



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



132^a SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 23-27 de junho de 2003

CE132/FR (Port.)
23 julho 2003
ORIGINAL: INGLÊS

R E L A T Ó R I O F I N A L

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Abertura da Sessão	5
Assuntos relativos ao Regulamento	6
Mesa Diretora.....	6
Aprovação da Agenda e Programa de Reuniões.....	6
Representação do Comitê Executivo no 44º Conselho Diretor, 55ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	6
Agenda provisória do 44º Conselho Diretor da OPAS, 55ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	7
Assuntos Relativos aos Comitês	8
Relatório sobre a 37ª Sessão do Subcomitê de Planejamento e Programação	8
Relatório sobre a 20ª Sessão do Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento.....	8
Relatório da Comissão Julgadora do Prêmio OPAS em Administração, 2003	10
Relatório do Comitê Permanente sobre Organizações Não-Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS	11
Assuntos Relativos à Política dos Programas	12
Estratégia Administrativa para as Atividades da Repartição Sanitária Pan-Americana no Período 2003-2007.....	12
Proposta de Orçamento por Programas da Organização Pan-Americana da Saúde para o Exercício Financeiro 2004-2005	19
Resultados Obtidos com as Orientações Estratégicas e Programáticas durante o Período 1999-2002.....	26
Relatório sobre a 13ª Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura	29
Atenção Primária de Saúde nas Américas: Lições Aprendidas em 25 Anos e Futuros Desafios.....	33
Família e Saúde.....	38
Globalização e Saúde	42
Etnicidade e Saúde.....	48

ÍNDICE (cont.)

Página

Assuntos Relativos à Política dos Programas (cont.)

Manutenção dos Programas de Imunização.....	53
A Contribuição da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) para a Consecução das Metas de Desenvolvimento do Milênio.....	56
Monitoramento da Redução da Morbidade e Mortalidade Materna.....	60
Pandemia de Gripe: Preparação no Hemisfério Ocidental	65
Dieta, Nutrição e Atividade Física.....	69
Impacto da Violência sobre a Saúde das Populações nas Américas.....	74

Assuntos Administrativos e Financeiros.....

Relatório sobre a Arrecadação das Cotas.....	78
Relatório Financeiro Interino da Diretora Correspondente a 2002.....	81
Exame do Nível Autorizado do Fundo de Capital de Giro.....	84
Edifícios e Instalações da OPAS.....	88

Assuntos Relativos ao Pessoal.....

Emendas ao Regulamento do Pessoal da RSPA.....	88
Exposição do Representante da Associação de Pessoal da RSPA.....	89

Assuntos de Informação Geral

Resoluções e Outras Ações da 56ª Assembléia Mundial da Saúde de Interesse para o Comitê Executivo da OPAS.....	92
---	----

Encerramento da Sessão.....

Resoluções e Decisões.....

Resoluções.....

CE132.R1	Emendas ao Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana	95
CE132.R2	Arrecadação das Cotas.....	97
CE132.R3	Exame do Nível Autorizado do Fundo do Capital de Giro.....	98
CE132.R4	13ª Reunião Interamericana, no Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura (RIMSA 13).....	99
CE132.R5	Atenção Primária de Saúde nas Américas	100

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluções (cont.)

CE132.R6	Projeto de Orçamento-Programa da Organização Pan-Americana da Saúde para o Exercício Financeiro 2004-2005	102
CE132.R7	Manutenção dos Programas de Imunização.....	105
CE132.R8	Relatório do Comitê do Prêmio da OPAS para Administração, 2003	108
CE132.R9	Organizações Não-Governamentais Que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS	108
CE132.R10	Agenda Provisória do 44º Conselho Diretor da OPAS, 55ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	109

Decisões

CE132(D1)	Aprovação da Agenda.....	110
CE132(D2)	Representação do Comitê Executivo no 44º Conselho Diretor, 55ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	110
CE132(D3)	Relatório da 20ª Sessão do Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento.....	110

Anexos

- Anexo A. Agenda
- Anexo B. Lista de Documentos
- Anexo C. Lista de Participantes

RELATÓRIO FINAL

Abertura da Sessão

1. A 132ª Sessão do Comitê Executivo teve lugar na Sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 23–26 de junho de 2003. Estiveram presentes delegados dos oito seguintes membros do Comitê Executivo: Dominica, Estados Unidos da América, Honduras, Jamaica, Paraguai, Peru, República Dominicana e Uruguai. O nono membro, El Salvador, não esteve representado. Tomaram parte na qualidade de observadores delegados dos seguintes Estados Membros e Estado Membro Associado da Organização: Argentina, Canadá, França, Granada, México e Porto Rico. Ademais, estiveram representadas uma organização intergovernamental e cinco organizações não-governamentais.

2. O Dr. Fernando Carbone Campoverde (Peru; Presidente do Comitê Executivo) abriu a sessão dando boas-vindas aos participantes e assinalando que a sessão estava sendo realizada num contexto de inquietação social e considerável impaciência por parte dos povos das Américas, especialmente os mais afetados pela pobreza, que estavam cansados de esperar que chegassem a eles os benefícios do desenvolvimento. Isso se aplicava a todas as áreas do desenvolvimento, mas era especialmente verdadeiro com relação à saúde. Muitas pessoas, inclusive o próprio orador, acreditavam que o setor da saúde poderia assumir a liderança para levar o desenvolvimento a todos e fomentar a justiça e a igualdade de oportunidades. Ao mesmo tempo, ministros da saúde de toda a Região encaravam a OPAS com grandes expectativas e contavam com a sua liderança no estímulo ao desenvolvimento de seus países. Assim, a 132ª Sessão seria de grande importância—uma sessão na qual os Estados Membros trabalhariam juntos no fomento de uma Organização mais forte, que estaria mais capacitada a servir às suas populações.

3. A Dra. Mirta Roses (Diretora, Repartição Sanitária Pan-Americana) acrescentou suas boas-vindas pessoais aos participantes. Assinalou que diversos acontecimentos marcantes haviam ocorrido na vida da Organização desde que ela assumira o cargo de Diretora, em fevereiro de 2003. No nível global, a Assembléia Mundial da Saúde, em maio, elegera um novo Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotara várias novas e importantes resoluções e orientações de política, inclusive a Convenção Marco sobre Controle do Fumo. No nível regional, o Subcomitê de Planejamento e Programação e o Subcomitê sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento se haviam reunido em março e os ministros da saúde e da agricultura das Américas se haviam reunido em abril. No dia 7 de abril, Dia Mundial da Saúde, a Organização lançara a primeira Semana da Saúde nas Américas e, na primeira semana de junho, fizera realizar a primeira Semana de Vacinação nas Américas. Ademais, na primeira semana de junho, dez países latino-

americanos haviam, com apoio da OPAS, concluído a terceira rodada de negociações para a redução dos preços das drogas anti-retrovirais.

4. Todas essas ocorrências haviam sido claras demonstrações do espírito de pan-americanismo que predomina na Região e da enorme capacidade de ação coletiva por parte dos países. Não obstante, embora muito houvesse a celebrar, muito ainda restava por fazer, como o Presidente havia assinalado. Ela afirmou estar convencida de que o Comitê proporcionaria bastante orientação valiosa sobre qual seria a melhor maneira de a Organização corresponder às expectativas de todos os povos das Américas.

Assuntos relativos ao Regulamento

Mesa Diretora

5. Os membros seguintes, eleitos para posições na 131ª Sessão do Comitê, continuaram servindo nas respectivas posições na 132ª Sessão:

<i>Presidente:</i>	Peru	(Dr. Fernando Carbone Campoverde)
<i>Vice-Presidente:</i>	Jamaica	(Sr. John Junor)
<i>Relator:</i>	República Dominicana	(Dr. José Rodríguez Soldevila)

6. A Diretora atuou como Secretária *ex officio* e o Dr. David Brandling-Bennett, Subdiretor da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) como Secretário Técnico.

Aprovação da Agenda e Programa de Reuniões (Documentos CD132/1, Rev. 2, e CE132/WP/1, Rev. 1)

7. De acordo com o Artigo 9 do Regimento Interno, o Comitê adotou a agenda provisória preparada pela Secretaria. Adotou também um programa de sessões (Decisão CD132(D1)).

Representação do Comitê Executivo no 44º Conselho Diretor da OPAS, 55ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (Documento CE132/3)

8. De acordo com o Artigo 54 do seu Regimento Interno, o Comitê Executivo designou os delegados do Peru e da Jamaica, seu Presidente e Vice-Presidente, respectivamente, para representar o Comitê no 44º Conselho Diretor. Honduras e o

Paraguai foram designados representantes suplentes do Peru e da Jamaica, respectivamente (Decisão CD132(D2)).

Agenda provisória do 44º Conselho Diretor da OPAS, 55ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (Documento CE132/4, Rev. 1)

9. O Dr. David Brandling-Bennett (Subdiretor da RSPA) apresentou a agenda provisória preparada pela Diretora de acordo com o Artigo 14.B da Constituição da OPAS e o Artigo 7 do Regulamento Interno do Conselho Diretor. Ele assinalou que o México havia solicitado a inclusão na agenda de um tema intitulado “Uma OPAS para o Século XXI”. O Paraguai solicitara a inclusão de um tema sobre a erradicação da rubéola e da síndrome de rubéola congênita na Américas. A inclusão deste último tema era consistente com a resolução adotada pelo Comitê Executivo sobre programas de manutenção de programas de imunização (Resolução CE132.R7). O Paraguai solicitara também que o Conselho Diretor considerasse uma política para a prevenção e controle da dengue. A Secretaria faria as modificações pertinentes e apresentaria a agenda revista, de acordo com os Artigos 9 e 10 do Regulamento Interno do Conselho.

10. O Delegado do México informou que, em resposta a um pedido do Presidente do Comitê Executivo, seu governo havia distribuído um documento intitulado “Uma OPAS para o Século XXI”. O México pediu que o texto fosse incluído como documento de trabalho para o Conselho Diretor. A Delegada do Peru, falando em nome do Ministro da Saúde de seu país, que formulara o pedido, agradeceu ao México pela apresentação do documento, que ajudaria a orientar a visão da OPAS no século XXI por parte dos Estados Membros.

11. O Delegado do Paraguai informou que seu governo havia solicitado a inclusão do tema sobre dengue por considerar que havia urgente necessidade de uma política de prevenção e controle dessa doença. A dengue é fonte de extrema preocupação para os países de toda a Região, havendo necessidade de ação decisiva para controlar e, se possível, erradicar a doença.

12. O Presidente fez notar que, embora todos os temas da agenda fossem indubitavelmente importantes, era preciso lembrar que o Conselho disporia de tempo limitado. Por essa razão, poderia tornar-se necessário diferir a consideração de alguns temas para outra data. A Diretora informou que, de acordo com o Regulamento Interno do Conselho, todos os temas propostos pelos Estados Membros seriam incluídos na agenda provisória revista, que seria distribuída antes do 44º Conselho Diretor. Caberia então aos Estados Membros estabelecer a agenda final na primeira sessão do Conselho.

13. O Comitê adotou a Resolução CE132.R10, aprovando a agenda provisória revista.

Assuntos Relativos aos Comitês

Relatório sobre a 37ª Sessão do Subcomitê de Planejamento e Programação (Documento CE132/5)

14. O relatório do Subcomitê de Planejamento e Programação (SPP) foi apresentado pelo Sr. Herbert Sabaroche, representando o Governo da Dominica, que fora eleito Presidente do Subcomitê na 37ª Sessão. Ele informou ao Comitê que a 37ª Sessão fora realizada na Sede da OPAS em 26 e 27 de março de 2003. Estiveram presentes representantes dos seguintes Membros do Subcomitê, eleitos pelo Comitê Executivo ou designados pela Diretora: Canadá, Cuba, Dominica, El Salvador, Estados Unidos da América, Honduras, Peru e Uruguai. Estiveram presentes também observadores da Argentina, Bolívia, França, Guatemala, México e Panamá.

15. O Subcomitê havia debatido os seguintes temas: Orientação de Política para a Organização Pan-Americana da Saúde e Reorganização da Repartição Sanitária Pan-Americana para Implementação do Plano Estratégico 2003-2007; Projeto de Orçamento-Programa para a Organização Pan-Americana da Saúde para o Período Financeiro 2004-2005; Globalização e Saúde; Família e Saúde; Monitoramento da Redução da Morbidade e Mortalidade Materna; Obesidade, Dieta e Atividade Física; Pandemia de Influenza: Preparação no Hemisfério Ocidental; e Etnicidade e Saúde.

16. Uma vez que todos esses temas deveriam ser também discutidos pelo Comitê Executivo na 132ª Sessão, ele anunciou que daria conta dos comentários do Subcomitê sobre cada um por ocasião da sua consideração pelo Comitê. Resumos das exposições e debates de todos os temas mencionados poderiam ser encontrados no relatório final da 37ª Sessão do Subcomitê (Documento SPP37/FR).

Relatório sobre a 20ª Sessão do Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento (CE132/6, Rev. 1)

17. O relatório do Subcomitê sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento foi apresentado pela Sra. Patrícia Hoes, representando o Governo do Canadá, que fora eleita Relatora na 20ª Sessão do Subcomitê. Ela informou ao Comitê que a sessão fora realizada na Sede da OPAS em 25 e 26 de março de 2003, com a presença de representantes dos seguintes membros do Subcomitê, eleitos pelo Comitê Executivo ou designados pela Diretora, de acordo com os Termos de Referencia do Subcomitê: Canadá, Chile, Costa Rica, Dominica, Estados Unidos da América, México e Paraguai. Na qualidade de observadores, estiveram presentes representantes da Bolívia, Cuba, Honduras e Peru. Uma organização intergovernamental e uma organização não-governamental também compareceram. Além do Canadá, os titulares eleitos pelo Subcomitê foram a Costa Rica (Presidente) e o Paraguai (Vice-Presidente).

18. A meta da sessão foi uma revisão do progresso na implementação da análise baseada no gênero na Secretaria e nos Estados Membros. Nas suas deliberações, o Subcomitê dera especial ênfase à partilha de informações e à participação do cidadão no monitoramento da saúde, nas políticas de saúde e nos resultados para a saúde. As exposições feitas durante a sessão incluíram um relatório das atividades da Unidade de Gênero e Saúde da OPAS (antigo Programa sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento), relatórios sobre a aplicação da perspectiva de gênero em varias iniciativas da OPAS e descrições das experiências dos países no monitoramento e análise de políticas de saúde baseadas no gênero. O consenso geral resultante das discussões do Subcomitê foi de que, embora se houvesse registrado tremendo progresso nos Estados Membros, na Secretaria e em toda a OPAS, havia necessidade de maior fortalecimento da capacidade na área da análise baseada no gênero.

19. O Subcomitê formulou nove recomendações, quatro para os Estados Membros e cinco para a Diretora. Tais recomendações tinham em vista o fortalecimento da análise baseada no gênero, o monitoramento, enfoques intersetoriais, participação da sociedade civil e prestação de contas. As recomendações do Subcomitê, juntamente com um relatório completo das suas deliberações, aparecem no relatório final da 20ª Sessão (Documento MSD20/FR).

20. O Comitê Executivo julgou que o Subcomitê produzira um bem fundamentado conjunto de recomendações que seriam úteis tanto para a Secretaria como para os Estados Membros no esforço para dar posição central à questão do gênero e aprimorar o monitoramento e análise das políticas de saúde. O Delegado da Jamaica informou que o processo de promoção da questão do gênero estava em andamento na Secretaria da Comunidade do Caribe nos últimos quatro ou cinco anos, e indicou que talvez fosse útil que a OPAS se inteirasse um pouco mais daquela iniciativa. Outros delegados destacaram a questão da violência baseada no gênero e manifestaram a esperança de que a Unidade de Gênero e Saúde continue apoiando os países na busca de soluções para o problema. O Delegado do Peru observou que seu país havia incorporado a prevenção da violência baseada no gênero no sistema de ensino, começando no nível primário, como parte de um esforço mais amplo para promover o respeito aos direitos de homens e mulheres e a igualdade de oportunidades.

21. A Representante da União Latino-Americana contra Doenças Transmitidas Sexualmente (ULACETS) chamou atenção para a dimensão de gênero nas infecções transmitidas sexualmente. Embora se acreditasse que as DST não discriminam, elas, de fato, discriminam. Essas doenças tinham mais probabilidades de atingir populações pobres e vulneráveis, particularmente mulheres. Hoje em dia, nas Américas, as mulheres são mais afetadas que os homens. Ela anunciou também que a questão do gênero e a das DST seriam um dos pontos de foco do Congresso Mundial sobre DST/AIDS, a se realizar em Punta Del Este, Uruguai, em dezembro de 2003.

22. A Sra. Hoes agradeceu ao Subcomitê por seus comentários e por seu apoio às recomendações.

23. A Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (Chefe, Unidade de Gênero e Saúde, OPAS) também agradeceu o apoio do Comitê e expressou ao Subcomitê seu agradecimento por seu árduo trabalho durante a 20ª Sessão. Adiantou que a Unidade de Gênero e Saúde conhecia bem o excelente trabalho em curso no Caribe na área de promoção e treinamento na questão de gênero, planejando usar aquele trabalho como modelo para a sua própria ação no futuro. Informou que a Unidade está também utilizando o modelo peruano para a prevenção de violência baseada no gênero para promover esforços de prevenção baseados nas escolas, em outros países. O Peru e Belize estão entre os primeiros países a incorporar a prevenção de violência nos seus sistemas de educação. O Peru tem também um comitê multissetorial que se mobilizou para promover políticas e leis sobre violência baseada no gênero contra mulheres. Outros países, notadamente o México, também fizeram significativo progresso no equacionamento do problema. A Unidade de Gênero e Saúde de fato continuará apoiando esses esforços.

24. Com referência à questão do gênero e das DST, ela se declarou satisfeita em informar que a Unidade de Gênero e Saúde e a Unidade de HIV/AIDS haviam preparado um documento comum sobre desigualdades sexuais e comportamentos de cunho sexual que colocam a mulher em maior risco de contrair AIDS e outras DST. As duas unidades prepararam também um volante informativo e uma apresentação em PowerPoint, em espanhol e inglês, que entidades correspondentes nos países poderiam usar na advocacia da causa. Observou que, ademais, a OPAS faz parte da Força-Tarefa da OMS sobre Gênero e AIDS, que está preparando uma série de volantes informativos que deverá estar pronta para distribuição em princípios de 2004.

25. O Comitê Executivo referendou as recomendações apresentadas pela 20ª Sessão do Subcomitê sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento, agradecendo à Sra. Hoes pelo relatório e expressando sua gratidão ao Subcomitê por seu trabalho (Decisão 132(D3)).

Relatório da Comissão Julgadora do Prêmio OPAS em Administração, 2003 (Documentos CE132/7 e CE132/7, Add. 1)

26. O Dr. Elias Lizardo Zelaya (Honduras) informou que a Comissão Julgadora do Prêmio OPAS em Administração, 2003 se havia reunido quarta-feira, 25 de junho de 2003. A Comissão fora inicialmente constituída da Dominica, El Salvador e Uruguai. Honduras, contudo, servira em lugar de El Salvador, que não pudera enviar representante à 132ª Sessão do Comitê Executivo.

27. Depois de examinar a documentação sobre os candidatos designados pelos Estados Membros, a Comissão decidira conferir a láurea ao Sr. Roy J. Romanow, do Canadá, por sua excepcional contribuição para o desenvolvimento dos sistemas de saúde

no país, particularmente por seu trabalho na criação da Comissão de Direitos Humanos de Saskatchewan e sua liderança da Comissão sobre o Futuro da Atenção de Saúde no Canadá.

28. A Delegada do Canadá expressou agradecimentos de seu país à Comissão Julgadora, por ter escolhido o Sr. Romanow como recebedor do prêmio. Declarou que essa escolha era uma grande honra, especialmente diante do alto calibre de todos os outros candidatos. Trabalhando na Comissão sobre o Futuro da Atenção de Saúde no Canadá, o Sr. Romanow desempenhara papel central na determinação da sustentabilidade do sistema de atenção de saúde canadense e era decididamente merecedor.

29. Sobre este tema, o Comitê adotou a Resolução CE132.R8.

Relatório do Comitê Permanente sobre Organizações Não-Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS (Documentos CE132/8 e CE132/8, Add. 1)

30. O Dr. Barrington Wint (Jamaica) informou que o Comitê Permanente sobre Organizações Não-Governamentais, integrado por representantes dos Estados Unidos da América, Jamaica e Peru, se reunira terça-feira, 24 de junho de 2003, para considerar um documento de antecedentes preparado pela Secretaria sobre duas ONG cuja situação como organizações em relações oficiais com a OPAS estavam para ser revistas. Eram elas a Organização Internacional de Uniões de Consumidores (CI-ROLAC) e a União Latino-Americana contra Doenças Transmitidas Sexualmente (ULACETS).

31. Depois de uma cuidadosa revisão da documentação de antecedentes, o Comitê Permanente decidira recomendar ao Comitê Executivo que, dado o fato de que as atividades de colaboração propostas entre a OPAS e as duas ONG não tinham sido realizadas ou não estavam concluídas, as relações oficiais com a CI-ROLAC e a ULACETS deveriam continuar por um ano, durante o qual se esperava concluir tais atividades. Depois disso, o Comitê Permanente reexaminaria as relações com as duas ONG ao se reunir em junho de 2004. O Comitê Permanente indicara também a necessidade de critérios mais definidos para orientar a revisão das relações com ONG, recomendando por isso que o Comitê Executivo preparasse um protocolo para a avaliação do desempenho de ONG e o submetesse à consideração do Conselho Executivo em sua próxima sessão, em setembro de 2003.

32. O Comitê aprovou a Resolução CD132.R9, adotando ambas as recomendações do Comitê Permanente.

Assuntos Relativos à Política dos Programas

Estratégia Administrativa para as Atividades da Repartição Sanitária Pan-Americana no Período 2003-2007 (Documento CD132/9)

33. A Diretora enunciou os aspectos mais importantes da estratégia administrativa descrita no Documento CE132/9, observando que essa estratégia fora revisada posteriormente à 37ª Sessão do Subcomitê de Planejamento e Programação, em março de 2003. Indicou que as revisões refletem tanto os comentários feitos pelo Subcomitê como o progresso da Secretaria no aprimoramento da estratégia desde então. Ela recordou ao Comitê que a estratégia administrativa fora elaborada em atenção à Resolução CSP26.R18, da 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, que incumbira o Diretor de apresentar uma análise das características operacionais existentes e das necessárias para pôr em prática o Plano Estratégico 2003-2007, e de submeter ao Conselho Diretor seguinte uma proposta refletindo os seus pontos de vista com relação ao Plano e sua implementação. Em seguida, fez referência a grupos populacionais, países e áreas prioritários para cooperação técnica e teceu considerações sobre a importância da realização dos objetivos de saúde pública para as Américas que emanaram da análise das funções essenciais de saúde pública levada a cabo nos últimos dois anos.

34. Prosseguiu descrevendo a sua visão da Organização, que mostra um hemisfério unido, empenhado em atingir o mais alto nível de saúde possível para seus habitantes; governos a exercer liderança e responsabilidade no aliciamiento da sociedade em seu todo, no esforço para melhorar a saúde da população; e indivíduos, famílias, comunidades e instituições habilitados a buscar a justiça social mediante a promoção da saúde e a proteção da vida. Como exemplos recentes de como a visão de um hemisfério unido está sendo construída ela citou a primeira Semana de Vacinação nas Américas, durante a qual países de toda a Região se mobilizaram pra imunizar as crianças; e a primeira semana da Saúde nas Américas, que se iniciou em 7 de abril, Dia Mundial da Saúde, e culminou no Dia das Américas, 14 de abril. Na promoção do segundo componente da visão, a OPAS deu apoio a reuniões sub-regionais de ministros da saúde e assistiu os países na negociação sobre drogas anti-retrovirais e na preparação de propostas efetivas a serem submetidas ao Fundo Global de Combate à AIDS, à Tuberculose e à Malária. Adiantou que, para habilitar as comunidades, a Organização está empenhada, *inter alia*, em promover a participação comunitária no trabalho com vistas à realização das Metas de Desenvolvimento do Milênio.

35. Como dissera ela mesma em várias outras oportunidades, continuou, a OPAS aspira constituir-se num fórum no qual todos os países das Américas poderão encontrar resposta para as suas inquietações em matéria de saúde; numa construtora de consenso e criadora de parcerias; numa advogada da igualdade social, da proteção social e do acesso a serviços de saúde efetivos; em defensora de uma visão integrada da saúde pública,

dando ênfase às vinculações entre atenção primária, promoção da saúde, cidadania e direitos humanos; e numa geradora, disseminadora e depositária de informações fidedignas sobre saúde, como o Núcleo de Dados Sanitários, que constitui uma fonte cada vez mais completa de informações tanto sobre países separadamente como sobre sub-regiões.

36. Baseada na missão e na visão da OPAS aprovada pelos Estados Membros como parte do Plano Estratégico, a Secretaria identificou os seguintes objetivos estratégicos para mudança institucional: colocar o foco central da OPAS no trabalho nos países e com os países; colocar a Organização no centro dos debates mundiais, regionais e nacionais sobre política de saúde; fortalecer a capacidade nos níveis local, nacional e sub-regional; estabelecer alianças estratégicas com outros parceiros no desenvolvimento em saúde; criar redes e compartilhar conhecimentos dentro da Organização e entre esta e o seu ambiente; forjar vínculos mais estreitos entre o planejamento em todos os níveis: nacional, sub-regional, regional e global; maximizar os recursos extra-orçamentários, assegurando ao mesmo tempo a atenção às prioridades estabelecidas pelos Corpos Governantes; melhorar a integração programática e a administração estratégica das atividades da Secretaria; e aumentar a eficiência, a transparência e a produtividade.

37. Um dos aspectos chaves da estratégia administrativa, disse ela, é uma nova orientação voltada para programas regionais. Enquanto tais programas eram antes considerados como um domínio da Secretaria, com a nova orientação eles passam a ser iniciativas regionais que os Estados Membros concordaram em levar a cabo coletivamente, com apoio da Secretaria e de outros parceiros nacionais e internacionais, a fim de atingir as metas estabelecidas por consenso entre os próprios países. Um exemplo de problema de saúde pública que, no entender de muitos ministros da saúde, deveria ser objeto de um esforço nacional desse tipo é a sífilis congênita. Assim foi que a Secretaria encomendou um estudo para determinar a viabilidade de lançar um programa regional visando eliminar a doença. Este não seria, porém, um programa regional da OPAS. Seria um programa liderado coletivamente pelos países das Américas, no qual a Secretaria e outros parceiros colaborariam na execução de atividades e na obtenção do impacto desejado.

38. Outro aspecto muito importante da estratégia é a intensificação do seu foco nos países, que corresponde à Iniciativa de cooperação centrada nos Países, da OMS. Uma nova Unidade de Apoio aos Países, dentro do Gabinete da Diretora, supervisionará a aplicação de um enfoque muito mais estratégico e integrado na cooperação com os países, compreendendo o desenvolvimento de estratégias de cooperação com os países (ECP) a médio prazo e a formação de grupos de trabalho para auxiliar no planejamento, execução e monitoramento de uma cooperação técnica dimensionada segundo a situação e as necessidades de cada país. Ademais, a Secretaria está adaptando a abordagem enfocada em países para uso no nível sub-regional. Nesse particular, ela disse que

anunciava com prazer que a Secretaria está desenvolvendo uma metodologia para analisar as necessidades de cooperação dos países do Caribe Oriental, a qual lhe permitiria melhorar tanto o apoio dado aos Estados Membros naquela sub-região como a coordenação com a Secretaria da Organização dos Estados do Caribe Oriental (OECS).

39. Outros aspectos da estratégia administrativa incluem a preservação do compromisso para com o pan-americanismo e a cooperação entre países; a gestão estratégica de recursos, incluindo uma nova estrutura orçamentária dinamizada, compatível com a nova estrutura organizacional, e a vinculação dos resultados esperados da Secretaria com os resultados esperados globais da OMS e com os objetivos do Plano Estratégico; e novos métodos de trabalho, dando especial ênfase ao trabalho em equipe e ao aumento da participação do pessoal e de outros especialistas, por meio de grupos de trabalho e forças-tarefa. O Documento CE132/9 descreve as medidas tomadas até agora e as que serão tomadas no futuro para colocar a OPAS em condições de enfrentar os desafios do século XXI e permitir que ela funcione como uma equipe na busca de uma meta: melhorar a saúde das Américas.

40. O Presidente do Subcomitê de Planejamento e Programação informou que o SPP discutira a estratégia administrativa para 2003-2007 em março último. O Subcomitê concordou ser essencial que a OPAS responda a necessidades mutantes e concluiu que a estrutura organizacional mais dinâmica introduzida pela Diretora lhe daria a flexibilidade necessária para assim fazer de maneira efetiva. Os delegados haviam também aplaudido o caráter transparente e abrangente do processo de reestruturação e enaltecido receptividade da Diretora aos comentários e sugestões dos Estados Membros. O Subcomitê indicara que qualquer processo de mudança é inevitavelmente acompanhado de incerteza, e estimulara a Secretaria a completar o mais depressa possível o processo de reestruturação organizacional, dado que dita incerteza poderia diminuir a capacidade da Organização para responder a problemas urgentes que se manifestem na Região. O SPP instou também a Secretaria a formular indicadores para monitorizar o impacto das mudanças organizacionais, e especialmente o aumento da ênfase na integração programática e na colaboração horizontal entre diferentes áreas de ação.

41. O Comitê Executivo concluiu que a estratégia administrativa reflete uma boa compreensão das questões e desafios prioritários enfrentados pelos países. Alguns membros expressaram firme apoio à visão da Organização como força unificadora e como fórum da saúde, no qual todos os países das Américas poderiam externar suas inquietações e participar em pé de igualdade. Teve boa acolhida o enfoque dado pela estratégia aos países e a sua ênfase no enfoque de equipe e no compartilhamento de conhecimentos dentro da Organização e entre esta e o seu ambiente. Foi também aplaudido o seu reconhecimento da vinculação entre saúde e outros temas sociais, tais como cidadania, direitos humanos e justiça social, o mesmo acontecendo com a importância dada à habilitação de pessoas para assumir a responsabilidade pela sua

própria saúde. Nesse contexto, foi posta em evidência a importância da educação na criação de uma filosofia de saúde.

42. O Comitê teceu elogios aos esforços da Secretaria para se concentrar num número limitado de prioridades, obter maior eficiência e efetividade e fazer uso ótimo dos seus recursos humanos e financeiros. Os delegados reiteraram a necessidade de indicadores para medir o impacto desses esforços. Indicou-se que a OPAS poderia oferecer um valioso exemplo—não só para os Estados Membros como também para outros Escritórios Regionais da OMS—fomentando uma filosofia organizacional que desse ênfase à transparência, maximizasse a eficiência dos programas, minimizasse as despesas administrativas gerais, dinamizasse os processos burocráticos e fizesse o melhor uso possível da tecnologia. Solicitou-se esclarecimento sobre alguns aspectos da estratégia administrativa. Em particular, solicitou-se que a Diretora elucidasse a justificativa da colocação da Unidade do Orçamento-Programa e a Unidade de Gestão e Relatórios Financeiras em duas diferentes áreas de trabalho dentro da estrutura organizacional. Foi também solicitada informação adicional sobre o grupo de trabalho para revisar a política de orçamento regional, a abordagem do trabalho de equipe e o uso de especialistas intra e extra-quadro, mencionado no documento e na exposição da Diretora.

43. O Delegado da Dominica acolheu positivamente a comunicação da Diretora sobre a cooperação sub-regional com os países do Caribe Oriental. Em reunião realizada dias antes, em junho, os ministros da saúde da OECS haviam discutido as vantagens de um enfoque descentralizado da cooperação técnica nesses moldes, tendo-o efetivamente incumbido de formular à Diretora e sua equipe um convite para se reunirem com eles a fim de ter uma visão direta dos desafios que enfrentam e discutir soluções que possam ser adotadas com ajuda da OPAS. São questões de particular interesse para os Estados Membros da OECS, que os ministros da saúde desejariam ver posicionadas no plano de cooperação técnica regional, a inocuidade dos alimentos e a saúde ambiental, HIV/AIDS e aprovisionamento de medicamentos anti-retrovirais, e como atender às necessidades de atenção de saúde dos pobres e desempregados.

44. Como fizera o SPP, o Comitê Executivo elogiou a Diretora pelo seu estilo de administração transparente e por seus esforços para procurar contribuições dos Estados Membros e envolvê-los na configuração da visão da OPAS no século XXI. Os delegados opinaram que os países deveriam ser participantes ativos nesse processo, dado que são ao mesmo tempo beneficiários e parceiros nas atividades da Organização; e são eles que proporcionam os recursos que possibilitam o seu trabalho. O Presidente, na qualidade de Delegado do Peru, observou que as organizações internacionais parecem estar cada vez mais preocupadas em fazer com que as suas agendas reflitam os interesses comuns e os mandatos dos Estados Membros, e ressaltou que essa preocupação é particularmente evidente na OPAS. Ele declarou achar que os países—com o apoio que seja necessário da Secretaria—devem levar a cabo um processo contínuo de reflexão sobre a natureza, os

objetivos e as metas de curto, médio e longo prazo da Organização. Essa reflexão coletiva teria um possível fórum nas reuniões de ministros da saúde que se realizam periodicamente em cada sub-região. Assinalando que todas as sub-regiões estavam representadas na 132ª Sessão, ele propôs que os delegados assumam a responsabilidade de assegurar que, durante as suas próximas reuniões sub-regionais, seja reservado algum tempo para discutir o trabalho e o futuro da OPAS. Representantes dos vários grupos sub-regionais poderiam ser então designados para apresentar aos Corpos Governantes da OPAS relatórios sobre o resultado dessas discussões.

45. O Comitê Executivo acolheu a proposta. O Delegado do Paraguai sugeriu a possibilidade de que os presidentes das reuniões sub-regionais de ministros da saúde sejam convidados a comparecer à próxima sessão do Subcomitê de Planejamento e Programação, para atuar como porta-vozes das respectivas sub-regiões. Outros delegados opinaram que se deveria reservar tempo também para uma reflexão sobre este assunto durante o 44º Conselho Diretor, em setembro. Os representantes de várias organizações não-governamentais expressaram a esperança de que entidades como as suas—como parceiras da Organização e dos Países no esforço para melhorar as condições de saúde na Região—poderiam participar também no processo de reflexão. Sugeriu que um dos temas a discutir deveriam ser os desafios de saúde pública associados com a globalização—especialmente a transmissão transfronteiriça de doenças como a síndrome respiratória aguda grave (SARS)—e a resposta da Organização e seus Estados Membros a tais desafios. Indicou-se também que se deveria tirar partido da próxima Cúpula extraordinária das Américas para ventilar preocupações de saúde pública.

46. A Diretora declarou acreditar que seria muito útil a realização de uma série de consultas sub-regionais sobre os papéis e o trabalho da Organização. Como a OPAS atua como secretaria de todas as reuniões sub-regionais de ministros da saúde, isso certamente poderia facilitar o processo. Muitas dessas reuniões contam também com a presença de representantes de organizações da sociedade civil e de organismos multilaterais e bilaterais, e assim seria possível obter uma ampla variedade de pontos de vista. Adiantou que a Secretaria formularia dentro de 30 dias uma proposta para a incorporação dessas discussões nas agendas das diversas reuniões sub-regionais, a partir da Reunião do Setor da Saúde da América Central (RESSCA), a ter lugar em agosto de 2003. Os Termos de Referência do SPP dão à Diretora certa margem para convidar países a tomar parte nas sessões do Subcomitê, e assim poderia ela assegurar que os presidentes de todos os grupos sub-regionais estejam presentes para falar sobre as recomendações emanadas das respectivas reuniões. A Secretaria vai explorar também a possibilidade de organizar painéis de debate durante o Conselho Diretor, a fim de fortalecer o processo de reflexão sobre o que os Estados Membros têm em vista para a OPAS no século XXI.

