



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## **48º CONSELHO DIRETOR**

### **60ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL**

*Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2008*

---

*Tema 3.1 da agenda provisória*

CD48/2 (Port.)

28 de agosto de 2008

ORIGINAL: INGLÊS

### **RELATÓRIO ANUAL DO PRESIDENTE DO COMITÊ EXECUTIVO**

1. Apresenta-se adiante, em concordância com o artigo 9.C da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde, o relatório sobre as atividades realizadas pelo Comitê Executivo e seus vários subcomitês entre setembro de 2007 e setembro de 2008. Durante esse período, o Comitê Executivo realizou duas sessões: a 141ª Sessão, em 5 de outubro de 2007, e a 142ª Sessão, de 23 a 27 de junho de 2008. O Comitê também realizou uma reunião virtual em 31 de julho de 2008 para concluir a consideração dos temas que ficaram pendentes durante a 142ª Sessão. O Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração realizou sua Segunda sessão em 10 e 11 de março de 2008 e uma reunião virtual especial em 30 de abril de 2008.
2. Os Membros do Comitê Executivo durante o período coberto por este relatório eram Antígua e Barbuda, Bolívia, Chile, Estados Unidos da América, México, Panamá, Suriname, Trinidad e Tobago e Uruguai. Ambas as sessões foram assistidas por representantes dos nove Membros. Participaram também da 141ª sessão observadores da Argentina, Países Baixos, Porto Rico e Venezuela. Participaram da 142ª sessão observadores da Argentina, Brasil, Canadá, França, Paraguai e Venezuela. Além disso, estiveram representadas duas organizações não governamentais. Os nove membros do Comitê também participaram na reunião virtual em 31 de julho. Representantes de Canadá, Colômbia, Cuba, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Paraguai participou como observadores.
3. Os seguintes Membros foram eleitos para atuar na 141ª e 142ª Sessão: Antígua e Barbuda (Presidente), Uruguai (Vice-Presidente) e Panamá (Relator).
4. Durante a 141ª Sessão, Bolívia e México foram eleitos para servir no Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração ao expirar o mandato de Canadá e Cuba.

5. O Comitê marcou as datas para a Segunda sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração (SPBA), a 142ª Sessão do Comitê Executivo e o 48º Conselho Diretor. O Comitê também propôs temas a serem tratados pelo Subcomitê e pelo Comitê nessas sessões.
6. Na 141ª Sessão, o Comitê adotou seis decisões, que constam, junto com um resumo das deliberações do Comitê sobre cada item, no relatório final da 141ª sessão (Anexo A).
7. Durante a 142ª Sessão, o Comitê designou os delegados de Antígua e Barbuda e Uruguai para representá-lo no 48º Conselho Diretor, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, e selecionou os representantes do Panamá e Chile para servir como suplentes de Antígua e Barbuda e Uruguai, respectivamente. O Comitê também aprovou a agenda provisória do 48º Conselho Diretor.
8. Os seguintes assuntos foram examinados durante a 142ª Sessão:

#### **Assuntos relativos ao Comitê**

- Relatórios sobre a Segunda Sessão e Sessão Especial do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração
- Prêmio OPAS em Administração 2008
- Organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS
- Relatório Anual do Escritório de Ética

#### **Assuntos relativos à política dos programas**

- Atualização sobre a implementação da Política do Orçamento Regional por Programas
- Enfoques populacionais e individuais da prevenção e tratamento de diabetes e obesidade
- Estratégia e plano de ação regionais para prevenção e controle de câncer do colo uterino
- Desnutrição infantil nas Américas: cumprimento dos objetivos de desenvolvimento do milênio
- Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde neonatal dentro do processo contínuo de atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança
- Estratégia Regional para a saúde do adolescente e da juventude

- Estratégia Regional sobre a saúde dos idosos e o envelhecimento ativo e sadio
- Plano de ação para fortalecimento das estatísticas vitais e sanitárias
- Malária: relatório sobre a situação atual
- Dengue: relatório sobre a situação atual
- Oncocercose: relatório sobre a situação atual
- Gripe aviária e preparativos para a pandemia de influenza: relatório sobre a situação atual
- Segurança da transfusão de sangue: relatório sobre a situação atual
- Regulamento Sanitário Internacional: relatório sobre a situação atual
- Fortalecimento das funções essenciais de saúde pública: relatório sobre a situação atual
- Convênio básico da OMS para Controle do Tabaco: Oportunidades e desafios para sua implementação na região das Américas
- Controle integrado de vetores: resposta integral a doenças transmitidas por vetores
- Saúde e relações internacionais: vinculações com o desenvolvimento sanitário nacional
- Atualização sobre a mudança climática e seu impacto na saúde pública

#### **Assuntos administrativos e financeiros**

- Processo para implementação da nova escala de cotas com base na nova escala da OEA
- Relatório sobre a arrecadação de cotas
- Priorização programática e critérios de alocação de recursos
- Relatório financeiro da Diretora e relatório do auditor externo referente a 2006-2007
- Uso da receita do orçamento por programas recebida em excedente ao orçamento ordinário de trabalho efetivo autorizado

#### **Assuntos de pessoal**

- Confirmação de emendas ao Regulamento e ao Estatuto do Pessoal da RSPA  
Relatório de progresso sobre a implementação da reforma de contratos das Nações Unidas na OPAS

- Declaração do representante da Associação do Pessoal da RSPA

**Assuntos de informação**

- Orçamento bienal por programas 2006-2007 da Organização Pan-Americana da Saúde: relatório de avaliação do desempenho
- 15ª Reunião Ministerial Interamericana sobre Saúde e Agricultura (RIMSA): relatório preliminar
- Relatório da reunião de ministros da saúde das Américas sobre prevenção da violência e lesões
- Grupo de trabalho intergovernamental sobre saúde pública, inovação e propriedade intelectual: situação atual
- Resoluções e outras ações da 61ª Assembléia Mundial da Saúde de interesse para o Comitê Executivo da OPAS
- Resoluções e outras ações do 38º Período Ordinário de Sessões da Assembléia Geral da OEA de interesse para o Comitê Executivo da OPAS
- Quinta Cúpula das Américas: relatório sobre os preparativos
- Recursos humanos da RSPA: perfil do pessoal
- Relatório sobre os serviços de supervisão Interna
- Situação da participação da OPAS no sistema de gestão global da OMS (GSM)
- Fundo mestre de investimento de capital
- Atualização sobre o andamento da revisão institucional da BIREME e do INCAP
- Contribuição regional ao Fórum Ministerial Global sobre Pesquisa em Saúde

9. Na 142ª Sessão, o Comitê Executivo adotou 16 resoluções e duas decisões, que constam, junto com um resumo da apresentação e discussão de cada item, no relatório final da 142ª sessão (Anexo B).

Anexos



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



# 141ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

*Washington, D.C., EUA, 5 de outubro de 2007*

---

CD48/2 (Port.)  
Anexo A

CE141/FR (Port.)  
5 de outubro de 2007  
ORIGINAL: INGLÊS

**RELATÓRIO FINAL**

## SUMÁRIO

	<i>Página</i>
<b>Abertura da sessão</b> .....	3
<b>Participantes</b> .....	3
<b>Assuntos referentes ao regulamento</b>	
Autoridades .....	3
Aprovação da agenda .....	4
<b>Assuntos referentes aos comitês</b>	
Eleição de dois Membros do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração .....	4
<b>Assuntos referentes aos órgãos diretores</b>	
Datas e temas propostos para a Segunda Sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração .....	4
Datas e temas propostos para a 142ª Sessão do Comitê Executivo .....	5
Data do 48º Conselho Diretor, 60ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas .....	6
<b>Outros assuntos</b> .....	6
<b>Encerramento da sessão</b> .....	7
<b>Decisões</b>	
CE141(D1) Eleição de autoridades .....	7
CE141(D2) Aprovação da agenda .....	7
CE141(D3) Eleição de dois Membros do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração .....	7
CE141(D4) Datas e temas propostos para a Segunda Sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração .....	8
CE141(D5) Datas e temas propostos para a 142ª Sessão do Comitê Executivo .....	8
CE141(D6) Data do 48º Conselho Diretor, 60ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas .....	8

## **Anexo**

## RELATÓRIO FINAL

### Abertura da sessão

1. A 141ª Sessão do Comitê Executivo foi realizada na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em Washington, D.C., no dia 5 de outubro de 2007. A Dra. Nancy Pérez (Venezuela, Presidente cessante do Comitê Executivo) abriu a sessão e deu as boas-vindas aos participantes, com uma saudação especial aos novos Membros eleitos pela 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana: Bolívia, México e Suriname.

### Participantes

2. A sessão contou com a presença de representantes dos seguintes nove Membros do Comitê Executivo eleitos pelo Conselho Diretor da Conferência Sanitária Pan-Americana: Antígua e Barbuda, Bolívia, Chile, Estados Unidos da América, México, Panamá, Suriname, Trinidad e Tobago e Uruguai. Estiveram presentes como observadores os representantes da Argentina, Países Baixos, Porto Rico e Venezuela.

### Assuntos referentes ao regulamento

#### *Autoridades*

3. Segundo o artigo 15 do Regulamento Interno, o Comitê elegeu os seguintes Estados Membros para atuar como autoridades na 141ª e 142ª sessão (Decisão CE141(D1)):

*Presidente:* Antígua e Barbuda (Sr. H. John Maginley)

*Vice-Presidente:* Uruguai (Dra. María Julia Muñoz)

*Relator:* Panamá (Sr. Cirilo Lawson)

4. A Dra. Mirta Roses Periago, Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA), atuou como Secretária *ex officio*, e a Dra. Cristina Beato, Vice-Diretora da RSPA, como Secretária Técnica.

***Aprovação da agenda (Documento CE141/1)***

5. Segundo o artigo 9 do Regulamento Interno, o Comitê aprovou a agenda provisória preparada pela Diretora (Decisão CE141(D2)).

**Assuntos referentes aos comitês**

***Eleição de dois Membros do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração***

6. O Comitê elegeu Bolívia e México para atuar no Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração, ao expirar o mandato de Canadá e Cuba (Decisão CE141(D3)).

**Assuntos referentes aos órgãos diretores**

***Datas e temas propostos para a Segunda Sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração***

7. A Diretora propôs que a Segunda Sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração (SPBA) seja realizada de 10 a 12 de março de 2008. Além disso, propôs os seguintes temas para o SPBA:

- Proposta final do Plano Mestre de Investimento de Capital da OPAS
- Relatório sobre a situação da Unidade de Serviços de Supervisão Interna
- Relatório sobre a implementação do Sistema de Gestão Global da OMS

8. Um Estado Membro propôs que o Subcomitê discutisse a “marca” da Organização, inclusive sua política de publicações.

9. O Comitê Executivo decidiu que a Segunda Sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração seja realizada nas datas propostas pela Diretora, de 10 a 12 de março de 2008, e acordou que a Secretaria prepare a agenda, levando em conta os temas propostos pelos Estados Membros, bem como os itens obrigatórios de acordo com o ciclo de planejamento da Organização (Decisão CE141(D4)).



*Datas e temas propostos para a 142ª Sessão do Comitê Executivo*

10. A Diretora propôs que a 142ª Sessão do Comitê seja realizada de 23 a 27 de junho de 2008. A Secretaria preparou a seguinte lista de possíveis temas para consideração dos Órgãos Diretores em 2008, a maioria dos quais foi abordada pelos Estados Membros em 2007:

- Determinantes sociais da saúde: Relatório da Comissão Global
- Grupo de Trabalho Intergovernamental sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual
- Diabetes
- Obesidade
- Políticas de doação e transplante de órgãos
- Câncer do colo do útero
- Manejo integrado de vetores
- Fortalecimento dos sistemas de saúde para proteção social
- Saúde e relações internacionais
- Relatório sobre o fortalecimento das funções essenciais de saúde pública
- Política da OPAS sobre pesquisa em saúde

11. Além desses temas, propôs os seguintes itens:

- Estratégia regional e plano de ação sobre saúde neonatal no contínuo de atenção materno-infantil
- Estratégia regional para a saúde do adolescente
- Plano de ação regional sobre fortalecimento das estatísticas vitais
- Erradicação e eliminação de doenças que fazem parte da agenda inacabada

12. Os Estados Membros propuseram os seguintes temas:

- Recursos humanos para atenção primária à saúde
- Violência familiar, especialmente a violência contra a mulher baseada no gênero
- Saúde dos idosos e envelhecimento ativo e saudável
- Desnutrição
- Câncer de mama
- Segurança nas estradas
- Mudança climática e seu impacto sobre a saúde
- Saúde dos povos indígenas das Américas
- Migração de trabalhadores da saúde

13. Além disso, os Estados Membros fizeram sugestões acerca de aspectos dessas questões de saúde que devem ser examinados e vários deles se ofereceram para ajudar a Secretaria a preparar os respectivos documentos. Quanto ao tema dos determinantes sociais da saúde, assinalou-se que o relatório da Comissão da OMS só seria apresentado em 2009 e seria prematuro se os Órgãos Diretores da OPAS tomassem qualquer medida antes disso.

