que ilustram o desejo de agir em colaboração:

- A primeira estrutura é a «Comissão de Coordenação dos Países em Desenvolvimento» (*Developing Countries Co-ordinating Committee*, a chamada DCCC), que agrupa 15 cientistas especializados nestas doenças, em representação das várias regiões de África. O objectivo desta comissão é pôr em rede as actividades de investigação sobre ensaios clínicos na África. Já se reuniu em diversas ocasiões, tendo sido a última vez no passado mês de Julho em Maputo, a convite do Primeiro-Ministro Mocumbi.
- A segunda estrutura é a comissão da parceria, que agrupa em plano de igualdade 4 cientistas africanos e 4 europeus, aos quais se juntarão 4 outros peritos escolhidos em conjunto pelos oito primeiros, pela sua competência científica complementar. Esta comissão da parceria foi seleccionada na última primavera, na sequência de um concurso internacional, sendo constituído por cientistas de primeiríssimo plano. A sua tarefa será definir a estratégia e o plano de acção da EDCTP.
- O terceiro instrumento é a instalação do secretariado africano da EDCTP, que deverá ocorrer no início de 2004 também na sequência de um concurso internacional ao qual vos convido a dar a máxima publicidade.

O programa da EDCTP é, em muitos aspectos, um programa piloto:

- 1) Como acabei de demonstrar, assenta numa verdadeira parceria a longo-prazo, entre o Sul e o Norte. A EDCTP tem por base as reais necessidades dos países em desenvolvimento, os quais definem as suas próprias prioridades.
- 2) É o maior programa de ensaios clínicos alguma vez lançado na África. O total do seu orçamento é de 600 milhões de euros.
- 3) Pela primeira vez, 14 países da União Europeia e a Noruega tomaram a iniciativa de, com o apoio da Comissão Europeia, se reunirem para coordenarem os seus programas nacionais de investigação na área das doenças associadas à pobreza.

#### Calendário de implementação da EDCTP

Este programa vai desenvolver-se a curto, médio e longo-prazos.

*A curto-prazo*, esta iniciativa prevê o lançamento de um primeiro conjunto de iniciativas cujo objectivo é reforçar as capacidades de investigação clínica nos vossos países, graças à transferência de tecnologias e de *know-how*. Este reforço de capacidades é também uma das resoluções tomadas na cidade do Cabo, em Julho passado, pelo conjunto dos vossos colegas ministros da investigação. Haverá também acções de apoio na área da formação para investigadores e clínicos, que reforçarão os recursos humanos localmente disponíveis. Estas duas medidas imediatas permitirão garantir a viabilidade do programa da EDCTP a longo-prazo. Além disso, os próprios investigadores africanos deverão identificar as necessidades das populações locais, já que são eles quem melhor conhece o terreno e os esforços suplementares necessários.

*A médio-prazo*, o lançamento dos primeiros ensaios clínicos ocorrerá provavelmente nos 3 ou 4 primeiros locais escolhidos. Estes ensaios em grande escala serão realizados nos países onde a doença seja endémica, nas condições clínicas e biológicas reais do local. É a única maneira de obter resultados que beneficiem directamente as populações mais afectadas.

*A longo-prazo*, proceder-se-á ao desenvolvimento em grande escala de novas intervenções, cujos testes se tenham revelado positivos ao longo dos ensaios clínicos.

Esta importante iniciativa demonstra claramente o compromisso da Europa para, conjuntamente, construir uma parceria que vos irá apoiar na luta contra estas doenças.

### **Acções africanas concretas**

Por altura da declaração final da segunda cimeira da União Africana, os Chefes de Estado determinaram que a luta contra o HIV/SIDA, paludismo e tuberculose constituia uma prioridade para o continente. De salientar também o grande apoio por parte da comunidade internacional. O fardo destas doenças e o seu impacto sobre as populações são excessivamente pesados, podendo mesmo minar determinadas iniciativas de desenvolvimento programadas pela NEPAD e o plano do G8.