47. Respondendo às questões suscitadas pelo Comitê, ela explicou que estavam sendo aplicados vários enfoques ao trabalho de equipe. Um deles foi a formação de forças-

tarefa para coordenar a cooperação técnica com os países, individualmente. Esses grupos procuram não somente aplicar um enfoque integrado à cooperação técnica da OPAS com os países, como também complementar a cooperação proporcionada por outras organizações. Em alguns países, as equipes incluíram recursos da OPAS procedentes de países vizinhos. No Haiti e na Guiana, por exemplo, foram usados recursos da República Dominicana e do Suriname, respectivamente. Outra abordagem é a formação de grupos para fins específicos—como, por exemplo, apoio às negociações sobre drogas anti-retrovirais—utilizando pessoal de diversas áreas de trabalho. O objetivo do enfoque no trabalho em equipe é tirar o máximo partido dos recursos humanos e financeiros disponíveis.

48. Para estimular mais a abordagem de equipe, a Secretaria está explorando a opção de, em orçamentos futuros, vincular recursos especificamente para atividades comuns. Os recursos seriam consignados a diversas unidades, que poderiam usá-los somente para iniciativas conjuntas. Tal enfoque ofereceria um incentivo adicional ao trabalho em equipe. Este seria um dos temas a serem discutidos pelo grupo de trabalho sobre política de orçamento.

49. Com referência àquele grupo de trabalho, ela recordou com o SPP, em sua 34ª Sessão, recomendar que a política de orçamento da Organização fosse revisada sempre que fossem introduzidas novas orientações estratégicas e programáticas. O grupo será formado de pessoal da OPAS e especialistas em política de orçamento dos países.

50. Com relação à colocação da Unidade de Orçamento dentro da estrutura organizacional, havia, como ela dissera ao SPP, diferentes correntes de pensamento sobre a relação entre orçamentação, programação e gestão financeira. Durante a última década, tanto a unidade de orçamento como a financeira tinham pertencido ao Escritório de Administração. Ao passar dos anos, contudo, diretores anteriores tinham aplicado diferentes enfoques. Alguns haviam colocado a unidade responsável pelo orçamento diretamente dentro da sua órbita, de forma que ela não ficasse associada com programação ou administração. Ela e sua equipe de gestão executiva chegaram à conclusão de que seria preferível vincular o orçamento mais estreitamente ao planejamento e programação, por considerarem o orçamento como instrumento fundamental de programação. Por isso, a Unidade de Orçamento foi colocada no Escritório de Gestão de Programas, enquanto que a Unidade de Gestão e Relatórios Financeiros permaneceu no Escritório de Administração. Continua, não obstante, havendo estreita coordenação entre as duas unidades. A nova configuração mostrou-se até agora muito bem-sucedida—por exemplo, a preparação do projeto de orçamento-programa a ser considerado pelo Comitê transcorreu sem atritos—, mas a Secretaria continuará monitorizando o efeito dessa mudança e de todas as outras alterações feitas na estrutura organizacional e fará quaisquer ajustes necessários, caso ocorram problemas.

51. Respondendo à pergunta sobre o uso de especialistas, ela disse que uma fonte de perícia seria a Unidade de Inspeção Conjunta (JIU) do sistema das Nações Unidas. Inspetores especializados da JIU fariam uma análise do comportamento da administração, visando especialmente as questões prioritárias identificadas pela Secretaria. Os inspetores da JIU trouxeram um rico cabedal de experiência com diferentes sistemas de administração, de organizações de todo o sistema das Nações Unidas, e sem dúvida seriam muito úteis na sugestão de meios de aprimorar a gestão e o uso de tecnologia da informação, gestão de recursos humanos e desenvolvimento de procedimentos de trabalho mais eficientes e dinamizados. Ademais, na qualidade de Escritório Regional da OMS, a OPAS poderia aproveitar os serviços da JIU sem custo. Outra fonte de perícia seriam os Governos Membros, como no caso do grupo de trabalho sobre a política de orçamento. Uma terceira possibilidade seria o Conselho Administrativo da Fundação Pan-Americana de Saúde e Educação (PAHEF), que tem valiosa experiência a ser compartilhada. Vários membros já se ofereceram para proporcionar serviços consultivos gratuitamente. As universidades e os centros de excelência seriam uma fonte adicional de perícia sobre questões técnicas e gerenciais específicas.

52. Em resposta ao Delegado da Dominica, a Diretora informou que a OPAS com toda certeza enviará uma missão técnica integrada para se reunir com os ministros da saúde do Caribe Oriental. Manifestou também a esperança de ter oportunidade de se avistar com eles durante o Conselho Diretor.

53. Finalmente, ela disse que era com prazer que anunciava, após consultas com todos os nove membros do Comitê Executivo, sua decisão de nomear o Dr. Joxel García e a Dra. Carissa Etienne para os cargos de Subdiretor e Diretora Adjunta, respectivamente. Ambos tomariam posse em 1 de agosto e 3 de julho de 2003, respectivamente. A Diretora expressou seu agradecimento pessoal e em nome de toda a Organização ao Dr. David Brandling-Bennett, que nos últimos meses desempenhou as funções de Subdiretor e Diretor Adjunto. O Dr. Brandling-Bennett ocupou diversos cargos durante seus 14 anos de serviços na OPAS, tendo realizado um excelente trabalho em todos eles. Um dos seus papéis mais importantes e visíveis terá sido, talvez, o de Secretário Técnico dos Corpos Diretores. O funcionamento esmerado das reuniões dos Corpos Dirigentes deveu-se em alto grau aos seus esforços. Ela adiantou que, embora estivesse deixando a Organização, o Dr. Brandling-Bennett continuaria contribuindo com seus amplos conhecimentos e aptidões para o avanço da saúde pública em seu novo cargo na Fundação Bill e Melinda Gates.

54. O Comitê Executivo expressou seu agradecimento ao Dr. Brandling-Bennett por seus anos de serviço à Organização, formulando votos de sucesso em seu novo cargo.

55. O Comitê concordou em promover discussões sobre o futuro da OPAS nas diferentes reuniões ministeriais sub-regionais, conforme proposta do Delegado do Peru.

Os delegados foram convidados a tomar as medidas necessárias para assegurar que o tema seja incluído nas agendas das reuniões de ministros da saúde nas respectivas sub-regiões e que seja designado um representante para resumir e relatar os pontos de vista expressos naqueles encontros. A Secretaria foi solicitada a facilitar o processo de consulta e a providenciar para que representantes das várias reuniões sub-regionais participem na próxima sessão do Subcomitê de Planejamento e Programação. O Presidente fez notar que o Ministro da Saúde do México havia distribuído informalmente um documento sobre a OPAS no século XXI e convidou o Delegado do México compartilhar o documento com todos os participantes, uma vez que o texto poderia ser útil nas deliberações sobre esta matéria.

Proposta de Orçamento por Programas da Organização Pan-Americana da Saúde para o Exercício Financeiro 2004-2005 (Documento Oficial 307 e Documento Oficial 307, Add. I)

56. O Dr. Daniel López Acuña (Diretor de Gestão de Programas, OPAS) apresentou o projeto de orçamento-programa da Organização Pan-Americana da Saúde para o período financeiro 2004-2005. Explicou que os mandatos de planejamento para a preparação do orçamento compreendem os mandatos dos Corpos Diretores da OMS e da OPAS, a estratégia corporativa da OMS, as estruturas de política global da OMS e regional da OPAS, o Plano Estratégico 2003-2007 para a RSPA, as Metas de Desenvolvimento do Milênio e os resultados das avaliações da contribuição da OPAS para a consecução os resultados globais esperados da OMS e do orçamento-programa 2000-2001.

57. A estrutura do novo orçamento-programa baseia-se em esteios conceituais relevantes para o trabalho da OPAS e também se alinha mais estreitamente com a estrutura do orçamento-programa da OMS. Consiste em áreas de trabalho, em vez de uma lista classificada de programas, agrupadas num novo conjunto de categorias de apropriação. São as seguintes as novas categorias de apropriação: Gestão Executiva (3,6% do orçamento da OPAS/OMS); Governança e Parcerias (4,9%); Apoio a Programas de Países (17,5%); Ação Intersetorial e Desenvolvimento Sustentável (13,8%); Informação e Tecnologia em Saúde (14,5%); Acesso Universal a Serviços de Saúde (13,4%); Controle de Doenças e Manejo de Riscos (12,9%); Saúde da Família e da Comunidade (8,5%); e Apoio Administrativo (10,9%). As áreas de trabalho revistas refletem uma abordagem integrada à realização de programas e são mais dinamizadas do que a antiga lista classificada de programas (cujo número foi reduzido de 61 para 42) e mais consentâneas com as áreas de trabalho da OMS. Foram reorientados recursos para programas prioritários (HIV/AIDS, controle do tabagismo, TB e doenças emergentes, e ação humanitária em emergências), atribuindo-se maior importância à proteção e manutenção do nível atual de financiamento para os cinco países prioritários identificados no Plano Estratégico (Bolívia, Guiana, Haiti, Honduras e Nicarágua). Essa

reorientação foi possível graças principalmente a um esforço para reduzir as dimensões da estrutura administrativa e reduzir no máximo possível os custos administrativos.

58. A proposta original para o orçamento da OPAS/OMS para 2004-2005 baseou-se no orçamento de US\$ 261.482.000 aprovado para 2002-2003, ao qual foram acrescentados somente os aumentos obrigatórios de custos de cargos e seguro-saúde dos aposentados, ambos determinados pela Assembléia Geral das Nações Unidas. Com esses aumentos, o montante inicial proposto foi elevado para \$264.773.000. Por ocasião da apresentação do projeto inicial ao SPP, em março, previa-se que a contribuição da OMS para o orçamento da OPAS seria de \$75.399.000, conforme fora proposto em janeiro, na reunião do Conselho Executivo da OMS. Várias resoluções pertinentes ao orçamento adotadas pela 56ª Assembléia Mundial da Saúde, em maio, resultaram numa redução líquida daquele montante em \$2.169.000, dando uma contribuição total da OMS de \$73.230.000. Por isso, a proposta orçamentária final da OPAS/OMS para 2004-2005 é de \$262.604.000. Isso representa um aumento de 0,4% sobre o montante de 2002-2003, que é o menor na história da OPAS. A Secretaria deixou deliberadamente de manter o aumento de 1,3% inicialmente proposto, a fim de evitar aumento das cotas de contribuição dos Estados Membros.

59. Em virtude da Resolução WHA51.31, da Assembléia Mundial da Saúde, que modificou a distribuição de recursos entre as regiões, o nível de financiamento recebido pela OPAS da OMS vem diminuindo constantemente. Devido a isso, uma parcela crescente do orçamento tem de ser financiada através das cotas de contribuição dos Estados Membros da OPAS. A questão da redistribuição de recursos será discutida pelo Conselho Diretor em setembro, com base num documento produzido pela OMS sobre a redistribuição, que avaliará o impacto nas diferentes regiões.

60. Previu-se também que haverá uma queda de \$3 milhões nas rendas diversas, em comparação com as do biênio anterior, devido à queda das taxas de juros em todo o mundo, e particularmente na América do Norte. Face à insuficiência das rendas diversas e à necessidade de compensar a redução da contribuição da OMS, será preciso aumentar em 3,3% as cotas de contribuição dos Estados Membros. Esse aumento, contudo, é bastante moderado, especialmente quando comparado com os aumentos médios nas décadas de 1970, 1980 e 1990, que variaram de 14% a 24%.

61. Expresso em termos constantes, após um ajuste devido a variações no poder aquisitivo e à inflação, o orçamento-programa sempre foi executado abaixo do nível zero de crescimento real desde 1986. Para 2004-2004, o orçamento está 21% abaixo daquele nível. O número de cargos financiados pelo orçamento da Organização também acusou declínio constante, de 1.222 em 1980 para os 831 propostos para 2004-2005 (dois menos do que em 2002-2003).

62. O Presidente do Subcomitê de Planejamento e Programação informou que, ao ser discutida a versão anterior do documento orçamentário, vários delegados haviam manifestado a esperança de que o documento submetido ao Comitê Executivo contivesse uma distribuição de recursos para os níveis regional e de país, bem como dados comparativos que permitissem aos Estados Membros verificar de que maneira as mudanças na estrutura organizacional haviam afetado os recursos orçamentários para as diferentes áreas de trabalho. Os delegados assinalaram também a necessidade de mais informações sobre como o orçamento contribuirá para que sejam atingidas as Metas de Desenvolvimento do Milênio, os objetivos de saúde pública para as Américas e outros mandatos de planejamento da OPAS e da OMS.

63. O Subcomitê havia aplaudido o esforço para alinhar mais estreitamente as áreas de trabalho da OPAS com as da OMS. Ao mesmo tempo, destacara a necessidade de integração e colaboração entre aquelas áreas, especialmente com relação à saúde da família e da comunidade, considerada crucial. Fora também destacada a importância de forjar alianças com outras instituições internacionais e nacionais. Vários delegados manifestaram preocupação com respeito ao proposto aumento das cotas, especialmente em face da dificuldade que muitos Estados Membros estavam encontrando para atender mesmo aos compromissos correntes. Todos os Estados Membros foram instados a pagar suas cotas de 2003 e acertar quaisquer pagamentos atrasados que possam ter, uma vez que isso ajudará a abrandar a situação financeira da Organização e permitirá que esta, por sua vez, cumpra seus compromissos com os países.

64. O Comitê Executivo deu boa acolhida ao documento e à apresentação em seu apoio, assinalando que o orçamento atual foi o primeiro a ser elaborado para refletir o Plano Estratégico para 2003-2007 e vários outros importantes mandatos da Organização. O Comitê expressou também satisfação pelas mudanças introduzidas no projeto para dinamizar a classificação de programas e torná-los mais convergentes com as áreas de trabalho da OMS. Os delegados acharam que o formato do documento orçamentário e as explicações dadas facilitam a análise de vários aspectos do orçamento, embora se tenha sugerido também que, em certas áreas, poderiam ser úteis mais detalhes, com um desdobramento dos grandes montantes de gasto em categorias de despesa.

65. A Delegada dos Estados Unidos da América expressou o ponto de vista de que a redução do montante consignado pela OMS à OPAS indica a tomada de decisões difíceis na Assembléia Mundial da Saúde, que refletem por sua vez a perspectiva global que os Estados Membros concordaram ser necessária em relação ao orçamento da OMS. Essas escolhas refletem-se também nas dificuldades econômicas que os países estão enfrentando—dificuldades que a OPAS deve também considerar em relação ao seu próprio orçamento. Ela disse que seu governo é a favor do crescimento nominal zero do orçamento da OPAS, e acha que a Organização pode manter os níveis de recursos existentes, mediante uma priorização maior dos programas, buscando economias e

eficiências nos custos internos e fazendo certas opções “de arrocho”, sem esquecer que muitos países das Américas têm pela frente opções semelhantes e enfrentam dificuldades cada vez maiores para pagar suas cotas. Disse também que sua delegação espera que a Secretaria reconsidere o nível orçamentário e apresente uma nova proposta ao Conselho Diretor, em setembro.

66. Diversos delegados concordaram que seria muito difícil para seus países cogitar de um aumento das cotas de contribuição na difícil situação econômica atual. Assinalou-se que a OPAS não tem um mecanismo como o existente na OMS, pelo qual os países que enfrentam dificuldades para cobrir o aumento de suas cotas podem obter alívio por até dois biênios. Neste caso, acharam os delegados que seria difícil persuadir as autoridades financeiras de seus países a aceitar um cota maior e instaram a Secretaria a utilizar sua capacidade criativa para encontrar um meio de executar atividades prioritárias sem aumentar as cotas de contribuição.

67. Uma vez que evidentemente houve significativa redistribuição de recursos de algumas áreas para outras, os delegados julgaram importante saber que impacto essa redistribuição de recursos teria sobre os programas. Solicitou-se esclarecimento a respeito de várias mudanças específicas na alocação de recursos, e particularmente nos aumentos para os cinco países prioritários, que foram em alguns casos percentualmente menores do que os destinados a outros países. Solicitou-se informação adicional sobre os \$500.000 destinados a Regulamentos Sanitários Internacionais e SARS. Foi solicitado à Dra. Roses que comentasse sobre a existência ou não de idéias preliminares sobre como seria usado o Programa de Desenvolvimento do Diretor Regional, e solicitou-se que a Secretaria apresente aos Corpos Dirigentes relatórios periódicos sobre o seu uso.

68. Manifestou-se preocupação também com relação à cifra projetada de \$13,5 milhões em rendas diversas para 2004-2005, dado o fato de que o montante disponível no biênio em curso era de pouco mais de \$10 milhões, quantia essa substancialmente inferior aos \$16,5 milhões inicialmente esperados. No clima financeiro atual, considerou-se que a cifra de \$13,5 milhões poderia ser demasiado otimista. Observou-se também que, enquanto a OPAS recebera no biênio corrente cerca de \$154 milhões em recursos extra-orçamentários, a proposta para 2004-2005 projetava o montante de \$55 milhões, e foram pedidos esclarecimentos sobre como haviam sido calculadas essas estimativas. Vários delegados acharam que seria útil estabelecer um mecanismo para acompanhar o gasto real em contraposição aos montantes do orçamento.

69. O Dr. López Acuña garantiu ao Comitê que as suas sugestões para aprimoramento dos indicadores e resultados esperados e para uma dinamização maior das apresentações de alguns programas seriam incorporadas ao documento. Entre a versão mostrada ao SPP e a atual, foram feitas modificações refletindo a reorganização e redistribuição de recursos. Ademais, a quantidade de detalhes foi aumentada, conforme pedira o SPP. Ele

informou que, embora alguns aumentos ou diminuições de um biênio para outro efetivamente reflitam mudanças reais nos programas, outros resultaram simplesmente de variações nos custos de cargos nos postos de serviço em causa. Respondendo a uma indagação específica de um dos delegados, ele explicou que os recursos alocados no biênio anterior a liderança em saúde pública e infra-estrutura e prestação de serviços de saúde estavam agora classificadas na área de trabalho em apoio ao desenvolvimento nacional da saúde. No caso de todos os países prioritários, foi mantido o nível de recursos atual, depois de descontadas variações no poder aquisitivo. Na medida do possível, foram alocados recursos adicionais para programas a fim de fortalecê-los e manter a coerência com as prioridades. No processo de revisão da apresentação do orçamento, a Secretaria tomou extremo cuidado para assegurar a coerência com aquelas prioridades e com os mandatos que ele relacionou no início da sua exposição, notadamente as Metas de Desenvolvimento do Milênio.

70. O total de recursos destinados a Regulamentos Sanitários Internacionais e SARS no orçamento global da OMS foi de \$10 milhões. Foram alocados \$500.000 à Região das Américas, montante que é de fato baixo em relação ao total reservado. Com referência aos recursos extra-orçamentários, ele esclareceu que, devido à preocupação com uma gestão firme e prudente, haviam sido incluídos no documento orçamentário apenas os montantes que a Organização tem certeza de que receberá. Assinalou, porém, que, até o último biênio, os recursos efetivamente mobilizados foram consistentemente maiores do que a estimativa inicial do orçamento.

71. Finalmente, ele indicou que o orçamento total fora reduzido em \$2,1 milhões, em virtude da redução da contribuição da OMS. Não fosse aquela redução, o aumento de cotas resultante teria sido de 4,8%, em vez de 3,3%. Se houver outros cortes no orçamento, isso afetará gravemente os programas em cuja execução a OPAS se empenhou.

72. A Diretora agradeceu os comentários dos delegados, especialmente aqueles que registraram o significativo esforço para a reformulação total do orçamento. Esse esforço tivera início antes da reunião do Subcomitê de Planejamento e Programação e prosseguira depois que o Subcomitê pediu mais detalhes nas áreas de indicadores e resultados esperados. Ela disse estar ciente de que uma mudança radical dessa ordem na estrutura do orçamento, juntamente com a redução das categorias, de 61 para 42, torna difícil fazer comparações históricas ou discernir exatamente onde se fizeram reduções e aumentos. Algumas das reorientações de verbas notadas pelos delegados deviam-se simplesmente à realocação de cargos de uma área para outra dentro da estrutura orçamentária. As realocações dessa natureza produzem uma transferência de recursos que varia de \$250.000 a \$300.000, o que é percentualmente muito significativo com relação ao orçamento total da OPAS. Essas mudanças, porém, não refletem necessariamente qualquer variação na parte não referente a cargos—isto é, as quantias destinadas à efetiva execução de programas.

73. Ela disse considerar que toda sugestão de crescimento nominal zero no orçamento da OPAS tem de ser encarada tendo em vista os aumentos tanto no orçamento como nas cotas dos países, aprovados pela Assembléia Mundial da Saúde em maio. Os Estados Membros concordaram com um aumento de quase 2% no orçamento da OMS, do que resultou um aumento das suas cotas de contribuição. Todavia, como o montante destinado à Sede da OMS foi protegido nos últimos 15 anos, em prejuízo dos montantes destinados às regiões, nenhuma porção daquele aumento de 2% chegará à Região das Américas. Ao contrário, a parcela para a Região foi reduzida. O orçamento levado ao Comitê representa um sacrifício em termos de absorção de custos e do efeito das desvalorizações, nenhum dos quais seria compensado pelo aumento proposto. Deixar de aprovar o aumento, em paralelo com a redução na contribuição da OMS, teria enorme impacto negativo na disponibilidade de recursos para a cooperação técnica da OPAS com os países.

74. Adiantou que a Organização continuará empenhada numa eficiência maior, na proteção dos países prioritários, nos esforços para mobilizar recursos extra-orçamentários e numa gestão muito prudente das rubricas orçamentárias. Será necessário alterar gradativamente os tetos históricos atribuídos a alguns países—processo que já começou—e reconfigurar a alocação de pessoal da OPAS e a sua presença em vários países, no interesse de uma equidade maior e buscando responder mais às necessidades dos países, especialmente aqueles que os Estados Membros identificaram como prioritários. Quaisquer mudanças nas verbas orçamentárias e na distribuição do pessoal entre os países serão feitas com base numa análise racional das necessidades, utilizando a melhor evidência disponível.

75. Com referência ao mecanismo da OMS para alívio face ao aumento das cotas, ela disse que se trata de um mecanismo relativamente novo, que foi criado tomando fundos de programas de cooperação técnica, aspecto que gerou considerável inquietação para muitos países. Na prática, isso representou uma transferência líquida de recursos dos países mais pobres para os de renda média e alta.

76. Ela esclareceu que o Programa de Desenvolvimento do Diretor Regional, para o qual foram destinados aproximadamente \$2,6 milhão para o biênio, tem por finalidade permitir uma resposta a pedidos imprevistos de assistência pelos países. Um exemplo disso foi o apoio dado pela Organização às negociações sobre drogas anti-retrovirais. Quanto à prestação de contas do seu uso, os relatórios financeiros e demonstrativos financeiros provisórios do Diretor sempre contiveram informações sobre como foram aplicados os fundos do Programa.

77. Respondendo aos comentários sobre o acompanhamento dos gastos e ao pedido de mais detalhes sobre as categorias de despesa, ela assinalou que o sistema de planejamento, programação, monitoramento e avaliação, AMPES, é um sistema bastante

moderno e sofisticado—muito elogiado por auditores tanto internos como externos—que permite manter registros precisos e transparentes de todas as despesas. Essa informação será posta à disposição de qualquer Estado Membro que a solicite, a qualquer tempo. Entre as suas muitas vantagens, o sistema tornou possível manter rigoroso controle financeiro, permitindo, ao mesmo tempo, uma grande flexibilidade no uso de recursos orçamentários, sendo sua única limitação o fato de que os fundos destinados a cargos não podem ser usados para fins não vinculados a cargos, nem vice-versa. O AMPES permitiu tanto à Secretaria como aos países responder à evolução dos problemas e desafios de saúde reorientando recursos para onde estes se fazem mais necessários. Ademais, gerou confiança entre os doadores, fato que incrementou consideravelmente a capacidade da OPAS para mobilizar recursos extra-orçamentários.

78. Neste particular, ela acentuou que, além de evitar completamente qualquer tomada de empréstimos internos, a OPAS se recusa também a especular sobre as possibilidades de mobilizar recursos. Em ambos os aspectos, a situação predominante na OMS é diferente, mas os recursos só entram no orçamento da OPAS quando há certeza de que se materializarão. A OPAS sempre logrou êxito na mobilização de recursos extra-orçamentários, mas tem sido menos bem-sucedida na obtenção de uma parcela dos recursos angariados pela OMS em seu todo: no biênio anterior, a OMS mobilizou \$1,8 bilhão em recursos extra-orçamentários, dos quais 7% chegaram à Região das Américas. Quase 50% ficaram na Sede, em Genebra. Como no caso dos fundos do orçamento ordinário, essa desproporção na distribuição de recursos está tornando cada vez mais difícil para a OPAS manter o seu nível de eficiência e apoio aos países da Região.

79. A Diretora informou ter discutido com o Diretor-Geral da OMS as preocupações da OPAS com a distribuição de recursos, tendo manifestado a esperança de que, a partir do biênio 2004-2005, a Região das Américas veja uma distribuição mais equitativa dos recursos contribuídos coletivamente por todos os países. Declarou, porém, achar que fazia parte da sua responsabilidade como Diretora mostrar aos Estados Membros que, em última análise, eles é que controlam de que forma os recursos são distribuídos entre as regiões. Recordou também que a Sede da OMS fora excluída da realocação de recursos aprovada nos termos da Resolução WHA51.31. Somente as regiões foram afetadas. Se a Sede da OMS participasse na redistribuição, o montante destinado às Américas teria sido maior e a Região não se encontraria em situação tão difícil. A OPAS apóia integralmente o aumento do orçamento da OMS que os Estados Membros aprovaram, mas espera, ao mesmo tempo, que tais recursos venham a ser distribuídos de maneira justa, de uma forma que beneficie os países das Américas, e particularmente os que foram identificados como prioritários.

80. Nos debates que se seguiram às observações da Diretora, a Delegada dos Estados Unidos reiterou a sua esperança de que a Secretaria revise a proposta orçamentária antes do Conselho Diretor, lembrando os comentários tanto do SPP como do Comitê

Executivo. Indicou ainda que sua delegação fizera diversos comentários específicos sobre as diferentes áreas programáticas e informou que forneceria esses comentários e algumas outras idéias, por escrito, para auxiliar a Secretaria na revisão do documento. Expressou também agradecimento à Secretaria pela sua disposição de continuar trabalhando com os indicadores e aprimorando-os antes do Conselho Diretor.

81. O Presidente indicou que, de acordo com o Artigo 14.C da Constituição da OPAS, cabe ao Comitê Executivo submeter ao Conselho Diretor o projeto de orçamento-programa preparado pelo Diretor, acompanhado das recomendações que julgue recomendáveis. Nesse sentido, pediu que o Relator preparasse um projeto de resolução que refletisse as preocupações manifestadas pelos Estados Membros mas também permitisse ao Comitê chegar a um consenso e cumprir a sua responsabilidade de encaminhar um projeto de orçamento-programa ao Conselho Diretor.

82. Subseqüentemente, o Comitê adotou a Resolução CE132.R6, que foi, conforme assinalou a Diretora, revisada pelos Membros do Comitê, com apoio da Secretaria e com base nos comentários dos Estados Membros e numa troca de informações a respeito das negociações em curso com a OMS sobre a proporção do orçamento total aplicável à Região das Américas. Na resolução revista, o aumento pedido foi reduzido para 0,15% do orçamento total da OPAS/OMS, a ser coberto com um aumento de 2,55% nas cotas de contribuição dos Estados Membros. Ela se declarou satisfeita com esse resultado e manifestou a esperança de que os Estados Membros estejam igualmente satisfeitos. A proposta era muito conservadora, procurando preservar o equilíbrio entre as diversas apropriações para os programas básicos, levando em consideração todos os esforços em curso para aumentar a eficiência da despesa e garantir que os aumentos de custos obrigatórios tenham o menor impacto possível na execução dos programas.

Resultados Obtidos com as Orientações Estratégicas e Programáticas durante o Período 1999-2002 (Documento CE132/11)

83. Este tema foi introduzido pelo Dr. Germán Perdomo (Assessor Sênior sobre Políticas, Área de Planejamento, Orçamento-Programa e Apoio a Projetos, OPAS), que pôs o Comitê em dia com o progresso alcançado na busca das metas regionais estabelecidas nas Orientações Estratégicas e Programáticas (OEP) durante o período 1999-2002. Esses resultados foram resumidos no Documento CE132/11, preparado em atenção a um pedido da 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, em setembro de 2002. A Conferência havia passado em revista um relatório sobre o progresso realizado com as OEP e pedido um relatório de seguimento contendo informações mais aprofundadas sobre a realização das metas regionais.

84. Dentro das OEP, havia sido estabelecido um total de 29 metas regionais. Essas metas implicaram um compromisso conjunto dos países e da Secretaria no sentido de

melhorar as condições sanitárias e ambientais para a população da Região, controlar certas doenças e problemas de saúde e desenvolver sistemas e serviços de saúde. Vinte das metas diziam respeito a resultados de saúde, duas se relacionavam com ações intersetoriais visando determinantes da saúde e sete com políticas de saúde e sistemas de saúde. O documento apresenta os mais recentes dados disponíveis sobre progresso rumo à realização das metas e examina algumas limitações de cunho informativo que dificultam ou impossibilitam determinar se algumas delas foram atingidas.

85. A experiência com as OEP produziu diversas lições que vieram a ser úteis no estabelecimento de orientações de política futuras para guiar a cooperação técnica da Secretaria, bem como na avaliação dos resultados obtidos da aplicação daquelas orientações. Verificou-se, em particular, que a definição de políticas para orientar a cooperação técnica deve ser feita com a mais ampla participação interna e externa possível, a fim de garantir que os interessados, especialmente os Estados Membros, estejam empenhados na observação das orientações de política. Dever-se-ia estabelecer um número razoável de metas e objetivos da cooperação técnica, e tais metas e objetivos, embora levistem um desafio, devem ser exequíveis. Um dos principais problemas identificados na avaliação das OEP foi o fato de algumas das metas estarem expressas de uma forma que torna impossível monitorizar com os sistemas de informação existentes o progresso no sentido da sua realização. Devido a isso, as metas e os objetivos devem ser formulados de tal forma que permita o seu monitoramento e avaliação. O exercício de avaliação das OEP evidenciou também a importância do esforço continuado para melhorar a capacidade e a qualidade dos sistemas nacionais de informação. Além disso, mostrou a necessidade de uma discussão constante a respeito da implementação do Plano Estratégico para 2003-2007.

86. O Comitê Executivo agradeceu a Secretaria pelo relatório e especialmente pela análise das lições aprendidas. O Comitê assinalou que o relatório mostrara claramente que foi tremenda a tarefa de estabelecer objetivos mensuráveis, aferir o progresso, avaliar os resultados em cada país, analisar os fatores associados com a realização desses resultados e depois aplicar as lições aprendidas; e expressou sua gratidão por ter ela assumido aquela tarefa. Observando que muitos dos problemas na verificação do progresso foram devidos à carência de informações, vários delegados frisaram a necessidade de que os países instituíam sistemas de informação para produzir dados que sejam oportunos, confiáveis e comparáveis. Foi também realçada a necessidade de agir com cuidado na formulação de metas, levando em conta, por ocasião da sua seleção, a viabilidade do seu monitoramento.

87. Um delegado comentou que, em casos nos quais os dados não fossem suficientes para medir a mudança, seria talvez razoável perguntar se a OPAS estaria preparada para abordar tal meta de forma efetiva. Ao mesmo tempo, porém, seria importante não ignorar determinado problema de saúde simplesmente por haver carência de dados de referência.

Outro delegado indicou que, como a realização de muitas das metas—notadamente as que se referiam a água e saneamento—depende consideravelmente da colaboração entre diferentes setores, a própria medida em que ocorresse essa colaboração deveria ser um indicador de progresso. Outro ainda observou que muitas das metas e seus indicadores se converteram em indicadores do desenvolvimento, e não somente indicadores de saúde. Seria importante apresentá-los como tais, especialmente aos ministros das finanças, ao propor orçamentos para a saúde. Seria importante também assegurar que os orçamentos para a saúde fossem formulados de acordo com critérios técnicos estabelecidos pelo setor da saúde, e não pelo das finanças.

88. Assinalou-se que a Conferência Sanitária Pan-Americana havia pedido que o relatório apresentado ao Conselho Diretor em 2003 especificasse os fatores que se haviam associado com a realização das metas regionais. O documento apresentado ao Comitê, contudo, oferecia apenas uma atualização sobre o progresso por países na realização de algumas metas estabelecidas. Nesse contexto, alguns delegados indicaram a necessidade de analisar as lições que se poderiam aprender daqueles países que haviam atingido algumas metas regionais, porque esse conhecimento poderia ajudar outros países a fazer o mesmo.

89. O Dr. Perdomo explicou que o relatório preparado para o Comitê visava principalmente atualizar as informações apresentadas no ano anterior e examinar alguns dos fatores que haviam sido associados com a realização ou não realização de algumas das metas. Evidentemente, não seria possível identificar todos os fatores para todas as metas. Muitas vezes, como o Comitê já observara, entravam em jogo fatores que ficavam fora do controle direto do setor da saúde. Ademais, nem sempre a informação disponível fora comparável, o que dificultava até mesmo a determinação do grau de sucesso alcançado com relação a certas metas regionais, sem mencionar a identificação de todos os fatores que haviam influenciado os resultados obtidos. Não obstante, para o relatório final a ser apresentado ao Conselho Diretor em setembro, a Secretaria se empenharia em apresentar uma análise mais profunda dos fatores em causa.

90. As inquietações do Comitê com relação à qualidade da informação e aos sistemas de informação certamente eram válidas. A Secretaria tinha algumas das mesmas inquietações e fizera do melhoramento da coleta de dados e dos sistemas de informação um dos objetivos centrais do Plano Estratégico para o período 2003-2007.

91. A Diretora declarou concordar quanto à importância de analisar os fatores que contribuíram ou entravaram a realização das metas estabelecidas nas OEP. Na sua opinião, contudo, em vez de alongar-se nessa análise, seria bem mais útil para os países que a Secretaria se concentrasse na aplicação das lições aprendidas no período 1999-2002 à formulação de indicadores, à implementação do Plano Estratégico para 2003-2007 e à realização das Metas de Desenvolvimento do Milênio. Uma das importantes lições

aprendidas foi a de que a Organização precisa ajudar individualmente os países a estabelecer suas próprias metas, com base nas metas regionais e globais. Muitas das metas regionais tiveram origem em mandatos globais emanados de cúpulas e reuniões internacionais. Em geral, essas metas têm de ser adaptadas às condições específicas predominantes em cada país. Esse era, sem dúvida, o caso de muitas das Metas de Desenvolvimento do Milênio. Ademais, seria necessário estabelecer objetivos intermediários, uma vez que estes é que possibilitariam acompanhar o progresso.

92. Outra lição chave foi a de que é necessário estabelecer especificamente metas referentes ao fortalecimento dos sistemas de informação, uma vez que, sem bons sistemas de informação, seria impossível monitorizar o progresso e determinar se as outras metas estão sendo atingidas. Os sistemas de informação são uma parte essencial da infraestrutura de saúde pública. Embora a maioria dos países haja realizado grandes esforços para desenvolver seus sistemas de informação em saúde nos últimos anos, em muitos casos os resultados tinham sido menos do que satisfatórios. Investiu-se uma grande quantidade de dinheiro em sofisticada tecnologia da informação, mas isso não resultou necessariamente em melhoramento dos sistemas de informação nem na produção de uma informação melhor. A Diretora declarou acreditar que chegou a hora dos governos decidirem de uma vez por todas tomar as medidas necessárias para atualizar seus sistemas nacionais de informação em saúde e assegurar que estes produzam informação do tipo e da qualidade necessários para a efetiva tomada de decisões. No contexto das Cúpulas das Américas, os governos da Região conferiram vários mandatos à OPAS, ao Banco Interamericano de Desenvolvimento e ao Banco Mundial. Seria o caso, talvez, de conferir a eles o mandato de colaborar para ajudar os países a melhorar seus sistemas de informação em saúde.

93. O Comitê Executivo, reconhecendo o tremendo esforço envidado pela Secretaria apesar da falta de informações e dados com referência a diversas metas, e lembrando que a Conferência Sanitária Pan-Americana solicitou um relatório atualizado, não julgou necessário adotar uma resolução sobre este tema.