14. A Diretora propôs um período de 30 dias, durante o qual a Secretaria faria um exame minucioso para identificar os temas sobre os quais seria necessário apresentar um relatório de progresso segundo as resoluções dos Órgãos Diretores, e o pessoal técnico e administrativo da OPAS consultaria os Estados Membros para determinar a abordagem a ser aplicada a cada tema da agenda. A Secretaria também examinaria a data mais apropriada para discutir certos temas, tendo em mente a data em que seriam considerados pela Assembléia Mundial da Saúde ou outros fóruns internacionais.

15. O Comitê aceitou essa sugestão e decidiu realizar sua 142ª Sessão de 23 a 27 de junho de 2008 (Decisão CE141(D5)).

***Data do 48º Conselho Diretor, 60ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas***

16. A Diretora propôs que o 48º Conselho Diretor, 60ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, seja realizado na sede da OPAS em Washington, D.C., de 29 de setembro a 3 de outubro de 2008.

17. Um Membro, ao assinalar que o Ministro da Saúde de seu país não poderia comparecer na semana proposta, solicitou que a Diretora considerasse a possibilidade de realizar a sessão antes de 1º de outubro. A Diretora tomou nota do pedido.

18. O Comitê decidiu que o 48º Conselho Diretor, 60ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, seja realizado na sede da OPAS em Washington, D.C., de 29 de setembro a 3 de outubro de 2008 (Decisão CE141(D6)).

**Outros assuntos**

19. A Diretora chamou a atenção para duas importantes reuniões internacionais de saúde a serem realizadas em 2008: a Reunião Interamericana, de Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura, programada para abril de 2008 no Rio de Janeiro, Brasil, e o Congresso Regional sobre Informação para as Ciências da Saúde (CRICS), a ser realizado em outubro de 2008 em São Paulo, Brasil.

### **Encerramento da Sessão**

20. Após a costumeira troca de cortesias, o Presidente declarou encerrada a 141ª Sessão.

### **Decisões**

21. Na 141ª sessão, o Comitê Executivo adotou as seguintes decisões:

#### ***CE141(D1) Eleição de autoridades***

Segundo o artigo 15 do Regulamento Interno, o Comitê elegeu os seguintes Estados Membros para atuar como autoridades na 141ª e 142ª sessão:

Presidente: Antígua e Barbuda

Vice-Presidente: Uruguai

Relator: Panamá

*(Reunião plenária, 5 de outubro 2007)*

#### ***CE141(D2) Aprovação da Agenda***

Segundo o artigo 9 do Regulamento Interno, o Comitê aprovou a agenda preparada pela Diretora (Documento CE141/1).

*(Reunião plenária, 5 de outubro 2007)*

#### ***CE141(D3) Eleição de dois Membros do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração***

O Comitê elegeu Bolívia e México para atuar no Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração.

*(Reunião plenária, 5 de outubro 2007)*

***CE141(D4) Datas e temas propostos para a Segunda Sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração***

O Comitê decidiu que a Segunda Sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração (SPBA) seja realizada de 10 a 12 de março de 2008. O Comitê acordou que a Secretaria prepare a agenda, levando em conta os comentários e temas propostos pelos Estados Membros.

*(Reunião plenária, 5 de outubro 2007)*

***CE141(D5) Datas e temas propostos para a 142ª Sessão do Comitê Executivo***

Segundo o Artigo 17.A da Constituição da OPAS, o Comitê decidiu que sua primeira sessão ordinária de 2008, a 142ª Sessão, seja realizada de 23 a 27 de junho de 2008. O Comitê acordou que a Secretaria prepare a agenda, levando em conta os comentários e temas propostos pelos Estados Membros.

*(Reunião plenária, 5 de outubro 2007)*

***CE141(D6) Data do 48º Conselho Diretor, 60ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas***

Segundo o artigo 12.A da Constituição da OPAS e o artigo 1 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Comitê autorizou a Diretora a realizar o 48º Conselho Diretor, 60ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, na sede da OPAS em Washington, D.C., de 29 de setembro a 3 de outubro de 2008.

*(Reunião plenária, 5 de outubro 2007)*

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, sendo ambos os textos igualmente autênticos.

ASSINADO em Washington, D.C., no dia cinco de outubro de dois mil e sete. A Secretária depositará os textos originais nos arquivos da Repartição Sanitária Pan-Americana e enviará cópias aos Estados Membros e Membros Associados da Organização.

---

John Maginley  
Delegado de Antígua e Barbuda  
Presidente da 141ª Sessão  
do Comitê Executivo

---

Mirta Roses Periago  
Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana  
Secretária *ex officio* da  
141ª Sessão do Comitê Executivo

## **AGENDA**

- 1. Abertura da sessão**
- 2. Assuntos procedimentais**
  - 2.1 Eleição do presidente, vice-presidente e relator do Comitê Executivo
  - 2.2 Aprovação da agenda
- 3. Assuntos dos subcomitês**
  - 3.1 Eleição de dois membros para o Subcomitê para Programa, Orçamento e Administração ao haver concluído os mandatos de Canadá e Cuba no Comitê Executivo
- 4. Assuntos dos órgãos diretivos**
  - 4.1 Datas e temas propostos para a 2ª sessão do Subcomitê para Programa, Orçamento e Administração
  - 4.2 Datas e temas propostas para a 142ª sessão do Comitê Executivo
  - 4.3 Datas do 48º Conselho Diretor, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
- 5. Outros assuntos**
- 6. Encerramento da sessão**



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



# 142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

*Washington, D.C., EUA, 23-27 de junho de 2008*

---

CD48/2 (Port.)  
Anexo B

CE142/FR (Port.)  
31 de julho de 2008  
ORIGINAL: INGLÊS

**RELATÓRIO FINAL**

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
<b>Abertura da sessão .....</b>	<b>6</b>
<b>Assuntos procedimentais</b>	
Mesa diretora .....	6
Aprovação da agenda e programa de reuniões .....	7
Representação do Comitê Executivo no 48º Conselho Diretor, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas .....	7
Agenda provisória do 48º Conselho Diretor, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas .....	7
<b>Assuntos do comitê</b>	
Relatório da segunda sessão e sessão especial do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração .....	9
Organizações não-governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS.....	9
Prêmio da OPAS em Administração 2008.....	11
Relatório anual do escritório de ética .....	11
<b>Assuntos relativos à política de programas</b>	
Atualização da execução da Política Orçamentária Regional para Programas.....	13
Enfoques individuais e populacionais para a prevenção e o tratamento de diabetes e obesidade .....	14
Estratégia e plano de ação regional para prevenção e controle do câncer do colo uterino .....	17
Desnutrição de crianças pequenas nas Américas: o alcance das Metas de Desenvolvimento do Milênio.....	20
Saúde neonatal dentro do processo contínuo de atenção materna, neonatal e infantil: Estratégia e plano de ação regional .....	23
Estratégia Regional para a Saúde de Adolescente e Jovens .....	25
Saúde dos idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável: Estratégia regional .....	30
Plano de Ação para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde.....	32
Malária: Relatório de progresso.....	34
Dengue: Relatório de progresso.....	36
Oncocercose: Relatório de progresso .....	38



## ÍNDICE (cont.)

Página

### Assuntos relativos à política de programas (cont.)

Influenza aviária e preparação para a pandemia de influenza:	
Relatório de progresso .....	39
Segurança de transfusão de sangue: Relatório de progresso .....	42
Regulamento Sanitário Internacional: Relatório de progresso .....	45
Fortalecimento das funções essenciais da saúde pública:	
Relatório de progresso .....	47
Convenção Básica para o Controle do Tabaco da OMS:	
oportunidades e desafios para sua execução nas Américas .....	49
Controle integrado de vetores: uma resposta integral a	
doenças transmitidas por vetores .....	51
Saúde e relações internacionais: vínculos com o desenvolvimento	
nacional da saúde .....	53
Atualização sobre a mudança climática e seu impacto na saúde pública .....	55

### Assuntos administrativos e financeiros

Processo para implantação da nova escala de cotas de contribuição	
com base na nova escala da OEA .....	57
Relatório sobre a arrecadação das contribuições .....	57
Priorização programática e critérios de alocação de recursos .....	59
Relatório financeiro da Diretora e relatório do auditor externo	
para 2006-2007 .....	61
Uso da receita do Orçamento para Programas excedente ao	
orçamento ordinário de trabalho efetivamente autorizado .....	64

### Assuntos do pessoal

Confirmação das emendas ao Regulamento e Estatuto do	
Pessoal da RSPA.....	67
Execução da reforma contratual das Nações Unidas na OPAS:	
Relatório de progresso .....	69
Declaração pelo representante da Associação do Pessoal da OPAS/OMS .....	70

### Assuntos para informação

Orçamento Bienal para Programas 2006-2007 da Organização	
Pan-Americana da Saúde: Relatório de avaliação de desempenho .....	72
15ª Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e	
Agricultura (RIMSA): Relatório preliminar .....	74

## ÍNDICE (cont. )

Página

### Assuntos para informação (cont.)

Relatório da Reunião dos Ministros da Saúde das Américas sobre Prevenção da Violência e Danos .....	75
Grupo de Trabalho Intergovernamental em Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual: Situação atual.....	77
Resoluções e outras ações da Sexagésima Primeira Assembléia Mundial da Saúde de interesse do Comitê Executivo da OPAS.....	78
Resoluções e outras ações da Trigésima Oitava Sessão Ordinária da Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos de interesse do Comitê Executivo da OPAS.....	79
Quinta Cúpula das Américas: Relatório sobre os preparativos .....	80
Relatório sobre os serviços de supervisão interna .....	81
Situação do engajamento da OPAS no Sistema de Gestão Global da OMS (GSM).....	83
Fundo Mestre de Investimento de Capital .....	86
Atualização da situação da revisão institucional da BIREME e INCAP.....	87
Contribuição regional ao Fórum Ministerial Global de Pesquisa para a Saúde .....	89
<b>Encerramento da sessão .....</b>	<b>90</b>

### Resoluções e decisões

#### Resoluções

CE142.R1	Organizações não-governamentais que mantêm relações oficiais com a Organização Pan-Americana da Saúde .....	90
CE142.R2	Arrecadação das cotas.....	92
CE142.R3	Oncocercose: Relatório sobre a situação atual .....	93
CE142.R4	Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde.....	95
CE142.R5	Segurança das transfusões de sangue: Relatório de progresso .....	97
CE142.R6	Enfoques populacionais e individuais da prevenção e tratamento de diabetes e obesidade .....	100
CE142.R7	Emendas ao regulamento e estatuto do pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana .....	103

## ÍNDICE (cont. )

*Página*

### **Resoluções (cont.)**

CE142.R8	Uso da receita do orçamento para programas que excede o nível autorizado do orçamento ordinário de trabalho efetivo para o exercício 2006-2007 .....	105
CE142.R9	Controle integrado de vetores: uma resposta integral às doenças transmitidas por vetores .....	108
CE142.R10	Saúde neonatal no processo contínuo de atenção a mãe, ao recém-nascido e à criança: Estratégia e plano de ação regional .	111
CE142.R11	Convenção Básica da OMS sobre Controle do Tabaco: oportunidades e desafios para sua implementação nas Américas	113
CE142.R12	Prêmio da OPAS em Administração 2008 .....	115
CE142.R13	Estratégia e plano de ação regionais para prevenção e controle do câncer do colo uterino.....	116
CE142.R14	Saúde e relações internacionais: seu vínculos com o desenvolvimento sanitário nacional.....	119
CE142.R15	Agenda provisória do 48º Conselho Diretor, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas .....	122
CE142.R16	Estratégia regional para melhorar a saúde dos adolescentes e da juventude.....	122

### **Decisões**

CE142(D1)	Aprovação da agenda .....	126
CE142(D2)	Representação do Comitê Executivo no 48º Conselho Diretor, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.....	126

### **Anexos**

- Anexo A. Agenda
- Anexo B. Lista de documentos
- Anexo C. Lista de participantes

## RELATÓRIO FINAL

### Abertura da sessão

1. A 142<sup>a</sup> sessão do Comitê Executivo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi realizada na sede da Organização em Washington, D.C., de 23 a 27 de junho de 2008. O Comitê também realizou uma reunião especial virtual em 31 de julho de 2008 para concluir as suas deliberações sobre um tema (ver parágrafos 86 a 105 a seguir).
2. Compareceram à 142<sup>a</sup> sessão delegados dos seguintes nove membros do Comitê Executivo eleito pelo Conselho Diretor: Antígua e Barbuda, Bolívia, Chile, México, Panamá, Suriname, Trinidad e Tobago, Estados Unidos e Uruguai. Os representantes dos seguintes outros países-membros e estados participantes compareceram na qualidade de observadores: Argentina, Brasil, Canadá, França, Paraguai e Venezuela. Além disso, três organizações não-governamentais estavam representadas.
3. Os nove membros do Comitê também participaram da reunião virtual em 31 de julho. Representantes do Canadá, Colômbia, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Paraguai participaram como observadores.
4. O Exmo. Sr. H. John Maginley (Antígua e Barbuda, Presidente do Comitê Executivo) abriu a 142<sup>a</sup> sessão e deu boas-vindas aos membros, observadores e funcionários da OPAS.
5. A Dra. Mirta Roses (Diretora, Repartição Sanitária Pan-Americana) também deu as boas-vindas aos participantes, observando que o Comitê tinha adiante uma agenda bem completa e que seu trabalho seria essencial para refinar os documentos e as resoluções a ser transmitidos ao 48<sup>o</sup> Conselho Diretor.