Venho hoje propor-vos o apoio da Europa. Não é possível lutar contra essas três doenças sem novas intervenções, adaptadas à população africana. Para que as vacinas e os medicamentos sejam desenvolvidos, torna-se essencial que a investigação se realize em África. Como já sublinhei no início da minha intervenção, a investigação complementa as acções de regulamentação do comércio internacional, as acções que facilitam o acesso aos medicamentos existentes e de custo acessível e, sobretudo, às acções para o desenvolvimento, contempladas no plano de acção da NEPAD. A parceria entre os países europeus e os países em desenvolvimento permitirá que a investigação clínica em África seja realizada para os africanos e com cientistas africanos.

Senhoras e Senhores Ministros,

O sucesso depende do vosso apoio a determinadas acções específicas, que demonstrem o vosso claro apoio político a este grande projecto.

*A curto-prazo*, no quadro do reforço das capacidades dos centros de investigação, poderão desenvolver uma política nacional que permita a mais médicos, farmacêuticos ou técnicos de laboratório, obter uma formação científica complementar, para que se especializem no domínio da investigação, tornando-se assim investigadores competentes. Isto permitirá dispor de um maior número de cientistas de elevado nível, oriundos dos vossos países e com a possibilidade prosseguirem uma verdadeira carreira nos seus próprios países. Visitei 2 centros de investigação muito promissores em Mbeya, na Tanzânia, e em Manhica, Moçambique, mas outros existem já, com qualidade.



*A médio-prazo*, e sempre no âmbito do reforço das capacidades, poderão inscrever o projecto de investigação médica contra as três principais doenças resultantes da pobreza nas vossas prioridades nacionais, e assim receber financiamentos complementares, por exemplo, através do Fundo Europeu para o Desenvolvimento. Isso permitiria reforçar as infra-estruturas desses centros de investigação clínica que poderão também servir de laboratórios de referência aos estabelecimentos de saúde da Região.

As estruturas clínicas deveriam estar organizadas no seio das grandes sub-regiões africanas, por forma a facilitar a partilha de determinadas infra-estruturas e o trabalho em rede em cada sub-região. Numa primeira fase, a EDCTP dará o seu apoio à criação de uma estrutura clínica por cada sub-região africana. Caberá aos técnicos estabelecer a lista dos critérios de selecção. Entre estes, um grande apoio por parte do governo e da administração nacional ao projecto da EDCTP facilitará grandemente o desenvolvimento de um centro de investigação potencial. O trabalho nas sub-regiões facilitará a cooperação com a NEPAD, essencial para completar as acções realizadas no domínio da investigação, juntamente com a realizada no domínio do desenvolvimento. Apesar da importância do orçamento da EDCTP, esses fundos de investigação não poderão ser aplicados no financiamento de infra-estruturas, nem na construção de edifícios.

Além disso, o programa da EDCTP respeitará as regras fundamentais de ética, em particular o consentimento esclarecido dos pacientes, o respeito pela confidencialidade, os cuidados aos participantes, etc. A organização de procedimentos adaptados e a participação da população necessitará da cooperação das autoridades locais. Fiquei impressionado com a experiência dos projectos que acabei de visitar em Mbeya e Manhiça.

Cada vez mais se apresenta, para os países em desenvolvimento, a questão de se colocar à disposição das populações locais os produtos que se revelaram eficazes no final dos ensaios clínicos. Pela nossa parte, iremos encorajar isso, sempre que possível.

*A longo-prazo*, no fim de um ensaio clínico, seria desejável que as autoridades sanitárias locais, numa parceria estreita com os investigadores, prossigam as actividades de cuidados para todos os participantes nos ensaios clínicos. Ao longo do período de estudo, os participantes recebem uma atenção especial em termos de cuidados e de prevenção. Parece-nos ser um dever das instituições sanitárias do país prosseguir com o trabalho na sequência dos ensaios clínicos. Além disso, no caso de ensaios clínicos terem resultados positivos, as autoridades nacionais do país deveriam facilitar o acesso desse novo produto às pessoas que necessitam desse tratamento.

O conjunto destas acções será um sinal claro do nosso apoio político para participar neste programa de investigação médica e, a prazo, melhorar a saúde das vossas populações. Contudo, não criemos expectativas demasiado cedo. A investigação requer uma acção a longo prazo. Necessita de tempo, meios financeiros, cientistas competentes e, o que não é menos importante, um forte compromisso político conjunto, por parte dos países em desenvolvimento e dos países desenvolvidos.