Relatório sobre a 13ª Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura (Documento CE132/12, Rev.1)

94. O Dr. Albino Belotto (Chefe, Unidade de Saúde Pública Veterinária, OPAS) informou sobre a 13ª Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura (RIMSA 13), que se realizou em Washington, D.C., em 24 e 25 de abril de 2003. Começou explicando a missão da Unidade de Saúde Pública Veterinária, que é apoiar os Estados Membros com programas nacionais prioritários nas áreas de vigilância, prevenção e controle de zoonoses de importância para a saúde pública; inocuidade dos alimentos; e erradicação da febre aftosa. A Unidade, juntamente com seus dois centros regionais associados, o Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA) e o

Instituto Pan-Americano de Proteção dos Alimentos e Zoonoses (INPPAZ), trabalha numa rede com diversos organismos, inclusive a RIMSA. Mantém, ademais, parcerias estratégicas com várias outras organizações e organismos.

95. A RIMSA, disse ele, é o único fórum regional para colaboração e coordenação entre ministros da saúde e da agricultura em questões relacionadas com saúde pública veterinária. Proporciona um espaço indispensável para apoio político, contribuindo para o êxito da cooperação técnica em questões relacionadas com saúde pública veterinária. A RIMSA 13 contou com a presença de representantes de 33 Estados Membros e um Estado Observador (Espanha); representantes de cinco Estados fora da Região das Américas; e representantes de diversas organizações e agências intergovernamentais, a saber: a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), a Organização de Alimentação e Agricultura das Nações Unidas (FAO), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), a Comissão Conjunta FAO/OMS para o *Codex Alimentarius*, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Mundial do Comércio.

96. Ele informou que sessão inaugural foi presidida pelo Ministro da Agricultura do Brasil, que fora Presidente da RIMSA 12. O Subcomissário da Administração de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos, o Presidente da República do Uruguai e a Diretora da OPAS fizeram uso da palavra na reunião. O discurso temático, pronunciado pelo Secretário da Agricultura dos Estados Unidos, versou sobre o tema “Com Vistas à Harmonização da Segurança e do Comércio de Alimentos nas Américas”. As sessões compreenderam o relatório sobre o Programa de Saúde Pública Veterinária da OPAS e sobre o PANAFTOSA e o INPPAZ; painel de debates sobre o tema “Inocuidade dos Alimentos: da Produção ao Consumo”, que fora o tema geral da RIMSA 13; e exposições especiais sobre bioterrorismo, alimentos modificados geneticamente e a Consulta Conjunta de Especialistas da FAO/OMS sobre Dieta, Nutrição e Prevenção de Doenças Crônicas. A RIMSA 13 adotou um total de 10 resoluções, que aparecem, juntamente com um relato completo de todas as sessões, no relatório final da reunião (Documento RIMSA13/FR, Rev. 1).

97. O Comitê Executivo deu boa acolhida ao relatório e expressou satisfação pela oportunidade oferecida pela reunião para intensificar a coordenação entre ministros da agricultura e da saúde. Sugeriu-se que essa coordenação poderia ser mais efetiva se os ministros da economia estivessem também envolvidos. Com referência à discussão do bioterrorismo e à resolução correspondente, observou-se que muitos delegados haviam acentuado na reunião que as medidas recomendadas não deveriam afetar o comércio de produtos inócuos. O Representante do Instituto Interamericano para Cooperação na Agricultura (IICA) chamou atenção para o problema emergente do agroterrorismo e declarou que a sua organização tem grande interesse em manter a colaboração com a OPAS naquela área e em outras relacionadas com saúde pública e agricultura. Outras questões em que os delegados viram a necessidade de cooperação entre os ministérios da

saúde e da agricultura foram o envenenamento por pesticidas e o impacto do uso de pesticidas na saúde humana, bem como o uso de alimentos modificados geneticamente.

98. Vários delegados de países com economias altamente dependentes da pecuária descreveram campanhas de vacinação para controlar a febre aftosa. Assinalou-se que a maioria dos países da Região que produzem vacina antiaftosa estão considerando agora a possibilidade de passar a produzir vacinas baseadas em culturas celulares, tendo-se sugerido a possibilidade de que a OPAS lhes assistência nessa transição. A RIMSA foi encarada como um fórum ideal para a organização de campanhas de vacinação contra a febre aftosa em diversos países, particularmente em áreas próximas a fronteiras nacionais. Tais campanhas devem ser intensivas e poderiam tomar a forma de uma “semana de vacinação”. Poder-se-ia adotar a mesma abordagem para controlar ou erradicar a raiva.

99. O Dr. Belotto concordou que era muito importante envolver ministros da economia nas discussões sobre saúde humana e animal. Com respeito aos regulamentos para combate ao bioterrorismo, disse ele que os participantes da RIMSA estavam muito conscientes de que vários países dependiam muito da exportação de produtos agrícolas e reconheciam a necessidade de coordenação para evitar a criação de barreiras ao comércio de importação e exportação.

100. Ele recebeu bem a idéia de promover semanas de vacinação, a fim de dar um grande impulso ao combate a certas doenças, e observou que parte do valor de tais semanas seria o impacto sobre a consciência pública. No caso da raiva, por exemplo, como o número de casos transmitidos de cães para o homem havia agora caído para cerca de 25 por ano em todo o continente, havia o risco de que o público pudesse deixar de considerar a doença como perigosa.

101. O controle de pesticidas e dos riscos que apresentam para a saúde humana é extremamente importante, disse ele, acrescentando achar que o tema deveria ser colocado na agenda de uma RIMSA futura, visando um exame aprofundado da matéria e uma exploração de como os países poderiam juntar forças para equacioná-la. A área dos produtos alimentícios modificados geneticamente é uma daquelas em que os setores da saúde e da agricultura tendem a ter pontos de vista diferentes. Ao passo que o setor da saúde se interessa principalmente pelos impactos de alimentos transgênicos na saúde, a principal preocupação para o setor agrícola é o comércio externo. A questão não pode ser encarada em termos absolutos. Os alimentos transgênicos apresentam tanto vantagens como desvantagens, que precisam ser analisadas de uma forma pragmática, com base em informação bem fundamentada. A Reunião Regional sobre Alimentos Modificados Geneticamente, organizada pela OPAS/OMS, pela FAO e pelo IICA, que foi discutida na RIMSA 13, deu importante contribuição para uma compreensão melhor dos problemas em causa.

102. Com referência à vacina contra a febre aftosa, o Dr. Belotto fez notar que produzir uma vacina derivada da cultura celular exigiria um vultoso investimento em tecnologia. A OPAS teria prazer em assistir os países no exame das considerações técnicas e na realização de estudos de custo/benefício para determinar se valeria a pena mudar para aquele método de produção.

103. A Diretora observou que a reunião interministerial gerara considerável interesse e produzira diversas recomendações e decisões importantes. É encorajador, disse ela, que a RIMSA tenha logrado êxito na criação de um espaço para interação que é não somente intersetorial como também interinstitucional e que permite a participação de várias entidades da sociedade civil, incluindo produtores, importadores, exportadores e consumidores. A RIMSA não só mostrou uma grande promessa no que tange ao trabalho conjunto dos setores da saúde e da agricultura, como poderia também indicar o caminho para uma colaboração maior entre o setor da saúde e outros setores, notadamente os do meio ambiente, da educação e do trabalho. Ela recordou que os ministros da saúde e do meio ambiente da Região haviam realizado uma reunião conjunta em Ottawa, em 2002. Aquela reunião também dera origem a algumas recomendações muito importantes. Da mesma forma, estavam em andamento discussões com a Organização Internacional do Trabalho e a Organização Internacional para as Migrações, sobre a possível inclusão do tema da saúde nas suas próximas conferências, dado que muitas questões importantes relacionadas com a saúde são levantadas tanto na esfera do trabalho como em relação às populações migrantes. Acrescentou que a OPAS está explorando a possibilidade de incorporar a discussão de questões de saúde—como, por exemplo, a sustentabilidade dos programas de imunização—nas agendas das próximas reuniões do Banco Interamericano de Desenvolvimento e do Banco Mundial. Ademais, a Organização procurará tirar partido das diversas reuniões ministeriais sub-regionais e de outros encontros internacionais para destacar as inquietações na área da saúde.

104. Observou também que haviam ocorrido duas outras importantes reuniões no contexto da RIMSA 13: a do Comitê Hemisférico para Erradicação da Febre Aftosa (COHEFA), sob a presidência do Ministro da Agricultura do Paraguai, e a da Comissão Pan-Americana para Inocuidade dos Alimentos (COPAIA), sob a presidência do Ministro da Saúde do Suriname, a ambos os quais expressou seu agradecimento. Os resultados dessas deliberações serviram então de insumo para a RIMSA.

105. A Diretora manifestou satisfação em anunciar que a OPAS assinara recentemente um convênio de cooperação com o IICA. Está sendo elaborado um plano de ação conjunta, identificando áreas de ação comuns, tais como saúde animal, segurança alimentar, inocuidade dos alimentos e desenvolvimento rural. Este último, evidentemente, está muito estreitamente relacionado com a melhoria da produção agrícola e a saúde animal. No entender da OPAS, o desenvolvimento rural é crucial, e constituiria um dos pontos de foco de uma nova unidade que está sendo criada na área de

Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, na nova estrutura organizacional. Aquela área ocupar-se-ia também com a questão dos pesticidas e seu impacto na saúde.

106. É excelente, disse ela, a proposta de uma semana de vacinação, anunciando que a Secretaria começará a examinar a melhor maneira de pô-la em prática. Uma opção, pelo menos no caso da vacina anti-rábica, seria combinar aquela campanha de vacinação com a próxima Semana de Vacinação das Américas.

107. O Comitê adotou a Resolução CE132.R4, referendando as recomendações e resoluções da RIMSA 13.

Atenção Primária de Saúde nas Américas: Lições Aprendidas em 25 Anos e Futuros Desafios (Documento CE132/13)

108. O Dr. Pedro Brito (Gerente interino, Área de Desenvolvimento Estratégico da Saúde) apresentou o documento sobre este tema, assinalando ter sido preparado por três áreas de trabalho da Secretaria: Tecnologia e Prestação de Serviços de Saúde, Desenvolvimento Estratégico da Saúde e Governança e Política. O documento passa em revista a história da atenção primária de saúde (APS), examina o impacto e as lições aprendidas da sua aplicação nas Américas e explora alguns dos desafios que reclamam uma renovação da visão e do compromisso para com a atenção primária de saúde no futuro.

109. O conceito de atenção primária de saúde, que teve origem na conferência de Alma-Ata em 1978, trouxe uma nova compreensão da saúde e gerou um novo caráter que deu forma ao pensamento de toda uma geração de profissionais de saúde pública, inclusive muitos dos presentes à 132ª Sessão do Comitê. Acrescentou que a atenção primária de saúde fora definida como a principal estratégia para atingir a meta da saúde para todos no ano 2000, estabelecida pela Assembléia Mundial da Saúde em 1977. Na Região das Américas, a atenção primária de saúde passou a ser a principal plataforma da política de saúde no Hemisfério. Agora, passados 25 anos, seria apropriado refletir sobre como adaptar a estratégia da APS para atender aos desafios de saúde do século XXI.

110. Nas Américas, o conceito de atenção primária de saúde tem sido interpretado e aplicado de diferentes maneiras, refletindo diferentes perspectivas de política e saúde pública. Em alguns casos, podem-se identificar duas tendências maiores: em certos casos, a APS foi adotada como estratégia para a reorganização e reestruturação do sistema de saúde, a fim de aplicar os princípios e recomendações de Alma-Ata, ao passo que outros ela foi considerada como um enfoque da prestação de atenção no nível mais básico do sistema de saúde. Na maioria dos países da Região, a aplicação da APS resultou na extensão da cobertura dos serviços de saúde a áreas rurais e periurbanas, bem como no desenvolvimento de programas prioritários, especialmente no primeiro nível de atenção.

Isso veio trazer significativas mudanças tanto na educação e capacitação de profissionais de saúde e na prática de medicina e saúde pública, assim como ajudou a estimular a participação da comunidade no desenvolvimento da saúde. Embora não seja possível estabelecer uma relação direta de causa e efeito, disse ele, nos 25 anos passados desde a introdução da APS a Região acusou significativas reduções na mortalidade e ganhos na esperança de vida.

111. A experiência da atenção primária de saúde nas Américas produziu numerosas lições. A APS marcou uma mudança do paradigma da prática de saúde pública. Mostrou, pela primeira vez, a necessidade de uma integração maior dos modelos de atenção; e demonstrou que a participação social e comunitária e a coordenação intersetorial são instrumentos estratégicos para efetivar mudanças na saúde. A APS contribuiu também para a desmedicalização da saúde pública e a priorização da promoção da saúde. Não obstante, a APS e o enfoque da promoção da saúde não foram suficientes para mudar a predominância dos modelos de atenção curativos ou chegar a uma efetiva participação da comunidade em todos os países. A capacidade de resposta no nível da atenção primária continua baixa e há falta de coordenação entre os diferentes níveis de atenção. Na aplicação da APS, o impacto das modificações demográficas e epidemiológicas ocorridas na Região foi subestimado. Além disso, a estratégia da APS não deu prioridade ao desenvolvimento de intervenções expressamente voltadas para a redução de desigualdades e para atingir a igualdade em saúde.

112. O Dr. Brito disse também que a OPAS acredita que os princípios em que se baseia a atenção primária de saúde e a meta da saúde para todos continuam válidas e que uma renovação do compromisso para com a APS habilitará a região a fazer face aos desafios de saúde e desenvolvimento do século XXI e atingir as metas estabelecidas por várias cúpulas internacionais recentes, particularmente as Metas de Desenvolvimento do Milênio. Uma renovação do compromisso para com a APS acarretará mudanças em suas duas dimensões maiores: como abordagem de política, a APS teria de ser adaptada para promover e apoiar o desenvolvimento de políticas públicas que favoreçam uma igualdade maior em saúde, enquanto que, no nível da atenção, a APS deve-se converter na pedra angular do desenvolvimento de serviços de saúde e da reorientação dos modelos de atenção de saúde, dando uma ênfase maior à promoção da saúde e à prevenção de doenças. O documento delineia as principais ações necessárias para renovar o compromisso para com a APS e fortalecer a estratégia e adaptá-la às necessidades dos anos vindouros.

113. Para comemorar as realizações dos últimos 25 anos e proporcionar uma oportunidade para reflexão coletiva sobre o futuro da atenção primária de saúde, a Secretaria propôs organizar uma série de atividades e eventos, a se realizarem em diferentes lugares da Região durante o próximo ano. Propôs também preparar uma declaração regional semelhante à Declaração de Alma-Ata, que estabeleceria políticas e

estratégias regionais e nacionais para melhorar a situação da saúde dos povos das Américas e reafirmaria o compromisso para com a atenção primária, a promoção da saúde e as Metas de Desenvolvimento do Milênio. A declaração seria formulada em consulta com os Estados Membros e submetida à aprovação do Conselho Diretor em 2004. O Comitê Executivo foi convidado a comentar essas propostas e a oferecer sugestões sobre como comemorar o 25º aniversário da Declaração de Alma-Ata e renovar o compromisso para com a atenção primária de saúde nas Américas.

114. O Comitê Executivo deu boa acolhida ao documento, considerando-o muito oportuno para um levantamento do que se realizou nos últimos 25 anos e parar pensar em qual seria a melhor maneira de adaptar a atenção primária de saúde para enfrentar os novos desafios com que se defrontam os países da Região. O Comitê manifestou decidido apoio à estratégia da atenção primária de saúde e afirmou a continuada validade dos seus princípios básicos, particularmente os de promoção da saúde, prevenção de doenças e participação e responsabilidade da comunidade pela saúde. Foram realçados o valor da atenção primária de saúde como estratégia para fomentar a igualdade, a qualidade da atenção e o acesso a serviços em todos os níveis. Assinalou-se também que a observância do 25º aniversário do advento da atenção primária de saúde ofereceria uma oportunidade de “voltar ao fundamental” e enfocar o que se faz realmente necessário para melhorar a saúde das populações.

115. Os delegados ressaltaram alguns dos êxitos obtidos em seus países com a aplicação da estratégia de APS, tais como extensão dos serviços de saúde para áreas mal servidas, programas mais integrados, maior participação da comunidade, treinamento de agentes comunitários, melhoramento das condições ambientais, aumento da cobertura de imunizações, melhoria do controle de doenças e reduções da mortalidade e da morbidade. Ao mesmo tempo, concordou-se em que numerosos desafios ainda estão por ser superados. Indicou-se que, além das modificações demográficas e epidemiológicas mencionadas no documento, a globalização trouxera uma rápida transformação tecnológica. Capturar essa tecnologia levanta um tremendo desafio. Outro desafio é a adaptação da estratégia de APS e o equipamento dos serviços de saúde para fazer face ao crescente ônus das doenças não transmissíveis. Atrair e manter profissionais da atenção primária de saúde também constitui um desafio. Os delegados observaram que, embora o ponto de foco da atenção primária de saúde tenha sido inicialmente a extensão da cobertura e contato com a comunidade, esse foco deve estar agora voltado para a qualidade e para a garantia de uma atenção sempre de alta qualidade, a fim de combater a percepção observada em certos lugares de que a APS é “um esquema pobre para gente pobre”. Vários delegados citaram também a necessidade de pesquisa para demonstrar a efetividade/custo da atenção primária de saúde, especialmente num contexto de recursos escassos, prioridades em conflito e crescente demanda de caras intervenções de alta tecnologia.

116. Manifestou-se apoio às linhas de ação propostas no documento e a OPAS foi incentivada a formular um plano de ação para pô-las em prática. Foi acentuada a necessidade de elaborar indicadores para acompanhar o progresso. Os delegados acharam que havia particular necessidade de indicadores para medir o progresso na busca das Metas de Desenvolvimento do Milênio e vincular esse progresso às atividades de APS e saúde pública.

117. Assinalou-se que a recente Assembléia Mundial da Saúde identificara quatro necessidades chaves para uma renovação do compromisso para com a atenção primária de saúde: garantir a existência de recursos suficientes para o desenvolvimento da atenção primária de saúde, fortalecimento da capacidade dos recursos humanos para atenção primária de saúde e apoio à pesquisa para identificar meios eficazes de monitorizar e fortalecer a atenção primária de saúde e a vincular à melhoria geral do sistema de saúde. A Assembléia pediu também que o Diretor-Geral da OMS fizesse realizar uma reunião dos interessados para examinar as lições aprendidas nos primeiros 25 anos da atenção primária de saúde e discutir maneiras de seguir adiante. Os delegados expressaram a opinião de que a OPAS e os Estados Membros das Américas poderiam dar valiosa contribuição àquelas discussões.

118. O Comitê acatou a idéia de uma declaração regional e a proposta de organização de um programa de atividades de um ano para comemorar o 25º aniversário da Declaração de Alma-Ata. Os membros consideraram que, como 2003 marca o 25º aniversário, as comemorações devem ser lançadas durante o próximo 44º Conselho Diretor. Foi sugerida a possibilidade de se programar uma série de sessões especiais de meio dia para começar a examinar os desafios da atenção primária de saúde para o futuro. Indicou-se também que, por ser a participação da comunidade um componente essencial da estratégia da atenção primária de saúde, as comunidades deveriam ter participação na celebração e no processo de reflexão sobre como adaptar a estratégia para atender a necessidades atuais e futuras.

119. O Dr. Brito agradeceu o firme apoio do Comitê à iniciativa da renovação do compromisso para com a atenção primária de saúde na Região. Expressou particular agradecimento pelos comentários dos Delegados da Jamaica e da República Dominicana, ambos os quais tinham estado presentes em Alma-Ata em 1978 e podiam testemunhar o progresso desde então realizado em resultado da aplicação da abordagem da atenção primária de saúde. Tornou-se evidente que havia consenso quanto à permanência da validade e da aplicabilidade da estratégia da atenção primária de saúde. Ficou claro também que a atenção primária de saúde, longe de ser “um esquema pobre para gente pobre”, é um meio de chegar à igualdade de acesso a serviços de saúde e de levar a proteção social em saúde a todos os membros da população.

120. As discussões do Comitê puseram em evidência vários aspectos importantes, que deveriam ser, talvez, mais ressaltados no Documento CE132/13, Primeiro, há que reconhecer que a implementação da APS a nível da comunidade local significou uma abordagem nova e mais democrática ao desenvolvimento da saúde e uma nova forma de interação entre as comunidades e os serviços de saúde. Isso implica também uma mudança no enfoque da educação em saúde, dando uma nova ênfase ao estímulo à participação da comunidade no desenvolvimento da sua própria saúde. Implica, ademais, uma participação maior do lar e da família, bem como novos papéis para as mulheres, como atores no desenvolvimento da saúde, não somente no âmbito de suas famílias mas também nas suas comunidades. Ademais, a implementação da atenção primária de saúde veio fomentar novas abordagens à prestação da atenção, tirando pessoal de atenção de saúde de dentro das dependências de atenção e colocando-o diretamente na comunidade.

121. Os comentários dos delegados assinalaram também a necessidade de intercâmbio de experiências, para que os países possam aprender dos sucessos e malogros uns dos outros. Esse intercâmbio terá especial importância ante o fato de que os Estados Membros estão envolvidos com todos os desafios destacados no decorrer dos debates do Comitê. Estes desafios também se referiram à área de cooperação técnica, exigindo que a Secretaria formule uma nova agenda e novas maneiras de trabalhar. Este é um dos objetivos da transformação da Organização contemplada pela Diretora, sob uma nova estratégia administrativa na qual está empenhada toda a Secretaria.

122. A Diretora concentrou suas observações no plano para comemorar o 25º aniversário da Declaração de Alma-Ata e reafirmar o compromisso para com a atenção primária de saúde no novo cenário da saúde na Região. Explicou que a Secretaria não havia elaborado uma proposta mais detalhada em parte por estar esperando os resultados da discussão da APS na Assembléia Mundial da Saúde e em parte porque desejara ouvir os pontos de vista do Comitê sobre a matéria. O que a Secretaria estava propondo seria a realização de um processo de celebração e consulta com um ano de duração. O processo seria lançado no 44º Conselho Diretor e abrangeria uma ampla faixa de interessados dos setores tanto governamentais como não-governamentais. Os países também seriam estimulados a planejar suas próprias atividades de comemoração e consulta no nível nacional. O processo seria coroado por uma declaração reafirmando o compromisso para com a atenção primária de saúde e refletindo as inquietações e os pontos de vista expressos pelos vários interessados consultados.

123. Antes de se reunir o Conselho Diretor, a Secretaria revisará o documento, incorporando as observações do Comitê e descrevendo as etapas do processo de consulta. Como se procedeu para a comemoração do centenário da OPAS, poder-se-ia preparar também um calendário das atividades planejadas nos níveis regional e de país. A

celebração proposta e o processo de consulta não gerarão quaisquer despesas adicionais por parte da Organização.

124. Disse ela que a Região tem o privilégio de contar com numerosos líderes de saúde pública que desempenham papel central no desenvolvimento da estratégia da atenção primária de saúde. As Américas deram significativa contribuição à declaração original de Alma-Ata e sem dúvida darão contribuição igualmente valiosa para a reformulação e fortalecimento da APS como estratégia para superar os novos desafios encontrados pelos países no século XXI.

125. O Comitê Executivo adotou a Resolução CE132.R5 sobre este tema.

Família e Saúde (Documento CE132/14)

126. A Dra. Gina Tambini (Gerente interina, Área de Saúde da Família e da Comunidade, OPAS) manifestou sua satisfação em apresentar o Documento CE132/14 em nome das cinco unidades que constituem a Área da Saúde da Família e da Comunidade, todas as quais participaram na sua preparação. Começou explicando que o trabalho da OPAS na área da família e saúde resultou em parte de numerosas cúpulas internacionais recentes, que haviam chamado atenção para a necessidade de uma abordagem da atenção de saúde centrada na família. Ditas cúpulas haviam declarado que a família tem o direito de receber apoio e proteção abrangente; e reclamado o reconhecimento da família como protagonista na promoção da saúde, a reorientação dos serviços de saúde para incluir o foco na família, uma nova agenda social e de saúde para as famílias, e políticas e leis que apoiem e contribuam para os direitos, a estabilidade e a igualdade das famílias.

127. Por diversas razões, disse ela, faz sentido concentrar a atenção na família. A família é o contexto no qual se estabelecem inicialmente os comportamentos e decisões que afetam a saúde e onde são moldados a cultura, os valores e as normas sociais. Ademais, os membros da família tendem a ficar expostos aos mesmos riscos de saúde (ambientais, infecciosos, comportamentais e vetoriais). Ademais, mudanças na estrutura da família e nas condições demográficas, sociais e econômicas colocaram as famílias da Região sob considerável estresse. E, embora a Região tenha feito progressos tremendos na melhoria das condições de saúde, há uma agenda inacabada de problemas de saúde cujo melhor equacionamento seria o baseado numa abordagem integrada, enfocada na família.

128. Um enfoque da saúde baseado na família responde às necessidades de saúde das famílias. É um enfoque que oferece continuidade da atenção durante todo o ciclo da vida e que é de caráter abrangente, incorporando atenção preventiva, curativa e reabilitadora, bem como atenção às dimensões biológicas, psicológicas e sociais da saúde. A análise

dos modelos de saúde familiar até agora postos em prática pelos países da Região revela que eles têm vários aspectos comuns: utilizam equipes de atenção de saúde constituídas de médicos, enfermeiros e outros trabalhadores em saúde, que dão atenção abrangente aos membros da família de todas as idades; seguem a abordagem da atenção primária de saúde; e colocam os recursos do sistema de atenção de saúde diretamente na comunidade, aproximando-os estreitamente das famílias. A maioria dos modelos foi introduzida no contexto dos esforços para reforma do setor da saúde e busca obter certo equilíbrio entre aumento do acesso a serviços de saúde, incremento da satisfação dos usuários, melhor qualidade da atenção e contenção dos custos de operação.

129. A OPAS encara o desenvolvimento do enfoque na saúde da família como uma tarefa coletiva em que participam todas as áreas e unidades dentro da Secretaria. Na formulação desse enfoque, a Organização atentará cuidadosamente para as experiências dos países para determinar componentes-chaves da abordagem da saúde familiar e identificar melhores práticas e lições aprendidas. Utilizando esses elementos, ela procurará criar um contexto regional para orientar o desenvolvimento e implementação do enfoque da saúde da família pelos países. Procurará também formular indicadores para monitorizar e avaliar o impacto dos modelos de saúde familiar. Para isso, será formado um grupo de trabalho no nível regional, para identificar, analisar e avaliar as experiências nacionais já em andamento e dar orientação a outros países da Região empenhados em desenvolver um enfoque na saúde da família.

130. O Presidente do Subcomitê de Planejamento e Programação informou que o SPP manifestara apoio ao trabalho da OPAS na área da família e saúde. O Subcomitê considerou muito oportuno o aumento da atenção da Organização para esta área, por coincidir com os esforços para fortalecer a família e melhorar a saúde familiar em muitos países e com o 10º aniversário do Ano Internacional da Família, a ser observado em 2004. Vários delegados descreveram iniciativas de saúde familiar em curso em seus países e propuseram compartilhar suas experiências com a OPAS e com outros Estados Membros. A Organização foi estimulada a utilizar as lições aprendidas dessas experiências ao aprimorar a sua abordagem da família e saúde. Ao mesmo tempo, porém, foi indicado que não poderia haver uma única “receita” para a saúde da família. O modelo aplicado deve ser dimensionado segundo as características da família e do sistema de atenção de saúde de cada país. O Subcomitê assinalara também que o planejamento de intervenções de saúde familiar deveria levar em conta padrões culturais e religiosos, que exercem profunda influência sobre valores familiares, vida familiar e saúde familiar, bem como nos comportamentos observados na provisão de atenção.

131. O Subcomitê acentuara que qualquer iniciativa que buscasse melhorar a saúde da família deveria levar em conta todos os fatores que afetam a estabilidade da família e a vida familiar. Como, porém, muitos desses fatores não estão sujeitos ao controle do setor da saúde, o Subcomitê assinalara também a necessidade de uma abordagem intersetorial

integrada e de aumento da geração de informações e conhecimentos sobre as inúmeras variáveis que contribuem para a saúde da família. O Subcomitê manifestara acordo quanto às áreas prioritárias para ação identificadas nos documentos, embora os delegados houvessem sugerido vários outros problemas que deveriam ser considerados em algumas daquelas áreas. Na área da saúde mental, por exemplo, o abuso do álcool fora identificado como problema grave que afeta as famílias. A violência dentro da família também fora encarada como motivo de grave preocupação, que deveria ser equacionado no contexto de uma abordagem da saúde familiar. Vários delegados haviam ressaltado a necessidade de dar maior atenção aos homens, tanto no que tange às suas necessidades específicas de saúde como ao seu papel como pais e provedores de atenção. O Subcomitê havia assinalado que a OPAS desejaria, talvez, considerar o enfoque da implementação gradativa, dado o grande número de áreas prioritárias em que a Organização se propunha a trabalhar. E frisara também a necessidade de monitoramento e avaliação para acompanhar o progresso.

132. Tal como o Subcomitê, o Comitê Executivo expressou decidido apoio ao trabalho da Organização nesta área, e, tal como Subcomitê, considerou essencial estabelecer prioridades, dada a ampla variedade de problemas a serem examinados com relação à saúde da família. Propôs-se que os membros identificassem três ou quatro prioridades nas quais desejariam ver concentrado inicialmente o foco da Organização. Vários delegados acharam que a saúde dos adolescentes deve receber especial prioridade e que se deveria apontar um foco especial para a identificação dos determinantes dos problemas de saúde relacionados com o comportamento comuns entre os adolescentes. Foram também considerados prioritários o desenvolvimento de aptidões dos homens como pais e a atenção para o papel do pai. Muitos delegados destacaram o vínculo entre a saúde familiar e a estratégia da atenção primária de saúde, tendo acentuado a necessidade de dar prioridade, dentro do enfoque da saúde familiar, à prevenção de doenças e à promoção da saúde. Os delegados deram ênfase também à necessidade de monitoramento e avaliação para aferir o impacto das intervenções de saúde familiar, e notaram com satisfação que a versão revista do documento reconhece desde o início essa necessidade.

133. O Comitê aplaudiu também a abordagem baseada no ciclo da vida defendida pela OPAS. Uma delegada, porém, assinalou que seria essencial garantir que a aplicação dessa abordagem não venha a resultar em programas verticais para diferentes grupos etários. Indicou também que seria útil que a OPAS oferecesse descrições práticas de como se poderia implementar essa abordagem nos Estados Membros. Outro delegado sugeriu a possibilidade de que a Organização produzisse um manual de melhores práticas que pudesse ser usado pelas suas representações nos países para ajudá-los na implementação de um modelo de saúde da família.

134. Diversos delegados chamaram atenção para a importância da família—como unidade básica da organização social—na criação de uma cultura da saúde e no fomento à

responsabilidade individual e coletiva pela saúde. Assinalou-se, porém, que, embora o enfoque dado à família na atenção de saúde possa ser muito positivo, há perigo de que as necessidades dos indivíduos que não pertencem a uma unidade familiar possam ficar esquecidos. Sugeriu-se também que o documento deveria examinar essa questão e incluir alguma consideração de como a aplicação da abordagem centrada na família poderia afetar o acesso e a qualidade da atenção para pessoas que não fazem parte de uma unidade familiar. Sugeriu-se também que a análise da situação das famílias nas Américas deve ser ampliada, a fim de mostrar as conseqüências das interações entre as mudanças na família, na estrutura da população e nos padrões de doença.

135. Foi acentuada a necessidade de informação fidedigna—para monitoramento e avaliação tanto como para a tomada de decisões e a formulação de políticas relacionadas com a saúde da família. Várias delegações se ofereceram para compartilhar achados da pesquisa e experiências dos seus países na aplicação de enfoques da saúde familiar.

136. Observando que a Pesquisa Global sobre os Jovens e o Fumo produzira copiosas informações úteis não só sobre o uso do tabaco entre os jovens, como também sobre padrões de comportamento, o Representante da Fundação Interamericana do Coração solicitou informação sobre como a pesquisa estava sendo aplicada.

137. A Dra. Tambini agradeceu os comentários dos delegados e suas ofertas para compartilhar experiências. Como ela havia dito, analisar e divulgar informações sobre as experiências nacionais seria um dos grandes componentes da cooperação técnica da Organização nesta área. No tocante à priorização das intervenções, ela observou que o documento continha uma parte que descrevia as prioridades para ação, as quais a maioria das preocupações mencionadas pelos delegados. Adiantou, porém, que a Secretaria, ao revisar o documento para o Conselho Diretor, procuraria fortalecer aquela seção, incorporando as sugestões do Comitê. Indicou também que um dos principais desafios que a Organização vem procurando equacionar por meio do enfoque na saúde da família é o de como preservar os ganhos de saúde já obtidos deitando mãos ao mesmo tempo à agenda inacabada de problemas de saúde a que fizera referencia em sua exposição. Informou que a OPAS é de parecer que o meio mais efetivo de fazer face àquele desafio seria adotar um enfoque integrado, baseado no ciclo da vida, que permitisse atender às necessidades de grupos particularmente vulneráveis e assegurar ao mesmo tempo a continuidade da promoção de intervenções de prevenção de doenças e promoção da saúde para todos os membros da população em todas as fases da sua vida.

138. A pedido da Dra. Tambini, o Dr. Armando Peruga (Assessor Regional sobre Prevenção e Controle do Abuso de Substâncias, OPAS) respondeu à indagação a respeito da Pesquisa Global sobre os Jovens e o Fumo, que foi uma iniciativa conjunta da OPAS/OMS com diversos parceiros, entre os quais os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), dos Estados Unidos, e a Associação Canadense de Saúde Pública. Ele

explicou que a primeira rodada da coleta de dados estava terminada, anunciando que, até o fim do ano, dados sobre o uso do fumo entre os jovens estariam à disposição de todos os países da Região. Para sete países, estavam disponíveis também dados de tendência da segunda rodada da pesquisa. Numa oficina de trabalho programada para novembro de 2003, esses dados de tendência serão analisados, com vistas à sua tradução em ações de política concretas.

139. A Diretora fez notar que a Organização nos últimos 20 anos empregara uma abordagem programática vertical tendo por alvo grupos populacionais específicos (crianças, adolescentes, mães e adultos mais velhos, entre outros). Embora sejam fortes em muitos aspectos, tais programas apresentam também debilidades. O que a OPAS estava propondo agora, a pedido dos países e com base nas suas experiências, disse ela, era uma abordagem integrada que tivesse a família como um todo como o seu foco e equacionasse as debilidades dos programas verticais, procurando ao mesmo tempo fortalecê-los. O enfoque centrado na família reflete a vinculação, destacada na sua estratégia administrativa, entre atenção primária de saúde, promoção da saúde e cidadania, sendo a família o centro onde se formavam os cidadãos. A OPAS encara o enfoque na saúde familiar como uma extensão do conceito de ambientes propícios e contextos saudáveis ressaltado na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, do qual se originaram o movimento das cidades saudáveis e outras iniciativas que procuram criar ambientes que sejam favoráveis à saúde. Ela disse que a família é o mais básico dos ambientes e aquele que tem maior impacto na saúde e no desenvolvimento dos indivíduos. Não obstante, a OPAS reconhece que é importante promover a saúde em diversos ambientes (escolas e locais de trabalho, por exemplo), uma vez que, como o Comitê já notara, nem todos pertencem a uma unidade familiar. Somente fazendo isso é que seria possível chegar à saúde para todos.

140. O Comitê Executivo não julgou necessário adotar uma resolução sobre este tema. Em vista, porém, da importância dada ao tema da saúde familiar pelos Estados Membros, e recordando que o assunto deverá ser discutido pela Assembléia Mundial da Saúde em 2004, o Comitê pediu que o tema fosse colocado na agenda do 44º Conselho Diretor.

Globalização e Saúde (Documento CE132/15)

141. O Dr. César Vieira (Gerente interino, Área de Governança e Política, OPAS) resumiu o conteúdo do Documento CE132/15, observando que estão nele incorporadas contribuições de colegas de várias unidades da OPAS. O documento, que reflete também experiências regionais e nacionais, passou por uma ampla revisão depois da reunião do Subcomitê de Planejamento e Programação em março, na qual foram feitas diversas sugestões valiosas para aprimorá-lo.

142. O documento começa explorando alguns dos impactos da globalização na saúde da população. Alguns desses impactos são absolutamente positivos, como, por exemplo, maior acesso a bens saudáveis a preços mais baixos. Outros, porém—como o aumento do consumo de alimentos pouco saudáveis, o tráfico de drogas ilícitas e o potencial maior de propagação de doenças como a AIDS ou a SARS—são negativos. O Comitê discutiu durante a semana diversos outros exemplos da relação entre globalização e saúde da população, especialmente com referência à SARS e ao tema da dieta, nutrição e atividade física.