### Assuntos procedimentais

#### *Mesa diretora*

6. Os seguintes Membros eleitos para desempenhar funções públicas na 141<sup>a</sup> sessão do Comitê continuaram desempenhando os seus respectivos cargos na 142<sup>a</sup> sessão:

<i>Presidente:</i>	Antígua e Barbuda	(Exmo. Sr. H. John Maginley)
<i>Vice-presidente:</i>	Uruguai	(Dr. Jorge Otto Basso Garrido)
<i>Relatora:</i>	Panamá	(Dra. Nadja Porcell)

7. A Diretora atuou como secretária *ex officio*, e a Dra. Cristina Beato, Diretora Adjunta da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA), serviu como Secretária Técnica.

***Aprovação da agenda e programa de reuniões (Documentos CE142/1, Rev. 2 e CE142/DIV/2)***

8. Expressou-se preocupação com o tamanho da agenda e o número de temas que poderiam ser encaminhados ao Conselho Diretor. Sugeriu-se que talvez fosse preferível adiar consideração de alguns temas até a 143ª sessão do Comitê Executivo em outubro de 2008 para dar tempo suficiente para uma discussão completa de todos os temas e reduzir o volume de trabalho do Conselho Diretor. Sugeriu-se também que temas que não requeriam ação pelo Conselho não deveriam ser incluídos na agenda.

9. A Diretora observou que o Comitê tinha a opção de optar por não encaminhar alguns temas ao Conselho Diretor. Ela se comprometia a divulgar uma agenda provisória revisada para o Conselho Diretor (Documento CE142/3, Rev.3, ver parágrafos 10-13 a seguir), indicando os temas que poderiam ser eliminados da agenda porque sua consideração não era obrigatória por uma resolução.

10. O Comitê concordou em aprovar a agenda provisória sem alteração, com a condição de que uma tentativa seria feita para limitar o número de temas encaminhados ao Conselho Diretor (Decisão CE142(D1)). O Comitê também aprovou um programa de reuniões. Devido a limitações de tempo, foi posteriormente decidido retirar o tema 7.8, “Recursos Humanos da Repartição Sanitária Pan-Americana: Perfil do Pessoal”, da agenda pois era um tema de informação que não requeria ação pelo Comitê.

***Representação do Comitê Executivo no 48º Conselho Diretor, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (Documento CE142/2)***

11. De acordo com o Artigo 54 do seu Regulamento Interno, o Comitê Executivo nomeou os delegados de Antígua e Barbuda e Uruguai, o seu Presidente e Vice-presidente, respectivamente, para representar o Comitê no 48º Conselho Diretor. Chile e Panamá foram designados como representantes suplentes (Decisão CE142(D2)).

***Agenda provisória do 48º Conselho Diretor, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (Documento CE142/3, Rev. 3)***

12. O Dr. Osvaldo Salgado (representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia considerado um cronograma preliminar para o 48º Conselho Diretor e havia recomendado que, como um princípio geral, os temas de natureza estratégica ou política deveriam ser abordados no começo da

semana, quando os ministros da Saúde tinham mais chances de estarem presentes. A mesma recomendação se aplicava às diversas cerimônias de premiação. O Subcomitê também havia feito recomendações a respeito do tratamento de vários temas da agenda, em particular o relatório do Grupo de Trabalho Intergovernamental sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual.

13. O Comitê Executivo considerou então a agenda provisória revisada preparada pela Diretora (Documento CE142/3, Rev. 3), que destacava temas que poderiam ser retirados para fins de encurtar o programa. Sugeriu-se que os relatórios de progresso sobre o Regulamento Sanitário Internacional e sobre influenza aviária e preparação para a pandemia de influenza (temas 4.14 e 4.12, respectivamente) deveriam ser mantidos, dada sua importância atual e relevância, embora era proposto que eles poderiam ser passados para a seção 8 da agenda, “Assuntos para Informação”. Foi também considerado importante manter o relatório sobre as resoluções e outras ações da Sexagésima Primeira Assembléia Mundial da Saúde de interesse do Comitê Regional. O Comitê observou que, em conformidade com as suas discussões durante a 142<sup>a</sup> sessão, dois temas seriam acrescentados sob “Assuntos Relativos à Política de Programas” (um sobre implementação da Estratégia Global e Plano de Ação em Saúde Pública, Inovação, e Propriedade Intelectual na Região e o outro sobre violência e prevenção de acidentes nas Américas, ver parágrafos 304 a 310 e 311 a 316 a seguir) e um seria transferido (tema 4.7, sobre saúde dos idosos, ver parágrafos 106 a 114 a seguir).

14. A Diretora assinalou que, com o acréscimo de dois temas substantivos à agenda do Conselho, seria muito mais importante reduzir o número de relatórios de progresso e outros temas que não requeriam ação pelo Conselho. Os relatórios de progresso sobre o Regulamento Sanitário Internacional e outros temas poderiam ser apresentados nas orientações informais fora da agenda. Ela também observou que uma resolução sobre a situação do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP) poderia ser necessária, dependendo das medidas que forem tomadas pelo Conselho Diretor do Instituto com respeito à transição à autogestão (ver parágrafos 356 a 365 a seguir). Neste caso, o tema seria incluído entre os Assuntos Relativos à Política de Programas na agenda do Conselho.

15. O Comitê aprovou a agenda provisória, conforme corrigida (Resolução CE142.R15).

## **Assuntos do Comitê**

### ***Relatório da segunda sessão e sessão especial do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração (Documento CE142/4 e Add. I)***

16. O Dr. Osvaldo Salgado (Chile, Presidente do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) apresentou o relatório do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração (SPBA), observando que quase todos os 15 temas discutidos pelo Subcomitê também seriam discutidos pelo Comitê Executivo durante a 142<sup>a</sup> sessão e que ele informaria sobre estes temas no momento em que forem tratados pelo Comitê. O Subcomitê havia realizado duas sessões, sua segunda sessão, em 10 e 11 de março de 2008, e uma sessão especial por teleconferência, no dia 30 de abril de 2008, que havia sido necessária para concluir suas deliberações em várias temas que ficaram pendentes durante sua segunda sessão devido à falta de informação e à duração e riqueza das discussões. As observações do Subcomitê sobre todos estes temas poderiam ser encontradas nos relatórios finais da segunda sessão e sa sessão especial (Documentos SPBA2/FR e SPBA/SS/FR, em anexo aos Documentos CE142/4 e Add. I).

17. A Diretora disse que era importante destacar que a Organização havia estabelecido com êxito consultas virtuais que permitiram a participação mais ativa por parte dos países-membros no seu trabalho e uma relação mais contínua entre eles e o Secretariado. Ela sugeriu que o Comitê Executivo poderia considerar a possibilidade de realizar uma reunião virtual se os membros achassem que eram necessárias mais informações para permitir-lhes adotar medidas sobre alguns temas durante a 142<sup>a</sup> sessão.

18. O Comitê agradeceu ao Subcomitê pelo seu trabalho e tomou nota do relatório.

### ***Organizações não-governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS (Documento CE142/6, Rev. I)***

19. O Dr. Osvaldo Salgado (representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou o Comitê que, na sessão de março de 2008 do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração havia sido analisado a situação de sete organizações não-governamentais (ONGs) que mantêm relações oficiais com a OPAS. As organizações em questão eram: Colégio Interamericano de Radiologia (ICR), Associação Latino-Americana de Indústrias Farmacêuticas (ALIFAR), Federação Pan-americana de Profissionais de Enfermagem (FEPPEN), Federação Pan-americana de Associações de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM), Federação Latino-americana de Hospitais (FLH), Rede de Saúde das Mulheres da América Latina e Caribe (RSMLAC) e o Escritório Regional da Organização Internacional dos Sindicatos dos Consumidores para América Latina e Caribe (CI-ROLAC). Porém, como o Subcomitê havia considerado que não tinha informação adequada sobre as atividades

destas organizações, foi decidido convocar uma sessão especial virtual em abril para reexaminar o assunto.

20. Durante a sessão virtual, depois de examinar a informação atualizada preparada pelo Secretariado, o Subcomitê havia concordado em recomendar que as relações oficiais deveriam ser mantidas com todas as ONGs exceto o CI-ROLAC, do qual não se recebeu informação. A delegação do Chile havia expressado suas ressalvas quanto à manutenção das relações oficiais com a Federação Latino-americana de Hospitais, mas o restante do Subcomitê estava satisfeito com a informação recebida sobre esta organização. Contudo, o Subcomitê havia indicado que, em geral, mais informações eram necessárias sobre as atividades das diversas ONGs e sobre como elas apoiavam o trabalho da OPAS.

21. O Sr. Luiz Augusto de Pontes de Lima (Associação Interamericana de Engenharia Sanitária e Ambiental, AIDIS) disse que sua organização permanecia comprometida a trabalhar estreitamente com a OPAS em áreas de interesse comum. Ele informou ao Comitê que a AIDIS realizaria seu 31º. Congresso Interamericano de 2 a 15 de outubro de 2008 em Santiago, Chile.

22. O Dr. Rubén Abete (ALIFAR) disse que a sua organização esperava ansiosamente pela colaboração contínua com a OPAS que visa assegurar que todas as pessoas da Região tenham acesso a medicamentos seguros e eficazes.

23. A Diretora observou que o Congresso da AIDIS proporcionaria uma oportunidade de destacar a importância do saneamento básico e sua relação com várias doenças transmissíveis, em particular a dengue. A qualidade da água, outra preocupação de saúde pública importante, também seria um foco da discussão no Congresso.

24. Com respeito ao CI-ROLAC, disse que ela foi recentemente informada que a ONG estava passando por um processo de reorganização e havia feito mudanças no seu secretariado. O Secretariado entraria em contato com o novo secretariado com a intenção de restabelecer relações oficiais entre a OPAS e o CI-ROLAC com base em um plano de trabalho que asseguraria que a ONG estaria de fato contribuindo para o cumprimento dos objetivos da Organização. O mesmo se aplicava à Federação Latino-americana de Hospitais e a todas as ONGs que mantêm relações oficiais com OPAS: as áreas técnicas da OPAS com as quais trabalhavam mais diretamente precisavam assegurar que as ONGs tivessem os planos de trabalho que estavam plenamente alinhados com os objetivos do Plano Estratégico da Organização.



25. O Comitê aprovou a Resolução CE142.R1, decidindo manter as relações oficiais entre a OPAS e o IRC, ALIFAR, FEPPEN, FEPAFEM, FLH e RSMLAC e suspender suas relações com o CI-ROLAC.