### **Colaboração com a Organização Mundial de Saúde (OMS)**

Faço questão de destacar ainda a importância de uma colaboração estreita com a OMS. Desde a minha entrada em funções como Comissário para a Investigação, fiz questão de reforçar as ligações com a OMS no domínio da luta contra as doenças da pobreza, bem como em outros domínios da saúde pública.

Sinto-me encorajado pelo apoio que, desde o início, a OMS tem prestado à nossa acção. E espero muito por parte do novo Director-Geral, para ajudar a sensibilizar os responsáveis políticos e científicos africanos para a participação neste esforço e para investir nas suas capacidades de investigação e de desenvolvimento.

### **Parcerias públicas privadas**

Enfim, torna-se essencial a criação de novas parcerias público-privadas sustentáveis, de forma a permitir aos responsáveis industriais investir nos medicamentos sem interesse económico. O *know-how* da indústria para o desenvolvimento clínico de medicamentos é extremamente precioso, se não indispensável. A criação de novas formas de colaboração sólidas e eficazes com a indústria, é uma condição-chave para o sucesso da EDCTP. Creio poder desde já avançar um pouco mais hoje, informando-vos que determinados responsáveis industriais decidiram já prestar um apoio activo ao nosso projecto de ensaios clínicos. Convido todos aqueles que ainda não o fizeram, a associarem-se desde já a este esforço.

Senhoras e Senhores Ministros,

Concluo a minha intervenção, afirmando que devemos absolutamente, desde já, aprofundar esta parceria, se quisermos que, a longo prazo, a investigação nos forneça respostas. Juntos, seremos mais fortes. Solicito-vos ainda que mobilizem todos os vossos colegas do governo, para que coloquem a investigação e os ensaios clínicos como uma prioridade nacional, no âmbito de um desenvolvimento global. Esta resolução permitirá que, nos vossos países, se coordenem as políticas de saúde com as de investigação e de desenvolvimento, à semelhança do que fizemos com o nosso programa de acção, na Europa. Ao apoiar a investigação, estarão a preparar o terreno para que os cientistas encontrem novos produtos adaptados aos problemas de saúde de hoje. Estarão assim a preparar o futuro das gerações mais jovens, que, esperamos, terão à sua disposição medicamentos e vacinas, e, graças aos nossos esforços conjuntos, um fardo mais leve a carregar que as gerações mais velhas.

## ANEXO 12

### DISCURSO DO DR. PASCOAL MOCUMBI PRIMEIRO-MINISTRO DA REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

Senhora Presidente,  
Senhor Director Regional da OMS para África,  
Senhor Comissário Europeu,  
Senhores Ministros da Saúde,  
Senhores Membros do Corpo Diplomático e de Organizações Internacionais,  
Distintos Participantes,  
Minhas Senhoras e Meus Senhores,

É com imensa satisfação que me dirijo a Vossas Excelências, Senhores Ministros da Saúde da Região Africana da OMS, nesta importante Sessão do Comité Regional Africano que se debruça sobre questões críticas do desenvolvimento sanitário dos nossos Estados-Membros. Na minha capacidade de governante e de profissional de saúde, sinto-me parte deste esforço que empreenderam na busca de melhor saúde para os povos africanos. Com o apoio e liderança técnica da OMS África, a Região tem feito progressos consideráveis na luta contra as doenças e na promoção e advocacia pela saúde.

Felicito pois, a equipa da OMS África que, sob a liderança do Dr. Ebrahim Samba, Director Regional, apesar das situações que obrigaram a realocação do Escritório Regional por mais de duas vezes num período relativamente curto, tem sabido de forma persistente apoiar os países através das orientações metodológicas atinentes aos vários programas de saúde que estão sendo executados em cada um dos nossos países.

Congratulo igualmente os Senhores Ministros de Saúde e suas equipas e através de V. Excelências, todos os profissionais de saúde que pela sua entrega, dedicação e abnegação têm promovido, restaurado e mantido a saúde das populações africanas muitas vezes à custa das suas próprias vidas em situações de conflito e ou epidemias.