143. Em seguida, o documento examina em seguida o efeito da globalização sobre o comércio de serviços de saúde, identificando quatro principais modalidades de comércio: transfronteiriço, deslocação de pacientes, presença comercial de empresas estrangeiras de serviços de saúde e migração de profissionais da saúde. Passa então à análise do caso especial dos medicamentos e equipamentos médicos, que ilustra muito bem as questões pertinentes ao comércio internacional de bens e serviços de saúde. Um exemplo é o aparecimento do conceito de saúde e bens e serviços com ela relacionados como bens públicos globais. Um resultado muito positivo do debate sobre como facilitar o acesso a bens públicos foi a criação do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malaria. Outro foi a Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPS e a Saúde Pública, que afirmou que o Acordo da Organização Mundial do Comércio sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Internacionais (TRIPS) Relacionados com a Saúde deve ser interpretado e implementado de modo a proteger a saúde pública e promover o acesso a medicamentos para todos. A Declaração de Doha constitui o reconhecimento pela comunidade internacional de que as preocupações de saúde pública devem ser levadas em conta na discussão de questões ligadas ao comércio internacional.

144. Finalmente, o documento analisa a cooperação técnica da OPAS na área de globalização e saúde. A cooperação é orientada por diversos convênios estabelecidos pelos países nos níveis global, regional e sub-regional. No nível global, os principais acordos são o TRIPS, o Acordo Geral sobre Comércio de Serviços (GATS), o Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio (GATT) e o Acordo sobre a Aplicação de Medidas Sanitárias e Fitossanitárias (SPS). No nível regional, as diretrizes mais importantes são as que tiveram origem nas negociações para a criação da Área de Livre Comércio das Américas (ALCA). Os diversos agrupamentos sub-regionais—o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), a Comunidade do Caribe (CARICOM) e outros—estão também negociando convênios relativos a questões de saúde. A OPAS está dando apoio à participação do setor da saúde nessas negociações sub-regionais, e a Organização deu apoio também a negociações bilaterais—por exemplo, entre o México e os Estados Unidos—sobre questões de saúde e comércio.

145. Como áreas próprias para a cooperação técnica da OPAS foram sugeridos estudos sobre impacto ambiental para identificar as possíveis repercussões na saúde das decisões

sobre comércio; a facilitação da colaboração entre os setores da saúde e do comércio visando a elaboração de regulamentos comerciais do ponto de vista da saúde e o desenvolvimento de tarifas e preços sensíveis a questões de saúde; o desenvolvimento de bancos de dados sobre comércio de bens e serviços de saúde; e a incorporação de perspectivas da saúde nas negociações sobre comércio e estratégias de desenvolvimento. O Comitê Executivo foi convidado a se pronunciar sobre qual seria a melhor maneira de a OPAS assistir os Estados Membros na maximização dos impactos positivos e minimização dos impactos negativos da globalização.

146. O Presidente do Subcomitê de Planejamento e Programação informou que o SPP discutira este tema numa reunião conjunta com o Subcomitê sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento em março de 2003. Foram feitas cinco exposições sobre vários aspectos da globalização e suas relações com a saúde. O Subcomitê julgou que o documento e a exposição deram uma boa visão panorâmica dos problemas concernentes à globalização e saúde e serviria bem para o lançamento de uma discussão sobre qual seria a melhor maneira de a OPAS abordar os efeitos da globalização na saúde. O Delegado dos Estados Unidos julgara, porém, que o documento dava uma impressão tendenciosa e negativa do comércio e do intercâmbio econômico e que fazia à OPAS recomendações que passavam muito além do mandato e da competência da Organização. Sugeriu ele que a OPAS formulasse para a sua cooperação técnica nessa área uma abordagem mais orientada para a saúde pública e que se concentrasse na ajuda aos Estados Membros para atender a questões não ligadas ao comércio, tais como aquisição e distribuição de medicamentos necessários dentro de normas comerciais liberalizadas.

147. Outro delegado havia sugerido que, na próxima versão do documento, o conceito de globalização deveria ser operacionalizado, no sentido de que a tarefa deveria ser não definir globalização, mas sim identificar os elementos específicos da matéria que devem ser equacionados do ponto de vista dos impactos na saúde e nos sistemas de saúde. Acentuou-se também que a Organização deveria procurar encarar as questões relativas à globalização e saúde por uma perspectiva de gênero. A Presidente do Subcomitê sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento indicara que o documento parecia não conter bastantes considerações sobre as necessidades específicas de grupos vulneráveis, notadamente as mulheres. Acentuara também que o papel da OPAS e da OMS deveria ser identificar os efeitos positivos e negativos dos acordos de comércio em discussão nas esferas global e regional para a saúde, dando especial atenção ao seu possível impacto nas populações mais vulneráveis.

148. O Subcomitê incentivara a OPAS a realizar pesquisas sobre as vinculações entre saúde e comércio, o que lhe permitiria oferecer meios práticos de participação de representantes do setor da saúde nas negociações e discussões sobre política de comércio. A coerência de políticas entre os ministérios responsáveis pelo comércio externo e os responsáveis pela saúde fora encarada como essencial para obter resultados benéficos da

globalização. O Subcomitê considerou o apoio à formulação de políticas outro importante papel para a OPAS.

149. Na discussão do tema no Comitê Executivo, alguns delegados manifestaram satisfação com as modificações que foram feitas no documento em resposta às sugestões do Subcomitê. O delegado dos Estados Unidos, porém, declarou que sua delegação continuava decepcionada com o documento e acreditava que este não deveria ser encaminhado ao Conselho Diretor sem profundas revisões. Na sua versão atual, faltava documentação em apoio a muitas das afirmações nele contidas, especialmente ao sugerir que a globalização em si e por si mesma dera lugar a disparidades maiores no acesso de vários grupos à atenção de saúde, ou que a globalização seria responsável pela desigualdade de renda. Afirmativas dessa natureza ignoravam 500 anos de história na Região. A desigualdade de rendas e a falta de acesso a serviços não eram de maneira alguma problemas novos nas Américas, e não podiam ser imputados a acontecimentos que se tinham verificado nos últimos 10 ou 20 anos. É verdade, acentuou, que tais problemas poderiam ter tido recentemente uma definição mais nítida em virtude de progressos nas comunicações e nos transportes no mundo, mas isso bem poderia ter sido uma vantagem. Considerou errônea também a idéia de que a globalização era um fenômeno novo na Região. Ele disse que as Américas são uma das regiões mais globalizadas do mundo e que se têm beneficiado desde há muito das trocas entre continentes e povos. O documento não reconhece que tais trocas poderiam ter, de fato, um efeito líquido positivo, ao dar a consumidores em vários países um acesso maior, e não menor, a uma variedade maior de bens e serviços de saúde.

150. Na opinião da sua delegação, outro defeito grave do documento é a afirmação de que a OPAS tem um papel particular nas negociações sobre comércio ou no monitoramento dos acordos comerciais. Embora os Estados Unidos acreditem que cabe à OPAS um papel na ajuda aos governos para fazer face a aspectos de saúde pública da globalização, não ligados ao comércio, a Organização não tem mandato para se pronunciar sobre questões de comércio. Sua delegação, disse ele, acredita que, se a OPAS quiser explorar mais a fundo a questão da globalização e saúde, deverá consultar diretamente os Estados Membros para ouvir seus pontos de vista. Uma maneira de fazer isso poderia ser a convocação de um pequeno grupo de representantes governamentais de vários setores.

151. Outros delegados julgaram o documento significativamente melhorado em comparação com a versão anterior considerada pelo SPP e acharam que prestaria um bom serviço ajudando a determinar de que forma a OPAS poderia melhor assistir os Estados Membros na gestão dos impactos da globalização na saúde das suas populações. Manifestou-se apoio às linhas de trabalho propostas, embora se julgasse que, antes que se pudesse dar início ao trabalho, seria necessária uma definição mais clara dos elementos específicos da globalização nos quais a Organização se concentraria, do ponto de vista do

impacto sobre a saúde e os sistemas de saúde. Necessário seria também um plano para a operacionalização das linhas de ação.

152. Foi sugerido que uma forma em que a Organização poderia ser particularmente útil seria assessorar os países sobre como estabelecer padrões e fortalecer seus sistemas reguladores para garantir a qualidade dos bens e serviços de saúde importados. Outras áreas nas quais os delegados acharam que a cooperação técnica da OPAS seria apropriada eram a educação e capacitação de profissionais da saúde, o movimento de profissionais da saúde entre países, a harmonização de normas técnicas e científicas e a aquisição e distribuição de medicamentos. Com relação a estes, assinalou-se que o documento indica erroneamente que o objetivo do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária é promover pesquisas e apoiar a disponibilidade de drogas para tratar doenças esquecidas. A pesquisa nunca fez parte dos objetivos do Fundo Global, e o aumento da disponibilidade de medicamentos, embora possa ser um resultado secundário dos investimentos do Fundo, não é seu objetivo único.

153. Os delegados observaram que o tema da globalização e saúde foi recentemente discutido na Assembléia Mundial da Saúde, que adotou uma resolução cuidadosamente negociada estabelecendo o alcance do trabalho da OMS e dos seus Escritórios Regionais nesta matéria. Ressaltou-se que a ação da OPAS deve ser consonante com o mandato que os Estados Membros estabeleceram para a Organização em seu todo, no tocante a questões de comércio. Foi também acentuada a necessidade de evitar redundância e duplicação das atividades da OMS. Por exemplo, com referência à avaliação do impacto na saúde—uma das linhas de ação identificadas no documento—, indicou-se que a OMS já formulou um marco para analisar a forma pela qual a globalização tem impacto na saúde e identificar políticas nacionais para uma resposta apropriada. Aquele modelo poderia proporcionar valioso alicerce sobre o qual a OPAS poderia erigir suas atividades, evitando ao mesmo tempo a duplicação de trabalho já em andamento.

154. A Delegada do Canadá observou que muitas das questões levantadas no documento seriam discutidas numa conferência a se realizar proximamente em seu país. A conferência—a ter lugar em Ottawa de 9 a 11 de julho de 2003, sob o patrocínio conjunto da OMS e da Health Canada—concentrar-se-ia no comércio de serviços de saúde cobertos pelo GATS. Um dos temas a serem examinados seria a necessidade de coerência de políticas entre os ministérios da saúde e do comércio, que o Canadá considera crítica para obter bons resultados da atenção de saúde no contexto dos acordos de comércio.

155. O Dr. Vieira agradeceu os comentários e sugestões do Comitê, que seriam utilíssimos no aprimoramento do enfoque da cooperação técnica da OPAS com relação à globalização e saúde. Respondendo a alguns dos comentários específicos sobre o documento, ele disse que a Secretaria não tivera a intenção de insinuar que a globalização

era responsável sozinha pelas desigualdades existentes na Região das Américas, havendo, porém, indicações de que, pelo menos na fase atual, os benefícios da globalização não estavam sendo distribuídos equitativamente, sobretudo na América Latina. Estavam beneficiando alguns grupos mais do que outros e, em muitos casos, os desníveis entre grupos quanto à igualdade estavam se alargando.

156. Ele garantiu ao Comitê que a Secretaria tinha toda intenção de coordenar as suas atividades com a Sede da OMS a fim de evitar “a reinvenção da roda”. Adiantou que a OPAS vai utilizar vários dos instrumentos elaborados seja pela própria OMS, seja pelo Escritório Regional para a Europa. O instrumento de avaliação de impacto mencionado pelo Comitê é apenas um exemplo.

157. Na sua opinião, a idéia de formar um grupo de trabalho de representantes governamentais de diferentes setores tinha grande mérito. Fazer isso possibilitaria a promoção do diálogo entre as autoridades sanitárias e suas contrapartes no setor do comércio, que a OPAS considera essencial. Ademais, como sugeriu o Delegado dos Estados Unidos, ajudaria a esclarecer as posições dos Estados Membros no tocante às questões suscitadas no documento e na discussão no Comitê.

158. A Diretora observou que, do ponto de vista da saúde pública, um dos mais importantes efeitos da globalização é o fato de ter tornado mais aguda a consciência da interdependência de todos os povos do planeta. Ficou evidente que a terra é efetivamente uma aldeia global. De maneira ainda mais notável, talvez, a globalização tornou as pessoas mais conscientes da estreita relação entre saúde e meio ambiente, tendo isso, por sua vez, colocado a saúde pública em posição mais visível nas agendas internacionais.

159. Ela concordou que seria muito útil realizar uma consulta com os Estados Membros a fim de obter a sua orientação tanto sobre como deve a OPAS abordar a questão da globalização do ponto de vista da saúde pública quanto sobre como a Organização poderia operacionalizar da melhor forma o arcabouço proporcionado pelas decisões da Assembléia Mundial da Saúde, adaptando-o ao seu trabalho na Região. Nesse contexto, ela observou que a Secretaria não incluiu o tema da globalização e saúde na agenda provisória do Conselho Diretor, exatamente por estar esperando o resultado das discussões da Assembléia Mundial da Saúde. Adiantou que o tema seria incluído no relatório apresentado pelo Presidente do Comitê Executivo, mas não seria considerado pelo Conselho como tema separado da agenda.

160. Disse ela acreditar que a OPAS pode ser valiosa parceira dos países no equacionamento dos desafios de saúde pública associados com a globalização e na maximização dos seus benefícios para os povos da Região. A Organização ganhou considerável experiência nos níveis tanto nacional como sub-regional. No nível nacional, como indicou o Dr. Vieira, a OPAS procurou, acima de tudo, promover o diálogo entre

os ministros da saúde e os do comércio, das relações exteriores, da agricultura, das finanças e de outro setores envolvidos em negociações sobre comércio. No nível sub-regional, vem ela trabalhando há anos com os vários grupos de comércio sub-regionais para assegurar que as preocupações relacionadas com a saúde recebem a atenção que merecem, tendo servido como secretaria de vários comitês ligados à saúde criados no âmbito daqueles grupos. Como ela havia observado durante a sessão do Subcomitê de Planejamento e Programação, em março, a OPAS empreendera também um projeto sobre harmonização da legislação sobre alimentos na Região, o qual havia dado significativos insumos para as atividades globais da Organização de Alimentação e Agricultura das Nações Unidas (FAO) neste campo.

161. O Comitê Executivo não julgou necessário adotar uma resolução sobre este tema. Ficou assentado, porém, que a OPAS continuaria apoiando os Estados Membros na avaliação e gestão dos impactos da globalização e do comércio sobre a saúde, a coerência de políticas e a cooperação entre ministérios da saúde, do comércio e de outros setores interessados. Deveria realizar-se uma consulta com os Estados Membros sobre questões e atividades específicas para ação da OPAS com relação à globalização e ao comércio externo nos níveis nacional, sub-regional e regional, de acordo com decisões da Assembléia Mundial da Saúde e em estreita coordenação com a OMS.

Etnicidade e Saúde (Documento CE132/156)

162. A Dra. Cristina Torres (Chefe interina, Unidade de Política e Governança, OPAS) explicou que o tema teve origem no Plano Estratégico para 2003-2007, que incumbiu a Secretaria de “trabalhar com os países para identificar os grupos para os quais as desigualdades nos resultados de saúde ou no correspondente acesso aos serviços podem ser abordadas mediante intervenções efetivas pelo custo”. Em 2001, outro mandato veio a emanar da Conferência Mundial contra o Racismo, cujo documento final encorajou “a OMS e outras organizações internacionais relevantes a promover e desenvolver atividades para o reconhecimento do impacto do racismo, da discriminação racial, da xenofobia e de formas conexas de intolerância como significativos determinantes sociais do status de saúde física e mental”. Ademais, a Declaração do Milênio das Nações Unidas propugnara pelo fortalecimento do respeito aos direitos humanos, inclusive os direitos das minorias, e pela tomada de medidas contra atos de racismo e xenofobia.

163. Disse ela que há consenso na comunidade científica quanto ao fato de que as diferenças entre seres humanos não têm fundamento biológico ou genético, sendo, ao contrário, resultado de fatores sociais, políticos e culturais. Expandindo as definições de alguns dos conceitos usados no documento, a Dra. Torres assinalou que os refugiados e as populações deslocadas muitas vezes têm características étnicas comuns, podendo ser por isso considerados como uma categoria adicional de grupos étnicos. Observou também que a realidade demográfica da Região das Américas é complexa. A população inclui

grupos com origens muito diferentes, que variam muito em tamanho e perfazem diferentes proporções da população total dos países. Quase todos os países da Região têm grupos de povos indígenas e de origem africana. Tais grupos constituem “minorias” não só pelo seu tamanho relativo com também por seu alto grau de vulnerabilidade e exclusão social. Embora, segundo dados da CEPAL, 43% da população total da Região vivam abaixo do limiar de pobreza, todos os estudos disponíveis indicam que as minorias étnicas—tanto povos indígenas como afro-descendentes—têm representação excessiva entre os pobres. Seria também digno de nota o fato de que a renda média das minorias nos Estados Unidos é inferior à da população branca, revelando que a disparidade não se restringe aos países em desenvolvimento

164. Passando à questão específica da saúde, ela informou que estudos baseados em medidas nacionais como a mortalidade infantil revelam que os membros das minorias étnicas acusam sempre os mais baixos indicadores de saúde. Pode-se demonstrar que isso está relacionado com o seu grau de exclusão social. Por exemplo, um estudo do Brasil mostra que os filhos de mulheres descendentes de africanos com oito ou mais anos de instrução escolar têm a mesma taxa de mortalidade dos filhos de mulheres brancas sem qualquer instrução. Assim também, em 1950, a esperança de vida de adultos brasileiros de ascendência africana era inferior em sete anos à de brasileiros brancos. Em 1990, a esperança de vida de ambos os grupos crescera, mantendo-se, porém, a disparidade de sete anos. O grau em que as pessoas fazem uso dos serviços de saúde e o tempo que transcorre até que o façam após a manifestação de um problema médico também variam acentuadamente segundo a origem étnica, e a diferença não pode ser explicada simplesmente pela pobreza: podem-se observar os mesmos padrões de comportamento mesmo em grupos étnicos minoritários de alta renda.

165. Na procura de aspectos dos programas que tivessem potencial para reduzir com êxito essas desigualdades, a OPAS chegou à conclusão de que dados estatísticos e informação censitária precisos são essenciais. Doze países da Região já incluíram a variável etnicidade nos seus recenseamentos nacionais de 2000, além de quatro países que assim haviam feito antes e outro que decidiu fazer o mesmo ao se realizar o próximo censo. Contudo, ainda resta o que fazer no que se refere à incorporação da variável etnicidade nas estatísticas sanitárias e nos sistemas de informação em saúde. Alguns países já acusam progresso, desdobrando as suas estatísticas de mortalidade por agrupamentos étnicos, por exemplo. Para tais mudanças, será necessário treinar o pessoal que manipula a informação estatística. As áreas chaves para ação na região—condensadas em consonância com os comentários do Subcomitê de Planejamento e Programação—são: o desenvolvimento de indicadores etnicamente sensíveis para monitorizar o progresso no sentido da realização das Metas de Desenvolvimento do Milênio; a introdução da variável etnicidade nas estatísticas nacionais; a reformulação das políticas, planos e programas de saúde para torná-los mais sensíveis etnicamente; e o

fortalecimento dos vínculos com a sociedade civil para garantir a participação baseada na comunidade.

166. O Presidente do Subcomitê de Planejamento e Programação informou que, em suas discussões deste tema, em março, o Subcomitê achara que o documento dava valiosa contribuição à compreensão geral da situação de saúde das populações indígenas e de ascendência africana. Observara, demais, que os dados poderiam ser um poderoso instrumento para o desenvolvimento de políticas e programas para atender às necessidades especiais das populações étnicas, e que a própria falta de informação exata constitui uma barreira ao acesso equitativo. Os delegados assinalaram que a ligação entre etnicidade e saúde é complicada e que a interação de elementos raciais e étnicos, fatores socioeconômicos e níveis de instrução não são bem compreendidos nem bem pesquisados. Indicaram, além disso, que alguns grupos, como os imigrantes e os refugiados, podem transcender linhas raciais e ter problemas de que os outros não se dão conta, assim tornando a situação ainda mais complexa. O Subcomitê pusera em destaque a importância de desdobrar os dados segundo a etnicidade, como passo inicial no sentido de uma compreensão melhor da dinâmica da diversidade étnica e de como ela afeta o acesso aos serviços de saúde e sociais. Melhorar a disponibilidade e a qualidade dos dados sobre etnicidade e saúde tem sido um dos papéis chaves da OPAS.

167. O Subcomitê observara também que nem o documento nem a exposição oral tratara da necessidade de voltar com os dados e a informação às populações afetadas, assim permitindo que elas desempenhassem um papel ativo na formulação e aplicação de soluções que pudessem ajudar a melhorar a sua situação sanitária e os seus resultados de saúde, ao invés de serem simplesmente beneficiárias passivas. Considerou-se essencial incluir os próprios grupos étnicos na formulação de indicadores e na análise, bem como equilibrar a necessidade de melhorar a informação desdobrada por fatores étnicos, por um lado, com o direito das pessoas à privacidade, por outro.

168. Diversos delegados observaram que, tal como a OPAS, seus países vinham se concentrando especificamente, havia anos, nas populações indígenas, e insistiram em que esse enfoque especial não fosse diluído, uma vez que fazer isso poderia ser nocivo à situação sanitária dos indígenas, que se encontravam entre os grupos mais pobres e menos privilegiados das Américas. Nesse sentido, sugeriu-se que, como o ano próximo marca o fim da Década Internacional dos Povos Indígenas do Mundo, dever-se-ia produzir documentação para demonstrar todo o progresso alcançado pela OPAS na melhoria da situação sanitária das populações indígenas nos últimos anos. Essa documentação poderia também identificar problemas e oferecer recomendações para a próxima etapa na continuação daquele importante trabalho.

169. O Comitê Executivo recebeu bem a versão revista do documento, assinalando estarem nela claramente delineados os desafios chaves para a saúde enfrentados pelas

populações vulneráveis das Américas. Como o documento deixa evidente, a etnicidade é um fator transversal que poderia afetar negativamente as condições socioeconômicas, a educação, as oportunidades e a saúde. Somente com informação completa sobre as condições de saúde das populações marginalizadas seria possível efetuar as mudanças necessárias para garantir a igualdade de acesso.

170. O Comitê manifestou também satisfação por ver que o documento acentuava agora a importância do desdobramento das estatísticas nacionais por etnicidade e cultura, observando, porém, que, para atender plenamente às necessidades de monitoramento das Metas de Desenvolvimento do Milênio, seria necessário também desagregar os dados por sexo. Foi assinalada a necessidade de definições precisas de variáveis étnicas e a de treinamento sobre como incorporar essas variáveis no trabalho estatístico. Vários delegados opinaram que, das áreas-chave para ação, eram claramente mais importantes o desenvolvimento de indicadores etnicamente sensíveis para monitorizar o progresso na busca das Metas de Desenvolvimento do Milênio e a introdução de variáveis étnicas nas estatísticas nacionais. Foi também destacada a necessidade de indicadores para avaliar o impacto das atividades da OPAS nesta área.

171. A Delegada do Canadá recordou que, na reunião do Subcomitê de Planejamento e Programação, sua delegação havia dito que, embora apoiasse o incremento da atenção dada a populações étnicas e outros grupos vulneráveis, a intensificação do foco na etnicidade não deveria diminuir a ênfase dada ao imperativo de considerar as necessidades ímpares e prementes das populações indígenas das Américas. O documento revisto, contudo, não faz distinção clara entre as atividades planejadas com relação à etnicidade e saúde e o trabalho em andamento no âmbito da Iniciativa para a Saúde dos Povos Indígenas. O Canadá insistiu em que a importância da informação referente ao acesso das populações indígenas aos serviços de que necessitam não deve ser esquecida nem atenuada.

172. O Delegado da Jamaica postulou que a OPAS, talvez por ser uma organização dedicada à saúde, vem adotando uma visão muito anti-séptica da questão da etnicidade e saúde. O fato é que as minorias sempre foram sujeitas a um grau muito considerável de preconceito e à carência de oportunidades econômicas. Falar sobre saúde sem considerar também esses fatores equivaleria a evitar o principal problema, e o documento precisaria ser fortalecido neste particular.

173. Vários delegados relataram informações sobre trabalho em execução em seus países para considerar as necessidades de saúde das minorias étnicas e levantar informações desagregadas por origem étnica.

174. A Dra. Torres agradeceu os comentários e sugestões dos delegados, que, segundo disse, serão muito úteis no trabalho futuro. Acrescentou que seria certamente viável incorporar a variável de gênero nos dados coligidos e nas atividades da OPAS nesta área.

175. Em resposta às observações da Delegada do Canadá, ela explicou que o trabalho coberto pela Iniciativa para a Saúde dos Povos Indígenas é especificamente orientada para populações indígenas, ao passo que o trabalho com grupos étnicos tem um enfoque mais transversal. Assim, não há contradição entre os dois grupos de atividades.

176. Sobre a formação de profissionais de estatística, ela disse que as representações da OPAS nos países estão preparadas para dar o necessário apoio no nível nacional. Além disso, têm-se mantido discussões com o Centro Latino-Americano de Perinatalogia e Desenvolvimento Humano com relação ao apoio no nível regional.

177. Com referência à pergunta sobre a avaliação de impacto, ela observou que etnicidade e saúde constituem uma área de trabalho relativamente nova para a Secretaria. Conseqüentemente, seria necessário concentrar os esforços para identificar parceiros e meios de trabalhar em forma coordenada com outras instituições, compreendendo tanto organismos das Nações Unidas como entidades financeiras. Tais esforços já lograram razoável êxito, levando à coordenação com o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento, o Diálogo Interamericano e a Fundação Ford, bem como à cooperação com organizações da sociedade civil que atuam na área de etnicidade e saúde. Vai-se passar algum tempo antes que se possa medir o impacto na saúde das populações étnicas. A medição do impacto, porém, depende da produção de boa informação estatística. Supondo-se que haja informação disponível, seria possível talvez iniciar a medição de impacto dentro de cinco a dez anos.

178. Ela esclareceu que a inclusão de migrantes, refugiados e pessoas deslocadas como grupos étnicos foi uma sugestão do Subcomitê de Planejamento e Programação. Nem todos os migrantes e pessoas deslocadas formam grupos étnicos, mas muitos o fazem, com história, língua e cultura comuns.

179. A Diretora disse achar que o Comitê oferecera conselhos valiosos sobre as prioridades em que a OPAS deve se concentrar—de modo particular, o aprimoramento dos sistemas de informação e o desenvolvimento de indicadores etnicamente sensíveis. Adiantou que a Organização prosseguirá com o trabalho de identificação de disparidades de base étnica na saúde, o que possibilitará abordar os fatores, inclusive a discriminação mencionada pela Jamaica, que haviam gerado essas disparidades.

180. O Comitê Executivo não julgou necessário adotar uma resolução sobre este tema. Ficou assentado, porém, que a OPAS daria apoio aos Estados Membros na desagregação das estatísticas nacionais e sanitárias para avaliar disparidades em saúde com fundamento

étnico e monitorizar o progresso rumo às Metas de Desenvolvimento do Milênio. Deveria apoiar com sensibilidade étnica também a formulação de políticas de saúde que considerassem os determinantes discriminatórios dessas disparidades. A adoção de um enfoque amplo da etnicidade e saúde deve-se beneficiar da experiência da OPAS com a Iniciativa dos Povos Indígenas. As realizações e recomendações concernentes a essa iniciativa devem ser comunicadas no próximo ano, ao fim da Década Internacional dos Povos Indígenas do Mundo.

Manutenção dos Programas de Imunização (Documento CE132/17)

181. O Dr. Héctor Izurieta (Chefe interino, Unidade de Imunização, OPAS) apresentou o Documento CE132/17, que resume os desafios à manutenção e expansão dos programas de imunização e sugere algumas opções para proteger os investimentos feitos em imunização. O programa regional de imunização ajudou os Estados Membros a reduzir a morbidade e a mortalidade por doenças evitáveis por vacinação, habilitou os países a se tornarem auto-suficientes na compra de vacinas, aumentou a produção regional de vacinas, aperfeiçoou os serviços de imunização e fortaleceu a equidade através da alta cobertura (95% ou mais). Por meio de parcerias regionais, trabalhou também para monitorizar o progresso e proporcionar recursos e cooperação técnica adicionais; e o programa estava agora iniciando o monitoramento de doenças que seriam evitáveis por vacinação no futuro, tais como as doenças causadas por rotavírus.

182. O enfoque baseado em programas regionais, disse ele, mostrou-se altamente positivo, como o evidenciam os sucessos obtidos no controle e/ou erradicação de doenças evitáveis por vacinação. Desde 1991, o poliovírus selvagem deixou de circular nas Américas. No momento, não existiam mais do que 150 casos de tétano regional na Região. Ocorreu uma queda dramática da rubéola e da síndrome de rubéola congênita (SRC) desde que o controle acelerado da rubéola se iniciou em 1998. Desde o fim do surto de sarampo no Haiti em setembro de 2001, não ocorreu transmissão do vírus D6 do sarampo em parte alguma das Américas. Em setembro de 2001, embora um novo genótipo, o vírus d9, se houvesse propagado da Venezuela para a Colômbia, a ação pronta dos dois países e da OPAS resultou na interrupção da transmissão em novembro de 2002. Por isso, considera-se viável a erradicação do sarampo da Região em prazo relativamente curto.

183. A Unidade de Imunização deu assistência aos países para chegar à cobertura de vacinação para a maioria das doenças evitáveis por vacina, passando de 90% das crianças menores de 1 ano. O Dr. Izurieta observou que, embora animador, isso não foi bastante: quase a metade dos municípios da Região ainda não chegou aos 95% de cobertura, o que significa que mais de 5 milhões de crianças ainda não estão protegidas. Em junho de 2003, surgiu uma nova iniciativa, a Semana de Vacinação das Américas, que fora um esforço coordenado de 19 países, com assistência da Unidade de Imunização e da Área

de Informação Pública da OPAS. Para 2004, propôs-se a extensão da Semana para cobrir todos os países das Américas e para outros países fora da Região, inclusive a Espanha.

184. A meta seria levar os programas nacionais à igualdade em imunização em todos os municípios, com a introdução sustentável de novas vacinas. Devido, porém, à crise econômica, flutuações na consignação de recursos para serviços de imunização estavam pondo em risco programas em alguns paises, com recursos que cobriam primariamente o custo dos produtos biológicos e das seringas, mas com apenas limitado investimento em supervisão, avaliação e treinamento. Outros problemas são o impacto da gestão instável da reforma e descentralização do setor da saúde, com programas de imunização a acusar deficiências técnicas, gerenciais e financeiras, particularmente no nível local, debilidades na gestão de recursos humanos e financeiros em todos os níveis, carência de capacidade local para obter informação biológica de boa qualidade, fraqueza da administração local e vigilância da imunização; e falta de microplanejamento, considerado imperativo no nível local.

185. Para proteger os realizações dos programas nacionais de imunização, disse ele, é necessário envidar gestões junto aos ministérios das finanças para proteger o orçamento para imunização, fortalecer a capacidade gerencial no nível local mediante treinamento, melhorar o acesso a serviços de imunização, estimular a participação social e aumentar a demanda de serviços de imunização; e fortalecer as parcerias e alianças estratégicas. Devem ser exploradas as possibilidades de ação conjunta com o FMI, o Banco Mundial, o BID, os ministérios da saúde e os das finanças, a fim de estabelecer mecanismos de financiamento nos orçamentos públicos para programas de imunização. Outras necessidades seriam assegurar que a implementação da reforma e descentralização do setor da saúde atualmente em curso protejam as realizações logradas em imunização; apoiar a realização de uma semana anual de vacinação em toda a Região, dirigida para grupos de alto risco e populações pouco servidas; manter a Região livre do sarampo nativo mediante alta cobertura de vacinação, vigilância oportuna e investigação de surtos; defender junto a todos os Estados Membros a necessidade de manter uma cobertura de vacinação uniformemente alta nos níveis locais; e elaborar, no prazo de um ano, planos de ação nacionais em apoio à eliminação da rubéola e da SRC até 2010.

186. O Comitê Executivo expressou decidido apoio às atividades da OPAS para elevar os níveis regionais de vacinação e encorajou a Organização a continuar dando ao seu programa maior de imunização regional a prioridade e a visibilidade que merece devido às suas muitas realizações. Indicou-se que uma das maiores limitações do programa regional refere-se a pessoal, especialmente no nível local, tendo-se instado a OPAS a proporcionar os recursos humanos necessários para as ações propostas. O Comitê aplaudiu o foco dado pelo documento à obtenção do empenho político do mais alto nível no apoio a programas nacionais de imunização e a ênfase nele dada à necessidade de obter financiamento para serviços de imunização em todos os Estados Membros.

Considerou-se essencial colocar os ministérios das finanças a par das consequências de uma interrupção da vacinação e de não introduzir novas vacinas. O valor de uma semana regional de vacinação por ano foi posto em evidencia, e vários países que não participaram na Semana de Vacinação das Américas em 2003 comprometeram-se a participar no próximo ano.

187. O Comitê acentuou que a interrupção da transmissão do sarampo na Região foi um feito notável e estimulou a OPAS a tomar medidas para divulgar esse feito e assegurar a sua sustentação. Assinalou-se que a recente resolução sobre redução da morbidade e mortalidade por sarampo adotada pela Assembléia Mundial da Saúde daria impulso à sustentação dos esforços regionais. Os delegados frisaram a necessidade de manter vigilância laboratorial de alta qualidade para a paralisia flácida aguda e assegurar altos níveis de imunidade da população contra a poliomielite, a fim de garantir que a Região continue livre da pólio até que se haja conseguido a erradicação da doença no nível global.

188. Vários delegados deram informações sobre as campanhas de vacinação que seus países estão levando a cabo e descreveram tanto as dificuldades superadas como os êxitos obtidos. O Delegado do México deu informações sobre as ações que seu governo está empreendendo em resposta ao recente surto de sarampo no país e agradeceu à OPAS por sua colaboração nesses esforços.

189. A Delegada do Canadá enalteceu o trabalho da OPAS nos 25 anos de existência do Programa Ampliado de Imunização, que demonstrara claramente que a imunização é uma intervenção econômica que salva milhões de vidas por ano. Na opinião do Canadá, a promoção de vacinas pentavalentes é uma importante medida a ser estimulada pela OPAS no futuro. Disse também ser com prazer que anunciava que o Programa Internacional de Imunização do Canadá recentemente comprometera Can\$ 8,5 milhões durante cinco anos para ajudar a OPAS a aumentar a cobertura de imunização em todos os Estados Membros.

190. Vários delegados opinaram que a Região deveria assumir o compromisso de eliminar a rubéola e a síndrome de rubéola congênita até 2010 e pediram que o Comitê incluisse essa meta na resolução sobre a matéria a ser encaminhada ao 44º Conselho Diretor.

191. O Dr. Izurieta agradeceu os comentários positivos dos delegados, e especialmente a lembrança de que a vacinação depende de pessoal no nível local. A OPAs, disse ele, vai considerar meios de ajudar os países nesse particular. Ele se congratulou com o Paraguai por seu sucesso ao atingir 95% de cobertura, não obstante os muitos obstáculos enfrentados por seu programa de imunização. Esta fora uma realização que mostrara real compromisso para com o valor da imunização. Congratulou-se também com Honduras

pela inclusão de vitamina A e ácido fólico ao lado das vacinas durante a sua semana de vacinação. Com referência ao México, observou que o trabalho intensivo de investigação de casos em andamento provavelmente revelará núcleos de crianças não vacinadas, trazendo a oportunidade de protegê-las não somente contra o surto atual mas também no futuro. Ao Canadá ele agradeceu tanto pela nova contribuição financeira como por seu firme apoio no passado.

192. Sobre a proposta de que o compromisso de eliminar a rubéola e a síndrome de rubéola congênita seja submetido ao Conselho Diretor, disse ele que a OPAS considera certamente viável a meta da eliminação. De fato, vários países já o haviam conseguido.

193. A Diretora indicou que um dos mais importantes problemas ressaltados no documento é o da sustentabilidade e da importância de buscar discussões com os ministros das finanças e com organismos irmãos para garantir a continuação do apoio financeiro para atividades de imunização. Disse ela que é importante manter diante do público a idéia de que as vacinações são importantes para a prevenção de doenças, um direito humano e um indicador de saúde infantil. A adoção de uma resolução sobre este tema fortaleceria o empenho da OPAS em discutir com o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento e outras instituições as possibilidades de garantir a sustentabilidade de programas nacionais de imunização vitalmente importantes.