***Prêmio da OPAS em Administração 2008 (Documentos CE142/5 e Add. I)***

26. A Dra. Nadja Porcell (Panamá) disse que o Comitê do Prêmio da OPAS em Administração 2008, formado pelo México, Panamá e Trinidad e Tobago, havia se reunido no dia 25 de junho de 2008. Após examinarem a informação sobre os candidatos ao prêmio indicados pelos países-membros, o Comitê havia decidido conceder o prêmio ao Dr. Hugo Villar Teijeiro, do Uruguai, para sua contribuição para a melhoria das condições de saúde em vários países das Américas, a descentralização e o desenvolvimento da administração de hospitais como parte da administração sanitária e o desenvolvimento de recursos humanos para administração de serviços da saúde. Os candidatos indicados foram avaliados pela Comissão Julgadora com base em seu profissionalismo, liderança e realizações no serviço da saúde pública para seus respectivos países e para a Região.

27. O Comitê Executivo deu os parabéns ao Dr. Villar Teijeiro e a todos os candidatos ao Prêmio da OPAS em Administração de 2008.

28. O Delegado do Uruguai explicou em maior detalhe as contribuições feitas pelo Dr. Villar Teijeiro, observando que ele havia aperfeiçoado o Hospital Universitário do Uruguai, identificado e importado uma série de tecnologias em saúde ao Uruguai, e criado e implementado metodologias e práticas de administração hospitalar inovadoras.

29. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE142.R12, observando a decisão da Comissão Julgadora e transmitindo seu relatório, junto com os procedimentos e diretrizes corrigidos para conceder o prêmio, ao 48º Conselho Diretor.

***Relatório anual do escritório de ética (Documento CE142/7)***

30. O Sr. Philip MacMillan (gerente do Programa de Ética, OPAS) apresentou o relatório do Escritório de Ética, observando que o Escritório havia completado seu segundo ano de funcionamento. Ao contrário dos escritórios semelhantes em outras organizações internacionais, o Escritório de Ética da OPAS tinha tanto uma função de assessoria como de investigação. Além de investigar as alegações de conduta pouco ética ou falha do cumprimento do Código de Princípios Éticos e de Conduta da RSPA, dava orientação e treinamento ao pessoal nas questões éticas. O Escritório de Ética era também responsável por supervisionar o novo Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos da OPAS.

31. Em seguida ele resumiu as atividades do Escritório de Ética nas áreas da orientação e assessoria sobre questões de ética, treinamento do pessoal no Código de Princípios Éticos e de Conduta, investigações de questões éticas e alegações de faltas graves e execução e coordenação do Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos. Com respeito às atividades futuras, ele disse que as prioridades imediatas do Escritório seriam a elaboração de um manual de procedimentos de investigação e de políticas para proteção de funcionários que fazem denúncias, emprego externo, participação em comitês e juntas consultivos, classificação de informação sigilosa e declarações de interesses. Além disso, em conjunto com o Escritório do Assessor Jurídico, o Escritório de Ética em breve empreenderia uma análise em toda a Organização da administração da justiça na RSPA com a intenção de assegurar que todo o pessoal tivesse acesso a um processo legítimo de resolução de litígios que lhes permitiria ter seus casos e questões ouvidas da maneira oportuna e objetiva.

32. O Comitê mostrou-se satisfeito com os esforços do Escritório de Ética em promover uma cultura da ética e responsabilidade em toda a Organização. Incentivou-se o Secretariado a continuar a conscientizar o pessoal sobre os recursos e assistência disponível através do Escritório de Ética. O Comitê elogiou a criação do curso de treinamento on-line obrigatório sobre o Código de Princípios Éticos e de Conduta da RSPA. O Comitê também deu as boas-vindas ao estabelecimento de sistema eficaz de resolução de conflitos e integridade. Sugeriu-se que o treinamento em resolução de conflitos e integridade deveria fazer parte dos programas de formação profissional locais oferecidos em âmbito nacional. Solicitou-se ao Secretariado preparar materiais de treinamento específicos sobre o tema, inclusive histórias de casos, que poderiam ser incorporados nas iniciativas de treinamento para os profissionais nacionais de saúde pública. Um delegado manifestou sua opinião de que integridade e conduta ética deveriam fazer parte das funções essenciais de saúde pública.

33. O Comitê expressou apoio aos futuros planos do Escritório de Ética, em particular a elaboração de uma política para os funcionários que fazem denúncias. Enfatizou-se que a política deveria dar proteção contra represálias ao pessoal que denunciava violações da ética e que a informação sobre a política, uma vez finalizada, deveria ser publicada no website do Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos para que o pessoal tivesse rápido acesso ele. Sugeriu-se que a política para os funcionários que fazem denúncia das Nações Unidas poderia ser um bom modelo para a política da OPAS. Incentivou-se também o Secretariado a considerar, no seu trabalho para a administração da justiça na RSPA, as contínuas discussões dentro das Nações Unidas sobre este tema.

34. O Sr. MacMillan observou que um aspecto crítico do trabalho do Escritório de Ética era a visibilidade. Ele tinha o prazer de poder informar que o Escritório, ainda que pequeno, havia conquistado bastante visibilidade. Por exemplo, havia um link destacado na Central de Atendimento de Ética da OPAS na intranet da OPAS, que também

proporcionava acesso ao Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos. Através da Central de Atendimento, o pessoal poderia fazer perguntas e buscar assessoria sobre questões de ética e, através do Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos, eles poderiam receber orientação sobre as inter-relações e as funções e responsabilidades específicas dos diversos recursos relativos à integridade e resolução de conflitos dentro da Organização. Responder as dúvidas e dar orientação sobre as questões éticas era um dos principais componentes do trabalho do Escritório. Ao contrário da maioria dos escritórios deste tipo em outras organizações, o Escritório de Ética não se dedicava exclusivamente em tomar medidas punitivas em resposta a relatórios de violações de ética. Ao contrário, adotava uma abordagem preventiva, incentivando o pessoal a fazer perguntas para evitar conflitos de interesses em potencial ou conduta pouco ética.

35. Em resposta a uma pergunta de um delegado, o Sr. MacMillan esclareceu que o Escritório de Ética recebeu relatórios e perguntas do pessoal de toda a Região, não só dos funcionários da Sede.

36. A Diretora, em resposta à sugestão com respeito à incorporação de um componente de ética nos programas de formação profissional de saúde pública, observou que a recente 15ª Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura (RIMSA) (também discutido pelo Comitê durante a 142ª sessão, ver parágrafos 296 a 303 a seguir), também havia salientado a necessidade de treinamento em ética e integridade, particularmente para o pessoal envolvido na inspeção de alimentos e medicamentos e nas avaliações ambientais, áreas no qual poderia haver interesses potencialmente concorrentes ou conflitantes. Também foi sugerido que formação em ética deveria fazer parte de programas de mestrado em saúde pública e outros cursos de formação de liderança para profissionais de saúde pública.

37. O Comitê Executivo registrou o Relatório Anual do Escritório de Ética.

### **Assuntos relativos à política de programas**

#### ***Atualização da execução da Política Orçamentária Regional para Programas (Documento CE142/8)***

38. O Dr. Osvaldo Salgado (representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia discutido uma versão anterior do relatório sobre a execução da Política Orçamentária Regional para Programas na sua segunda sessão e havia respaldado a proposta para acrescentar um quarto critério para uso da alocação variável aos países (AVP), permitindo-lhes usar estes fundos para projetos de cooperação técnica entre os países (CTP). O Subcomitê havia instado o Secretariado a assumir um papel mais pró-ativo ao comunicar aos países a disponibilidade dos fundos variáveis e incentivar o seu uso.

39. Na discussão que se seguiu, um delegado perguntou sobre o procedimento para obter acesso aos fundos de AVP. O Sr. Román Sotela (assessor sênior, Orçamento para Programas, OPAS) explicou que a alocação variável aos países era um mecanismo interno incorporado na Política Orçamentária Regional para Programas adotada em 2004. O mecanismo foi comunicado aos representantes da OPAS/OMS e era sua responsabilidade solicitar financiamento conforme a alocação variável aos países de acordo com os critérios aprovados. Todos os fundos de AVP eram concedidos, controlados e monitorados em separado de modo que o Secretariado pudesse informar com exatidão o seu uso.

40. A Diretora observou que a Política Orçamentária Regional para Programas continuaria evoluindo. Mudanças e melhorias seriam introduzidas de acordo com as necessidades na metodologia para alocação dos recursos aos países e determinação do teto do orçamento ordinário.

41. O Comitê Executivo tomou dos novos critérios para o uso do financiamento de AVP endossado pelo Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração.

***Enfoques individuais e populacionais para a prevenção e o tratamento de diabetes e obesidade (Documento CE142/9)***

42. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (gerente de área, Vigilância Sanitária e Controle de Doenças, OPAS) resumiu o conteúdo do Documento CE142/9, observando que estava sendo apresentado em resposta a solicitações apresentadas por vários países-membros em sessões anteriores do Comitê Executivo. Ele começou pela apresentação das estatísticas mostrando a alta prevalência tanto de diabetes como de obesidade nas Américas. Em seguida ele recapitulou as medidas que foram tomadas no âmbito global e regional para combater a crescente epidemia de obesidade e o aumento associado na prevalência de doenças crônicas como o diabetes, inclusive a Estratégia Global da OMS para a Prevenção e Controle de Doenças Crônicas; a Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde; e a Estratégia Regional para um Enfoque Integrado para a Prevenção e Controle de Doenças Crônicas, incluindo Alimentação, Atividade Física e Saúde.

43. Inúmeras oportunidades para intervenção estavam sendo perdidas nas etapas iniciais da história natural da obesidade e diabetes. Como resultado, muitos pacientes não estavam sendo diagnosticados até apresentarem manifestações clínicas de diabetes e suas complicações, uma situação que estava aumentando os custos para os sistemas de saúde e implicando em um ônus crescente para os indivíduos, famílias e comunidades.

44. A OPAS estava propondo enfoques tanto individuais como populacionais para a prevenção e o tratamento de obesidade e diabetes. Eram enfoques comprovados, com base científica que demonstraram serem eficazes em reduzir a prevalência da obesidade e assim prevenir o diabetes tipo 2. Ambos os enfoques compreendiam prevenção primária e secundária. O Documento CE142/9 relacionava algumas estratégias e atividades preventivas recomendadas para combater as epidemias gêmeas de obesidade e diabetes. Solicitou-se ao Comitê Executivo analisar os enfoques propostos e aprovar um resolução proposta para consideração pelo 48º Conselho Diretor.

45. O Comitê Executivo aplaudiu a qualidade do documento, que os delegados consideraram ser integral e bem pesquisado, mas um delegado disse que ele teria preferido ver menos análise da situação e mais ênfase na função do Secretariado em ajudar os países a combater a obesidade e diabetes. O Comitê também expressou apoio aos enfoques individuais e populacionais propostos e concordou que os dois tipos de enfoque deveriam ser empreendidos simultaneamente e de maneira equilibrada. Os delegados salientaram a necessidade de ação intersetorial para abordar os fatores ambientais que estavam contribuindo para o crescente aumento tanto de obesidade como de diabetes. Sugeriu-se que os profissionais de outros setores, principalmente setores sociais, deveriam fazer parte das equipes de atenção primária à saúde para facilitar um enfoque intersetorial integrado. Os delegados também salientaram a necessidade de promoção da saúde e educação sanitária culturalmente apropriada para combater a obesidade e diabetes entre grupos populacionais específicos, como os povos indígenas.

46. Os delegados identificaram várias papéis importantes para a OPAS. Um era avaliar a eficácia e o impacto dos programas e intervenções existentes de prevenção primária e secundária para identificar os que eram mais eficazes e com melhor custo-benefício. A difusão da informação sobre boas práticas entre países foi identificada como outro papel para a OPAS. A este respeito, vários delegados descreveram iniciativas em andamento em seus países e se propuseram a compartilhar o conhecimento adquirido destas experiências com a Organização e com outros países. Outro papel-chave para a OPAS era a captação de financiamento para iniciativas para a prevenção e controle não apenas da obesidade e diabetes, mas de todas as doenças crônicas não-transmissíveis. Um delegado observou que, embora tais doenças implicavam em um enorme ônus para os sistemas de saúde e custos elevados para a sociedade, havia ainda relativamente pouco apoio de organizações e doadores internacionais para programas de combate a doenças crônicas.

47. Um delegado questionou a necessidade de uma resolução sobre este tema, já que os países-membros haviam adotado várias resoluções para doenças não-transmissíveis e temas relacionados, tanto em âmbito regional como global. O mesmo delegado observou que, embora o Documento CE142/9 mencionasse a Estratégia Global da OMS para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde e a Estratégia e plano de ação regional para um Enfoque Integrado para a Prevenção e Controle de Doenças Crônicas, não mencionava o Plano de Ação para a Estratégia Global para a Prevenção e o Controle de Doenças Não-transmissíveis, adotado na Sexagésima Primeira Assembléia Mundial da Saúde em maio de 2008 (Resolução WHA61.14).