Todavia, pesem embora os esforços que têm sido empreendidos, o estado de saúde no continente africano não é bom e nalguns casos temos assistido à reversão dos indicadores sociais. Com efeito, é em África que se registam as taxas de mortalidade materna e perinatal mais elevadas do mundo. De igual modo, os índices de malnutrição nas suas formas aguda e crónica, de fome e de pobreza são excessivamente elevados.

Paralelamente a este cenário de miséria, em África ainda há cidadãos que vivem amedrontados devido à criminalidade e conflitos armados que constituem também, obstáculos ao progresso das nossas nações. Na verdade, a conquista da paz, da estabilidade política e da promoção do desenvolvimento social são os mais complexos desafios que os africanos deverão enfrentar a breve trecho e nesta primeira década do terceiro milénio.

Por isso, muito recentemente, os Chefes de Estado e de Governo da União Africana reunidos em Maputo, para além da tomada de decisões importantes sobre a institucionalização dos órgãos da União Africana deram uma atenção específica às questões de saúde e desenvolvimento. Testemunhamos a importância que os mais altos dignatários do nosso continente conferem à saúde no contexto do desenvolvimento regional, ao dedicarem, através duma videoconferência, uma sessão especial ao HIV/SIDA, com os diversos quadrantes do mundo, com a participação de peritos em saúde pública, agências financiadoras, académicos, governos e suas agências, organizações da sociedade civil e pessoas que vivem com HIV/SIDA.

Por conseguinte, não tenho dúvidas em afirmar com convicção que vivemos um momento de viragem e convergência de pontos de vista sobre o papel da saúde no processo de desenvolvimento social e económico de África.

Senhora Presidente,  
Senhores Ministros,

O grande desafio que nos é colocado é como materializar as decisões respeitantes à saúde que os órgãos desta organização, e da Cimeira da União Africana tomaram com vista a alcançar os Objectivos do Milénio. Nós acreditamos que o quadro referencial da Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (NEPAD) é a resposta a este desafio. Mas a NEPAD não as materializará por si só! É imperativo que saibamos articular nas políticas e programas de desenvolvimento nacionais e subregionais a “ideologia” da NEPAD. Só desta forma é que conseguiremos construir a União Africana, fortalecendo a integração, a exemplo do que já se passa na Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC). A adopção de plataformas estratégicas de saúde sub-regionais é um caminho já identificado que deve ser potenciado e consolidado.

Nesta perspectiva é importante incrementar a nossa habilidade técnica de traduzir as declarações políticas dos nossos dirigentes em planos e programas de saúde específicos coerentes, tecnicamente sólidos, baseados numa análise consistente do contexto e considerando os factores de sucesso e desafios que se nos colocam. Esses processos requerem capacidade institucional adicional para levar a bom termo a formulação, execução e avaliação das nossas intervenções. É nesta óptica que devemos defrontar a árdua tarefa de mobilizar recursos adicionais para fortalecer em cada país, os sistemas de saúde e dotá-los de recursos humanos devidamente capacitados.

No contexto da NEPAD, a formação, consolidação e retenção de quadros profissionais qualificados e motivados para as diversas áreas sociais e económicas mereceu destaque, dada a actual situação de excessiva fuga de quadros que a nossa Região regista. Na área da saúde, este problema assume contornos particulares dada a intensidade do labor que caracteriza o sector. Temos pois, que examinar esta problemática e encontrar soluções eficazes à luz da NEPAD e das iniciativas que se desenham na abordagem que nos é sugerida pelo relatório da Comissão de Macroeconomia e Saúde.

A experiência de Moçambique é que o Estado tem a responsabilidade de desenvolver acções para melhorar as condições e o estado de saúde da população, privilegiando os cuidados primários de saúde com a participação da comunidade. Porém, revela-se extremamente difícil mobilizar suficientes recursos domésticos para a saúde, porque a maioria da população vive abaixo da linha da pobreza absoluta. Nesta base, referindo-me ao Relatório da Comissão de Macroeconomia e Saúde da OMS, cujo objectivo era de avaliar o papel da saúde no quadro global do desenvolvimento económico, considero ser essencial pensar em novos modelos ou mecanismos para a recuperação de custos correntes, melhorar a organização e a gestão dos serviços de saúde e promover parcerias entre o sector público e privado.