194. O Comitê aprovou a resolução CE132.R7 sobre este tema, adotando a meta de eliminação da rubéola e de SRC até 2010.

A Contribuição da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) para a Consecução das Metas de Desenvolvimento do Milênio (Documento CE132/18)

195. O Dr. Yehuda Benguigui (Chefe interino, Unidade de Saúde da Criança e do Adolescente) apresentou o tema, observando estar ele ligado com dois outros temas discutidos pelo Comitê na 132ª Sessão: atenção primária de saúde e saúde familiar. Ele começou assinalando que a mortalidade de crianças menores de 5 anos nas Américas havia diminuído em um terço durante os anos 90, em virtude principalmente de reduções da mortalidade por infecções respiratórias agudas e doenças diarreicas. As estratégias de manejo padronizado de casos e atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) deram considerável contribuição para essas reduções. Lograr outro declínio para atingir a meta de reduzir em dois terços a mortalidade de menores de 5 anos, entre 1990 e 2015, conforme estabelecem as Metas de Desenvolvimento do Milênio, exigiria um enfoque dimensionado para levar em conta o atual perfil epidemiológico da Região.

196. De moldo geral, disse ele, as doenças infecciosas respondem por 28% das mortes de crianças menores de 5 anos, enquanto os transtornos originados no período perinatal respondem por 40%. Há, porém, significativas diferenças entre países e dentro deles nas

proporções de mortes imputáveis àquelas causas. Em alguns países, as doenças infecciosas objeto da AIDPI continuam causando uma proporção significativa da mortalidade infantil, ao passo que, em outros, elas são responsáveis apenas por uma pequena percentagem. Neste último grupo, causas perinatais—e especialmente causas neonatais—respondem agora por uma proporção maior dos óbitos. Por essa razão, para atingir as Metas de Desenvolvimento do Milênio no tocante à mortalidade infantil, será necessário adotar uma abordagem mista para uma crescente proporção da mortalidade de menores de 5 anos na Região. Ao mesmo tempo, é necessário melhorar a qualidade da atenção à criança tanto nos serviços de saúde como em suas famílias e comunidades.

197. Afirmou ele que a OPAS acredita que, com uma expansão da estratégia de AIDPI para incluir um componente neonatal, será possível fazer face às principais causas de morte de crianças menores de 5 anos na Região e atingir assim o alvo estabelecido pela Cúpula do Milênio. Uma estratégia de AIDPI ampliada incluiria também outros componentes—promoção do crescimento e desenvolvimento sadio da criança, por exemplo, bem como prevenção e tratamento de asma, sevícias e outros problemas de saúde—tendo em vista melhorar a qualidade da atenção e promover uma igualdade maior em saúde entre as crianças da Região. Além de ampliar a estratégia de AIDPI, foram propostas outras ações, a saber: mapeamento epidemiológico para identificar os grupos de crianças mais vulneráveis, mobilização de vontade política e recursos, parcerias com as ONG que atuam na área da saúde da criança, habilitação da população para promover e proteger a saúde da criança, e colaboração em instituições formadoras de profissionais de atenção de saúde para garantir o treinamento na estratégia de AIDPI ampliada.

198. Para implementar as ações propostas, serão necessários \$10 milhões em fundos extra-orçamentários nos próximos cinco anos para suplementar os recursos que já estão sendo fornecidos para atividades relacionadas com a AIDPI pela Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (CIDA), pela Fundação das Nações Unidas e por várias outras fontes governamentais e não governamentais. A OPAS propôs-se a mobilizar esses fundos de organismos bilaterais, organizações religiosas, ONG, fundações beneficentes e parceiros privados.

199. Na discussão que se seguiu, o Comitê Executivo reiterou o valor da AIDPI como estratégia para melhorar a sobrevivência infantil e a saúde da criança, e expressou apoio à idéia de ampliar a estratégia para incorporar componentes neonatais e equacionar problemas de saúde da criança geradores de particular preocupação para os países das Américas. Como duas dessas preocupações, foram citados o HIV/AIDS e as sevícias contra crianças. Assinalou-se, porém, que o documento não explica claramente o que se entende por “AIDPI ampliada”, tendo-se solicitado que a Secretaria esclarecesse de que forma a estratégia ampliada seria diferentes da estratégia de AIDPI atualmente em uso. Indicou-se também que a AIDPI é uma de uma série de estratégias e enfoques da

melhoria da saúde da criança e que não deve ser considerada como a única estratégia para lograr as metas de saúde e sobrevivência infantil estabelecidas pela Cúpula do Milênio.

200. A AIDPI foi considerada como um instrumento eficaz para melhorar a qualidade da atenção de saúde para as crianças e evitar a perda de oportunidades de prevenção de doenças e promoção da saúde. Neste particular, foi aplaudida a ênfase dada pelo documento à saúde antes que à doença, o mesmo acontecendo quanto ao seu reconhecimento do papel da família na manutenção da saúde da criança. O componente educativo da AIDPI foi considerado um dos mais valiosos aspectos da estratégia. Os delegados acentuaram a importância da educação das mães e de outras pessoas responsáveis pelo cuidado da criança menor de 5 anos sobre como promover o crescimento e o desenvolvimento saudável da criança e como tratar corretamente as doenças quando estas ocorrem. A importância de colaborar com o setor da educação na provisão de educação em saúde para indivíduos e famílias foi também realçada.

201. Os delegados receberam bem o enfoque na orientação para populações vulneráveis e em alto risco descrito no documento. Assinalou-se que, para que um enfoque dessa natureza seja efetivo, é indispensável contar com informação precisa. Neste aspecto, um delegado recordou que a Resolução CSP26.R10, adotada pela Conferência Sanitária Pan-Americana em 2002, pede o fortalecimento e a promoção de mecanismos efetivos para o levantamento e análise de dados que permitam monitorizar e avaliar ações de saúde orientadas para lactantes e crianças, e pediu uma atualização sobre o progresso naquela área.

202. O Comitê concordou quanto à importância do treinamento de trabalhadores em saúde para aplicar a estratégia de AIDPI. Uma delegada, contudo, advertiu que tornar o treinamento em AIDPI um requisito para a certificação de médicos e outros profissionais da saúde, como o documento sugere, poderia resultar numa limitação das opções dos países na área da saúde da criança. Frisou também a necessidade de uma abordagem em diversas frentes, utilizando diversas estratégias e intervenções para atender às necessidades de saúde das crianças. Outro delegado observou que era crítico o treinamento de auxiliares de enfermagem, técnicos rurais em saúde e outros trabalhadores de saúde não profissionais. O treinamento em AIDPI foi apontado como especialmente importante para o pessoal não técnico empregado pelas ONG, que são os principais provedores de serviços de saúde para as crianças em muitas comunidades.

203. O Dr. Benguigui declarou concordar que o treinamento de agentes de saúde comunitários e pessoal das ONG é essencial, dada a existência de aproximadamente meio milhão de agentes comunitários proporcionando atenção de saúde às crianças em toda a Região, existindo em alguns países mais de 300 ONG operando na área da saúde da criança. Informou que a OPAS está encarando essa necessidade de duas maneiras: colaborando com o Fundo das Nações Unidas para a Criança (UNICEF) numa iniciativa

destinada a padronizar os serviços de saúde infantil proporcionados por ONG no nível nacional, e trabalhando para fortalecer a capacidade reguladora dos ministérios da saúde para assegurar que as ONG estejam seguindo os critérios e diretrizes estabelecidos pelos governos nacionais com relação à saúde da criança. Ademais, a Organização está promovendo o treinamento em AIDPI para enfermeiras, que são as principais responsáveis por supervisionar as atividades dos auxiliares de enfermagem e dos agentes de saúde das comunidades.

204. Respondendo a perguntas sobre a Resolução CSP26.R10, ele disse que a OPAS está participando na Avaliação Multipaíses de Efetividade, Custo e Impacto da AIDPI, da OMS. Essa avaliação, atualmente em curso em vários países das Américas, tem por finalidade avaliar o impacto e a efetividade/custo da AIDPI e determinar as melhores maneiras de levar a cabo intervenções de saúde infantil.

205. Quanto à pergunta referente à definição de “AIDPI ampliada”, ele explicou que a proposta de expansão da estratégia de AIDPI teve origem numa resolução do Conselho Diretor de 1999 (Resolução CD41.R5), que pediu que o Diretor tomasse medidas para adaptar a estratégia às diferentes realidades epidemiológicas e operacionais dos países, ampliando os seus componentes e intervenções para fortalecer o seu papel na promoção da atenção integrada às doenças da infância. A estratégia de AIDPI teve por alvos iniciais cinco condições que geravam a enorme maioria das mortes de menores de 5 anos em muitas partes do mundo. Atualmente, porém, na Região das Américas, causas neonatais são responsáveis por 40% da mortalidade infantil, com outras doenças e problemas de saúde diferentes dos inicialmente visados pela estratégia transformados em grave motivo de preocupação em muitos países. Assim sendo, a Secretaria está empenhada em expandir o uso da estratégia, para fazer face aos problemas de saúde infantil mais prevalentes nas Américas e responder a necessidades específicas identificadas pelos países da Região. Por exemplo, a desnutrição era uma das condições visadas na estratégia de AIDPI original, mas, em muitas partes das Américas, a obesidade e o excesso de peso na infância têm prevalência consideravelmente maior do que a desnutrição, tendo alguns países solicitado apoio da OPAS na adaptação da estratégia para combater esses problemas. Uma das reais vantagens da AIDPI é a sua extraordinária flexibilidade. Ela é um enfoque que pode ser facilmente ampliado e adaptado para manejo de toda uma série de problemas de saúde da infância além das cinco condições focalizadas inicialmente.

206. As Américas deram largos passos na melhoria da saúde infantil e na redução da mortalidade de menores de 5 anos. A maioria dos Estados Membros já atingiu as metas estabelecidas pela Cúpula Mundial para a Criança. Persistem, porém, significativas lacunas entre países e grupos de população. Para cobrir essas lacunas e atingir as Metas de Desenvolvimento do Milênio com relação à saúde e à sobrevivência da criança, necessário se faz ter na mira as causas mais frequentes de doenças e mortes de crianças. A expansão da estratégia da AIDPI teria justamente esta finalidade.

207. A Diretora declarou ser extremamente satisfatório ver o entusiasmo com que os países das Américas abraçaram a estratégia de AIDPI e o progresso alcançado graças à sua aplicação. Ao levar este tema à consideração do Comitê, a Secretaria quisera chamar atenção para a importância da estratégia de AIDPI na realização das Metas de Desenvolvimento do Milênio e a necessidade de ampliar a estratégia para equacionar novos problemas identificados pelos países. Por exemplo, em muitos deles, como observara o Comitê, o HIV/AIDS é uma crescente causa de doença e morte entre crianças de menos de 5 anos. O enfoque em ambientes saudáveis para as crianças—tema do Dia Mundial da Saúde e da Semana da Saúde nas Américas em 2003—trouxe a oportunidade de ressaltar outros fatores que têm impacto na saúde da criança e considerar como a atenção para esses fatores poderia ser incorporada na estratégia de AIDPI.

208. Ela assinalou que há crescente evidência de que numerosas doenças crônicas que se desenvolvem mais tarde se vinculam com problemas que tiveram origem na infância ou na meninice. Muitas das ONG associadas com a Organização—a Fundação Interamericana do Coração, por exemplo—estão empenhadas em identificar as causas e reduzir a prevalência dessas doenças crônicas. A Diretora apelou no sentido de que aquelas organizações apoiem a aplicação da estratégia de AIDPI despertando a consciência do impacto exercido durante toda a vida por medidas tomadas para proteger e promover a saúde na infância.

209. O Comitê executivo referendou a expansão da estratégia de AIDPI e do seu uso como meio de atingir as Metas de Desenvolvimento do Milênio para a saúde da criança, mas não considerou necessário adotar uma resolução sobre este tema.

Monitoramento da Redução da Morbidade e Mortalidade Materna (Documento CE132/19)

210. A Dra. Virginia Camacho (Assessora Regional, Iniciativa para Redução da Mortalidade Materna, OPAS) resumiu os pontos principais do Documento CE132/19, observando que fora preparado em seguimento à aprovação pelos Estados Membros da Estratégia Regional para Redução da Mortalidade e Morbilidade Materna na 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana no ano passado. A Resolução CSP26.R13, daquela Conferência, havia pedido que a Diretora fortalecesse os sistemas de informação e a vigilância para monitoramento do progresso na redução da mortalidade e da morbilidade materna.

211. Uma das recomendações da Conferência Sanitária Pan-Americana foi o estabelecimento de um processo muito mais rápido e rigoroso de monitoramento e acompanhamento do progresso na redução da morbilidade e da mortalidade materna. O documento foi preparado em resposta àquela recomendação e a pedidos de vários países. O seu objetivo é servir de guia sobre qual seria a melhor maneira de monitorizar a morbilidade e a mortalidade materna. Na sua preparação, a OPAS procurara incluir

experiências e lições aprendidas de vários países, otimizar os instrumentos de monitoramento já disponíveis na Região e estabelecer certos princípios básicos para o monitoramento. O marco conceitual do documento foi o compromisso assumido por todos os países da Região no ano passado, de atingir uma redução de 7% na mortalidade materna em relação aos níveis de 1990, uma das Metas de Desenvolvimento do Milênio.

212. Monitorizar as mortes maternas não é simplesmente registrar ocorrências, sendo mais, o que é mais importante, um processo de verificação do que estava fazendo mulheres adoecer e morrer de causas relacionadas com a gravidez e o parto. Embora a melhoria do monitoramento da morbidade e mortalidade materna fosse um grande desafio para a Região, já existiam diversos ativos para facilitar a tarefa. Um deles é o banco de dados sobre mortalidade geral da Organização, para 19 países. Outro é o Sistema de Informação Perinatal do Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano. Outras fontes de informação sobre morbidade e mortalidade materna são as pesquisas demográficas e sanitárias (embora estas sem dúvida tenham problemas metodológicos); os indicadores de processo referentes a acesso, uso e disponibilidade de serviços obstétricos; e indicadores de saúde e monitoramento da atenção de saúde com vistas à maternidade segura.

213. As dificuldades a serem superadas incluem insuficiência e deficiência da informação em muitos países, sub-registro e subnotificação de mortes maternas; falta de uniformidade no levantamento e registro de dados; coordenação inadequada entre sistemas de saúde e de registros vitais; o fato de que nem todos os comitês de auditoria de mortalidade materna estão operando; uso exclusivo de dados dos serviços e pouca representatividade da amostra; processo decisório nem sempre baseado em informações bem fundamentadas; e um baixo nível de participação de mulheres e comunidades no processo de monitoramento e avaliação.

214. Após um exame de como seria possível implantar sistemas de monitoramento nos níveis local, nacional e regional, a OPAS concluiu que o monitoramento é efetivo quando os processos são integrados e estabelecidos em diferentes níveis; que os esforços para melhorar os sistemas de monitoramento devem ter por base os sistemas existentes, antes que a construção de sistemas novos; que as melhores práticas e lições aprendidas devem ser compartilhadas; e que o valor adicionado dos sistemas de monitoramento está no modo em que fortalecem as parcerias interinstitucionais, estabelecem normas e otimizam recursos técnicos e financeiros. É importante também desdobrar os dados por grupos sociais e étnicos ou geográficos. Os componentes chaves de um sistema efetivo de monitoramento compreendem a criação e aplicação de políticas, planos e programas; a alocação de recurso para investimento público; a disponibilidade e o uso de atenção obstétrica essencial e assistência experimentada ao parto; as estratégias para habilitar mulheres, famílias e comunidades; estatísticas vitais, sistemas de vigilância e uso de informações para ação; e o forjamento de parcerias.

215. Solicitou-se que o Comitê Executivo se pronunciasse sobre a qual forma de cooperação técnica da OPAS seria mais apropriada para assistir os países na implementação de sistemas de monitoramento de mortalidade e morbidade materna; sobre como se poderia motivar os Estados Membros para que incluam o monitoramento como componente dos seus planos para reduzir a mortalidade materna; sobre como aliciar a participação ativa dos interessados, especialmente as organizações de mulheres; e sobre como identificar indicadores que sejam coerentes com os mandatos internacionais, os planos nacionais e locais e os objetivos dos interessados.

216. O Presidente, em nome do Presidente do Subcomitê de Planejamento e Programação, informou que o Subcomitê discutira uma versão anterior do documento em sua 37ª Sessão. O documento parecera ao SPP bem escrito e bem organizado, tendo tido boa acolhida a proposta da Organização para o monitoramento da mortalidade e morbidade maternas. A redução da mortalidade materna fora considerada altamente prioritária para todos os países, mesmo aqueles com taxas relativamente baixas, e a implantação de um sistema efetivo de monitoramento fora vista como passo crucial para determinar onde e por que continuam ocorrendo óbitos maternos. O monitoramento fora considerado importante também para ajudar a identificar as causas de morbidade materna. Neste particular, fora posta em destaque a importância de garantir uma boa atenção pré-natal durante a gravidez, bem como a assistência experimentada no parto. O melhoramento dos serviços de saúde sexual e reprodutiva e a provisão de acesso oportuno e gratuito a métodos de planejamento familiar foram vistos como outra estratégia chave para melhorar a saúde materna.

217. Os delegados concordam com os componentes básicos da proposta apresentada no documento e acharam que este serviria como um bom contexto para a formulação de planos de monitoramento nos níveis nacional e local. Foi aplaudido o foco posto pela proposta nos pobres e desprivilegiados, tanto como a ênfase por ele dada ao estímulo à participação local e à orientação para áreas onde se sabe estar havendo sub-registro de mortes maternas. Assinalou-se que a saúde da mãe está estreitamente vinculada à saúde geral da família, tendo-se destacado a necessidade de lograr a participação de famílias e comunidades no esforço para reduzir a morbidade e a mortalidade materna. O Subcomitê elogiara os esforços da Organização para evitar a duplicação de trabalho, expandir os sistemas de informação existentes e forjar alianças com outras organizações empenhadas na busca das causas de mortalidade e morbidade materna.

218. O Comitê Executivo expressou firme apoio aos esforços da OPAS para reduzir a mortalidade e a morbidade maternas na Região e destacou os estreitos vínculos desta área com as de saúde da família e saúde da criança. Concordou também que o monitoramento é essencial para acompanhar o progresso no rumo das metas estabelecidas pela Cúpula do Milênio com relação à segurança na maternidade e à redução dos óbitos maternos. Vários delegados recordaram experiências pessoais que haviam fortalecido a

sua determinação de assegurar que não ocorram mortes de mulheres por causas evitáveis relacionadas com a gravidez e o parto. Descreveram também medidas tomadas em seus países tanto para reduzir a morbidade e a mortalidade materna como para melhorar a sua vigilância. Informou-se que, em alguns casos, investigações mais profundas de óbitos de mulheres em idade fecunda revelaram taxas de mortalidade que eram ainda mais altas do que antes se pensava, pelo fato de que muitos óbitos atribuídos a outras causas eram, de fato, mortes maternas.

219. Com o SPP, o Comitê Executivo considerou o documento bem escrito, meticuloso e bem organizado. Mostrou-se excelente no tocante à tarefa de analisar sistemas de informação e delinear áreas de ação prioritária, o que ajudaria os países a implementar a estratégia adotada no ano passado. O Comitê achou, porém, que um aspecto ausente do documento foi a avaliação de quaisquer planos e programas já implementados.

220. Foram feitos vários comentários específicos em resposta ao pedido de opiniões do Comitê Executivo feito pela Dra. Camacho. Indicou-se a necessidade de aperfeiçoamento dos atestados de óbito, com inclusão de detalhes sobre a gravidez nos casos de mortalidade materna. Seria necessário recolher informações semelhantes em casos de morbidade materna, especialmente quando gestantes passam longos períodos no hospital. Uma delegada indicou a necessidade de dar prosseguimento à discussão sobre aprimoramento das intervenções de base evidenciária—como o uso de partógrafos ou o manejo ativo do parto de terceiro estágio—que fazem parte da atenção obstétrica de emergência e de assistência experimentada do parto, com desenvolvimento de indicadores para tais intervenções.

221. O Comitê considerou importante estabelecer uma estratégia nacional para reduzir a morbidade e a mortalidade materna e para assegurar a consistência de quaisquer planos locais com ela. Os delegados acentuaram que as estratégias e os planos nacionais devem ser baseados no contexto proposto pela OPAS. O Comitê opinou que os Estados Membros devem ser estimulados a incluir o monitoramento como componente dos planos de redução da mortalidade materna, mediante um processo de desenvolvimento que os ajude a vincular a informação com a tomada de decisões. Foi também considerado importante definir as entidades responsáveis por levar a cabo o monitoramento, identificar as ocasiões específicas em que ele deve ser feito e assegurar a prestação de contas por meio de relatórios anuais. Ademais, sugeriu-se que os sistemas de monitoramento materno e perinatal sejam vinculados a outros sistemas de monitoramento de doenças, para assegurar que os poderes decisórios compreendam os efeitos das decisões gerais de saúde sobre a mortalidade e a morbidade maternas.

222. Embora concordasse com a sugestão do documento quanto ao uso de comitês locais e nacionais para análise das informações, o Comitê julgou que seria necessário dar maior ênfase ao treinamento desses comitês locais. Vários delegados chamaram atenção para o importante papel que os comitês locais poderiam desempenhar encorajando a participação dos interessados e garantindo às gestantes o recebimento de atenção pré-natal, dando à luz numa instituição de atenção de saúde. Os delegados acolheram também a importância atribuída à análise de dados por categorias sociais, étnicas e geográficas, e a orientação para os pobres e desprivilegiados. Julgou-se crucial identificar populações vulneráveis e considerar os fatores de risco que levam à mortalidade e à morbidade naqueles grupos. Observou-se também que aquela abordagem está bem alinhada com o proposto trabalho da OPAS sobre etnicidade. A necessidade de atenção especial a áreas onde poderia haver subnotificação—incluindo regiões rurais e isoladas e populações indígenas—foi posta em destaque.

223. Sugeriu-se que a OPAS produza definições claras, práticas e universais para uso na área de morbidade e mortalidade maternas. A ajuda aos países para fortalecer seus sistemas de vigilância, especialmente para monitorizar a morbidade materna, foi apontada como outro importante papel para a cooperação técnica da Organização, tanto como o foi a facilitação da cooperação técnica e do intercâmbio de especialistas entre países. Ao mesmo tempo, insistiu-se em que a OPAS deve evitar a duplicação de esforços e coordenar suas atividades com o Fundo das Nações Unidas para a Criança (UNICEF) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

224. A Dra. Camacho agradeceu a resposta entusiástica dos delegados à apresentação e ao documento. Acrescentou que o empenho por eles manifestado em reduzir a mortalidade e a morbidade maternas constitui um estímulo para que seus colegas e ela própria prossigam com seu trabalho. Disse ela que é realmente uma satisfação ver quanto esforço vem sendo feito em tantos países diferentes. Manifestou ainda o desejo de expressar seu agradecimento à Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (CIDA) e à Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) por seu apoio ao trabalho da OPAS nesta área.

225. Informando sobre várias das iniciativas em que a Organização vem trabalhando no âmbito da saúde materna, ela acentuou que todas as atividades em curso estão estreitamente ligadas às Metas de Desenvolvimento do Milênio. Dentro da Iniciativa Regional para Reduzir a Mortalidade Materna, a OPAS deu prioridade a 12 países, nos quais está concentrando os seus esforços. Está trabalhando também no equacionamento do problema da morbidade materna, especialmente a morbidade grave. No nível regional, a OPAS está à frente de uma força-tarefa interinstitucional da qual fazem parte oito organismos de cooperação, incluindo entidades tanto multilaterais como bilaterais, que estão colaborando no monitoramento da morbidade e mortalidade materna nos países prioritários. Em princípios de junho, a Organização tomou parte numa reunião na

Bolívia sobre assistência experimentada ao parto, que é um dos indicadores para a Meta do Milênio sobre saúde materna. Compareceram à reunião representantes de 14 países e 10 organismos de cooperação. Estes são apenas dois exemplos de como a OPAS está empenhada em fortalecer a colaboração interinstitucional não somente no nível regional como também nos países, individualmente

226. A Diretora declarou que a OPAS vê a boa atenção pré-natal e a assistência experimentada ao parto como chaves para redução da mortalidade materna. A Organização, disse ela, está especialmente empenhada em reduzir as taxas de mortalidade materna nos cinco países prioritários identificados no Plano Estratégico para 2003-2007. O Haiti, um dos cinco, tem a mais alta prioridade por acusar a mais alta taxa de mortalidade materna nas Américas. A Diretora manifestou sua satisfação ao anunciar que a Organização aderira a um convênio interinstitucional em cujos termos a mortalidade materna será o principal ponto de foco do desenvolvimento do sistema de saúde do Haiti, da ajuda humanitária e do plano estratégico de desenvolvimento para o país.

227. Assinalou que, em muitos aspectos, a mortalidade materna é o mais claro indicador da qualidade e da capacidade de resposta do sistema de saúde, e deve ser o indicador pelo qual se mede o desempenho do setor da saúde. Como havia ela indicado em outras ocasiões, era necessário muito pouco para tornar um sistema de saúde efetivo na proteção das vidas das mães. O conhecimento e as técnicas necessárias para superar o flagelo da mortalidade materna já existem. Fazer isso é nada mais do que uma questão de aplicá-los.

228. O Comitê Executivo tomou nota do relatório mas não julgou necessário adotar uma resolução sobre este tema.

Pandemia de Gripe: Preparação no Hemisfério Ocidental (Documento CE132/20)

229. O Dr. Mario Libel (Assessor Regional, Unidade de Doenças Transmissíveis, OPAS) apresentou um apanhado da situação no hemisfério ocidental no tocante à preparação para uma possível pandemia de gripe. Observou que, considerada a recente epidemia de SARS, que serviu para testar o sistema de preparação civil em vários países do mundo, a matéria é altamente oportuna.

230. Na preparação para uma pandemia, os elementos essenciais são a coordenação geral, a vigilância, a disponibilidade de vacinas e antivirais, o planejamento de serviços de saúde, a reação em emergências e os sistemas de comunicação. São aspectos importantes da coordenação geral o estabelecimento de um comitê nacional e multissetorial para a pandemia e a criação de uma estrutura jurídica para fazer face a questões tais como quarentena compulsória e fechamento de escolas ou locais de trabalho. No tocante à vigilância—importante tanto durante as pandemias como entre

elas—é essencial identificar o início de uma pandemia e acompanhar a sua chegada e a sua marcha num país; garantir a rápida identificação de novas variedades do vírus e a capacidade de proporcionar dados sobre impacto em tempo real; e monitorizar a absorção, a eficácia e os efeitos adversos das vacinas e antivirais, bem como a resistência a medicamentos antivirais.

231. Como grande parte das epidemias de gripe do passado tiveram origem zoonótica, um aspecto maior da preparação é a vigilância de doenças animais visando a detecção precoce da sua transmissão ao homem. Igualmente importante é o monitoramento de novas variedades de vírus. Os Centros Colaboradores da OMS e os centros nacionais de influenza traçaram a sequência genética de 1.200 amostras por ano, tendo em vista produzir vacinas. Atualmente, são produzidas em todo o mundo 240 milhões de doses de vacina por ano, o que é insuficiente em relação ao que se poderia tornar necessário na eventualidade de uma pandemia global.

232. No que se refere a vacinas e antivirais, a principal dificuldade decorre do reduzido número de produtores. O Dr. Libel adiantou que estão sendo envidados esforços para aumentar esse número, especialmente nos países em desenvolvimento. O ciclo normal de produção de vacina antigripal dura oito meses, da identificação do vírus à disponibilidade dos primeiros lotes, mas, numa pandemia, poder-se-iam omitir algumas das etapas de consulta e licenciamento, abreviando o tempo de produção para cerca de cinco ou seis meses. Na área do planejamento de serviços de saúde, o principal problema é a transmissão aos trabalhadores em saúde—como se verificou com frequência durante o surto de pneumonia asiática (SARS). O controle da infecção é um grande problema, havendo necessidade de planos e programas para enfrentá-lo. É também essencial estabelecer alternativas caso seja preciso fechar instituições de saúde. Quanto à reação a emergências, é necessário um enfoque intersectorial, a fim de manter os serviços críticos de saúde e segurança pública. A área da comunicação tem dois aspectos: comunicação com a equipe de resposta a emergências e comunicação com a população sobre os riscos.

233. Na maioria dos países, os preparativos para pandemias são insuficientes. Embora alguns tenham planos detalhados de resposta, outros têm pouco mais do que estruturas básicas. O grau de preparação local é incerto e há muito trabalho a realizar sobre estratégias referentes a vacinas e antivirais. No momento, a produção de vacinas está limitada a nove países do mundo, sendo o Canadá e os Estados Unidos os únicos dois deles nas Américas.

234. A vigilância virológica tem cobertura razoavelmente boa em algumas partes da Região, mas há em outras necessidade de ampliar a capacidade de obter amostras, notadamente de novas cepas do vírus. O transporte rápido de amostras para os Centros Colaboradores tornou-se pronunciadamente mais difícil desde 11 de setembro de 2001. Devido à origem animal de muitas cepas de gripe, é essencial integrar a vigilância

humana e animal e, de modo particular, adquirir uma compreensão melhor dos riscos trazidos a seres humanos pelos vírus de gripe aviária e suína.

235. A OPAS definiu uma série de etapas para determinar quais atividades de preparação devem ser iniciadas caso se aproxime uma pandemia. Essas etapas e as ações necessárias em cada uma foram resumidas no anexo ao Documento CE132/20. As ações que foram consideradas essenciais para serem iniciadas pelos países compreendem a formação de um grupo de trabalho para planejamento nacional para a pandemia; preparação de planos específicos para contingências, abrangendo pessoal, equipamento e organização; tomada quanto antes de decisões sobre a estratégia de vacinação e as quantidades; fortalecimento dos sistemas de vigilância para dar a mais ampla cobertura possível; estabelecimento de consenso entre as comunidades médica e científica sobre o uso de vacinas e antivirais; disposições para o fornecimento e a logística de todos os tipos de medicamentos; formulação de um plano de comunicação; e melhoria da cobertura anual de vacinação entre os grupos de alto risco. Embora não seja possível prever um surto de gripe, o planejamento, a gestão de recursos e a definição de políticas são essenciais para limitar ao mínimo possível a extensão da pandemia e o seu número de casos fatais, evitando ao mesmo tempo efeitos adversos sobre outras prioridades de saúde pública.

236. O Presidente do Subcomitê de Planejamento e Programação informou que, ao ser discutido o tema pelo SPP, em março, fora acentuada a necessidade de preparação imediata para a próxima pandemia de gripe, tendo-se observado que cabia à OPAS um papel central na facilitação das atividades regionais de planejamento. Os delegados concordaram quanto a ser a comunicação efetiva uma estratégia chave na preparação e resposta a uma pandemia. Indicaram, porém, a necessidade de esclarecer o papel da OPAS ao anunciar as diferentes etapas de uma pandemia e facilitar a comunicação durante ela. Na opinião dos delegados, a OPAS poderia dar assistência também na comunicação rotineira que deve ter lugar nos níveis nacional e regional sobre a importância de planejar para epidemias de gripe que ocorrem todos os anos na Região. O Subcomitê julgara que a OPAS, em colaboração com a OMS, deveria ficar permanentemente envolvida na coordenação e no apoio a treinamento, a testes e à vigilância laboratorial, bem como no estudo do peso da doença e do impacto econômico a gripe.

237. O fortalecimento da capacidade local de gerar os dados necessários para programas nacionais de imunização fora considerado uma prioridade, e o estabelecimento de metas e prioridades nacionais fora encarado como etapa inicial necessária para a preparação e para o equacionamento da inevitável escassez de vacinas e antivirais na eventualidade de uma pandemia. O Subcomitê encorajara a OPAS a colaborar com os países na avaliação das necessidades regionais de vacinas e antivirais e a estimular o interesse de fabricantes regionais, facilitando as discussões entre produtores atuais de vacinas, a fim de fortalecer a capacidade de produzir vacinas antigripais dentro da

Região. Os delegados acentuaram a necessidade de ampliar a cobertura da vacinação anual contra gripe, especialmente entre os adultos mais velhos e outros grupos de alto risco. A importância da boa vigilância para verificar com precisão o número de mortes imputáveis à gripe fora também destacada.

238. O Subcomitê ressaltara a importância do intercâmbio multilateral e internacional de informações sobre práticas bem sucedidas no trato da influenza e outras pandemias. De modo particular, dado o tempo que transcorreria entre a disponibilização de uma vacina nos vários países caso ocorresse uma pandemia envolvendo uma cepa nova, fora considerado importante estabelecer no nível internacional as medidas preventivas a serem tomadas enquanto os países aguardavam a chegada da vacina.

239. O Comitê Executivo acolheu a atualização sobre preparação para uma pandemia de gripe, considerando muito específica e prática a descrição das atividades a levar a cabo como preparativo para uma pandemia. Na opinião do Comitê, a OPAS poderia ser um recurso muito importante para os países no desenvolvimento de planos nacionais e atividades melhoradas de vigilância, formulação de recomendações e diretrizes para políticas nacionais, e avaliação de vacinas e antivirais disponíveis na ocorrência de uma pandemia. Assinalou-se que a recente resolução emanada da 56ª Assembléia Mundial da Saúde pusera em evidência prioridades semelhantes. Vários delegados descreveram esforços de preparação em seus países, solicitando continuação do apoio da Organização, especialmente para os estudos de impacto pertinentes. Outra área em que o Comitê indicou que a OPAS e os Estados Membros poderiam trabalhar juntos é a do fornecimento de informações à mídia e aos provedores de atenção de saúde, recrutando-os para ajudar a manejar a percepção do público e evitar o pânico.

240. A imunização foi apontada como o mais importante instrumento para conter uma pandemia. A OPAS poderia trabalhar com os Estados Membros e a indústria farmacêutica para ampliar a capacidade atual de produção de vacinas antigripais e diversificar a base da produção aperfeiçoando vacinas alternativas como, por exemplo, as derivadas de culturas celulares. A manutenção de sólidos sistemas de vigilância foi considerada de importância crítica. O Comitê notou que a preparação das infra-estruturas de saúde para identificar e responder efetivamente a uma pandemia global de gripe fortaleceria os próprios sistemas que seriam também necessários para detectar e responder a um ataque bioterrorista ou à manifestação de uma doença infecciosa ameaçadora como a SARS.

241. Os delegados manifestaram interesse em receber diretrizes sobre controle de surtos de gripe que, segundo informou o documento, a OPAS estava preparando. Neste particular, foi pedida orientação mais completa sobre identificação de grupos de alto risco que devem ser vacinados contra a doença.

242. O Dr. Libel agradeceu as contribuições dos delegados, que virão fortalecer o documento e ajudar a melhorar a preparação civil para uma futura pandemia de gripe. Segundo ele, os comentários poderiam ser sintetizados em duas importantes mensagens. Uma é a de que as várias medidas preparatórias têm de ser incorporadas nos comitês e dependências já existentes nas áreas de resposta a emergências, imunização, vigilância e outras. Seria importante não criar organismos novos e separados, que nada mais fariam do que consumir recursos preciosos e limitados. A segunda mensagem é a de que é importante incluir a gripe como um elemento a mais dos programas nacionais de imunização, dando especial atenção aos grupos prioritários: pessoas idosas, pessoas predispostas a infecções respiratórias e profissionais da atenção de saúde. Existem, porém, variações dentro desses grupos prioritários. Por exemplo, a população descrita como “pessoas idosas” varia de um país para outro. Contudo, não importa como os grupos sejam delineados, é crucial o aumento da cobertura.

243. Ele mencionou também que estão sendo implementadas medidas de preparação num programa piloto no Cone Sul, a ser progressivamente ampliado a outras sub-regiões.

244. O Comitê tomou nota do relatório mas não julgou necessário adotar uma resolução sobre este tema. Contudo, o Comitê Executivo expressou decidido apoio à recomendação da OPAS no sentido de que todos os países estabeleçam, dentro dos comitês nacionais de preparação civil, uma força-tarefa nacional para pandemias, responsável pela formulação de estratégias para prepará-los para a próxima pandemia de gripe. Dever-se-ia considerar a possibilidade de formular abordagens comuns para planejamento e resposta em face de emergências de saúde em geral.