48. O Dr. Barbosa da Silva disse que o documento e a resolução haviam sido preparados em resposta a solicitações de vários países-membros, que estavam preocupados com os custos crescentes da diabetes para os seus países. Eles haviam pedido à OPAS que desenvolvesse um enfoque regional concentrando-se especificamente no diabetes e obesidade. Ele concordou que um enfoque intersetorial era muito importante para abordar todos os fatores de risco para obesidade e diabetes. Também reconheceu a falta de financiamento para iniciativas de doenças não-transmissíveis. Na sua opinião, este problema era, em grande parte, devido à falta de entendimento de que uma boa parcela da mortalidade e morbidade por doenças não-transmissíveis poderia ser prevenida através da aplicação de intervenções com base científica relativamente de baixo custo. Era de se esperar que a adoção da estratégia global e plano de ação para doenças não-transmissíveis levaria a uma maior compreensão deste fato.

49. O Dr. James Hospedales (chefe de unidade, Doenças Não Transmissíveis, OPAS) disse que os enfoques propostos no Documento CE142/9 representavam maiores informações sobre o componente da diabetes da estratégia regional para as doenças crônicas. Com respeito aos papéis do Secretariado, entre eles estavam pesquisa para criar uma base de comprovações e medir a verdadeira magnitude da epidemia de obesidade e diabetes, o treinamento e a capacitação no tratamento da diabetes e estudos sobre a qualidade da atenção para fornecer feedback aos países sobre a cobertura e a qualidade de atenção de seus serviços de saúde no que se refere à prevenção e controle de obesidade e diabetes. O Secretariado se dedicava também a esforços intersetoriais mais amplos para abordar os fatores de risco para diabetes e obesidade. Por exemplo, em 2007, havia sediado uma reunião com grandes produtores de alimentos visam a eliminar as gorduras trans das dietas dos povos das Américas. Ele disse que o Secretariado incluiria mais informações sobre seus papéis e atividades na próxima versão do documento.

50. A Diretora voltou a enfatizar que o documento havia sido preparado em conformidade com as repetidas solicitações de vários países-membros, que queriam que a OPAS abordasse a diabetes de maneira específica, apesar da existência das estratégias mais amplas de combate às doenças crônicas em geral. O Secretariado havia trabalhado com estes países-membros para identificar o enfoque a ser levado a discussão.

Concordou-se que o documento inicialmente examinaria os “últimos avanços tecnológicos” no que se refere a diabetes e sua prevenção e controle. Essa era a razão para a análise detalhada da situação e as várias notas de rodapé no documento. O Secretariado havia tomado muito cuidado para proporcionar ao Comitê comprovações para apoiar todas as afirmações feitas. O documento a ser preparado para a necessidade Conselho Diretor não precisava conter tal análise detalhada da situação se assim preferisse o Comitê.

51. Em resposta às observações sobre a necessidade de ação intersetorial – em particular parcerias com o setor privado – ela assinalou que, além de trabalhar com a indústria de alimentos para alterar as características do fornecimento de alimentos, era necessário trabalhar com grupos de consumidores para estimular a demanda por alimentos saudáveis. Do contrário, os produtores teriam pouco incentivo para produzi-los.

52. O Comitê aprovou a Resolução CE142.R6 sobre este tema.

***Estratégia e plano de ação regional para prevenção e controle do câncer do colo uterino (Documento CE142/10 e Add. I)***

53. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (gerente de área, Vigilância Sanitária e Controle de Doenças, OPAS), ao introduzir a Estratégia e o Plano de Ação para a Prevenção e Controle do Câncer do Colo Uterino e a resolução proposta relacionada, recordou que o tema havia sido discutido pelo Comitê Executivo em 2007, e que o este havia decidido solicitar ao Secretariado que revisasse o enfoque proposto e voltasse a apresentar o assunto para discussão em 2008. Entretanto, a estratégia e o plano de ação tinham sido amplamente discutidos com os países-membros em diversos fóruns em toda a Região e nas reuniões de grupos de especialistas. O enfoque para a prevenção e controle do câncer do colo uterino elaborado no Documento CE142/10 era integral, incluindo informação e educação, detecção precoce, diagnóstico e tratamento, e assistência paliativa. O enfoque complementava os métodos tradicionais de prevenção com novas ferramentas e métodos, em particular o exame de inspeção visual, teste de DNA do papilomavírus humano (HPV) e vacinação contra HPV, uma grande causa do câncer do colo uterino.

54. Duas vacinas do HPV estavam atualmente disponíveis na Região. Ambas haviam sido demonstradas como sendo seguras e altamente eficazes contra as cepas do vírus com maior frequência associadas ao câncer do colo uterino. O obstáculo principal ao seu uso generalizado era o custo. O Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas da OPAS poderia servir como um meio para disponibilizar a vacina a preços mais acessíveis.

55. A estratégia e o plano propostos requeriam ação em sete áreas: avaliação da situação; intensificação da educação em saúde; melhoria da cobertura de exames de detecção precoce, do seguimento e da qualidade; melhoria do acesso e da qualidade do tratamento do câncer; fortalecimento dos sistemas de informação e registros do câncer; geração das comprovações para facilitar a tomada de decisão para a introdução da vacina do HPV; e a promoção de causa para o acesso equitativo a vacinas de HPV e a um preço exequível. As atividades a serem realizadas em cada uma destas áreas estavam descritas na estratégia (Documento CE142/10) e plano de ação (Documento CE142/10, Add. I).

56. O Comitê Executivo agradeceu a oportunidade de reexaminar a questão do câncer do colo uterino e agradeceu ao Secretariado pela revisão da estratégia e preparação de um plano de ação, de acordo com o solicitado pelo Comitê no ano anterior. Os delegados consideraram o documento muito melhor, observando que ele abordava muitas das questões levantadas tanto na 140<sup>a</sup> sessão do Comitê Executivo como na 27<sup>a</sup> Conferência Sanitária Pan-Americana. Contudo, foram feitas várias sugestões para outras melhorias. Assinalou-se, por exemplo, que o documento parecia indicar que todos os casos de câncer do colo uterino eram decorrentes da infecção pelo HPV, o que não era verdade. Além disso, os fatores de risco para infecção pelo HPV deveriam ser diferenciados dos cofatores relacionados com o surgimento do câncer do colo uterino. Considerou-se que a frase a respeito da duração de imunidade conferida pela vacina do HPV, em particular a parte em que diz “e talvez muito mais tempo” (Documento CE142/10, parágrafo 10), era por demais subjetiva e que informação sobre a duração da proteção deveria ser respaldada por comprovações científicas. A seção com referência à inclusão da vacina do HPV nos programas de vacinação deveria ser esclarecida, levando-se em consideração que uma coisa era aprovar ou autorizar a vacina para uso e outra era aprová-la como parte de um programa de vacinação de rotina.

57. No que se refere à estratégia e ao próprio plano de ação, considerou-se que seria proveitosa uma descrição mais consistente das atividades propostas e de como elas seriam operacionalizadas. Um delegado, observando que não havia nenhuma comprovação de que a inspeção visual com ácido acético (IVA) havia resultado em uma redução significativa da mortalidade por câncer do colo uterino, disse que a estratégia deveria enfatizar que a IVA deveria ser usada apenas quando o exame de Papanicolaou não era factível. O treinamento e educação contínuos para o pessoal que estaria realizando a IVA e outros aspectos da estratégia, inclusive a vacinação do HPV, eram considerados fundamentais para o seu sucesso. Incentivou-se que a OPAS estudasse as oportunidades para o estabelecimento de redes de treinamento em colaboração com outras organizações. O Programa de Ação para Tratamento do Câncer (PACT) da Agência Internacional de Energia Atômica foi mencionado como um possível parceiro. Considerou-se importante preparar e disseminar os materiais de treinamento tanto para os profissionais especialistas em câncer como para outros profissionais da saúde não diretamente envolvidos no controle do câncer.



58. A respeito da avaliação da situação, o primeiro componente da estratégia, sugeriu-se que os registros locais, nacionais e regionais de câncer poderiam ser uma fonte valiosa de informação. O banco de dados do Centro Internacional de Pesquisa sobre o Câncer foi citado como outra fonte. Sob o quarto componente, “estabelecer ou fortalecer os sistemas de informação e registros do câncer”, recomendou-se que deveriam ser realizadas pesquisas para avaliar a eficácia da vacina de HPV se a série completa de três doses não fosse completada, uma situação provável de ocorrer em algumas populações.

59. Alguns membros foram de opinião de que o foco principal da estratégia deveria ser garantir o acesso à vacina do HPV como o meio mais econômico de prevenir o câncer do colo uterino. Outros assinalaram que a vacina não preveniria todos os casos de câncer do colo uterino, mesmo que fosse alcançada 100% cobertura de vacinação. Eles advertiram que a vacina não deveria ser apresentada como uma panacéia porque as pessoas poderiam ficar tentadas a parar de tomar medidas preventivas, o que levaria a um aumento do HIV/AIDS e de outras infecções sexualmente transmissíveis. Incentivou-se a Organização a apoiar os países a elaborar planos locais e nacionais para a prevenção e controle do câncer do colo uterino com um enfoque amplo, do qual a vacinação do HPV era um aspecto. Tais planos deveriam incluir um componente importante de educação de saúde sexual e reprodutiva.

60. Os delegados receberam cordialmente o uso em potencial do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas como um meio de aumentar o acesso à vacina do HPV, mas ressaltaram que a adição desta vacina não deveria aumentar o custo de outras vacinas obtidas através do Fundo. Um delegado objetou quanto às referências a preços de vacina exequíveis na estratégia e resolução propostos, assinalando que “exequível” era um termo relativo, comparativo e que a base para comparação não estava especificada.

61. O Dr. Barbosa da Silva agradeceu ao Comitê pelas suas sugestões com respeito ao documento e à estratégia. O Secretariado faria as mudanças recomendadas no documento, buscando em especial esclarecer a seção referente à causalidade e epidemiologia do câncer do colo uterino, que era uma questão complexa que incluía fatores sociais, assim como fatores individuais e genéticos. O Secretariado também deixaria claro que o exame de inspeção visual era uma metodologia alternativa, destinada ao uso entre as populações que não tinham acesso rápido aos métodos tradicionais de detecção precoce. Ele enfatizou que a OPAS certamente não estava propondo que o exame de Papanicolaou devesse ser substituído pela IVA.

62. Com respeito à vacina do HPV, ele observou que aos preços atuais não tinham efetivamente um bom custo-benefício, pelo menos não de um ponto de vista estritamente econômico. Os estudos realizados para avaliar a viabilidade da sua introdução em países da Região haviam indicado que ela precisaria custar 24 vezes menos que o valor atual (US\$ 5 em comparação a \$120 por dose<sup>1</sup>) para ser considerada de bom custo-benefício. Ele enfatizou que era importante, particularmente ao comunicar-se com o público, não a dar a impressão de que a vacina dava proteção absoluta contra o câncer do colo uterino. As mulheres que haviam sido vacinadas ainda teriam que prosseguir com os exames de detecção precoce e outras práticas preventivas.

63. A Diretora concordou que era essencial evitar transmitir mensagens errôneas sobre a eficácia da vacina, e era igualmente importante assegurar que a informação sobre os benefícios em potencial da vacinação alcançasse as populações com maior risco de câncer do colo uterino. A experiência com o exame de detecção precoce havia indicado que, em geral, eram mulheres nos grupos de menor risco que estavam mais bem informadas e prestavam atenção às recomendações sobre exame de detecção precoce, enquanto que muitas mulheres nos grupos de alto risco nunca faziam tais exames. Uma situação semelhante poderia ocorrer com a vacina. Estudos de prevalência deveriam ser realizados para identificar e visar as populações que poderiam mais se beneficiar com a vacinação do HPV. De qualquer modo, o exame de detecção precoce, aliado a exames regulares, continuava sendo o método mais eficaz de evitar as mortes causadas pelo câncer do colo uterino.

64. O Comitê aprovou a Resolução CE142.R13, recomendando que o 48º Conselho Diretor aprovasse a Estratégia Regional e o Plano de Ação para a Prevenção e Controle do Câncer do Colo Uterino.