Numa outra óptica, tomando em linha de conta a réplica da Comissão de Macroeconomia e Saúde, a nível nacional, não esqueçamos que os países têm políticas de saúde definidas pelos respectivos governos e com mecanismos estabelecidos de coordenação nacional. Neste âmbito, o importante seria analisar os mecanismos de monitorização, com base nos indicadores comuns de desempenho e sob a liderança do país. Contudo, devo sublinhar que o relatório de Macroeconomia e Saúde contém uma sólida fundamentação sobre a necessidade de esforços adicionais para a mobilização de mais recursos financeiros para a saúde, tanto internos como externos, com vista a aumentar o investimento no sector da saúde. Esse investimento deve ter retornos palpáveis a médio e longo-prazos. Por isso, o investimento deve ser um investimento correcto. Os recursos devem ser aplicados nos problemas de saúde que maior fardo social causam. Devem beneficiar as populações mais vulneráveis e de risco acrescido. Devem abarcar as áreas com impacto directo na saúde, como por exemplo: água, saneamento, nutrição, ambiente, infra-estruturas básicas, educação e sexos.

É também preocupação dos governos a melhoria do desempenho dos sistemas de saúde como pré-requisito para a realização das Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDG). Temos cada vez mais que trabalhar e gerir os nossos serviços de saúde, em função de resultados concretos e mensuráveis, mesmo com a escassez de recursos que enferma as nossas economias.

A nossa abordagem deve ser baseada em evidências. Só desta maneira é que conseguiremos seleccionar as opções mais eficazes para atingirmos os objectivos que pretendemos. Para esse fim, o recurso à investigação é incontornável. Justamente porque somos pobres, temos que criar capacidade de investigação nos nossos países. Temos que dar passos concretos para materializar este objectivo. Até hoje o investimento em investigação é insignificante para a maioria dos Estados-Membros da Região. A aposta na investigação em saúde parece-nos um caminho correcto para a nossa região. Por exemplo, o potencial que a medicina tradicional africana oferece para a solução e ou mitigação dos grandes problemas de saúde, como é o caso do HIV/SIDA, permanece essencialmente ainda inexplorado. Por outro lado, a investigação operacional não tem recebido a atenção que merece, principalmente por parte dos decisores e gestores. Temos que encontrar uma plataforma de comunicação efectiva entre os pesquisadores e cientistas africanos e os que têm a função de tomar decisões sobre políticas e estratégias pois que na verdade, o estabelecimento da agenda e das prioridades de investigação requer um processo participativo.

O meu país teve a oportunidade de acolher a reunião dos cientistas africanos que integram o Comité de Coordenação dos países em desenvolvimento (DCCC; *Developing Countries Coordinating Committee*;) envolvidos na iniciativa de parceria para ensaios clínicos (EDCTP; *European and Developing Countries Clinical Trials Partnership*). Impressionou-nos sobremaneira a qualidade e profundidade das suas propostas sobre como levar avante a participação africana na investigação de novos instrumentos, a saber: vacinas e medicamentos, para controlar as doenças que mais afligem os pobres, mas negligenciadas pelos programas de investigação da indústria farmacêutica por serem consideradas “não-rentáveis”.

Dialogando com os membros deste comité de coordenação aprendemos que existiam vários centros de investigação em África, trabalhando sem contacto com seus congéneres, tanto no interior de cada país, como entre países e subregiões.

Com o surgimento do comité de coordenação, vislumbra-se no horizonte uma luz de esperança, capaz de provocar o desenvolvimento duma rede de instituições de pesquisa e promover a cooperação sul-sul.

Assim, somos de opinião que se torna urgente mobilizar apoio político para as iniciativas em curso, nas áreas da investigação e desenvolvimento em África.

A iniciativa do programa de desenvolvimento da investigação (EDCTP) na área da saúde em África, é oportuna e constitui uma resposta concreta ao apelo da NEPAD. É uma iniciativa positiva e catalisadora da investigação em saúde. Importa desde já reflectirmos sobre a sustentabilidade do programa de investigação em África.

Senhora Presidente,  
Senhores Ministros,

O caminho que temos pela frente exige o aproveitamento das sinergias e a convergência que o momento e o clima internacional nos oferece. Cabe a nós próprios, a liderança de todo o processo orientado pelo espírito da NEPAD. Nós temos a responsabilidade histórica de concretizarmos a renascença africana.