Dieta, Nutrição e Atividade Física (Documento CE132/21)

245. O Dr. Enrique Jacoby (Assessor Regional, Unidade de Nutrição, OPAS) resumiu o teor do documento, observando concentrar-se ele especialmente no problema da obesidade, que fora também o foco principal da exposição feita em março ao Subcomitê de Planejamento e Programação. Ele começou citando estatísticas que mostram a magnitude do problema. Atualmente, são obesos na Região das Américas 20–30% das mulheres e 8–20% dos homens, enquanto um de cada dois adultos tem peso excessivo. É também obeso um número crescente de crianças. O problema afeta países tanto ricos como pobres e se faz sentir em todas as camadas sociais. A obesidade está associada com a mortalidade prematura de adultos jovens e com alto risco de doenças não transmissíveis, tais como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e algumas formas de câncer. Está associada também com altos custos econômicos tanto diretos como indiretos. Evidentemente, disse ele, há necessidade de ação para reduzir o problema e chegar às suas causas básicas.

246. O excesso de peso e a obesidade têm por causa básica o desequilíbrio energético. Ocorre ganho de peso quando a absorção de energia excede o dispêndio de energia durante um período de tempo prolongado. Nos últimos anos, a absorção de calorias na população da Região acusou alta constante, ao passo que o gasto de energia mediante atividade física tem mostrado progressivo declínio. Entre os fatores que contribuem para essas tendências contam-se o aumento de empregos e atividades de lazer sedentários, ambientes urbanos que desaconselham o caminhar e a baixa prioridade dada à educação física nas escolas. Os hábitos alimentares também mudaram significativamente, com incremento pronunciado do consumo de alimentos com alto teor de gorduras, sal e açúcar adicionado, paralelamente a um declínio do consumo de frutas, hortaliças e cereais integrais. Essas mudanças estão ligadas a diversos fatores. As características pessoais (composição genética, nível socioeconômico e grau de instrução) certamente desempenham um papel, não havendo dúvida, porém, de que os hábitos alimentares são também influenciados por uma série de fatores externos, inclusive preço e disponibilidade de alimentos, padrões de produção, comercialização, publicidade e informação.

247. Na opinião da OPAS, é importante abordar o problema do excesso de peso e da obesidade mediante um enfoque integrado que procure não somente induzir mudanças de comportamento como também criar um clima capaz de fomentar opções saudáveis em matéria de regime alimentar e estilo de vida. Num enfoque desta natureza, a ênfase não deve, porém, recair na perda de peso, mas sim nos benefícios gerais para a saúde, resultantes da adoção de uma dieta melhor e da prática regular de atividade física. Ademais, numa região como as Américas, é essencial uma abordagem integrada, orientada para a família, para enfrentar efetivamente problemas como a desnutrição, que persistem ao lado da epidemia de obesidade. Na maioria dos países, os recursos do setor da saúde são simplesmente insuficientes para permitir programas separados orientados para as necessidades nutricionais de diferentes grupos da população, e, de fato, não há necessidade de programas separados. Existe ampla comprovação científica a mostrar que o mesmo regime alimentar variado e de alta qualidade que é vital para atender às necessidades das crianças subnutridas ajudaria os adultos a manter um peso sadio e evitar doenças crônicas.

248. Ademais, a abordagem do problema tem de ser intersetorial e envolver o setor privado, particularmente a indústria de alimentos. Sem a participação dos produtores de alimentos, seria impossível melhorar a qualidade dos produtos alimentícios disponíveis no mercado. Ao mesmo tempo, é necessário aumentar a disponibilidade de informação sobre em que consiste uma dieta saudável. Além disso, há necessidade de ação nas áreas de legislação, regulamentação e determinação de preços. Assim como ações desses tipos se mostraram efetivas na realização de outras mudanças positivas para a saúde pública—o estímulo ao uso de cintos de segurança nos automóveis e a dissuasão do uso do fumo, por exemplo—poder-se-ia fazer uso delas para promover hábitos alimentares sadios e

exercício. Finalmente, é essencial a liderança exercida pelo setor da saúde no esforço multilateral para combater a obesidade e o peso excessivo.

249. O Dr. Jacoby concluiu sua exposição observando que as Américas estão participando ativamente no processo de consulta global que culminará com o lançamento da Estratégia Global da OMS sobre Dieta, Atividade Física e Saúde, na Assembléia Mundial da Saúde em 2004. Como parte desse processo, a OPAS realizou uma consulta regional em São José, Costa Rica, em abril de 2003. O Comitê Executivo foi convidado a comentar os resultados daquela consulta.

250. O Dr. Elías Lizardo Zelaya (Honduras, Vice-Presidente do Subcomitê de Planejamento e Programação) informou que, ao discutir o tema em sua 37ª Sessão, o SPP aplaudira a participação da OPAS nesta área, que, na opinião do Subcomitê, viria reforçar o esforço maior da OMS para desenvolver uma estratégia global. Em geral, o Subcomitê havia considerado o documento um bom ponto de partida a partir do qual se poderia construir uma estratégia efetiva, embora diversos delegados houvessem sugerido a incorporação de outros temas adicionais. Sugeriu-se que a estratégia se concentrasse na manutenção de um peso sadio—através de uma boa dieta e de suficiente atividade física—e não na perda de peso. Manifestou-se certa preocupação com a aparente falta de documentação para algumas afirmações feitas no documento, notadamente as referentes ao impacto da publicidade sobre os hábitos dietéticos e o vínculo entre obesidade e consumo de certos tipos de alimentos. Sugeriu-se que a próxima versão do documento contivesse mais informações sobre as fontes daquelas afirmações. Ademais, um delegado expressou preocupação quanto a uma parte do documento que parecia propor que os países explorassem regulamentos, tarifas e impostos como meios de modificar as preferências alimentares e o comportamento dietético. O delegado advertira que tais questões de comércio fugiam à competência da Organização, e encorajara a Secretaria a revisar aquela seção, para fazê-la refletir um enfoque mais voltado para a saúde pública.

251. Ademais, o Subcomitê acentuara a importância da promoção entre os trabalhadores em saúde de mudanças de comportamentos e percepções relativas à dieta e à obesidade. Alguns delegados haviam assinalado a necessidade de introduzir modificações nos currículos e programas de treinamento de profissionais de saúde, para garantir que a obesidade fosse devidamente reconhecida como grave problema de saúde. Os delegados haviam sublinhado também a necessidade de concitar os médicos a aconselhar seus pacientes sobre a importância da dieta e da atividade física.

252. O Comitê Executivo expressou seu agradecimento pelo documento revisto, que mostra claramente haver a Secretaria dado toda atenção aos comentários do SPP, e pela apresentação, que dera um claro enunciado dos imperativos de política que precisavam ser considerados ao tratar da questão da obesidade. O Comitê teceu elogios ao enfoque de saúde pública baseado na população adotado no documento. Os delegados consideraram

que as atividades nele propostas oferecem aos governos uma série de opções viáveis para a ação sustentada visando a promoção de hábitos mais saudáveis de alimentação e exercício. Assinalou-se, porém, que o documento não oferece muita orientação sobre como pôr em prática as ações propostas, tendo-se sugerido que a Secretaria elabore um arcabouço amplo para a ação, a fim de ajudar os países na formulação de estratégias e planos no nível nacional.

253. Foi dada ênfase ao fato de que, embora seja importante reduzir a obesidade, o principal objetivo deve ser o estímulo à manutenção de um peso saudável, especialmente no caso das crianças e dos adolescentes. Os delegados acentuaram a importância de um regime alimentar de alta qualidade, tanto para manter pesos saudáveis como para promover o desenvolvimento normal na infância. Neste contexto, um delegado informou que estudos feitos em seu país haviam mostrado que as taxas de obesidade e peso excessivo entre crianças que seguiam dietas de baixa qualidade e menos variadas não eram necessariamente diferentes das taxas entre crianças cujos regimes alimentares incluíam uma variedade maior de alimentos nutritivos, havendo, porém, claras diferenças (de até 5 cm) em estatura.

254. O Comitê concordou que as intervenções orientadas para comportamentos individuais não bastariam para resolver o problema, dado que, como dissera o Dr. Jacoby, o comportamento das pessoas é influenciado pelo ambiente em que vivem. Por isso, seria necessário adotar estratégias formuladas para promover mudanças ambientais positivas, a fim de apoiar a atividade física regular e a alimentação sadia, assim como conter as tendências atuais da obesidade. Assinalou-se, contudo, que as intervenções feitas no nível da população que levam a mudanças ambientais muitas vezes são difíceis e controversas. Elas exigem uma sadia política de saúde pública em todos os níveis e, muitas vezes, a intervenção legislativa, que requer, por sua vez, ação intersetorial e cultivo de parcerias intersetoriais.

255. Um delegado, observando que o documento faz alusão a iniciativas para controle do fumo como exemplo de como promover mudanças ambientais, desaconselhou o estabelecimento de qualquer comparação entre a indústria de alimentos e a do tabaco. A indústria de alimentos é um dos parceiros essenciais cujo apoio o setor da saúde precisa ter para atacar a carga patológica associada com a obesidade. Neste particular, os delegados aplaudiram a decisão da Diretora de incluir o tema da dieta e obesidade na agenda da RIMSA 13, que oferecera uma oportunidade de envolver representantes da indústria alimentar no debate. Seria de esperar que ela procurasse outras oportunidades para levar uma ampla gama de interessados a equacionar juntos esta e outras prioridades de saúde pública.

256. O Comitê Executivo teceu elogios à OPAS pela organização da consulta regional na Costa Rica. Os delegados descreveram o encontro como bem planejado e bem

executado, e acharam que havia gerado muitas sugestões úteis sobre como aumentar a atividade física e melhorar o regime alimentar e a nutrição. A Diretora foi encorajada a disseminar amplamente os resultados da consulta entre os estados Membros, a fim de promover um diálogo mais amplo sobre a Estratégia Global sobre Dieta, Atividade Física e Saúde. Foi considerada indispensável a participação ativa dos Escritórios Regionais no desenvolvimento da estratégia global, uma vez que é no nível regional que se encontram conhecimentos diretos das prioridades e desafios que os países e suas populações enfrentam. A OPAS dera uma contribuição valiosa à formulação de outras estratégias globais e foi encorajada a continuar afirmando a sua perícia no desenvolvimento da estratégia sobre dieta, atividade física e saúde.

257. O Dr. Jacoby agradeceu o apoio do Comitê ao trabalho da Organização nesta área. Respondendo a comentários a respeito da indústria tabaqueira, ele disse que a afirmação no documento não pretendia sugerir que a indústria de alimentos e a do fumo são semelhantes. Ele mencionara o controle do fumo em sua apresentação por achar que o exemplo de campanhas de controle do tabagismo ofereceria um paradigma. O êxito logrado na redução do uso do fumo nos Estados Unidos, por exemplo, mostrou claramente que é possível, mediante pesquisas, informação e medidas legislativas e regulamentares, formar consenso em torno de uma questão e promover paulatinamente mudanças de comportamento. Ele assinalou que, no caso do fumo, não fora suficiente simplesmente dizer à população que deixasse de fumar. Fora necessário educar o público sobre perigos do uso do fumo e criar ao mesmo tempo—mediante regulamentos proibindo fumar em recintos públicos e outras medidas—um ambiente que desestimula a prática. O mesmo se aplicaria à dieta e à atividade física. Não seria bastante dizer ao público que parasse de ingerir alimentos ricos em gorduras ou fizesse mais exercícios. Seria necessário convencê-lo a dar prioridade à saúde e criar um clima que lhe facilitasse a adoção de uma dieta e opções de estilo de vida que favorecem a vida.

258. Com referência ao comentário sobre a implementação das ações propostas, disse ele que, no interesse de manter breve o documento, a Secretaria não incluía considerável volume de informação sobre atividades programáticas. Contudo, estão em andamento numerosas atividades. A Unidade de Nutrição, por exemplo, está desenvolvendo agora uma rede regional para promoção de hábitos alimentares saudáveis e preparando software pertinente para assistir os profissionais de saúde. Está explorando também as possibilidades de trabalho com o setor privado em vários países para estimular um aumento do consumo de frutas e hortaliças. A OPAS está colaborando também com várias outras organizações, inclusive organizações não-governamentais e entidades do setor privado, numa rede regional para promover a atividade física. O objetivo dessa iniciativa é tornar o público consciente de maneiras simples—como caminhar e subir escadas—de incorporar mais atividades físicas na sua vida quotidiana.

259. O Comitê Executivo não julgou necessário adotar uma resolução sobre este tema. Concordeu-se, porém, que a OPAS deve desenvolver um arcabouço regional para orientar a formulação de estratégias e planos de ação nacionais para promover hábitos alimentares e de exercício mais saudáveis, a fim de reduzir os níveis atuais de obesidade e manter um peso sadio, especialmente em crianças e adolescentes. Este arcabouço deve levar em consideração a Estratégia Global sobre Dieta, Atividade Física e Saúde, bem como as recomendações da Consulta Regional da Costa Rica. Deve também envolver ação e parcerias intersetoriais, inclusive com a indústria de alimentos, conforme recomendou a RIMSA 13.

Impacto da Violência sobre a Saúde das Populações nas Américas (Documentos CE132/22 e CE132/22, Corrig.)

260. O Dr. Alberto Concha-Estman (Assessor Regional, Prevenção de Violência e Lesões, Unidade de Ambientes Sadios, Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, OPAS) apresentou o Documento CE132/22. Começou indicando que o aspecto definidor da violência é a intencionalidade, mas isso indica, por sua vez, que se trata de um comportamento aprendido que pode ser desaprendido. Significa também que a violência é evitável. O empenho da OPAS na prevenção da violência começou em 1993, quando o 37º Conselho Diretor aprovou a Resolução CD37.19, sobre Violência como Problema de Saúde Pública. No ano seguinte, realizou-se a Conferência Interamericana sobre Sociedade, Saúde e Violência, que resultou no primeiro plano de ação sobre violência e saúde.

261. Ocorreu significativo progresso desde então. Na área da advocacia da causa, vários países da Região aprovaram leis sobre violência intrafamiliar e violência contra mulheres, e diversos países ou municípios prepararam ou estão preparando planos de prevenção da violência. Na área de pesquisa e publicações, registraram-se vários avanços dignos de nota, tais como a publicação pelo Programa sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento, da OPAS (agora chamado Unidade de Gênero e Saúde) das constatações de um estudo sobre o “caminho crítico” seguido pelas mulheres afetadas por violência dentro da família. O estudo multicêntrico ACTIVA, coordenado pela OPAS, examinou normas e atitudes culturais com relação à violência. Além disso, a OPAS desempenhou papel chave na publicação em 2002 do *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde* da OMS.

262. Na área de sistemas de informação, as realizações incluíram a produção e distribuição de guias sobre formação e uso de sistemas de informação; testagem de formulários para histórico de pacientes em hospitais, para facilitar a tomada de decisões sobre lesões ligadas a violência; e desenvolvimento de sistemas de informação e observatórios sobre violência. Na área de redes e coalizões, o número de redes de mulheres passa hoje de 170; a Rede Andina serviu para a troca de informações e

assistência na prevenção de violência na sub-região andina; e a iniciativa tripartida da OPAS, do Canadá e do México está dando assistência a pessoas que foram feridas por minas terrestres. Ademais, a OPAS está colaborando com várias organizações nacionais e internacionais na Coalizão Interamericana para Prevenção da Violência.

263. Embora tenha havido progresso, há necessidade de mais trabalho. As ações propostas atualmente pela OPAS dão ênfase à prevenção da violência e à promoção da coexistência pacífica, enfoque que já se demonstrou funcionar. As ações recomendadas pela Organização incluem a promoção ou adoção pelos governos de planos e programas intersetoriais em nível nacional e/ou municipal; pesquisa, análise de situação e avaliação de intervenções; e preparação de relatórios nacionais. Outras ações necessárias seriam o melhoramento dos sistemas de informação sobre violência, o fortalecimento da resposta do setor da saúde às vítimas, a formação de redes e parcerias estratégicas, o fortalecimento da capacidade institucional, a promoção de igualdade dos sexos e o apoio ao desenvolvimento social nas áreas de educação e trabalho. Recordando essas necessidades e as ações propostas no documento CE132/22, o Comitê Executivo foi convidado a comentar sobre quais elementos deveriam ser incluídos num segundo plano de ação sobre violência e saúde.

264. O Comitê aplaudiu o enfoque dado pela OPAS à violência e expressou satisfação pelo alinhamento do seu trabalho com o *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*, da OMS. Foi bem recebido o conceito de violência como problema de saúde pública e como “epidemia silenciosa”. Os delegados frsaram que, para reduzir a violência, seriam necessários liderança política e um enfoque intersetorial e interinstitucional envolvendo numerosos interessados, a maioria dos quais de outros setores que não o da saúde: educação, justiça, habitação, serviços sociais e polícia. A participação da comunidade no equacionamento do problema foi encarada como essencial, tanto com o foi o enfoque na família, onde são aprendidos inicialmente muitos comportamentos violentos. Também foi considerado importante o aliciamento do apoio das organizações da sociedade civil e dos veículos de comunicação de massa.

265. Os delegados acharam que o documento deveria dar maior ênfase às repercussões de longo prazo na saúde resultantes da exposição à violência no começo da vida. Indicou-se, por exemplo, que as crianças que foram maltratadas ou que presenciaram atos de violência são adversamente afetadas no seu desenvolvimento social, tendo mais probabilidades de adotar comportamentos perigosos durante a adolescência, inclusive práticas sexuais de alto risco, que as deixam expostas a infecções transmitidas sexualmente, entre outros problemas de saúde. Os delegados indicaram também que o documento deveria dar maior atenção ao problema da violência contra os idosos. Foi destacada a necessidade de que os provedores de atenção primária de saúde adquiram as aptidões necessárias para reconhecer essa violência e intervir. Recomendou-se também que o documento reflita mais uma abordagem da saúde baseada na população para fazer

face aos fatores que afetam a saúde e trabalhe visando reduzir as desigualdades em saúde entre as populações e dentro delas.

266. Sugeriu-se que a Secretaria realize uma avaliação dos resultados do primeiro plano de ação sobre violência e que os achados da avaliação sejam incorporados na elaboração do segundo plano. Os delegados chamaram atenção para a necessidade de indicadores de processos e resultados para aferição do impacto da cooperação técnica da OPAS e sistemas de vigilância para acompanhamento do progresso. Foi ressaltada a importância de dados confiáveis, desdobrados por sexo e idade, para fins tanto de planejamento como de monitoramento, bem como para defesa da causa e formulação de políticas. A obtenção de dados suscita desafios para muitos países, devido aos limitados recursos humanos e econômicos que eles podem dedicar à tarefa. Ajudar os países a melhorar seus sistemas de coleta de dados e informação foi apontado como papel chave da cooperação técnica da OPAS. Tomou-se nota também da importância de envolver o sistema privado de atenção de saúde no esforço para fortalecer os sistemas nacionais de informação.

267. Diversos delegados destacaram a necessidade de mais pesquisa para compreender as causas fundamentais e os fatores de risco de violência, a fim de preparar intervenções estratégicas mais efetivas. Considerou-se, em particular, que os aspectos sociais da violência devem ser estudados, e para isso deve o setor da saúde buscar o apoio de antropólogos sociais e especialistas em comportamento. Há também necessidade de mais compreensão da interação entre educação e violência, saúde mental (particularmente abuso de álcool e de drogas) e violência, e sexo e violência. Ademais, torna-se necessária a pesquisa dirigida sobre tipos específicos de violência, tais como violência nas escolas, violência doméstica, violência baseada no sexo e violência contra crianças, pessoas idosas e pessoas incapacitadas, bem como violência entre grupos aborígenes.

268. Com referência à lista de ações recomendadas no documento, propôs-se que a OPAS se incumba de desenvolver, no arcabouço mais amplo definido no *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*, um contexto regional que serviria de base para planos de ação nacionais e proporcionaria aos países das Américas diretrizes gerais para ação, que poderiam ser então dimensionadas para as respectivas situações específicas. Ressaltou-se que os planos de ação nacionais devem incorporar uma perspectiva de gênero. Ademais, por ser um tanto longa a lista de ações recomendadas, sugeriu-se que estas fossem priorizadas.

269. O Dr. Concha-Eastman informou que a priorização teria de ocorrer em diversos níveis. Uma prioridade seria a mobilização da comunidade para enfrentar o problema da violência. Ao mesmo tempo, seria imperativo dispor de informações adequadas, que fossem oportunas, utilizáveis e dignas de crédito. Nenhuma dessas coisas, porém, ocorrerá sem que os governos mostrem vontade política de agir. Por essa razão, a

recomendação primacial do *Relatório Mundial* é a preparação de planos nacionais e locais de prevenção. Por isso, as duas principais prioridades seriam, primeiro, preparar planos nacionais e locais, e segundo, garantir a disponibilidade de informação de boa qualidade que possibilite o monitoramento do progresso.

270. Ele declarou estar de pleno acordo quanto à necessidade de um enfoque intersetorial e de pesquisa para esclarecer as múltiplas causas de violência. O setor da saúde não pode resolver o problema por seus próprios meios, nem o pode fazer a polícia ou o setor da educação—o que se requer é um esforço conjunto. Assim também, há que considerar a violência dos pontos de vista social, antropológico, sociológico e psicológico, a fim de determinar as suas causas básicas. Ele disse estar de acordo também quanto à necessidade de incorporar uma perspectiva de gênero e de coordenar todas as atividades pertinentes à prevenção de violência com as referentes à saúde da família.

271. Com referência à avaliação do primeiro plano de ação, ele indicou que, embora possa ser possível avaliar os processos, a avaliação de impacto seria mais difícil, por falta de indicadores de referência confiáveis a partir dos quais se pudesse aferir o progresso. A sugestão de criação de um arcabouço dentro do qual seriam formulados os planos e relatórios nacionais, contudo, proporcionaria uma excelente base para a identificação dos problemas a serem equacionados e a avaliação do progresso já realizado.

272. A Diretora observou que as Américas tinham sido a primeira das regiões da OMS a encarar a violência do ponto de vista da saúde pública. Esse enfoque inovador muita influência exerceu sobre as abordagens das outras regiões e sobre o trabalho da OMS no nível global, que culminou com a publicação do *Relatório Mundial*. Durante a última Assembléia Mundial da Saúde, em reconhecimento da contribuição da Região e da sua atitude pioneira, fora ela a única dos Diretores Regionais a ser chamada para tomar parte num painel conjunto sobre o tema da violência.

273. Um dos aspectos mais importantes da abordagem da Organização fora o de conferir uma perspectiva epidemiológica ao tema da violência, tornando assim possível identificar progressivamente os vários fatores que influenciam de que forma, quando e onde ocorre violência, classificá-los numa tipologia e definir possíveis intervenções em resposta. Acrescentou que a tarefa agora é avaliar essas intervenções e selecionar aquelas que se tenham mostrado mais efetivas.

274. Com indica o *Relatório Mundial*, a violência é de fato um fenômeno modificável, havendo crescente consenso em torno da possibilidade de que a sociedade formule mecanismos para a controlar e prevenir, promovendo uma filosofia de paz e harmonia. Ocorreu uma mudança maior quando o setor da saúde deixou de ser agente passivo—um observador a lidar somente com os resultados da violência—, passando a ser o setor que

assumiu a liderança na identificação e elucidação dos fatores em jogo e na proposição de intervenções efetivas para prevenir atos de violência.

275. Assinalando que o Comitê havia pedido a formulação de um contexto regional para orientar o desenvolvimento de planos de ação nacionais na área de dieta, nutrição e atividade física, disse ela que tal enfoque está em plena concordância com a nova orientação no sentido da ação no nível regional, dentro da estratégia administrativa para o trabalho da Secretaria em 2003-2007. De acordo com essa orientação, cogitou-se de dois instrumentos para promover o trabalho pan-americano conjunto: (1) programas regionais, quando os países tenham concordado em trabalhar coletivamente para fazer face a uma necessidade, quando seja possível estabelecer objetivos concretos e quando existam instrumentos e estratégias para realizá-los; ou (2) arcabouços regionais para a ação, quando ainda haja necessidade de continuar avaliando a situação, definindo estratégias e melhorando a informação. No caso tanto da obesidade como da violência, a formulação de um contexto regional é a abordagem apropriada a adotar.

276. Com referencia à priorização de atividades, ela indicou que, numa organização tão altamente descentralizada como a OPAS, que opera nos níveis regional, sub-regional, nacional e subnacional, as prioridades diferem de um para outro nível. No regional, é importante priorizar os instrumentos e elementos nos quais os países possam trabalhar juntos, como, por exemplo, sistemas de informação ou a sistematização e o intercâmbio de experiências para identificar intervenções bem-sucedidas. Por outro lado, no nível nacional e subnacional, as prioridades serão muito mais específicas, sendo determinadas pela situação epidemiológica em cada caso particular.

277. O Comitê Executivo não julgou necessário adotar uma resolução sobre este tema. Ficou assentado, porém, que a Secretaria, conforme solicitação do Comitê, prepararia um arcabouço regional para orientar a formulação de planos de ação nacionais sobre violência.

Assuntos Administrativos e Financeiros

Relatório sobre a Arrecadação das Cotas (Documentos CE132/23 e CE132/23, Add. I)

278. O Sr. Mark Matthews (Gerente, Área de Gestão e Relatórios Financeiros, OPAS) informou que, em 31 de dezembro de 2002, a arrecadação de cotas somava \$90,6 milhões, dos quais \$67,6 milhões representavam pagamentos de cotas de 2002 e \$23 milhões correspondiam a anos anteriores. Foram incluídas informações detalhadas

sobre o recebimento de cotas de contribuição dos Estados Membros e datas de pagamento no anexo A do Documento CE132/23. Em 1 de janeiro de 2003, o total de pagamentos em atraso referentes a anos anteriores a 2003 somava \$49,1 milhões. Os pagamentos recebidos entre 1 de janeiro e 16 de junho somavam \$9,4 milhões, ou 19,2% daquele total, reduzindo a \$39,7 milhões os montantes em atraso, em comparação com \$30,6 milhões e \$22,2 milhões em atraso nos períodos correspondentes em 2003 e 2001, respectivamente.

279. A arrecadação de cotas de contribuição para 2003 somava \$21,1 milhões em 16 de junho de 2003. Onze Estados Membros haviam pago suas contribuições no todo, três fizeram pagamentos parciais e 25 não fizeram pagamento algum. As arrecadações representavam 23% das contribuições para o ano em curso, com cifras correspondentes de 33% em 2002, 32% em 2001 e 27% em 2000. Em conjunto, a arrecadação de pagamentos em atraso e contribuições do ano corrente durante 2003 totalizavam \$30,5 milhões, em comparação com \$48,3 milhões em 2002, \$61,5 milhões em 2001 e \$47 milhões em 2000. Informações detalhadas sobre pagamentos recebidos e a aplicação desses pagamentos podem ser encontrados no Anexo B do documento. Depois de 16 de junho, a OPAS recebeu pagamentos adicionais de \$18,591 da Guiana, \$25.000 do Equador e \$25.501 de Sta. Lúcia.

280. O Artigo 6.B da Constituição da OPAS prevê a suspensão do direito de voto do país que se ache em mora em montante superior a dois anos completos de contribuição. O mesmo artigo também dá à Conferência Sanitária Pan-Americana ou ao Conselho Diretor a opção de permitir que o Membro vote, caso esteja convencido de que a falta de pagamento desse Membro se deve a condições que fogem ao seu controle.

281. Ele informou que os Estados Membros sujeitos ao Artigo 6.B no momento são a Argentina, a República Dominicana, o Suriname e a Venezuela. A Argentina devia um total de \$24,4 milhões, dos quais \$12,1 milhões correspondiam aos anos de 1997 a 2000. A Argentina apresentou um plano de pagamento diferido que foi aceito pela Secretaria em 2000. Para manter o direito de voto, a Argentina teria de efetuar pagamentos no total de \$11,1 milhões antes do início do 44º Conselho Diretor, já tendo efetuado até agora pagamentos no total de \$501.762.

282. A República Dominicana devia aproximadamente \$515.000, incluindo \$62.000 correspondentes a 2000. O plano de pagamento diferido aprovado pela Secretaria em 2001 estipulava que a República Dominicana teria de pagar \$197.500 para 2003. Ademais, o plano incluía um saldo de \$560 com pagamento devido em 2002. A República Dominicana não efetuara pagamento algum durante 2003. Seria necessário um pagamento mínimo de \$61.969 para tirar a República Dominicana da situação prevista no Artigo 6.B.

283. O Suriname devia aproximadamente \$231.000, dos quais \$55.000 correspondiam a 2000, estando por isso incurso no Artigo 6.B. Não fora recebido pagamento algum do Suriname desde 2001. Seria necessário um pagamento mínimo de \$54.884 para tirar o Suriname da situação prevista no Artigo 6.B

284. A Venezuela devia aproximadamente \$8,4 milhões, dos quais cerca de \$328.000 correspondiam a 2000. Não fora recebido pagamento algum da Venezuela desde 2000. Seria necessário um pagamento mínimo de \$327.863 para tirar a Venezuela da situação prevista no Artigo 6.B.

285. Nos debates que se seguiram ao relatório, indicou-se que, em outra parte da agenda, seria solicitada do Comitê Executivo autorização para aumentar o Fundo do Capital de Giro. Os delegados mostraram-se curiosos para saber se isso não indicava a necessidade de uma ação mais afirmativa para motivar os Estados Membros a pagar pontualmente suas cotas de contribuição. Indicou-se também que muito raramente foi aplicado pela OPAS o Artigo 6.B, o que poderia indicar aos Membros que seria pequeno o risco de sofrer sanções e que, por isso mesmo, eles tenderiam a pagar outros compromissos antes de fazer face às suas obrigações para com a OPAS. Outros delegados acharam que todos os Estados Membros estão cientes do muito que recebem por seus pagamentos à Organização e têm toda intenção de cumprir suas obrigações, mas que seria necessário ter em conta as dificuldades financeiras e o conflito de demandas que muitos deles estavam enfrentando.

286. Um delegado quis saber se as contas da Organização de fato refletem a sua verdadeira situação financeira ou se poderiam existir certas reservas ocultas. Ele perguntou, de modo particular, se seria realista esperar arrecadar os \$27 milhões devidos pela Argentina ou os \$8 milhões devidos pela Venezuela.

287. O Sr. Matthews fez notar que, se todos os países pagassem suas quotas no todo no primeiro dia do ano, não haveria necessidade do Fundo de Capital de Giro. A necessidade desse fundo estava ligada à ocasião em que as contribuições são recebidas, aos padrões de despesa e a entradas de rendas diversas. Ele explicou que um subcomitê formado de Estados Membros examinara a situação dos países incursos no Artigo 6.B, levando em conta a observância dos planos de pagamento por parte deles. É aquele subcomitê que recomenda ao Conselho Diretor ou à Conferência Sanitária Pan-Americana se as disposições do Artigo 6.B devem ser ou não aplicadas. Embora seja verdade que o Artigo 6.B raramente tem sido aplicado—somente um país tivera suspenso o seu direito de voto nos oito anos anteriores—ele achava que as disposições do Artigo 6.B efetivamente atuam como um incentivo a que os países paguem suas cotas de contribuição.

288. Ele asseverou ao Comitê Executivo que as contas da Organização apresentadas no Relatório Financeiro da Diretora são completas e obedecem plenamente a princípios

contábeis geralmente aceitos, nada havendo de oculto. A situação das contas deficientes está refletida naquele relatório. Disse também que a Organização nunca abriu mão de montantes a receber de qualquer país e que está confiante quanto ao recebimento de todas as quantias que lhe são devidas.

289. A Diretora indicou que, embora sejam delicados os temas em discussão, a OPAS sempre tratou deles de maneira franca e positiva. Países tanto grandes como pequenos podem-se encontrar em dificuldade para pagar e ter de solicitar diferimento. Ela disse considerar que uma das coisas mais saudáveis com relação à Organização foi a criação—por proposta do México há 20 anos—do subcomitê encarregado de examinar problemas pertinentes ao Artigo 6.B e propor meios de sair das dificuldades. A OPAS foi também a primeira organização a propor planos de pagamento flexíveis para os Estados Membros que estavam tendo problemas. Tais planos são geralmente respeitados, embora tenham sido renegociados em alguns casos. O enfoque baseado no plano de pagamentos veio a ser adotado pela OMS, que, antes disso, simplesmente retirava o direito de voto dos Estados Membros que estavam em mora. Isso, porém, não se mostrara eficaz para persuadir os Estados Membros a pagar suas contribuições: alguns países haviam continuado em mora e sem direito de voto por quase 20 anos.

290. Ela acentuou que a Secretaria foi muito conscienciosa ao instar os Estados Membros a pagar suas contribuições pendentes, não somente à OPAS como também à OMS. Adiantou que a Organização está em contato com as altas autoridades orçamentárias dos Estados Membros, instando para que estabeleçam rubricas orçamentárias específicas para pagamento de tais obrigações. A Secretaria observara que, em termos gerais, o Estado Membro que devia dinheiro à OPAS também devia dinheiro a todas as organizações. E quando um país nessa situação começava a pagar, a primeira organização a ser paga era a OPAS. Este, disse ela, é um aspecto de que a Organização pode se orgulhar, por indicar o valor que os países dão ao seu trabalho.

291. O Comitê adotou a Resolução CE132.R2 sobre este tema.

Relatório Financeiro Interino da Diretora Correspondente a 2002 (Documento Oficial 311)

292. O Sr. Matthews apresentou também o *Documento Oficial 311*, que contém o relatório da Diretora sobre as transações financeiras da OPAS no ano anterior e apresenta a situação financeira da Organização em 31 de dezembro de 2002. Assinalou que os demonstrativos financeiros continuam observando os Padrões Contábeis revistos do Sistema das Nações Unidas e que os relatórios dão uma visão panorâmica da situação financeira na forma de colunas, identificando atividades separadas da OPAS da OMS e

dos três Centros Pan-Americanos: o Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC), o Instituto de Alimentação e Nutrição do Caribe (CFNI) e o Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP).

293. O Demonstrativo de Ativos, Passivos e Reservas e Saldos dos Fundos em 31 de dezembro de 2003 reflete uma forte posição financeira da Organização. O aumento de \$42,0 milhões em dinheiro em bancos e investimentos refletem aumentos do saldo dos fundos, de \$24,0 milhões no Fundo Rotativo para Aquisição de Vacinas, \$5,5 milhões em Adiantamentos de Governos e Instituições para Aquisições, \$4,3 milhões em Fundos Fiduciários, \$3,5 milhões no Fundo Estratégico e \$2,0 milhões na Provisão para o Fundo para Rescisão de Nomeação e Direitos de Repatriamento.

294. Como a renda em 2002 excedeu a despesa, o demonstrativo de Renda, Despesa e Variações nos Saldos dos Fundos reflete um aumento de \$658.000 no saldo do Fundo do Capital de Giro. Seria necessário lembrar, porém, que o Relatório Financeiro Parcial é expresso na base de caixa e não reflete compromissos financeiros assumidos mas ainda pendentes. Assim, o aumento do saldo no primeiro ano do biênio seria diminuído no segundo ao serem liquidadas tais obrigações.

295. De acordo com o Artigo 103.4 do Regulamento Financeiro, qualquer superávit ao fim de um biênio seria utilizado para restabelecer o nível autorizado do Fundo, de \$15,0 milhões. Em 31 de dezembro de 2002, o Fundo do Capital de Giro estava no seu nível máximo, tendo sido, porém, significativamente esvaziado durante 2003 devido ao atraso no pagamento de cotas de contribuição.

296. O gasto total de \$359,6 milhões em 2002 refletiu um aumento de \$71,4 milhões desde 2000, primeiro ano do último biênio. O aumento pode ser imputado em grande parte a um aumento de \$60,7 milhões em compras de vacinas para o Fundo Rotativo do Programa Ampliado de Imunização, \$6,2 milhões para o orçamento ordinário, \$4,3 milhões para os Fundos Fiduciários, \$3,5 milhões para o Fundo Estratégico e \$1,4 milhão para despesas dos três centros. Esses aumentos foram compensados por pequenas reduções em outros programas.