***Desnutrição de crianças pequenas nas Américas: o alcance das Metas de Desenvolvimento do Milênio (Documento CE142/11)***

65. A Dra. Gina Tambini (gerente de área, Saúde Familiar e Comunitária, OPAS) resumiu o conteúdo do Documento CE142/11, enfatizando que a eliminação da desnutrição materna infantil era essencial para alcançar não apenas a Meta de Desenvolvimento do Milênio (MDM) No. 4 (Reduzir a mortalidade infantil), mas também a maioria das outras MDMs. Melhorar a nutrição das crianças pequenas era também crucial para atingir outros compromissos globais, como os originados da sessão especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre a infância (2002) e a Convenção para os Direitos da Criança (Resolução da Assembléia Geral das Nações Unidas 44/25). Além disso, como a desnutrição na infância era um fator de risco para doenças crônicas

---

<sup>1</sup> A menos que se indique o contrário, todas as cifras monetárias int seu relatório são expressados em dólares dos Estados Unidos.

associadas à nutrição, a melhoria da nutrição da criança era importante para melhorar a saúde na vida adulta. Os 24 primeiros meses após o nascimento representavam uma fase crítica para prevenir o déficit de altura para a idade, ou o retardo do crescimento, que era a melhor medida da desnutrição porque refletia os efeitos cumulativos e irreversíveis da nutrição inadequada na primeira infância e porque facilitava identificar disparidades internas dos países quanto ao estado nutricional.

66. Havia intervenções de bom custo-benefício e com base científica que poderiam prevenir a desnutrição e levar a um melhor crescimento físico, desenvolvimento cognitivo, desempenho escolar e produtividade econômica. Estas intervenções deveriam ser integradas à atenção primária à saúde para que todos os provedores da área da saúde compartilhassem a responsabilidade pela melhoria da nutrição da criança. Para aumentar o seu impacto, as intervenções relacionadas com a saúde deveriam ser complementadas pela ação por outros setores para abordar os determinantes socioeconômicos subjacentes à desnutrição.

67. A Dra. Tambini finalizou ao informar o Comitê que, em julho de 2008, a Diretora organizaria um encontro dos diretores regionais dos organismos das Nações Unidas, sendo um dos objetivos formar uma parceria pan-americana para nutrição e desenvolvimento a fim de coordenar e promover um esforço integrado, intersetorial para combater a desnutrição, particularmente entre grupos vulneráveis, e desse modo ajudar a assegurar o avanço das MDMs por todos os povos da Região.

68. No debate que seguiu, os delegados destacaram a associação entre desnutrição e desigualdade, observando que era uma importante causa de disparidades e que dificultava o desenvolvimento não apenas das crianças, mas também de seus países. A necessidade de ação intersetorial foi também salientada. Assinalou-se que a falta de coordenação intersetorial era um dos principais obstáculos que dificultavam o progresso em direção à eliminação da desnutrição nas Américas. Estratégias e intervenções eficazes existiam, mas elas não estavam sendo aplicadas de maneira eficaz porque os organismos nacionais e internacionais não estavam coordenando os seus esforços de modo satisfatório. Reiterou-se à OPAS prosseguir com os seus esforços para promover a coordenação das atividades de atores nacionais e internacionais com respeito a desnutrição. A Organização foi também incentivada a elaborar as estratégias para ajudar os países a enfrentar o aumento dos preços dos alimentos.

69. Um delegado disse que não estava claro no documento qual a ação o Secretariado estava propondo para combater o problema da desnutrição, e que sem um conhecimento real das atividades do Secretariado, seria impossível saber se elas poderiam ser executadas e como o progresso feito pelo Secretariado e pelos países-membros poderia ser medido. O mesmo delegado questionou uma frase no documento que indicava que os alimentos ricos em nutrientes eram com frequência alimentos de origem animal e

portanto eram caros em relação aos alimentos de primeira necessidade. Ele assinalou que feijão e arroz, alimentos básicos da dieta de diversas populações na Região, eram bastante ricos em nutrientes e não particularmente caros. Referindo-se ao parágrafo 24 do documento, ele disse que a OPAS não deveria participar da análise de agendas e acordos comerciais internacionais.

70. A Dra. Tambini explicou que este tema havia sido trazido perante o Comitê por causa da importância da nutrição como um determinante da saúde e bem-estar geral, assim como por sua importância fundamental para o avanço das Metas de Desenvolvimento do Milênio até 2015. Outra razão para a apresentação do tema havia sido chamar a atenção para a necessidade de consenso e coordenação dos enfoques para combater o problema da desnutrição – uma necessidade que também havia sido destacada pelo Comitê. O próximo encontro dos diretores regionais tinha o intuito de facilitar o trabalho conjunto entre as instituições das Nações Unidas para que elas pudessem apoiar de modo eficiente os países para reduzir a desnutrição.

71. A Diretora acrescentou que o documento havia sido preparado a pedido de vários países na Região que estavam extremamente preocupados com o impacto da atual crise alimentar global nas suas populações. Ela observou que a Organização tinha uma longa história de atuação na área da nutrição, incluindo o trabalho dos seus dois centros especializados, o Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP) e o Centro de Alimentação e Nutrição do Caribe (CFNI). O principal objetivo do Secretariado ao apresentar o documento era determinar se o Comitê Executivo considerava que o papel que o Secretariado estava desempenhando no contexto atual era o esperado pelos países-membros.

72. Em resposta às observações da Diretora, os delegados reiteraram a necessidade de coordenação intersetorial e interinstitucional e elogiaram os esforços das OPAS para fomentar tal coordenação. Solicitou-se também que a Organização apoiasse os países para fortalecer os seus sistemas de vigilância nutricionais a fim de lhes permitir avaliar o impacto das políticas e iniciativas com o propósito de melhorar a nutrição. Outro papel para a OPAS era auxiliar os países a formar recursos humanos na área da nutrição e formular diretrizes específicas para dieta e nutrição para crianças de diversas idades e adolescentes. Uma área em potencial de trabalho futuro seria identificar os métodos comprovados para o controle da superalimentação, que era um problema crescente em muitos países da Região. Incentivou-se o Secretariado a associar estreitamente seu trabalho em desnutrição de crianças pequenas com o trabalho a ser realizado como parte da Estratégia e plano de ação regional para Saúde Neonatal dentro do Processo Contínuo de Atenção Materna, Neonatal e Infantil (também discutido pelo Comitê durante a 142<sup>a</sup> sessão, ver parágrafos 74 a 85 a seguir).

73. O Comitê tomou nota do relatório.

***Saúde neonatal dentro do processo contínuo de atenção materna, neonatal e infantil: Estratégia e Plano de Ação Regional (Documento CE142/12)***

74. A Dra. Gina Tambini (gerente de área, Saúde Familiar e Comunitária, OPAS) resumiu o Documento CE142/12, assinalando que embora a mortalidade em lactentes e crianças menores de 5 anos tivesse sido reduzida drasticamente na América Latina e no Caribe nos últimos dez anos, a mortalidade neonatal não havia diminuído no mesmo ritmo. Todos os anos mais de 190 mil bebês na Região morriam nos 28 primeiros dias de vida, a maioria de causas evitáveis. A taxa média de mortalidade neonatal regional era de 14,3 por 1.000 nascidos vivos, com enormes disparidades entre os países e dentro de cada país. A mortalidade neonatal representava 60% da mortalidade infantil e quase 40% da mortalidade em crianças menores de 5 anos.

75. O Plano de Ação cobria quatro áreas estratégicas interdependentes: a criação de um contexto facilitador para a promoção da saúde neonatal; o fortalecimento dos sistemas de saúde para melhorar o acesso aos serviços de saúde materna, neonatal e infantil; a promoção de intervenções nas comunidades; e o desenvolvimento e o monitoramento do fortalecimento e sistemas de avaliação. Solicitou-se que o Comitê Executivo desse sua opinião sobre a Estratégia e o Plano de Ação propostos.

76. O Comitê recebeu cordialmente a estratégia, que um membro descreveu como sendo um excelente companheiro à Estratégia Regional para a Redução da Mortalidade e Morbidade Materna. Sugeriu-se que a estratégia também deveria estar estreitamente vinculada à Estratégia Regional para a Saúde dos Adolescentes e Jovens (também discutida pelo Comitê durante a 142<sup>a</sup> sessão, ver parágrafo 86 a 105 a seguir). Abordar a saúde neonatal como parte de um processo contínuo da atenção era considerado um enfoque excelente. Os delegados acharam que a melhoria da saúde neonatal seria um grande passo para reduzir as grandes desigualdades em muitas áreas da saúde, assim como para o cumprimento da respectiva Meta de Desenvolvimento do Milênio.

77. Assinalou-se que existiam muitas intervenções eficazes para a prevenção da mortalidade e morbidade neonatal. Por exemplo, estudos indicaram que se todos os recém-nascidos fossem examinados por um atendente qualificado nas 48 horas após o nascimento, a mortalidade neonatal poderia ser reduzida em até 30%. O problema não era falta de conhecimento sobre o que fazer, mas sim falta de execução.

78. O Comitê considerou que as quatro áreas estratégicas do plano de ação bem selecionadas. Em particular, elogiou a ênfase nas intervenções na comunidade, que eram essenciais para melhorar o acesso de grupos pobres e vulneráveis aos serviços de saúde. Um delegado salientou a necessidade de levar em consideração a cultura e as práticas indígenas visto que elas se relacionavam com a saúde neonatal. Com relação à Área Estratégica 2, uma outra delegada observou que embora fosse elogiável o conceito do

acesso universal a serviços de saúde materno-infantil equitativos e de boa qualidade, esse era também um assunto difícil de se medir. Havia, portanto, necessidade de desenvolver melhores maneiras de medir o acesso e a qualidade da atenção aos recém-nascidos na Região.

79. O Comitê recebeu cordialmente a ênfase ao fortalecimento dos sistemas de saúde, além de se concentrar em intervenções específicas, a fim de assegurar a sustentabilidade. Enfatizou-se a importância dos sistemas de monitoramento e avaliação, como meio de determinar as principais causas de mortalidade neonatal e identificar os pontos fracos do sistema de atenção da saúde.

80. Os delegados concordaram que eram necessários enfoques diferenciados adaptados aos diferentes níveis de mortalidade neonatal dos países. Sugeriu-se que o plano de ação deveria incorporar recomendações específicas para reduzir ainda mais a mortalidade e a morbidade neonatal em países que já apresentavam taxas relativamente baixas. As ações em potencial incluíam a elaboração de estratégias para a prevenção de partos prematuros, regionalização do atendimento pré-natal e o desenvolvimento de sistemas adequados de transporte neonatal.

81. Vários delegados observaram que a melhoria da atenção neonatal requereria recursos, especialmente recursos humanos. O Delegado de Antígua e Barbuda assinalou que a migração dos profissionais da saúde era um grande problema afetando a questão da mortalidade neonatal e outros problemas de saúde. Era difícil organizar intervenções de êxito nas comunidades sem profissionais da saúde suficientes. Seu país estava tentando assistir todos os partos com pelo menos uma parteira, mas assim que os profissionais da saúde completavam o treinamento, eles eram atraídos por países mais ricos, alguns dos quais estavam até mesmo fechando suas próprias escolas de enfermagem, o que significava que a capacidade interna não estava sendo aumentada. Havia uma necessidade de todos os países, ricos e pobres igualmente, de trabalhar em conjunto para aumentar a disponibilidade de profissionais da saúde. A questão da migração dos profissionais da saúde deveria ser abordada no documento e deveria ser levada em consideração ao planejar a resposta a todos os problemas de saúde.

82. A Dr. Tambini agradeceu aos delegados pelas suas contribuições, observando que o plano de ação havia sido elaborado com base na experiência dos países e sub-regiões ao abordar saúde neonatal. Embora o Documento CE142/9 apresentasse um breve resumo do plano de ação, um plano muito mais detalhado havia sido redigido e estaria pronto para consideração pelo 48º Conselho Diretor. Ela observou que a questão da escassez dos recursos humanos recaía sobre a Área Estratégica 2, visto que o fortalecimento dos sistemas de saúde implicava não só melhoria da qualidade de atenção mas também assegurava a disponibilidade de profissionais da saúde. A OPAS estaria trabalhando em

colaboração com os países da Região para tentar aumentar a provisão de recursos humanos.

83. Vários delegados disseram que o plano de ação mais detalhado precisava a ser examinado pelo Comitê Executivo antes de ser encaminhado ao Conselho Diretor.

84. A Diretora concordou, acrescentando que havia certa urgência, uma vez que a estratégia aprovada no 47º Conselho Diretor em 2006 havia tido o propósito de cobrir o período 2008–2012. Ela propôs que o plano de ação proposto deveria ser distribuído ao Comitê Executivo para a sua consideração durante a 142ª sessão.