Cientes das nossas possibilidades e limitações, se soubermos integrar nos planos e programas de desenvolvimento, a componente investigação seremos capazes de produzir conhecimento e aplicá-lo, para resolver os problemas que nos afligem, na nossa batalha contra a pobreza absoluta e pelo progresso e bem-estar dos povos africanos.

As doenças não têm fronteiras. Face a esta realidade, torna-se premente a harmonização de metodologias de controlo de doenças nas fronteiras comuns entre os países vizinhos. A África Austral, África do Sul, Moçambique e Swazilândia têm um programa conjunto de luta contra o paludismo, que já produz benefícios sanitários e do qual importantes lições poderão ser apreendidas, no que respeita à cooperação entre países.

Aproveito esta oportunidade para reiterar a importância do compromisso do continente africano, em afinar continuamente os seus mecanismos internos na solução dos problemas de saúde, e na promoção da investigação, bem como estabelecer mecanismos de coordenação, criar uma rede de investigação regional e continental, com ênfase para a capacitação humana, motivação do pessoal de saúde e melhoramento das infra-estruturas de saúde. Este é o caminho que nos levará a sistemas de saúde com maior e melhor funcionalidade.

Ao terminar, gostaria de agradecer a hospitalidade, e saudar o papel positivo exercido pela África do Sul, na sua qualidade de país coordenador do sector da saúde na sub-região da SADC, e manifestar votos de bom trabalho a todos os participantes a 53ª Sessão do Comité Regional Africano da OMS.

Muito Obrigado!



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

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

- 8.2 Incidências regionais das ordens do dia da 115ª sessão do Conselho Executivo e da 58ª sessão da Assembleia Mundial da Saúde.
- 8.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
9. Relatório do Subcomité do Programa
  - 9.1 Projecto de Orçamento-Programa para 2006-2007
  - 9.2 Acelerar a implementação da luta contra o paludismo no período de 2005-2010
  - 9.3 Reposicionamento do planeamento familiar nos programas de saúde reprodutiva: Quadro para uma acção acelerada em 2005-2010
  - 9.4 Reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária
  - 9.5 Saúde ocupacional: análise da situação e perspectivas
  - 9.6 Melhorar o acesso aos cuidados e ao tratamento para as pessoas que vivem com HIV/SIDA
  - 9.7 Investigação sanitária na Região Africana: situação actual, desafios e perspectivas
10. Mesas-Redondas
  - 10.1 Abuso sexual de crianças: uma urgência silenciosa
  - 10.2 Desafios à melhoria da situação nutricional na Região Africana
11. Relatório das Mesas-Redondas
12. Decisões processuais
13. Datas e locais das 55ª e 56ª sessões do Comité Regional
14. Aprovação do relatório do Comité Regional
15. Encerramento da 54ª sessão do Comité Regional.

## LISTA DOS DOCUMENTOS

Referência	Título
AFR/RC53/1 Rev.2	- Ordem do dia provisória da Quinquagésima-terceira sessão do Comité Regional
AFR/RC53/1 Add.1 Rev.2	- Programa de trabalho provisório
AFR/RC53/2	- Actividades da OMS na Região Africana 2001-2003: Relatório Anual do Director Regional
AFR/RC53/3	- Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo
AFR/RC53/4	- Ordens do dia provisórias da 113ª sessão do Conselho Executivo, da 57ª Assembleia Mundial da Saúde e da 54ª sessão do Comité Regional
AFR/RC53/5	- Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
AFR/RC53/6	- Ordem do dia do Subcomité do Programa
AFR/RC53/7	- Relatório do Subcomité do Programa
AFR/RC53/8 Rev.1	- Macroeconomia e saúde: Perspectivas futuras na Região Africana
AFR/RC53/9 Rev.1	- Reforçar o papel dos hospitais nos sistemas nacionais de saúde
AFR/RC53/10 Rev.1	- Prevenção e luta contra os traumatismos na Região Africana: Situação actual e programa de acção
AFR/RC53/11 Rev.1	- Saúde das mulheres: Estratégia para a Região Africana