297. As rendas diversas auferidas durante 2002 para o orçamento ordinário somaram aproximadamente \$5,8 milhões, compreendendo \$4,6 milhões em renda de juros, \$689.000 em economias ou cancelamentos referentes a compromissos de períodos anteriores, bem como \$59.000 por diferença cambial entre moedas e \$514.000 em outras rendas diversas. Os juros totais auferidos pelos Fundos da Organização contribuíram com \$5,4 milhões para o orçamento ordinário e outros projetos em 2002.

298. As despesas dentro do programa de aquisições em nome de governos e instituições somaram \$8,2 milhões. O fundo encerrara 2002 com um saldo de

\$11,4 milhões. A aquisição de vacinas feitas por intermédio do Fundo Rotativo para Compra de Vacinas totalizou \$144,7 milhões, em comparação com \$130 milhões em 2001 e \$83,9 milhões em 2000. O fator que pesou nesse aumento foi a colocação de vultosos pedidos da Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Honduras, México e República Dominicana. Os \$4,3 milhões auferidos pelo Fundo Rotativo em 2002 a título de custos de apoio a programas elevaram a capitalização do Fundo para \$22,4 milhões.

299. Os três centros (CAREC, CFNI e INCAP) acusaram um excesso combinado líquido de renda de \$3,7 milhões em relação ao gasto. Em 2002, a renda recebida para o orçamento ordinário do CAREC totalizou \$2,0 milhões, ao passo que a despesa somou \$1,8 milhão, com uma diferença de \$184.000. Após ajustes, a renda líquida resultante de atividades do orçamento ordinário do CAREC em 2002 elevaram o seu Fundo do Capital de Giro de \$737.000 para \$746.000. O Fundo de Previdência, que contém recursos restritos para o investimento de pensões dos funcionários do CAREC, subira a \$1,6 milhão. A Demonstração de Cotas de Contribuição dos Membros acusou saldos a receber em 31 de dezembro de 2002 no total de \$4,2 milhões, um pouco menos do que ao fim de 2001. O pagamento integral das cotas de contribuição alocadas pelos países membros do CAREC contribuiria significativamente para melhorar a sua situação financeira.

300. Os demonstrativos financeiros do CNFI refletem excesso da despesa sobre a renda, resultando num déficit de \$77.000 no seu orçamento ordinário para 2002. O déficit acumulado no orçamento ordinário e no Fundo do Capital de Giro do CFNI subira a \$421.000 em 31 de dezembro de 2002. Atrasos no recebimento de \$1,2 milhão em cotas de contribuição estavam afetando a situação financeira do CFNI.

301. O Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP) recebeu renda de \$932.000 para o orçamento ordinário e teve volume semelhante de despesas em 2002. Devido a isso, o saldo do Fundo do Capital de Giro continuou sendo de \$1,0 milhão. Os fundos restritos ao investimento de pensões e benefícios dos funcionários totalizaram \$2,6 milhões. Houve significativa melhoria da arrecadação de cotas de contribuição durante os últimos cinco anos, com redução dos saldos pendentes, de \$843.000 em 1997 para \$256.000 em 2002. O fator significativo desse aumento foi o pagamento oportuno das cotas de contribuição de Belize, El Salvador, Guatemala, Honduras e Panamá.

302. Respondendo a uma pergunta de um dos delegados sobre como são geridos os montantes em dinheiro e investimentos, o Sr. Matthews esclareceu que a frase “depósitos à vista e a prazo” indica importâncias que foram investidas, mas não a longo prazo. Disse também que cada dólar da Organização está gerando um rendimento. A OPAS conta com pessoal de tesouraria muito capaz, que mantém a Organização no justo nível de liquidez para atender a seus desembolsos de caixa.

303. A Diretora observou que, embora o Relatório Financeiro ilustrasse alguns aspectos levantados na discussão do tema anterior da agenda, sobre cotas de contribuição, o quadro de fato é mais complexo. Ela disse considerar a OPAS como sem par entre as organizações internacionais, devido as estreitos laços operacionais entre a Organização e seus Membros. Em muitos dos países, a OPAS opera com infra-estruturas fornecidas pelo governo. Em outros, divide gastos de operação com o governo ou trabalha ao lado de especialistas fornecidos pelo governo. Isso quer dizer que o padrão de renda da Organização está intimamente ligado a todos os recursos extra-orçamentários que os países proporcionam, acima e além das suas cotas de contribuição. Esse complexo padrão de renda em movimento é observado todos os dias; todos os dias revelam a imensa generosidade e solidariedade dos países da Região.

304. Ela quis também prestar uma homenagem ao Sr. Matthews, que se estava transferindo para o Escritório Regional da OMS em Manila, Filipinas. Sua visão, seu profissionalismo e sua eficiência foram inestimáveis para a OPAS ao longo de um muitas vezes crítico período de oito anos. Além de ajudar a modernizar a Organização, seus esforços haviam contribuído para o seu prestígio, tanto dentro da Região como fora dela. Ele criou um espírito de equipe que ajudou a reduzir o atrito, comum em todos os tipos de organização, entre seus lados técnico e administrativo.

305. O Comitê tomou nota do relatório mas não julgou necessário adotar uma resolução sobre este tema.

Exame do Nível Autorizado do Fundo de Capital de Giro (Documento CE132/24)

306. A Sra. Sharon Fraher (Chefe, Unidade de Finanças, Área de Gestão e Relatórios Financeiros, OPAS) apresentou o Documento CE132/24. Ela explicou que este deve ser lido como complemento do Documento CE130/24, que propôs uma elevação do nível autorizado do Fundo do Capital de Giro para fazer face às realidades e aos riscos inerentes ao atual clima político e econômico. O exame das propostas anteriores pelo Comitê Executivo levantara certas questões referente ao pronto pagamento de cotas, à análise histórica dos saques efetuados e das alternativas à disposição do Diretor. O Comitê decidira diferir a ação relativa à proposta na expectativa de maiores esclarecimentos quanto à necessidade de aumento, e reexaminar a questão na Sessão atual.

307. Desde a 130ª Sessão, a OPAS passara por quatro períodos críticos nos quais o saldo não comprometido do Fundo do Capital de Giro se havia esgotado. Essas ocorrências tinham sido diretamente relacionadas com atrasos no recebimento de cotas de contribuição, e naquelas ocasiões não só houvera risco de um impacto negativo na execução de programas como não houvera tampouco uma reserva disponível para imprevistos e despesas extraordinárias, conforme prevê o Regulamento Financeiro no

artigo VII. Sem algum alívio, voltariam ocorrer deficiências de numerário no futuro. As incertezas econômicas e as pressões inflacionárias que têm atormentado a Região, combinadas com os aumentos obrigatórios dos custos das atividades programáticas, continuariam exercendo pressão excessiva contra o capital de giro da Organização.

308. No momento, a única alternativa à elevação do nível do Fundo do Capital de Giro seria autorizar empréstimos internos. Trata-se de uma prática seguida por vários outros órgãos das Nações Unidas, na qual fundos administrados por uma organização são temporariamente transferidos ao seu fundo ordinário de operações. Esse mecanismo reflete não somente uma contabilidade mal feita, mas pode também prejudicar outras operações críticas, ao privá-las da necessária liquidez. Ademais, enfraquece necessárias disciplinas de arrecadação e programação, e deve, no entender da OPAS, ocorrer somente como último recurso e com a aprovação dos Corpos Dirigentes.

309. Propôs-se que o nível autorizado do Fundo do Capital de Giro fosse aumentado em \$5 milhões, para um total de \$20 milhões, ou aproximadamente 2,5 meses de despesas de operação por conta do orçamento ordinário da Organização. Propôs-se também que o aumento fosse financiado gradualmente com quaisquer excedentes de receita sobre despesa resultantes da arrecadação das contribuições em mora ou eficiências resultantes da implementação do orçamento-programa bienal, a partir do biênio corrente.

310. A Delegada dos Estados Unidos da América informou que é política do seu governo que os fundos de capital de giro das organizações internacionais não devem passar de 8,3% do orçamento anual total, equivalentes a cerca de um mês de despesas de operação. Tais fundos têm por finalidade apenas servir de ponte na ocorrência de deficiências de caixa em virtude de atrasos no pagamento de cotas. Se há um problema fundamental de falta de pagamento, cabe então à OPAS ajustar o orçamento à renda que pode razoavelmente esperar receber. Os Estados Unidos não apóiam um aumento do Fundo do Capital de Giro, que poderia ter o efeito não procurado de remover a pressão dos governos que não estão pagando suas contribuições.

311. O Delegado da Jamaica, embora expressando algumas das mesmas preocupações levantadas pelos Estados Unidos, expressou a opinião de que não poderia haver uma percentagem fixa aplicável a todas as organizações dentro do sistema das Nações Unidas. Ao contrário, o nível de recursos do capital de giro deve ser determinado levando em conta o histórico e a experiência de cada organização. Sugeriu que o aumento proposto fosse adotado, instituindo-se, porém, uma entidade fiscalizadora de algum tipo, a qual seria consultada quando houvesse necessidade de elevar o capital de giro para além do nível aprovado.

312. Os membros do Comitê fizeram diversas perguntas específicas com relação às operações do Fundo. Um delegado perguntou quem tinha discricção quanto ao uso do Fundo do Capital de Giro e se este se destinava a cobrir despesas de operação previamente incluídas no orçamento ou despesas não planejadas resultantes de situações imprevistas. Outro manifestou preocupação quanto à maneira pela qual seria financiado o aumento proposto e quis saber se os recursos disponíveis para programas seriam afetados. Pediu-se à Sra. Frahler que esclarecesse o que se entendia por “expansão necessária das atividades da OPAS” (mencionado no parágrafo 7 do Documento CE132/24). Foi-lhe também pedida explicação de como o proposto aumento para \$20 milhões se comparava com o Fundo do Capital de Giro da OMS, e se a OPAS tem uma estratégia para arrecadar cotas em atraso, a fim de minimizar o uso do Fundo, especialmente quando este se acha perto de se esgotar.

313. A Sra. Frahler fez notar que um Fundo do Capital de Giro equivalente a 8,3% do orçamento total da OPAS, incluindo a parcela da OMS, seria superior a \$20 milhões. O nível fora elevado pela última vez em 1993, para \$15 milhões. Desde aquele ano, porém, a proporção do orçamento ordinário correspondente à OPAS crescera em 24%. Aplicar aquela percentagem ao nível atual de \$15 milhões a fim de manter a mesma flexibilidade de 1993 elevaria o Fundo do Capital de Giro para aproximadamente \$18,7 milhões; mas, para não ter de lidar com frações de membros, a Secretaria arredondara o montante pedido para \$20 milhões. Com referencia à forma pela qual seria financiado o aumento de \$5 milhões, ela explicou que, se o aumento fosse aprovado no momento presente, e depois, numa data futura, houvessem sido efetuados alguns pagamentos em atraso, qualquer excesso da renda sobre a despesa seria gradualmente transferido ao Fundo do Capital de Giro, até que este chegasse a \$20 milhões.

314. Ela explicou que, quando ocorre uma deficiência devida ao não recebimento de pagamentos de cotas, a OPAS automaticamente faz saques do Fundo do Capital de Giro para despesas do orçamento ordinário. Dinheiro do Fundo do Capital de Giro normalmente só é empregado para cobrir despesas ordinárias de execução: salários, remuneração de assessores temporários, programas no terreno, etc. No caso de grandes despesas extraordinárias não incluídas no orçamento ordinário aprovado pelos Estados Membros, como as recentes renovações do edificio sede da OPAS, a Secretaria é obrigada a pedir aprovação do Comitê Executivo para utilizar o fundo. Muito embora possa parecer, no papel, que a OPAS tem um alto nível de reservas de caixa que poderiam ser usadas para cobrir deficiências, essas reservas são consignadas a programas e fundos específicos, como o programa de vacinação, aquisições em nome dos Estados Membros e benefícios terminais para pessoal que se aposenta. A Secretaria tem a responsabilidade fiduciária de nunca utilizar esses fundos para outros fins.

315. Em resposta a sugestões sobre um mecanismo fiscalizador, disse ela que a Secretaria teria prazer em proporcionar informações sobre a situação financeira da

Organização e o uso do Fundo do Capital de Giro para cobrir deficiências em qualquer ocasião. Quanto ao significado da frase “expansão necessária das atividades da OPAS”, ela informou referir-se ao fato de que há uma grande variável financeira—aumentos obrigatórios dos custos salariais aprovados pelas Nações Unidas—da qual nem os Estados Membros nem a Secretaria da OPAS têm qualquer controle e que têm de ser incorporadas ao orçamento.

316. O Fundo do Capital de Giro da OMS é de apenas \$30 milhões. Na OMS, porém, as deficiências são financiadas principalmente não pelo Fundo do Capital de Giro, mas mediante empréstimos internos. De fato, no atual período orçamentário, a OMS recorreu a empréstimos internos no montante de \$75,5 milhões. A Secretaria preferiria não adotar a prática dos empréstimos internos, por acreditar que não seria consentânea com a gestão financeira prudente e conservadora preferida pelos Estados Membros da OPAS. Ademais, os empréstimos internos significam a retirada de dinheiro alocado a programas e o uso dele para apoiar despesas de operação ordinárias. No entender da Secretaria, seria preferível utilizar o Fundo do Capital de Giro para cobrir tais despesas, mas, ainda assim, ela procura otimizar o uso do Fundo. Para isso, duas vezes por ano é remetida a todos os Estados Membros uma carta indicando a situação dos seus pagamentos de cotas e perguntando quando seria possível à Organização receber os pagamentos pendentes.

317. A Diretora acentuou a necessidade de fazer distinção entre a questão do uso do Fundo do Capital de Giro e a de montantes devidos pelos países. O uso do Fundo do Capital de Giro está condicionado aos pagamentos e despesas. Se, por exemplo, todos eles pagassem suas cotas de contribuição no último mês do ano, os Estados Membros estariam em dia com suas obrigações, mas a Secretaria continuaria tendo um problema de fluxo de caixa e teria de sacar do Fundo do Capital de Giro para cobrir despesas durante os outros 11 meses. Ademais, como o orçamento-programa cobre dois anos, se um país pagasse a sua contribuição em dezembro do segundo ano, não teria sido possível usar tais recursos durante o biênio e, conseqüentemente, ainda teria sido essencial fazer saques do Fundo do Capital de Giro.

318. Nos últimos meses, a Secretaria vinha discutindo com as autoridades financeiras dos países a possibilidade de efetuar pagamentos mensalmente. O pagamento mensal seria muito melhor que o pagamento anual—a menos que este último fosse efetuado no início do ano—porque permitiria um fluxo de caixa regular e um planejamento ordenado da despesa. O pagamento trimestral é também útil, mas, quando se trata de grandes montantes de cotas, a demora, ainda que só de um mês, num pagamento trimestral exerce enorme impacto negativo no fluxo de caixa da Organização.

319. Ela observou que os custos dos aumentos obrigatórios de salários e seguro-saúde muitas vezes são aprovados pela Assembléia Geral das Nações Unidas já muito tarde durante o ano e muitas vezes têm efeito retroativo. Embora a Secretaria, ao preparar o

orçamento, procure estimar quais poderiam ser esses aumentos, é impossível predizer o seu nível preciso. Ademais, verificam-se por vezes ocorrências externas imprevistas, tais como desvalorização da moeda, que exercem acentuado impacto na posição de caixa da Organização e causam graves problemas no tocante às despesas ordinárias. Também neste caso, poderia manifestar-se a necessidade de recorrer ao Fundo do Capital de Giro.

320. Por sugestão do Delgado da Jamaica, o Presidente designou um pequeno grupo de trabalho integrado por Honduras, Jamaica e Estados Unidos, para procurar revisar o projeto de resolução contido no Documento CE132/24 e fazer uma recomendação ao Comitê Executivo com relação ao caminho a seguir. A Resolução CE132.R3, que veio a ser aprovada pelo Comitê, reflete o consenso a que chegou o grupo de trabalho.

Edifícios e Instalações da OPAS (Documento CE132/25)

321. O Sr. Edward Harkness (Gerente, Área de Serviços Gerais e Aquisições, OPAS) chamou atenção para o Documento CE132/25, que dá conta da renovação do edifício da Sede da OPAS anteriormente aprovada pelo Comitê Executivo. Em sua reunião de junho de 2002, o Comitê aprovava o uso de \$220.000 do Fundo Imobiliário da OPAS para reparos nas garagens subterrâneas da Sede que se haviam deteriorado gravemente devido ao desgaste e a danos provocados pela água. Embora se houvessem feitos alguns reparos desde a ocupação do edifício em 1965, o acúmulo de danos graves resultantes da água, especialmente a misturada com o sal utilizado nas vias públicas, exigiria a substituição de grandes partes dos pisos. Uma firma de engenharia realizara testes e a Organização estava aguardando um relatório detalhando a extensão do problema e indicando várias opções e custos dos reparos. Assim que estivessem disponíveis, os detalhes seriam apresentados ao Comitê Executivo. Ele informou que, até o momento, \$5.200 haviam sido comprometidos para o estudo inicial das condições atuais. Os restantes \$214.800 continuavam disponíveis para o projeto propriamente dito.

322. O Comitê Executivo tomou nota do relatório sobre a situação do trabalho de renovação, mas não julgou necessário aprovar uma resolução sobre este tema.

Assuntos Relativos a Pessoal

Emendas ao Regulamento do Pessoal da RSPA (Documento CE132/26, Rev. 1)

323. O Sr. Philip MacMillan (Gerente, Área de Administração de Recursos Humanos, OPAS) apresentou um resumo das emendas feitas no Regulamento e no Estatuto do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana desde a 130ª Sessão do Comitê Executivo em junho de 2002. As emendas já tinham sido aprovadas pelo Conselho Executivo da OMS e estavam sendo apresentadas ao Comitê Executivo da OPAS para confirmação.

324. O Artigo 330.2 do Regulamento do Pessoal modificou a escala salarial para o pessoal nos graus P4 a D2, de acordo com o aumento aprovado pela Assembléia Geral das Nações Unidas em dezembro de 2002. A emenda, que entrou em vigor em 1 de janeiro de 2003, estava sendo adotada na OPAS para assegurar a coerência com as escalas salariais do pessoal profissional e dos graus mais altos do sistema comum das Nações Unidas. Devido a essa mudança, tornou-se necessária uma revisão dos salários para os cargos de Diretor Adjunto, Subdiretor e Diretor. Usando o mesmo aumento de 6,3% que fora concedido ao pessoal no grau D2, os salários para aqueles três cargos foram ajustados na mesma forma. Em conformidade com a política estabelecida, o Comitê Executivo foi convidado a aprovar as resultantes modificações salariais para os cargos de Diretor Adjunto e Subdiretor e recomendar ao 44º Conselho Diretor a revisão salarial aplicável para o cargo de Diretor

325. Os Artigos 350.1 e 355 do Regulamento do Pessoal referem-se ao subsídio educação e foram revistas, com vigência a partir de 1 de janeiro de 2002, para refletir um aumento do nível máximo reembolsável do subsídio educação proporcionado a membros elegíveis do pessoal. O Artigo 320.1 do Regulamento do Pessoal foi modificado para permitir à Organização outorgar passos adicionais em casos de nomeação inicial nas quais as qualificações do funcionário, suas aptidões e sua experiência de trabalho ultrapassam os requisitos mínimos para o cargo. A emenda foi feita tendo em vista trazer maior flexibilidade ao processo de contratação.

326. Nos debates que se seguiram, recomendou-se à Secretaria buscar economias no tocante aos gastos de pessoal, sempre que viável, a fim de assegurar que a Organização mantenha a mais sólida posição orçamentária possível. O Comitê Executivo adotou a Resolução CE132.R1, confirmando as emendas ao Regulamento do Pessoal e fazendo uma recomendação ao Conselho Diretor concernente ao salário do Diretor.

Exposição do Representante da Associação de Pessoal da RSPA (Documento CE132/27)

327. A Sra. Brenda Simons Gillian (Presidente, Associação de Pessoal da RSPA) agradeceu ao Comitê pela oportunidade de apresentar uma atualização de algumas das preocupações da Associação de Pessoal e sobre alguns dos passos já dados nas relações pessoal/administração desde o último relatório da Associação, em junho de 2002. Ela disse que o ano passado fora um dos mais notáveis nos 100 anos de existência da Organização, com a eleição da Dra. Mirta Roses como Diretora. A Associação de Pessoal

dirigiu uma saudação aos Corpos Dirigentes por tomar a ousada decisão de eleger a primeira mulher para diretora na história da OPAS. Observou que tema da Diretora para a Organização é “Uma equipe, uma meta”, e que ela fizera grande empenho em incluir a Associação de Pessoal como parte da equipe. A Associação, disse ela, aguarda com interesse o se que pode fazer com base naquela parceria.

328. O conceito de parceria entre pessoal e administração seria discutido na próxima reunião do Comitê Global de Administração de Pessoal (GSMC), que inclui representantes da administração e de todas as associações de pessoal da OMS. No entender da Associação de Pessoal da RSPA, o conceito beneficiaria tanto a Organização como a Associação, resultando na tomada de decisões com base na abertura e transparência, e no fortalecimento das relações entre o pessoal de todos os níveis. Ela disse que a Associação de Pessoal aguarda com antecipação o desenvolvimento mais aprofundado do conceito de parceria, acreditando, na verdade, que o processo já teve início na OPAS.

329. Passando a assuntos de particular importância para a Associação de Pessoal, ela disse que a segurança continua sendo motivo de preocupação tanto para o pessoal na Sede—especialmente desde 11 de setembro de 2001—como para os funcionários das representações. Na opinião da Associação de Pessoal, o problema precisa ser encarado país por país, a fim de equacionar os fatores específicos que poderiam levantar ameaças ao pessoal em cada posto de serviço.

330. Outra preocupação é a erosão dos salários do pessoal das representações lotado em países onde estão ocorrendo altas taxas de inflação e pronunciada desvalorização da moeda local. Este último aspecto preocupa porque a desvalorização reduz não somente o poder aquisitivo atual como também o valor das contribuições para aposentadoria e futuros benefícios para pensionistas. É esperança da Associação que a Organização adote um mecanismo interno para abrandar a tensão a que está sujeito o pessoal afetado. A Associação ficou sabendo recentemente que a Comissão Internacional de Serviço Civil (ICSC) propusera mudanças na metodologia da realização de pesquisas salariais em todos os postos de serviço fora da sede, inclusive Washington, D.C., que não é posto de serviço da sede dentro do sistema comum das Nações Unidas. O efeito dessas mudanças seria o congelamento dos salários durante anos, o que viria a ter impacto negativo na capacidade da Organização para contratar e manter pessoal do calibre e da competência necessários. A Associação de Pessoal manifestou-se contrária à nova metodologia.

331. A Associação de Pessoal submetera a questão do assédio à atenção do Comitê no ano anterior, e ela manifestou satisfação ao informar que estava sendo elaborada uma política. Também fora discutido no ano anterior o tema do desenvolvimento de carreira do pessoal. Na opinião da Associação de Pessoal, todos os empregados, inclusive os de Serviços Gerais, devem ter acesso a oportunidades de desenvolvimento de carreira e se

deveria criar um guia de desenvolvimento de carreira para assegurar que todo o pessoal mantenha um alto nível de conhecimento e perícia. Com isso, a OPAS estaria em condições de treinar gerentes futuros saídos das fileiras do pessoal atual, com familiaridade e compreensão da Organização, o que serviria, por sua vez, para fortalecer a capacidade da OPAS para prestar uma cooperação técnica efetiva. Um veículo para fomentar o treinamento e o avanço do pessoal de todos os níveis poderia ser o Campus Virtual de Saúde Pública recentemente lançado pela OPAS. Outro poderia ser a participação nos programas de certificação profissional oferecidos em vários terrenos. A rotação de pessoal de um posto para outro ou entre postos de serviço poderia ser ainda outro método de desenvolvimento de carreira.

332. Em conclusão, disse ela que a Associação de Pessoal reconhece os esforços positivos que lançaram as bases da atual parceria pessoal/administração. A Associação encara o futuro sabendo que as questões suscitadas em seu relatório receberão séria consideração. A Sra. Simons Gillian disse que a Dra. Roses, na qualidade tanto de Diretora Adjunta como de Diretora, dera boa acolhida às preocupações da Associação, e que estava confiante em que assim continuaria sendo no futuro.

333. A Diretora declarou estar satisfeita com as relações pessoal/administração que predominavam desde que ela assumira o cargo. Realizaram-se reuniões formais e informais com a Associação de Pessoal para tratar de vários problemas de pessoal. Com relação à segurança, como havia reconhecido o Comitê na discussão sobre violência e saúde pública, registrara-se um aumento da violência em toda a Região, tendo também crescido, conseqüentemente, a sensação de insegurança. Ela garantiu aos Membros que a OPAS está tomando medidas para enfrentar o problema. A Organização está trabalhando com os governos dos Estados Membros e com o resto do sistema das Nações Unidas para proporcionar ao pessoal lotado em todos os países a maior proteção possível. Em alguns postos de trabalho onde a violência é um problema particularmente grave, foram contratados agentes de segurança especiais para proteger o pessoal e assim garantir a continuação ininterrupta da cooperação técnica da Organização.

334. Ela reconheceu os efeitos negativos que as desvalorizações e a inflação atuais tinham tido nos salários. A OPAS procurara neutralizar esses efeitos mediante o uso de mecanismos existentes, embora estes tenham se mostrado admitidamente insuficientes. Não obstante, afirmou, há que reconhecer que os recursos da Organização são limitados e que ela tem perante os Estados Membros a responsabilidade de administrá-los com prudência. Ainda assim, a OPAS está consciente dos problemas e continua conferenciando com representantes tanto da Associação de Pessoal como dos Estados Membros, na tentativa de encontrar a solução mais apropriada.

335. Representantes do pessoal foram incluídos nos vários grupos de trabalho criados no contexto da reestruturação da Secretaria. Ela disse acreditar que muitas das

preocupações expressas pela Associação de Pessoal seriam consideradas por tais grupos, e especialmente os que estão examinando problemas relacionados com ambientes de trabalho saudáveis e desenvolvimento do capital humano. Com relação a este último ponto, a Organização tem uma longa tradição de apoio ao desenvolvimento do pessoal, por acreditar que tem para com os Estados Membros a obrigação de prestar serviços de qualidade cada vez melhor. Para isso, a Secretaria deverá implementar dentro em breve algumas importantes modificações no sistema de seleção, incluindo critérios mais objetivos baseados em avaliações dos conhecimentos, aptidões e capacidade dos candidatos. Ademais, já foram introduzidas várias novas políticas de pessoal. Uma delas é a política sobre assédio mencionada pela Sra. Simons Gillian. Entre as outras, conta-se um novo código de conduta e uma política sobre gênero, baseada na política sobre gênero adotada pela OMS. Uma nova política sobre promoção de pessoal virá melhorar o acesso a cargos de nível sênior dentro da Organização. Em suma, a Secretaria reconhece que o maior ativo da Organização é o seu capital humano, razão pela qual continuará empenhada e fazer avançar os interesses e o bem-estar do pessoal.

336. O Comitê Executivo tomou nota do relatório mas não julgou necessário adotar uma resolução sobre este tema.

Assuntos de Informação Geral

Resoluções e Outras Ações da 56ª Assembléia Mundial da Saúde de Interesse para o Comitê Executivo da OPAS (Documento CE132/10)

337. O Dr. César Vieira (Gerente interino, Área de Governança e Política, OPAS) apresentou o Documento CE132/10, que relaciona as resoluções e outras ações da 56ª Assembléia Mundial da Saúde de interesse do Comitê Executivo da OPAS. A 56ª Assembléia Mundial da Saúde realizou-se em Genebra, Suíça, de 19 a 28 de maio de 2003. Participaram delegações de 187 Estados Membros, inclusive 34 países das Américas. Estiveram também presentes representantes de mais de 100 organizações internacionais e não-governamentais. O Dr. Javier Torres Goitia, Ministro da Saúde da Bolívia, foi eleito Vice-Presidente da Assembléia, o Dr. J. Larrivière, do Canadá, foi nomeado Presidente da Comissão A e a Sra. C. Velásquez, da Venezuela, foi nomeada Relatora da Comissão B.

338. A Agenda da Assembléia cobriu mais de 50 temas, relacionados com uma grande variedade de questões de política e de gestão ou de caráter institucional. A Assembléia aprovou 53 resoluções—dez mais do que em 2002. São de especial importância as Resoluções WHA56.2 e WHA56.4, respectivamente nomeando o Dr. Jong-Wook Lee como o novo Diretor-Geral da OMS para o período 2003-2008 e declarando a Dra. Gro Harlem Brundtland Diretora-Geral Emérita da OMS. São também dignas de nota as

Resoluções WHA56.1, sobre o Convênio Marco sobre Controle do Fumo, e WHA56.32, aprovando o orçamento-programa da OMS para o biênio 2004-2005.

339. Vinte das resoluções da Assembléia têm especial interesse tanto para os Estados Membros da Região das Américas como para a Secretaria da OPAS, tratando 13 delas de questões de política sanitária e as 7 restantes de questões de recursos e administração. Aquelas resoluções estão relacionadas nas Tabelas A e B do documento, respectivamente.

340. O Comitê Executivo deu boa acolhida ao relatório sobre a 56ª Assembléia Mundial da Saúde. A Assembléia fora um evento histórico durante o qual foram aprovadas resoluções sobre muitos assuntos chaves, inclusive o Convênio Marco sobre Controle do Fumo; a estratégia global do setor da saúde para HIV/AIDS, com o seu compromisso de dar assistência a pelo menos 3 milhões de indivíduos afetados pelo HIV em países em desenvolvimento até 2005; a prevenção e controle de pandemias e epidemias anuais de gripe; e a pneumonia asiática (SARS).

341. Os membros assinalaram que a longa discussão sobre o SARS refletia a importância dada pelos países à união de forças para enfrentar e vencer uma nova ameaça à saúde pública. Embora o desafio tenha sido enfrentado, seria preciso reconhecer que, nos primeiros dias da crise, o fluxo de informação não fora manejado muito bem ou com prontidão. Julgou-se que, especialmente quando há perigo de que outras notícias possam alijar a saúde pública das primeiras páginas, cumpre à Organização garantir a continuidade da provisão de informações sobre saúde em forma rápida e correta.

342. O Delegado do Paraguai assinalou que o Brasil e o Paraguai foram os primeiros países das Américas a assinar, na semana anterior, a Convenção Marco sobre Controle do Fumo. Ele exortou os outros países da Região a fazer o mesmo.

343. Os delegados consideraram lamentável o fato de que, por ter estado tão cheia a agenda da Assembléia, o tema da atenção primária de saúde e a comemoração do 25º aniversário da conferencia de Alma-Ata não receberam a atenção que mereciam. Pela mesma razão, as delegações tinham sido instadas a entregar declarações escritas e abrir mão da oportunidade de dirigir a palavra à Assembléia. Esse fato também era lamentável, uma vez que os governos gastaram considerável tempo e esforço na preparação de suas posições em relação aos problemas. Os delegados expressaram também a opinião de que as mesas-redondas ministeriais poderiam ter sido mais bem situadas no fluxo da agenda.

344. O Presidente assinalou ter o novo Diretor-Geral indicado que considera a Região das Américas muito importante, e que ela receberá a devida atenção durante o seu mandato. Recordou também que, durante a Assembléia, fora prestada homenagem ao ex-Ministro da Saúde da Colômbia, Dr. Joan Luis Londoño, que falecera num desastre de

aviação no desempenho das suas funções; e ao Dr. Carlo Urbani, da OMS, que fora o primeiro a identificar a pneumonia asiática e viera a falecer dessa doença.

345. O Dr. Vieira agradeceu os comentários dos delegados, que ajudarão a Secretaria a expressar uma visão das diversas resoluções aprovadas, bem como corrigir e ampliar informações que faltaram na versão inicial do documento, como o fato de terem sido eleitos o Canadá e o Equador para o Conselho Executivo.

346. A Diretora observou que a Região desempenhara importante papel na Assembléia Mundial da Saúde. Embora tivessem de ser votadas somente duas das Resoluções, chegar a um consenso havia exigido muitas horas de trabalho, levado a cabo em subgrupos. Ela manifestou o desejo de agradecer particularmente os esforços de duas delegações na produção final da resolução sobre propriedade intelectual, a saber, o Brasil e os Estados Unidos da América.

347. Ela concordou com a opinião de que não havia sido dedicado tempo suficiente ao tema da atenção primária de saúde. Observou que existe na Região das Américas decido empenho em levar adiante os compromissos da conferência de Alma-Ata, bem como os das Metas de Desenvolvimento do Milênio. Concordou também com o ponto de vista de que há necessidade de melhoramento na organização das mesas-redondas e sessões técnicas. Disse ela que é necessário chegar a um melhor equilíbrio entre as apresentações técnicas e as sessões deliberativas e administrativas.

348. A Diretora prestou um tributo ao Excelentíssimo Senhor Tommy Thompson, Secretario da Saúde dos Estados Unidos, por seu apoio à Convenção Marco sobre Controle do Fumo, e ao Embaixador Celso Amorim, do Brasil, por sua atuação como Presidente do Organismo Negociador.

349. Durante a Assembléia, ela tomara parte numa reunião com todas as organizações não-governamentais da Região para ouvir seus pontos de vista. Comparecera também e uma reunião para debates com as Missões da Região localizadas em Genebra, tendo em vista desenvolver um processo mais eficiente para mantê-las informadas das discussões que ocorrem em Washington e garantir uma coordenação melhor das atividades.

350. Ela observou que um tópico importante na Assembléia do próximo ano será a avaliação a meio caminho do impacto da Resolução WHA51.31, que, como fora assinalado na discussão do orçamento, modificara a distribuição regional de recursos da OMS e causara significativa redução da contribuição da OMS ao orçamento da OPAS.

351. O Comitê Executivo tomou nota do relatório mas não julgou necessário aprovar uma resolução sobre este tema.

Encerramento da Sessão

352. A Diretora expressou seu agradecimento a todas as delegações—tanto Membros do Comitê Executivo como Observadores—, bem como às organizações não-governamentais presentes, por sua participação ativa. Prestou um tributo ao Sr. Roberto Rivero, por seus quase 20 anos de serviço e lhe fez votos de uma boa aposentadoria.

353. O Presidente agradeceu à Diretora e ao seu pessoal por todo o seu apoio durante a semana. Depois de expressar os votos do Comitê Executivo ao Sr. Rivero, assim como ao Sr. Mark Matthews e ao Dr. David Brandling-Bennett, que se transferiam a outras atividades, ele declarou encerrada a 132ª Sessão.

Resoluções e Decisões

354. As resoluções e decisões que se seguem foram aprovadas pelo Comitê Executivo em sua 132ª Sessão:

Resoluções

CE132.R1: Emendas ao Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana

A 132ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Tendo considerado as emendas ao Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana submetidas pela Diretora no Anexo ao Documento CE132/26;

Levando em conta as ações da Quinquagésima Sexta Assembléia Mundial da Saúde referentes à remuneração dos Diretores Regionais, Assessores Sêniores e Diretor Geral;

Tendo em mente as disposições do artigo 020 do Regulamento do Pessoal e do artigo 3.1 do Estatuto do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana, bem como a Resolução CD20.R20 do 20º Conselho Diretor; e

Reconhecendo a necessidade de uniformizar as condições de emprego dos funcionários da RSPA e da OMS,

RESOLVE:

1. Confirmar, de acordo com o artigo 020 do Regulamento do Pessoal, as emendas ao artigo 330.2 introduzidas pela Diretora, a partir de 1 de janeiro de 2003, referentes à escala salarial aplicável às categorias profissional e superior.
2. Estabelecer, a partir de 1 de janeiro de 2003:
 - (a) O salário líquido anual do Diretor Adjunto em US\$ 115.207 com dependentes e \$104.324 sem dependentes;
 - (b) O salário líquido anual do Subdiretor em \$114.207 com dependentes e \$103.324 sem dependentes.
3. Confirmar, de acordo com o artigo 020, as emendas ao Regulamento do Pessoal introduzidas pela Diretora, com vigência a partir de 1 de janeiro de 2003, a saber:
 - (a) ao artigo 110.7 do Regulamento do Pessoal, com respeito às normas de conduta;
 - (b) ao artigo 320.1 do Regulamento do Pessoal, concernente à determinação salarial;
 - (c) aos artigos 350.1, 350.2.2 e 355 do Regulamento do Pessoal, com vigência a partir do ano letivo iniciado em 1 de janeiro de 2003, com relação ao subsídio de educação;
 - (d) aos artigos 410.3.1 e 410.3.2.1 do Regulamento do Pessoal, com respeito ao emprego de parentes.
4. Recomendar que o 44º Conselho Diretor:
 - (a) Tome conhecimento das emendas ao Regulamento do Pessoal introduzidas pelo Diretor e confirmadas pelo Comitê Executivo em sua 132ª Sessão, referentes, *inter alia*, às Normas de Conduta, ao Subsídio de Educação, à Determinação Salarial, às Políticas de Contratação e à Licença Paternidade;
 - (b) Confirme o salário do Diretor em \$125.609 por ano com dependentes e \$113.041 por ano sem dependentes, a partir de 1 de janeiro de 2003.