85. Depois de examinar a proposta do plano de ação, o Comitê Executivo aprovou a Resolução CE142.R10.

***Estratégia Regional para a Saúde de Adolescentes e Jovens (Documento CE142/13, Rev. 1 e Rev. 2)***

86. A Dra. Gina Tambini (gerente de área, Saúde Familiar e Comunitária, OPAS), apresentando o Documento CE142/13, Rev. 1, disse que a Estratégia Regional para a Saúde de Adolescentes e Jovens estava sendo introduzida em um momento estratégico. Vários eventos-chave estavam sendo realizados os quais ofereciam oportunidade para incorporar o tema dos jovens, saúde e desenvolvimento em agendas políticas, incluindo a 38ª sessão ordinária da Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) em maio de 2008, cujo tema havia sido “Juventude e Valores Democráticos” e a Cúpula Ibero-americana de Chefes de Estado e de Governo, programada para outubro de 2008, que se concentraria em “Jovens e Desenvolvimento”. A escolha dos temas relacionados aos jovens para estes eventos representava um reconhecimento da importância de investir nos jovens como um meio de promover a saúde e o desenvolvimento das nações no futuro.

87. Os jovens de hoje enfrentavam novos desafios sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais, que requeriam novas respostas e estratégias de cooperação. A estratégia proposta no Documento CE142/13, Rev. 1 respondia às necessidades que haviam sido identificadas em uma avaliação regional da implementação dos programas de saúde dos adolescentes em conformidade com a Resolução CD40.R16, aprovada em 1997. A estratégia havia sido elaborada por um grupo de trabalho dentro da OPAS incluindo todas as áreas técnicas, com o apoio de especialistas de instituições acadêmicas, diversos organismos das Nações Unidas e outras organizações internacionais. Os países-membros haviam participado através de consultorias técnicas realizadas no âmbito nacional. A estratégia estava integrada com os objetivos estratégicos do Plano Estratégico da RSPA 2008–2012 e com estratégias e iniciativas regionais para a saúde mental, prevenção da violência, saúde sexual e reprodutiva, proteção social,

prevenção de danos, alimentação e atividade física, segurança no trânsito e escolas promotoras da saúde. Fundamentava-se em quatro pilares: atenção primária à saúde, promoção da saúde, proteção social e determinantes sociais da saúde. A estratégia procurava apoiar os países-membros em se capacitar para a formulação de políticas nacionais que visassem a melhorar a saúde dos adolescentes e jovens. Adotava um enfoque intercultural e sensível ao gênero e aos direitos e se esperava que contribuísse para a promoção da saúde e o desenvolvimento da população de jovens nas Américas.

88. Solicitou-se ao Comitê Executivo que fizesse comentários sobre a estratégia, que formaria a base para um plano de ação a ser apresentado ao 49º Conselho Diretor em 2009.

89. No debate que se seguiu, os delegados salientaram a importância da saúde dos adolescentes e de jovens para seus países respectivos, assinalando que os jovens de hoje eram os líderes de amanhã, e que o investimento nas populações de adolescentes e jovens era crítico para o futuro da saúde e da infra-estrutura social da Região. Os delegados também enfatizaram a necessidade de envolver os adolescentes e os jovens ao abordar as questões que os afetava, reconhecendo sua crescente independência, sua capacidade para tomar suas próprias decisões e a validade de suas opiniões. Ao mesmo tempo, os delegados destacaram a importância da família como uma influência orientadora e protetora para os adolescentes e o papel que os pais e as comunidades religiosas poderiam desempenhar ao facilitar aos adolescentes a fazer escolhas saudáveis. Elogiou-se o destes papéis na estratégia proposta. A necessidade de enfoques transversais para abordar as diversas questões de saúde que afetavam também foi salientada.

90. O Comitê expressou apoio geral à estratégia proposta, embora alguns delegados achassem que, para ser considerada uma estratégia real, ela deveria incluir objetivos concretos e deveria claramente delinear o papel da OPAS para alcançar estes objetivos. Assinalou-se que a estratégia deveria indicar o modo como problemas, tais como tabagismo e abuso do álcool, gravidez não planejada e vida sedentária e obesidade entre jovens, deveriam ser abordados. Sugeriu-se que um dos papéis da OPAS deveria ser ajudar os países-membros a criar sistemas de informação exatos e fidedignos para lhes permitir desenvolver soluções com base científica. Incentivou-se o Secretariado a vincular seu trabalho nesta área ao trabalho a ser realizado como parte da Estratégia e Plano de Ação Regional para Fortalecer as Estatísticas Vitais e de Saúde (também discutido pelo Comitê na 142ª sessão, ver parágrafos 115 a 123 a seguir).



91. O Delegado dos Estados Unidos, observando que o Documento CE142/13/Rev. 1 não mencionava a Estratégia da OMS para a Saúde e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente, disse que, em vez de elaborar uma estratégia própria, a OPAS deveria concentrar-se em implantar a estratégia global na Região. Do contrário, ele assinalou, havia um risco que a OPAS simplesmente estaria duplicando os esforços da OMS, que tinham o potencial de diluir o efeito do trabalho da Organização e criar confusão. Ele também questionou o valor agregado do enfoque baseado em direitos defendido no documento e solicitou que deveria ser suprimida uma referência na proposta de resolução à Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, visto que os Estados Unidos não fazia parte desta Convenção.

92. A Dr. Tambini disse que uma estratégia e plano de ação regional eram considerados necessários para determinar metas regionais específicas, com base em uma análise da situação atual nos países das Américas. Ela assinalou que, sem tais metas regionais, seria difícil estabelecer indicadores e monitorar o progresso.

93. O Sr. Javier Vásquez (especialista em Direitos Humanos, OPAS) disse que o enfoque proposto de direitos humanos tinha sua origem no Plano Estratégico da RSPA 2008–2012, sendo que o Objetivo Estratégico 7 declarava que as convenções e normas de direitos humanos propiciavam um sistema conceitual e jurídico unificador para as estratégias a fim de promover ganhos em saúde para os grupos vulneráveis, assim como medidas para avaliar o sucesso e esclarecer a responsabilidade e a cobrança de resultados dos diferentes interessados diretos envolvidos.<sup>2</sup>

94. A Dra. Matilde Maddaleno (assessora regional, Saúde dos Adolescentes, OPAS) disse que o Secretariado acrescentaria uma referência à Estratégia da OMS para a Saúde e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente ao documento. Ela assinalou, porém, que a estratégia regional proposta estabelecia um amplo enfoque incluindo toda a Organização em um esforço de colaboração conjunto, que o distinguia da estratégia da OMS. Em realidade, o pessoal da OMS havia participado do desenvolvimento da estratégia regional e estaria acompanhando sua implementação e observando atentamente seus resultados. Com respeito ao aperfeiçoamento dos sistemas de informação, ela disse que a OPAS pretendia estabelecer um banco de dados regional com 30 indicadores que serviriam para monitorar tanto o progresso em cada país no que se refere à saúde dos adolescentes e jovens como a contribuição do Secretariado a este progresso.

95. A Diretora disse que a OPAS não desejava duplicar as estratégias da OMS; porém, era sempre necessário adaptar as estratégias globais ao contexto regional. Neste caso, a estratégia proposta da OPAS diferia um pouco da estratégia da OMS pois se

---

<sup>2</sup> Plano Estratégico 2008–2012. *Documento Oficial* 328. (<http://www.paho.org/English/GOV/CE/ce142-div3-e.pdf>).

concentrava especificamente em adolescentes e jovens, um grupo que, na opinião da OPAS, requeria atenção especial por causa dos desafios e riscos particulares que eles enfrentavam. Além disso, como a Dra. Maddaleno havia dito, a estratégia proposta adotava uma abordagem mais abrangente e integrada que a estratégia da OMS, buscando vincular uma estratégia voltada para uma faixa etária específica às diversas outras estratégias aprovadas pelos Órgãos Diretivos da OPAS que não eram direcionadas a um grupo em particular.

96. A Dra. Heidi Jiménez (assessor jurídica, OPAS) assinalou que a referência à Convenção sobre os Direitos da Criança era feita em um parágrafo da introdução, que reconhecia apenas os direitos dos adolescentes e jovens sancionados nesta convenção e em outros instrumentos internacionais de direitos humanos. Este parágrafo não implicava que os países das Américas haviam necessariamente ratificado ou estavam obrigatoriamente vinculados a estes instrumentos.

97. Na discussão da proposta de resolução sobre este item, o Delegado dos Estados Unidos disse que o seu governo não estava preparado para adotar uma resolução respaldando a estratégia proposta porque, sem a inclusão de objetivos específicos, linhas de ação, e funções para a OPAS, não constituía uma estratégia real.

98. Após mais discussão, concordou-se que o Comitê prorrogaria a ação neste tema até 31 de julho de 2008, quando seria realizada uma reunião virtual. Entretanto, o Secretariado revisaria a estratégia e a resolução propostas, tendo em mente os critérios expressados pelos países-membros. Os membros do comitê e outros países-membros foram convidados a continuar a apresentar suas observações até 21 de julho de 2008.

99. A reunião virtual foi realizada, segundo previsto, no dia 31 de julho. Representantes do Chile, Panamá e Estados Unidos participaram em pessoa na Sede da OPAS, e representantes de Antígua e Barbuda, Bolívia, México, Trinidad e Tobago, Suriname e Uruguai participaram por teleconferência. Representantes do Canadá, Colômbia, Cuba, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Paraguai participaram como observadores, também por teleconferência.

100. A Dra. Tambini apresentou a estratégia revisada (Documento CE142/13, Rev. 2), observando que ele incorporava as observações e sugestões de sete membros do Comitê Executivo e um observador. Todas as observações recebidas até 29 de julho haviam sido incluídas. Ela em seguida destacou as principais mudanças feitas ao documento, que incluía o acréscimo de dados à seção de análise, uma clara identificação das questões prioritárias a ser abordadas, uma elaboração mais a fundo dos objetivos e o acréscimo dos indicadores para cada linha estratégica de ação, todas alinhadas com o Plano Estratégico 2008–2012 e seus resultados esperados. A finalidade geral da estratégia era contribuir para a melhoria da saúde dos jovens através do desenvolvimento e fortalecimento de uma

resposta integrada do setor de saúde e a implementação de programas de atenção, prevenção e promoção da saúde de adolescentes e jovens.

101. Haviam sido identificadas sete questões de saúde prioritárias que afetavam os jovens e que requeriam ação imediata: violência; doenças transmissíveis como HIV/AIDS; complicações da gravidez, parto e puerpério; infecções sexualmente transmissíveis; obesidade; saúde mental; e tabagismo e uso de substâncias psicotrópicas. A estratégia propunha as seguintes linhas estratégicas de ação para abordar estas questões: informação estratégica e inovação; ambientes facilitadores e políticas com base científica; sistemas e serviços de saúde integrados e abrangentes; capacitação dos recursos humanos; intervenções centradas na família, comunidade e escola; alianças estratégicas e colaboração com outros setores; e comunicação social e participação da mídia.

102. O Comitê Executivo recebeu cordialmente a estratégia revisada, que considerou muito melhor em comparação com a versão anterior, e agradeceu ao Secretariado por seu intenso trabalho de editar e modificar o documento. Os membros de Comitê assim como os observadores expressaram firme apoio à estratégia, embora tivessem sido sugeridas várias outras melhorias. Era com satisfação que os delegados viam a referência na estratégia à participação dos jovens, que se considerava ser essencial para que a estratégia tivesse relevância para os adolescentes e jovens. Porém, assinalou-se que a participação de adolescentes e jovens era mencionada explicitamente apenas em “Intervenções centradas na família, comunidade e escola” e achava-se que deveriam ser tomadas providências para a participação de jovens em todas as linhas estratégicas de ação. Destacou-se a importância da participação dos jovens na formulação de políticas sobre questões que lhes diziam respeito e para tornar os serviços de saúde mais receptivos às suas necessidades. Foi também enfatizada a importância de monitorar e avaliar a eficácia das intervenções. Os membros sugeriram várias mudanças de edição e diversos deles indicaram que os seus governos apresentariam outras observações por escrito.

103. A Dra. Tambini disse que o Secretariado incorporaria todas as mudanças sugeridas pelo Comitê durante a reunião virtual e esperava receber outras observações por escrito. Ela observou que informação mais explícita sobre as áreas prioritárias de ação, metas e objetivos a ser alcançados estaria incluída no plano de ação a ser apresentado aos Órgãos Diretivos em 2009.