AFR/RC53/12 Rev.1	-	Higiene dos alimentos e saúde: Análise da Situação e perspectivas
AFR/RC53/13 Rev.1	-	Intensificação das intervenções contra o HIV/SIDA, tuberculose e paludismo na Região Africana da OMS
AFR/RC53/SCC/1		Relatório da Comissão de Verificação de Poderes
AFR/RC53/RT/1	-	Papel dos serviços de laboratório na prestação de cuidados de saúde de qualidade
AFR/RC53/RT/2	-	Maternidade segura: melhoria do acesso aos cuidados obstétricos de emergência
AFR/RC53/RT/3	-	Ação humanitária e de emergência: Melhorar a eficácia das intervenções na área da saúde
AFR/RC53/14	-	Avaliação de implementação da Resolução WHA51.31 – Dotações do Orçamento Ordinário para as prioridades regionais
AFR/RC53/15	-	Habilitações e selecção do Director Regional
AFR/RC53/16	-	Relatório das Mesas-Redondas
AFR/RC53/17	-	Datas e locais das Quinquagésima-quarta e Quinquagésima-quinta sessões do Comité Regional
AFR/RC53/18	-	Adopção do Relatório do Comité Regional
AFR/RC53/19	-	Lista dos Participantes
AFR/RC53/20	-	Decisões Processuais
Decisão 1:	-	Composição da Comissão de Designações
Decisão 2:	-	Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relatores
Decisão 3:	-	Composição da Comissão de Verificação de Poderes

- Decisão 4: - Credenciais
- Decisão 5: - Substituição de Membros do Subcomité do Programa
- Decisão 6: - Ordem do dia provisória da Quinquagésima-quarta sessão do Comité Regional
- Decisão 7: - Ordem do dia provisória da 113ª sessão do Conselho Executivo
- Decisão 8: - Método de trabalho e duração da 57ª Assembleia Mundial da Saúde
- Decisão 9: - Escolha do tema das Mesas-Redondas em 2004
- Decisão 10: - Datas e locais da Quinquagésima-quarta e Quinquagésima-quinta sessões do Comité Regional
- Decisão 11: - Designação de Representantes da Região Africana para a Comissão de Orientação e Coordenação (PCC) do Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Reprodução Humana (HRP)
- Decisão 12: - Designação dos Representantes da Região Africana no Conselho Executivo da Parceria Fazer Recuar o Paludismo
- Decisão 13: - Habilitações e selecção do Director Regional
- AFR/RC53/R1 - Macroeconomia e Saúde: Perspectivas Futuras na Região Africana
- AFR/RC53/R2 - Reforçar o papel dos Hospitais nos Sistemas Nacionais de Saúde na Região Africana
- AFR/RC53/R3 - Prevenção e Luta contra os Traumatismos na Região Africana: Situação Actual e Plano de Acção
- AFR/RC53/R4 - Saúde das Mulheres: Estratégia para a Região Africana

- AFR/RC53/R5 - Higiene dos Alimentos e Saúde: Análise da Situação e Perspectivas
- AFR/RC53/R6 - Intensificação das Intervenções contra o HIV/SIDA, Tuberculose e Paludismo na Região Africana
- AFR/RC53/R7 - Moção de agradecimento
- AFR/RC53/SCC/1 - Relatório da Comissão de Verificação de Poderes
- AFR/RC53/Conf.Doc/1 - Alocução de Sua Excelência, a Ministra da Saúde da África do Sul, Dra. Mantombazana Tshabalala-Msimang
- AFR/RC53/Conf.Doc/2 - Alocução do Professor Rasamindrakotroka Andry, Ministro da Saúde da República de Madagáscar, Vice-presidente da Quinquagésima-segunda sessão do Comité Regional
- AFR/RC53/Conf.Doc/3 - Alocução do Sr. Embaixador Mahamat H. Doutoum, Comissário Interino da União Africana para os Assuntos Sociais e Cooperação Afro-Árabe
- AFR/RC53/Conf.Doc/4/5 - Comunicação do Dr. Lee Jong-Wook, Director-Geral da Organização Mundial de Saúde
- AFR/RC53/Conf.Doc/6 - Alocução do Ministro da Defesa da República da África do Sul, Sr. Mosiuoa Lekota
- AFR/RC53/INF/01 - Boletim Informativo da República da África do Sul