(Segunda reunião, 23 de junho de 2003)

CE132.R2: Arrecadação das Cotas

A 132ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório da Diretora sobre a arrecadação das cotas (Documentos CE132/23 e Add. I), bem como o relatório sobre os Estados Membros atrasados no pagamento das cotas a ponto de poderem estar sujeitos à aplicação do Artigo 6.B da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde;

Levando em conta as disposições do Artigo 6.B da Constituição da OPAS relativas à suspensão dos direitos de voto dos Estados Membros que não cumprirem suas obrigações financeiras e a possível aplicação dessas disposições aos Estados Membros que não cumprirem o plano aprovado de pagamentos diferidos; e

Observando com preocupação que 25 Estados Membros não efetuaram nenhum pagamento de suas contribuições assinaladas para 2003 e que as quantias arrecadadas correspondentes às contribuições de 2003 representam somente 23% do total das cotas assinaladas para o ano em curso,

RESOLVE:

1. Tomar nota do relatório da Diretora sobre a arrecadação das cotas (Documentos CE132/23 e Add. I).
2. Agradecer aos Estados Membros que já efetuaram pagamentos correspondentes a 2003 e instar os demais Estados Membros a que paguem suas cotas pendentes o mais breve possível.
3. Recomendar ao 44º Conselho Diretor que as restrições ao direito de voto estipuladas no Artigo 6.B da Constituição da OPAS sejam aplicadas rigorosamente aos Estados Membros que, na data de abertura dessa sessão, não tenham efetuado pagamentos suficientes destinados a cumprir seus compromissos relativos às cotas e aos que não efetuaram os pagamentos previstos no respectivo plano de pagamentos diferidos.
4. Solicitar à Diretora que continue informando aos Estados Membros sobre o saldo pendente e que informe ao 44º Conselho Diretor sobre a situação da arrecadação das cotas.

(Sexta reunião, 25 de junho de 2003)

CE132.R3: Exame do Nível Autorizado do Fundo do Capital de Giro

A 132ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório da Diretora sobre a revisão do nível autorizado do Fundo do Capital de Giro (Documento CE132/24);

Observando que as disposições do artigo 7.1 do Regulamento Financeiro estipulam que o montante e os objetivos do Fundo do Capital de Giro serão determinados periodicamente pela Conferência Sanitária Pan-Americana ou pelo Conselho Diretor;

Observando com preocupação as crescentes exigências feitas ao Fundo do Capital de Giro na medida em que se expandem as atividades da Organização; e

Observando a necessidade de colocar a Organização em uma posição adequada para gerir as incertezas da receita e dos ciclos orçamentários,

RESOLVE:

Recomendar ao 44º Conselho Diretor a adoção de uma resolução redigida nestes termos:

O 44º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado a recomendação do Comitê Executivo referente a um aumento do nível autorizado do Fundo do Capital de Giro, e reconhecendo que o aumento das exigências requer capital de giro adicional para assegurar que o programa seja executado de uma forma eficiente e ordenada,

RESOLVE:

1. Aprovar um aumento do nível autorizado do Fundo do Capital de Giro de US\$ 15 milhões para \$20 milhões.
2. Autorizar a Diretora a financiar o aumento do Fundo do Capital de Giro com quaisquer excedentes de receita sobre despesa resultantes da arrecadação das contribuições em mora ou da eficiência resultante da implementação do orçamento-programa bienal, a partir do biênio 2002-2003.
3. Solicitar que a Secretaria:

- (a) Revise a situação das cotas de contribuição de todos os Estados Membros que tenham planos de pagamento aprovados, com vistas ao cumprimento daqueles planos até 31 de dezembro de 2003; ou que, no caso de Membros em situação de descumprimento, negocie novos planos de pagamento tendo por meta não exceder um período de pagamento de cinco anos;
 - (b) Informe os Membros do Comitê Executivo em 1 de Janeiro de 2004, caso o déficit da Organização ao fim do mês exceda de US\$10 milhões, incluindo os nomes dos Estados Membros que não estejam cumprindo os respectivos planos de pagamento, e que forneça àqueles Estados Membros cópias da carta notificando os Membros do Comitê Executivo;
 - (c) Estabeleça planos de pagamento com os Estados Membros observando o disposto no Artigo 6.B em 1 de janeiro de cada ano.
4. Revisar a situação do Fundo de Capital de Giro e os planos de pagamento dos Estados Membros em junho de 2006.

(Sétima reunião, 26 de junho de 2003)

CE132.R4: 13ª Reunião Interamericana, no Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura (RIMSA 13)

A 132ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Considerando o relatório final da 13ª Reunião Interamericana a nível Ministerial sobre Saúde e Agricultura (RIMSA 13) (Documento CE132/12).

RESOLVE:

Recomendar que o Conselho Diretor adote uma resolução nos seguintes termos:

O 44º CONSELHO DIRETOR

Tendo considerado o relatório final da 13ª Reunião Interamericana a nível Ministerial sobre Saúde e Agricultura (RIMSA 13) (Documento CD44/8);

Tendo em mente a resolução CD17.R19, que autorizou o Diretor a convocar esta reunião, e a Resolução RIMSA11.R3, ratificada pelo 41º Conselho Diretor, instando o Diretor da OPAS a convocar os ministros da agricultura e saúde para as sessões da RIMSA;

Considerando que a RIMSA continua a atuar como fórum intersetorial no mais alto nível político para abordar importantes questões relacionadas com os setores da saúde e agricultura; e

Reconhecendo a ampla resposta ao apelo da Diretora da OPAS dirigido aos ministros da agricultura e saúde dos Estados Membros para participar da RIMSA 13,

RESOLVE:

1. Endossar e ratificar as recomendações e resoluções da RIMSA 13.
2. Instar os Estados Membros a que continuem fortalecendo os mecanismos de coordenação intersetorial entre saúde e agricultura para formular planos e atividades conjuntas e complementares, com a participação do setor privado, em relação com as zoonoses, febre aftosa e inocuidade dos alimentos.
3. Solicitar que a Diretora da OPAS apóie estratégias destinadas a gerar a mobilização de recursos necessários dos setores pertinentes em apoio a atividades de cooperação técnica nas áreas de zoonoses, febre aftosa e inocuidade dos alimentos/segurança alimentar, para facilitar o cumprimento das recomendações e mandatos da RIMSA.

(Sétima reunião, 26 de junho de 2003)

CE132.R5: Atenção Primária de Saúde nas Américas

A 132ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Visto o documento CE132/13, sobre a atenção primária de saúde nas Américas;

Tomando nota das lições aprendidas nos 25 anos de implementação da atenção primária de saúde, assim como dos desafios da sua renovação para o futuro na Região;

Reconhecendo a validade da atenção primária como estratégia global para a melhoria da saúde da população e o desenvolvimento humano; e

Tomando nota da Resolução WHA56.6, adotada pela Assembléia Mundial da Saúde em maio 2003,

RESOLVE:

Recomendar ao 44º Conselho Diretor da OPAS a adoção de uma resolução redigida nos seguintes termos:

O 44º CONSELHO DIRETOR,

Visto o documento CD44/9, sobre a atenção primária de saúde nas Américas;

Considerando a Declaração de Alma-Ata (1978), bem como as resoluções CD27.R20 e CD27.R21, sobre as estratégias regionais de saúde para todos no ano 2000, e CD28.R11, sobre o plano de ação para instrumentação das estratégias regionais de SPT2000; as resoluções CSPS21.R12 e CSPS21.R20, relativas ao Plano de Ação Regional de Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT2000); as resoluções CD31.R27, CD33.R17 e CD35.R19, sobre o monitoramento e avaliação das estratégias de SPT2000; e as resoluções CD39.R4 e CD40.R11, relativas à renovação ao apelo da SPT e às estratégias de saúde para todos;

Observando as repercussões de um ambiente em mutação na atenção primária de saúde nas Américas;

Reconhecendo os esforços desenvolvidos pelos países da Região para estabelecer políticas e programas de atenção primária como eixo central de seus sistemas de serviços de saúde, nos quais coube um papel ao Estado, às organizações não-governamentais e às organizações de base comunitária, para atingir a meta da Saúde para Todos,

RESOLVE:

1. Solicitar aos Estados Membros que:
 - a) ponham empenho em fazer com que o desenvolvimento da atenção primária conte com os recursos necessários e contribua para reduzir as desigualdades em saúde;
 - b) renovem seu compromisso de garantir o fortalecimento a longo prazo das capacidades no que se refere aos recursos humanos necessários para a atenção primária de saúde;
 - c) aumentem o potencial da atenção primária de saúde para levar a cabo uma reorientação dos serviços com vistas à promoção da saúde;
 - d) promovam a manutenção e o fortalecimento dos sistemas de informação e vigilância na atenção primária de saúde;

- e) apoiem a participação ativa das comunidades locais na atenção primária de saúde.
- 2. Solicitar à Diretora que:
 - a) leve em conta os princípios da atenção primária de saúde nas atividades de todos os programas de cooperação técnica, especialmente no que se refere à realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio;
 - b) avalie os diferentes sistemas baseados na atenção primária de saúde e identifique e dissemine informação sobre as melhores práticas, com vistas a melhorar a aplicação das políticas pertinentes;
 - c) continue dando apoio aos países para melhorar a formação do pessoal de saúde nas atividades prioritárias da atenção primária de saúde;
 - d) dê renovada ênfase ao apoio à aplicação de modelos de atenção primária de saúde localmente determinados, que sejam flexíveis e adaptáveis;
 - e) promova e organize um processo anual de atividades destinadas a ressaltar em toda a Região a importância dos 25 anos de experiência em Atenção Primária nas Américas. Dito processo utilizará, entre outros, debates, comemorações nacionais, fóruns sub-regionais e atividades regionais;
 - f) organize uma consulta regional para definir futuras orientações estratégicas e programáticas com relação à atenção primária de saúde.

(Sétima reunião, 26 de junho de 2003)

CE132.R6: Projeto de Orçamento-Programa da Organização Pan-Americana da Saúde para o Exercício Financeiro 2004-2005

A 132ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Tendo considerado o relatório do Subcomitê de Planejamento e Programação (Documento CE132/5);

Tendo examinado o projeto de orçamento-programa da Organização Pan-Americana da Saúde para o período financeiro 2004-2005, contido no *Documento Oficial n.º 307 e Add. I*;

Tomando nota dos esforços da Diretora ao submeter este projeto de orçamento-programa num clima de constantes dificuldades financeiras dos Estados Membros;

Inteirando-se com preocupação da significativa redução nos recursos do orçamento ordinário da OMS para a Região para 2004-2005, não obstante os aumentos do orçamento total da OMS e das cotas de contribuição dos Estados Membros;

Assinalando que a parcela do aumento de posto compulsório para 2004-2005 não foi incorporada na verba da OMS para a Região;

Reconhecendo ademais que uma parcela desproporcional do custo do prêmio do Seguro Saúde para Aposentados da OMS e financiada com a parcela do orçamento-programa correspondente à OPAS; e

Tendo em mente o Artigo 14.C da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde e o Artigo III, parágrafos 3.5 e 3.6, do Regulamento Financeiro da OPAS,

RESOLVE:

1. Agradecer ao Subcomitê de Planejamento e Programação por sua revisão preliminar e seu relatório sobre o projeto de orçamento-programa.
2. Expressar seu agradecimento à Diretora pela atenção dada na elaboração do orçamento-programa à economia de custos e ao fortalecimento de programas.
3. Solicitar que a Diretora, antes do 44º Conselho Diretor, discuta com a Diretora-Geral da OMS um aumento da parcela do orçamento ordinário total da OMS aprovada na WHA.56, o qual seria utilizado para compensar o aumento das cotas de contribuição dos Estados Membros da OPAS necessário para financiar o orçamento-programa proposto.
4. Solicitar que a Diretora incorpore no *Documento Oficial 307* revisto, que será submetido à consideração do 44º Conselho Diretor, os comentários feitos pelos membros do Comitê Executivo.
5. Recomendar ao 44º Conselho Diretor a adoção de uma resolução redigida nestes termos:

O 44º CONSELHO DIRETOR

RESOLVE:

1. Aprovar o Programa de Trabalho da Secretaria descrito no Orçamento-Programa Bial, Projeto para 2004-2005, Documento Oficial n.º 307.

2. Abrir créditos para o período financeiro 2004-2005 no montante de US\$ 296.598.940, assim distribuídos:

<u>SEÇÃO</u>	<u>TÍTULO</u>	<u>QUANTIA</u>
1	GESTÃO EXECUTIVA	9,407,000
2	GOVERNANÇA E PARCERIAS	12,920,000
3	APOIO A PROGRAMAS DE PAÍSES	45,829,800
4	AÇÃO INTERSETORIAL E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL	35,852,400
5	INFORMAÇÃO E TECNOLOGIA EM SAÚDE	38,168,200
6	ACESSO UNIVERSAL A SERVIÇOS DE SAÚDE	35,082,000
7	CONTROLE DE DOENÇAS E MANEJO DE RISCOS	33,672,800
8	SAÚDE DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE	22,223,800
9	APOIO ADMINISTRATIVO	28,729,000
<u>Orçamento Efetivo para 2004-2005 (Partes I-IX)</u>		<u>261,885,000</u>
10	TRIBUTAÇÃO DO PESSOAL (Transferência ao Fundo de Equalização de Impostos)	34,713,940
TOTAL – TODAS AS SEÇÕES		<u>296,598,940</u>

3. Que a apropriação seja financiada por conta de:

(a) Tributação com referência a:

Governos Membros, Governos Participantes e Membros Associados, taxados segundo a escala adotada pela Organização dos Estados Americanos, de acordo com o Artigo 60 do Código Sanitário Pan-Americano ou consoante resoluções do Conselho Diretor e da Conferência Sanitária Pan-Americana

209.898.940

(b) Rendas diversas

13.500.000

TOTAL

296.598.940

4. No estabelecimento das contribuições dos Governos Membros, Governos Participantes e Membros Associados, as respectivas cotas serão também reduzidas no saldo pendente a seu crédito no Fundo de Estabilização de Impostos, ressalvando-se, porém, que os créditos daqueles que impõem tributos sobre os emolumentos recebidos da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) por seus cidadãos e residentes serão reduzidos nos montantes dos reembolsos correspondentes pela OPAS.

5. Que, de acordo com o Regulamento Financeiro da OPAS, ficarão disponíveis quantias em montante não superior às apropriações indicadas no parágrafo 1, para pagamento de obrigações referentes ao período de 1 de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2005, inclusive. Não obstante as disposições deste parágrafo, as obrigações referentes ao período financeiro 2004-2005 ficarão limitadas ao orçamento efetivo, isto é, às seções 1-9.

6. Que a Diretora fique autorizada a transferir créditos entre seções do orçamento efetivo, desde que o montante de dita transferência não exceda de 10% da seção da qual o crédito seja transferido, excluída a provisão feita para transferências do Programa de Desenvolvimento da Diretora na Seção 3. Com exceção da disposição referente ao Programa de Desenvolvimento da Diretora na Seção 3, poder-se-ão fazer, com a anuência do Comitê Executivo, transferências de créditos entre seções do orçamento que excedam de 10% da seção da qual o crédito seja transferido. A Diretora fica autorizada a aplicar montantes não superiores à provisão para o Programa de Desenvolvimento da Diretora às seções do orçamento efetivo em cujos termos será consignada a obrigação para o programa. Todas as transferências de créditos orçamentários serão comunicadas ao Conselho Diretor da Conferência Sanitária Pan-Americana.

(Oitava reunião, 26 de junho de 2003)

CE132.R7: Manutenção dos Programas de Imunização

A 132ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo analisado o relatório de progresso da Diretora sobre programas de manutenção de imunização (Documento CE132/17),

RESOLVE:

Recomendar ao 44º Conselho Diretor a adoção de uma resolução redigida nestes termos:

A 44ª SESSÃO DO CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o relatório de progresso da Diretora sobre programas de imunização para manutenção (Documento CD44/11);

Reconhecendo os importantes avanços na luta contra doenças evitáveis por vacinação para proteger as crianças da Região, possibilitadas pela estreita parceria dos Estados Membros e da comunidade internacional;

Registrando com grande orgulho os esforços coletivos e sustentados dos Estados Membros na realização da meta da interrupção da transmissão nativa do sarampo no Hemisfério Ocidental;

Considerando o progresso excepcional e a experiência adquirida pelos Estados Membros nas iniciativas de controle acelerado da rubéola e prevenção da síndrome de rubéola congênita (SRC), que têm em vista promover uma redução mais rápida dos casos de rubéola e do número de crianças que nascem com SRC;

Tomando nota do grande espírito de solidariedade e pan-americanismo na implementação da primeira *Semana de Vacinação* nas Américas, que teve por alvo serviços de imunização para áreas de alto risco e pouco servidas;

Preocupada com as flutuações na consignação de recursos para essas atividades no nível nacional nos orçamentos públicos, devido principalmente retrações econômicas;

Inteirada dos possíveis impactos negativos de certos processos de reforma e descentralização do setor da saúde sobre a implementação de programas nacionais de imunização, inclusive atividades de vigilância de doenças,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a que:
 - (a) Incentivem a introdução de uma rubrica específica para imunização no orçamento nacional, bem como a oportuna consignação de recursos financeiros para custear aquisição de vacinas, seringas e custos de operação;
 - (b) Informem os ministros das finanças e as autoridades orçamentárias superiores sobre os benefícios da manutenção de programas de imunização e sobre os riscos resultantes da presença de focos de baixa cobertura de imunização;

- (c) Ponham em prática políticas e programas de reforma e descentralização do setor da saúde que protejam os avanços registrados em imunização;
- (d) Apóiem a implementação de uma *Semana de Vacinação* anual, de carácter hemisférico, a se realizar no mês de abril, tendo por alvo os grupos populacionais de alto risco e as áreas pouco servidas;
- (e) Mantenham a Região livre do sarampo nativo mediante uma alta cobertura de vacinação de rotina por municípios ou distritos, com campanhas de seguimento da vacinação contra sarampo de quarto em quatro anos pelo menos, vigilância oportuna e investigação e controle de surtos;
- (f) Mantenham uma cobertura de vacinação alta ($\geq 95\%$) e homogênea por municípios, para todos os antígenos;
- (g) Eliminem a rubéola e a síndrome de rubéola congênita (SRC) de seus países até o ano 2010; para obter esse resultado, solicita-se que preparem dentro de um ano os respectivos planos de ação nacionais.

2. Solicitar que a Diretora:

- (a) Elabore um plano de ação regional e mobilize recursos em apoio à meta de eliminação da rubéola e da SRC até 2010;
- (b) Continue propugnando por uma mobilização ativa de recursos nacionais e internacionais para manter e ampliar os investimentos feitos em programas de imunização pelos Estados Membros.
- (c) Fomente a ação conjunta por parte do Fundo Monetário Internacional, do Banco Mundial, do Banco Interamericano de Desenvolvimento e dos Estados Membros e ministérios da saúde e das finanças para estabelecer nos orçamentos públicos disposições que assegurem a consignação ininterrupta de fundos para programas nacionais de imunização;
- (d) Promova a *Semana de Vacinação* anual, de carácter hemisférico, para melhorar a equidade em matéria de imunização.

(Oitava reunião, 26 de junho de 2003)

CE132.R8: Relatório do Comitê do Prêmio da OPAS para Administração, 2003

A 132ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório da Comissão Julgadora para a Adjudicação do Prêmio da OPAS para Administração, 2003 (Documentos CE132/7, Add. I); e

Tendo presentes as deposições das pautas e procedimentos para outorga do Prêmio da OPAS para Administração, aprovados pela 18ª Conferência Sanitária Pan-Americana (1970) e modificados pela 24ª Conferência Sanitária Pan-Americana (1994) e pela 124ª Sessão do Comitê Executivo (1999),

RESOLVE:

1. Tomar nota da decisão do Júri no sentido de que o Prêmio da OPAS para Administração, 2001 seja outorgado ao Sr. Roy J. Romanow por sua relevante contribuição ao desenvolvimento do Sistema de Saúde Canadense, particularmente na criação da Comissão Saskatchewan de Direitos Humanos, e por liderar a Comissão sobre o futuro da assistência à saúde no Canadá. O Sr. Romanow é reconhecido internacionalmente como uma pessoa destacada no âmbito das políticas e administração de saúde.
2. Transmitir o relatório da Comissão Julgadora para a Adjudicação do Prêmio da OPAS para Administração, 2003 (Documentos CE132/7, Add. I), ao 44º Conselho Diretor.

(Oitava reunião, 26 de junho de 2003)

CE132.R9: Organizações Não-Governamentais Que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS

A 132ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo estudado o relatório (Documentos CE132/8 e Add. I) do Comitê Permanente sobre Organizações Não-Governamentais; e

Ciente das disposições dos *Princípios que Regem as Relações entre a Organização Pan-Americana da Saúde e as Organizações Não-Governamentais* (1995, revisado em 2000),

RESOLVE:

1. Continuar as relações oficiais com a União Latino-Americana contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis (ULACETS) e Organização Internacional de Associações dos Consumidores (CI-ROLAC) por um período de um ano, no entendimento de que o progresso no tratamento dessas questões será examinado na próxima reunião do Comitê Permanente sobre ONGs em junho de 2004.
2. Solicitar à Diretora que:
 - (a) informe às respectivas ONGs sobre as decisões adotadas pelo Comitê Executivo;
 - (b) prepare um protocolo de avaliação que sirva de critério para o Comitê Permanente sobre ONGs examinar a colaboração da OPAS com as ONGs. Esse protocolo será examinado pelo Comitê Permanente sobre ONGs e apresentado ao Comitê Executivo em sua próxima sessão em setembro de 2003;
 - (c) continue a desenvolver relações de trabalho dinâmicas com as ONGs interamericanas que sejam de interesse para a Organização e que se enquadrem nas prioridades do programa prescritas pelos Órgãos Diretores para a OPAS;
 - (d) avalie a relevância das relações com ONGs interamericanas que trabalham oficialmente com a OPAS, incentivando uma maior participação e colaboração; e
 - (e) continue a fomentar as relações entre os Estados Membros e as ONGs no campo da saúde.

(Oitava reunião, 26 de junho de 2003)

CE132.R10: Agenda Provisória do 44º Conselho Diretor da OPAS, 55ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

A 132ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado a agenda provisória (Documento CD44/1) preparada pela Diretora da OPAS para o 44º Conselho Diretor da OPAS, 55ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, apresentada como um Anexo ao Documento CE132/4, Rev. 1 com as adições solicitadas pelos Estados Membros, de acordo ao Art. 8 do Regulamento Interno; e

Levando em conta as disposições do Artigo 12.C da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde e o Art. 7 do Regulamento Interno,

RESOLVE:

Aprovar a agenda provisória (Documento CD44/1) preparada pela Diretora da OPAS para o 44º Conselho Diretor, 55ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas com as modificações propostas pelos Estados Membros.

(Oitava reunião, 26 de junho de 2003)

Decisões

Decisão CE132(D1) Aprovação da Agenda

Consoante o Artigo 9 do seu Regulamento Interno, o Comitê Executivo adotou sem modificação a agenda apresentada pela Diretora (Documento CE132/1, Rev. 1)

(Primeira reunião, 23 de junho de 2003)

Decisão CE132(D2) Representação do Comitê Executivo no 44º Conselho Diretor, 55ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

Consoante o Artigo 54 do seu Regulamento Interno, o Comitê Executivo decidiu designar o seu Presidente (Peru) e Vice-Presidente (Jamaica) para representar o Comitê no 44º Conselho Diretor, 55ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Como suplentes daqueles representantes, o Comitê designou os delegados de Honduras e Paraguai, respectivamente.

(Primeira reunião, 23 de junho de 2003)

Decisão CE132(D3) Relatório do Subcomitê sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento

O Comitê Executivo endossou as recomendações apresentadas pela 20 Sessão do Subcomitê sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento (Documento CE132/6. Rev. 1), agradecendo à Relatora por seu relatório e expressando sua gratidão ao Subcomitê por seu trabalho.

(Primeira reunião, 23 de junho de 2003)

EM TESTEMUNHO DO QUE o Presidente do Comitê Executivo e a Secretária *ex officio*, Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana, assinam o presente Relatório Final nos idiomas espanhol e inglês, ambos os textos igualmente autênticos.

FIRMADO em Washington, D.C., Estados Unidos da América, aos vinte e seis dias de junho de dois mil e três. A Secretária depositará os textos originais nos arquivos da Repartição Sanitária Pan-Americana e enviará cópias dos mesmos aos Estados Membros da Organização.

Fernando Carbone Campoverde
Presidente da 132ª Sessão
do Comitê Executivo
Delegado do Peru

Mirta Roses Periago
Secretária *ex officio* da 132ª Sessão
do Comitê Executivo
Diretora da Repartição Sanitária Pan-
Americana

AGENDA

1. ABERTURA DA SESSÃO

2. ASSUNTOS RELATIVOS AO REGULAMENTO

- 2.1 Aprovação da Agenda e Programa de Reuniões
- 2.2 Representação do Comitê Executivo no 44º Conselho Diretor da OPAS, 55ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
- 2.3 Agenda provisória do 44º Conselho Diretor da OPAS, 55ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

3. ASSUNTOS RELATIVOS AOS COMITÊS

- 3.1 Relatório sobre a 37ª Sessão do Subcomitê de Planejamento e Programação
- 3.2 Relatório sobre a 20ª Sessão do Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento
- 3.3 Prêmio da OPAS para Administração, 2003
- 3.4 Organizações Não-Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS
 - Análise Periódico das Organizações Não-Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS
 - Consideração dos Pedidos

4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DOS PROGRAMAS

- 4.1 Estratégia Administrativa para as Atividades da Repartição Sanitária Pan-Americana no Período 2003-2007
- 4.2 Proposta de Orçamento por Programas da Organização Pan-Americana da Saúde para o Exercício Financeiro 2004-2005
- 4.3 Resultados Obtidos com as Orientações Estratégicas e Programáticas durante o Período 1999-2002

4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DOS PROGRAMAS *(cont.)*

- 4.4 Relatório sobre a 13ª Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura
- 4.5 Cuidados Primários de Saúde nas Américas: Lições Aprendidas em 25 Anos e Futuros Desafios
- 4.6 Família e Saúde
- 4.7 Globalização e Saúde
- 4.8 Etnicidade e Saúde
- 4.9 Manutenção dos Programas de Imunização
- 4.10 A Contribuição da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) para a Consecução das Metas de Desenvolvimento do Milênio
- 4.11 Monitoramento da Redução da Morbidade e Mortalidade Materna
- 4.12 Pandemia de Gripe: Preparação no Hemisfério Ocidental
- 4.13 Dieta, Nutrição e Atividade Física
- 4.14 Impacto da Violência sobre a Saúde das Populações nas Américas

5. ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS

- 5.1 Relatório sobre a Arrecadação das Cotas
- 5.2 Relatório Financeiro Interino da Diretora Correspondente a 2002
- 5.3 Exame do Nível Autorizado do Fundo de Capital de Giro
- 5.4 Edifícios e Instalações da OPAS

6. ASSUNTOS RELATIVOS AO PESSOAL

- 6.1 Emendas do Regulamento do Pessoal da RSPA
- 6.2 Exposição do Representante da Associação de Pessoal da RSPA

7. ASSUNTOS DE INFORMAÇÃO GERAL

- 7.1 Resoluções e Outras Ações da 56ª Assembléia Mundial da Saúde de Interesse para o Comitê Executivo da OPAS

8. OUTROS ASSUNTOS

9. ENCERRAMENTO DA SESSÃO

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos Oficiais

Doc. Of. 307	Proposta de Orçamento por Programas da Organização Pan-Americana da Saúde para o Exercício Financeiro 2004-005
Doc. Of. 311	Relatório Financeiro Interino da Diretora Correspondente a 2002

Documentos de Trabalho

CE132/1, Rev. 2 e CE132/WP/1, Rev. 1	Aprovação da Agenda e Programa de Reuniões
CE132/3	Representação do Comitê Executivo no 44º Conselho Diretor da OPAS, 55ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
CE132/4	Agenda provisória do 44º Conselho Diretor da OPAS, 55ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
CE132/5	Relatório sobre a 37ª Sessão do Subcomitê de Planejamento e Programação
CE132/6, Rev. 1	Relatório sobre a 20ª Sessão do Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento Relatório da 20ª Sessão do Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento
CE132/7 e Add. I	Prêmio da OPAS para Administração, 2003
CE132/8 e Add. I	Organizações Não-Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações Oficiais em a OPAS <ul style="list-style-type: none">– Análise Periódico das Organizações Não-Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS– Consideração dos Pedidos

Documentos de Trabalho (cont.)

CE132/9	Estratégia Administrativa para as Atividades da Repartição Sanitária Pan-Americana no Período 2003-2007
CE132/10	Resoluções e Outras Ações da 56ª Assembléia Mundial da Saúde de Interesse para o Comitê Executivo da OPAS
CE132/11	Resultados Obtidos com as Orientações Estratégicas e Programáticas durante o Período 1999-2002
CE132/12, Rev. 1	Relatório sobre a 13ª Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura
CE132/13	Cuidados Primários de Saúde nas Américas: Lições Aprendidas em 25 Anos e Futuros Desafios
CE132/14	Família e Saúde
CE132/15 e Corrig.	Globalização e Saúde
CE132/16	Etnicidade e Saúde
CE132/17	Manutenção dos Programas de Imunização
CE132/18	A Contribuição da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) para a Consecução das Metas de Desenvolvimento do Milênio
CE132/19	Monitoramento da Redução da Morbidade e Mortalidade Materna
CE132/20	Pandemia de Gripe: Preparação no Hemisfério Ocidental
CE132/21, Rev. 1	Dieta, Nutrição e Atividade Física
CE132/22 e Corrig.	Impacto da Violência sobre a Saúde das Populações nas Américas

Documentos de Trabalho (cont.)

CE132/23 e Add. I	Relatório sobre a Arrecadação das Cotas
CE132/24	Exame do Nível Autorizado do Fundo de Capital de Giro
CE132/25	Edifícios e Instalações da OPAS
CE132/26, Rev. 1	Emendas do Regulamento do Pessoal da RSPA
CE132/27	Exposição do Representante da Associação de Pessoal da RSPA

Documentos de informação (em espanhol)

CE132/INF/1	Estadísticas del personal de la OSP/OMS
-------------	---

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee
Miembros del Comité**

Dominica

Hon. Herbert Sabaroche
Minister of Health and Social Security
Ministry of Health and Social Security
Roseau

***Dominican Republic
República Dominicana***

Dr. José Rodríguez Soldevila
Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo

Sra. Sara Estrella
Consultora Jurídica del
Seguro Social de Salud
Santo Domingo

Honduras

Lic. Elías Lizardo Zelaya
Secretario de Salud
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa

Jamaica

Hon. John A. Junor
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Members of the Committee (cont.)
Miembros del Comité (cont.)

Jamaica (cont.)

Dr. Barrington Wint
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

Paraguay

Dr. José Antonio Mayáns
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción

Dr. Roberto Dullak Peña
Asesor del Ministro de Salud Pública y Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción

Sra. Gricelda Beatriz Moreno Díaz
Asesora del Ministro de Salud Pública y Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción

Sr. Alvaro Díaz de Vivar
Segundo Secretario
Representante Alterno del Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D. C

Peru
Perú

Dr. Fernando Carbone Campoverde
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Lima

Members of the Committee (cont.)
Miembros del Comité (cont.)

Peru (cont.)

Perú (cont.)

Sra. Ana Peña
Consejera
Representación Permanente del Perú ante
la Organización de los Estados Americanos
Washington, D. C.

United States of America
Estados Unidos de América

Dr. William Steiger
Director, Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Ms. Ann S. Blackwood
Director for Health Programs
Office of Technical and Specialized Agencies
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Ginny Gidi
International Health Officer
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Mr. Robert Haladay
Population, Health, and Nutrition Team Leader
Office for Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Members of the Committee (cont.)
Miembros del Comité (cont.)

United States of America (cont.)
Estados Unidos de América (cont.)

Ms. Zuleika Jamal
Program Analyst
Office of United Nations System Administration
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Jennifer Luna
Health Advisor
Maternal Child Health Bureau
Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Kelly Saldana
Health Advisor
Population, Health, and Nutrition Team
Office for Regional Sustainable Development
Bureau of Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Mary Lou Valdez
Associate Director for Multilateral Affairs
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Mr. Richard Walling
Director
Office for the Americas and Middle East
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Members of the Committee (*cont.*)
Miembros del Comité (*cont.*)

Uruguay

Sr. Milton Pesce
Subsecretario de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Dra. Beatriz Rivas
Directora de la Asesoría de Cooperación Internacional
del Ministerio de Salud Pública
Asesoría de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Other Member States
Otros Estados Miembros

Argentina

Sr. Dr. Carlos Vizzotti
Subsecretario de Regulaciones Sanitarias
e Investigación en Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Canada
Canadá

Mr. Martin Méthot
Director, International Health Division
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms. Patricia A Hoes
Senior Advisor
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Other Member Status (cont.)
Otros Estados Miembros(cont.)

Canada (cont.)
Canadá (cont.)

Ms. Jane Fuller
Multilateral Programmes Branch
Canadian International Development Agency
Ottawa

Ms. Basia M. Manitius
Alternate Representative
Permanent Mission of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

France
Francia

Mme Sylvie Alvarez
Ambassadrice, Observatrice permanente de la France
près l'Organisation des États Américains
Washington, D.C.

M. Gaspard Curioni
Attaché à la Mision permanente de la France
près l'Organisation des États Américains
Washington, D.C.

Grenada
Granada

Ms. Marguerite St. John
Counsellor
Permanent Mission of Grenada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Other Member Status (*cont.*)
Otros Estados Miembros(*cont.*)

Mexico
México

Dr. Víctor Arriaga Weiss
Director General de Relaciones Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Manuel Herrera Rábago
Representante Alterno de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D. C.

Lic. Karen Aspuru Juárez
Subdirectora de Gestión Bilateral e Interamericana
Dirección General de Relaciones Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Observer from Associate Member State
Observador Miembro Asociado

Puerto Rico

Sr. Dr. Raúl Castellanos Bran
Coordinador OPS/OMS - PR
Departamento de Salud
San Juan

Representatives of Intergovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones Intergubernamentales

Economic Commission for Latin America and the Caribbean
Comisión Económica para América Latina y el Caribe

Sr. Rex García

Representatives of Intergovernmental Organizations *(cont.)*
Representantes de Organizaciones Intergubernamentales *(cont.)*

Inter-American Institute for Cooperation on Agriculture
Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura

Sr. Felipe Manteiga
Representante en los Estados Unidos de América
Washington, D. C.

Representatives of Nongovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones No Gubernamentales

American Society for Microbiology
Sociedad Estadounidense de Microbiología

Dr. Anne Morris Hooke
Mr. Daniel Lissit

Inter-American Association of Sanitary and Environmental Engineering
Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental

Mr. Horst Otterstetter

InterAmerican Heart Foundation
Fundación InterAmericana del Corazón

Dra. Beatriz Marcet Champagne
Dr. Elinor Wilson

The National Alliance for Hispanic Health
La Alianza Nacional para la Salud Hispana

Ms. Marcela Gaitán

Representatives of Nongovernmental Organizations (cont.)
Representantes de Organizaciones No Gubernamentales (cont.)

Latin American Union against Sexually Transmitted Diseases
Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual

Ms. Hilda Abreu

United States Pharmacopeial Convention, Inc.

Ms. Jennifer Devine

Pan American Health Organization
Organización Panamericana de la Salud

Director and Secretary ex officio of the Committee
Directora y Secretaria ex officio del Comité

Dr. Mirta Roses Periago
Director
Directora

Advisers to the Director
Asesores del Director

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director/Director Adjunto
Assistant Director a.i./Subdirector a.i.

Mr. Eric J. Boswell
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Daniel López Acuña
Director of Program Management
Director de Gestión de Programas