104. A Dra. Cristina Beato (Diretora Adjunta, RSPA) disse que todas as observações recebidas por escrito durante e após a reunião virtual seriam publicadas no site SharePoint da Organização, junto com uma versão atualizada do documento.

105. O Comitê aprovou a Resolução CE142.R16, respaldando a Estratégia Regional para a Melhoria da Saúde dos Adolescente e Jovens como apresentado no Documento CE142/13, Rev. 2.

***Saúde dos idosos, incluindo envelhecimento ativo e saudável: Estratégia regional (Documento CE142/14)***

106. O Dr. José Luis Di Fabio (gerente de área, Tecnologia, Assistência de Saúde e Pesquisa, OPAS) apresentou o Documento CE142/14, que descrevia a proposta de estratégia regional para a saúde dos idosos. Ele começou pela apresentação das estatísticas que demonstravam o crescimento constante nas populações com mais de 60 anos e mais de 80 anos na América Latina e no Caribe, observando que o crescimento nestas populações não havia sido acompanhado por melhora na sua saúde, bem-estar e qualidade de vida. Entretanto, o envelhecimento da população colocava pressão crescente sobre a saúde e os sistemas de previdência social da Região. Se não fossem tomadas medidas imediatas, estes sistemas poderiam se ver em situação de crise.

107. O documento esboçava sete linhas estratégicas de ação que haviam sido discutidas e elaboradas em reuniões realizadas em diversas partes da Região no último ano. Solicitou-se ao Comitê Executivo avaliar a estratégia proposta com o objetivo de elaborar e aprovar em 2009 um plano de ação com base na estratégia.

108. O Comitê Executivo expressou firme apoio ao trabalho da OPAS com respeito à saúde dos idosos e concordou com a necessidade de atenção imediata à questão para assegurar que os sistemas de apoio social e de saúde estivessem preparados para atender às necessidades das presentes e futuras coortes de idosos. Os membros enfatizaram a importância de conscientizar o público dos desafios associados ao envelhecimento da população e de promover pesquisa científica e diálogo sobre políticas que visam abordar estes desafios. Também se salientou a necessidade de recursos humanos com formação apropriada para atender às necessidades de saúde das populações idosas e foi solicitado apoio da OPAS para o desenvolvimento de recursos humanos.

109. Com respeito à estratégia proposta, as opiniões ficaram divididas. Alguns delegados consideraram existir uma base sólida para o desenvolvimento dos planos de ação, tanto em âmbito regional como nacional, embora outros foram de opinião de que uma estratégia deveria incluir metas e objetivos claros, assim como indicadores para medir o progresso. Considerou-se também que a estratégia deveria claramente delinear o papel do Secretariado ao executar as linhas estratégicas de ação e ao alcançar os objetivos da estratégia. Ressaltou-se a necessidade de um enfoque integrado e com base científica.

110. O Delegado dos Estados Unidos, referindo-se ao parágrafo 20 do documento, fez objeção à inclusão das Observações Gerais No. 6 e 14 na implementação do Pacto Internacional para Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Documentos do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas E/C.12/1995/Rev. 1 e E/C.12/2000/4, respectivamente) sob o título “Instrumentos gerais de direitos humanos aplicáveis à saúde dos idosos...”. Ele assinalou que as observações gerais eram pareceres de especialistas independentes, não o resultado da deliberação entre os países-membros. Eles não eram instrumentos de direitos humanos e não tinham nenhum efeito jurídico. O seu governo não via o valor agregado de um enfoque nos direitos humanos nesta estratégia ou, em geral, em qualquer uma das estratégias da OPAS. O enfoque deveria ser, em contrapartida, em ações concretas que o Secretariado e os países-membros poderiam tomar para atender às necessidades dos idosos.

111. O Dr. Enrique Vega (assessor regional em Envelhecimento Saudável, OPAS) explicou que as linhas estratégicas de ação haviam sido elaboradas como parte do processo de avaliar os compromissos originados com o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de Madri e a Estratégia Regional para a Implementação na América Latina e no Caribe do Plano de Madri, adotada em Santiago em 2003. O Secretariado estava buscando a aprovação dos Órgãos Diretivos destas linhas de ação como base para formulação de um plano de ação para operacionalizá-los. O plano de ação incluiria objetivos, metas e indicadores específicos para monitoramento e avaliação. As linhas estratégicas de ação descreviam em termos gerais as ações consideradas e os papéis que o Secretariado pretendia desempenhar. Um destes papéis sem dúvida seria o apoio à formação de recursos humanos, que era abordada na terceira linha estratégica de ação. Promoção de pesquisa e desenvolvimento e difusão de enfoques com base científica estavam cobertos na quarta linha de ação.

112. A Diretora disse que, à medida que o Secretariado elaborasse o plano de ação, seria importante continuar a receber subsídios dos países sobre as linhas estratégicas de ação. Ela incentivou todos os países-membros a apresentarem suas opiniões e sugestões para aperfeiçoamento. As consultas a serem realizadas nos países e em âmbito sub-regional proporcionariam mais oportunidades aos países-membros para dar orientação sobre o enfoque a ser adotado.

113. Após discutir a conveniência de adotar uma proposta de resolução sobre este tema, o Comitê concordou que a melhor ação seria respaldar a estratégia, mas postergar a aprovação de uma resolução até que o plano regional de ação tivesse sido elaborado. Tanto a estratégia como o plano de ação poderiam mais tarde serem adotados formalmente pelo Conselho Diretor em 2009.

114. Deste modo, o Comitê respaldou a estratégia e pediu ao Secretariado que elaborasse um plano de ação para a consideração pelos Órgãos Diretivos em 2009.

***Plano de Ação para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde (Documentos CE142/15)***

115. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (gerente de área, Vigilância Sanitária e Controle de Doenças, OPAS) apresentou o plano de ação proposto, recordando que havia sido elaborado em conformidade com a Resolução CSP27.R12. O plano de ação operacionalizaria a Estratégia para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde, aprovada pela Conferência Sanitária Pan-Americana em 2007. O plano havia sido elaborado com base em uma avaliação da situação atual dos sistemas de estatística vital e de saúde nos países da Região. Ele considerava intervenções em quatro níveis: país, interpaíses ou grupos de países, institucional e multilateral. A natureza das atividades a serem realizadas em cada nível e os objetivos do Plano estavam descritos no Documento CE142/15. O Plano propriamente dito estava anexado ao documento.

116. O objetivo geral do plano era assegurar que todos os países da Região tivessem sistemas vitais de estatística que fornecessem boa cobertura e produzissem dados de boa qualidade. Haveria ênfase em particular aos sete países com os sistemas mais deficientes, mas o plano se dirigiria a todos os países porque mesmo naqueles que tinham sistemas com relativamente boa cobertura, a qualidade da informação poderia ser melhorada.

117. O Comitê Executivo expressou firme apoio ao plano de ação proposto e respaldou os seus objetivos. Os membros ressaltaram a necessidade de dados completos, fidedignos e oportunos como base para a formulação e monitoração de políticas de saúde e o funcionamento dos sistemas de saúde, assim como resposta às situações de emergência. Eles também destacaram alguns dos grandes problemas que precisavam ser abordados nos atuais sistemas de estatísticas vitais e de saúde, em particular a dificuldade de coletar dados de comunidades indígenas, principalmente as que se localizavam em áreas remotas, e falta de integração entre os sistemas de informação supervisionados por diversos órgãos governamentais. Vários delegados descreveram as medidas sendo tomadas a fim de melhorar a cobertura dos dados e a qualidade nos seus respectivos países.

118. Várias sugestões foram feitas com o objetivo de melhorar o plano de ação. Considerou-se que informação mais detalhada sobre como o Secretariado planejava implantar o plano deveria estar incluída, e que o Plano deveria ser mais orientado por resultados. Também se assinalou que alguns dos indicadores incluídos no plano eram, em realidade, metas. Enfatizou-se a necessidade de um sistema de monitoração eficaz para medir o progresso sob o plano e fazer as correções durante o andamento, assim como a necessidade de recursos orçamentários suficientes para alcançar os objetivos da estratégia e o plano de ação. Ressaltou-se também a importância de alinhar o plano com os

princípios da Rede de Métrica de Saúde e outras iniciativas globais direcionadas ao fortalecimento dos sistemas de informação sanitária. Em condições ideais, na opinião de uma delegada, o plano deveria ajudar os países-membros a remediar os pontos fracos de seus sistemas de informação sanitária através da padronização das metodologias para abordar os problemas identificados nos países, por exemplo, facilitando a detecção precoce dos surtos de doenças infecciosas e permitindo o controle e o seguimento das doenças crônicas.

119. O Delegado do México observou que o Ministério da Saúde do seu país havia recentemente designado um centro colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais e ofereceu compartilhar sua competência e boas práticas com respeito à codificação de causas de morte e outros aspectos do registro de estatísticas vitais, tanto com a OPAS como com outros países na Região. Outros delegados também demonstraram disposição de seus governos de dar orientação à OPAS para refinar o plano de ação e de apoiar outros países para fortalecer seus sistemas de estatísticas vitais e de saúde.

120. O Dr. Barbosa da Silva observou que a Estratégia e o Plano de Ação para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde faziam parte de um esforço maior para fortalecer os sistemas de informação sanitária na Região. Porém, eles se concentravam na melhoria dos dados sobre nascimentos e mortes, que haviam sido identificados como sendo fundamentais, não só para fortalecer outros aspectos dos sistemas de informação sanitária, mas também para permitir às pessoas exercer seus direitos e privilégios como cidadãos. Com respeito ao papel do Secretariado ao realizar o plano, ele chamou a atenção às solicitações apresentadas pela Diretora no parágrafo 2 da proposta de resolução (posteriormente adotado como Resolução CE142.R4) e disse que o Secretariado aceitaria outras sugestões com respeito aos papéis que os países-membros desejavam desempenhar.

121. A OPAS estava de fato coordenando os seu esforços com as outras instituições e iniciativas, inclusive a Comissão Econômica das Nações Unidas para a América Latina e o Caribe (CEPAL), a Rede de Métrica de Saúde e o Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose, e Malária. O Fundo Global fornecia financiamento para o fortalecimento dos sistemas de informação sanitária como parte de projetos para doenças específicas. Era importante aproveitar estas e outras oportunidades atualmente disponíveis para a colaboração e captação de recursos. Havia toda razão para acreditar que seria possível produzir uma melhoria rápida na situação de estatísticas vitais e de saúde na Região.

122. A Diretora acrescentou que a Organização estava trabalhando com a Organização dos Estados Americanos, o Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Fundo das Nações Unidas para a Infância para melhorar os dados sobre nascimentos e morte, que era uma questão de desenvolvimento mais ampla de interesse para outros setores além do

setor da saúde. Ela também observou que o esforço para fortalecer as estatísticas vitais e de saúde estava estreitamente relacionado com um dos projetos que o Comitê identificou como sendo prioritário para uso do excedente orçamentário 2006–2007: Fortalecimento dos sistemas de informação de saúde pública (ver parágrafos 257 a 268 a seguir).

123. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE142.R4, recomendando que o 48º Conselho Diretor aprovasse o Plano de Ação para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde.

***Malária: Relatório de progresso (Documento CE142/16)***

124. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (gerente de área, Vigilância Sanitária e Controle de Doenças, OPAS) resumiu o conteúdo do relatório de progresso, que continha informação detalhada sobre a situação epidemiológica da malária e sobre as atividades de cooperação técnica realizadas pela OPAS desde a aprovação da Resolução CD46.R13 pelo 46º Conselho Diretor em 2005. Ele apresentou estatísticas da evolução da situação da malária na Região desde 2000, observando que embora os casos de malária e mortes houvessem diminuído significativamente em muitos países da Região, seis países haviam apresentado um aumento dos casos totais, variando de 0,4% para mais de 100% entre 2000 e 2007. Contudo, a eliminação da malária era agora uma meta factível para alguns países. Em seguida, ele examinou os cinco componentes do Plano Estratégico Regional para a Malária nas Américas 2006–2010, enfatizando a importância do segundo componente, o controle integrado de vetores, um tema também discutido pelo Comitê durante a 142ª sessão (ver parágrafos 200 a 209 a seguir).

125. Ele mencionou os três grandes parceiros externos internacionais que trabalhavam no combate à malária na Região: a Rede Amazônica para a Vigilância da Resistência aos Antimaláricos/Iniciativa da Malária na Amazônia (RAVREDA/AM), Programa Regional de Ação e Demonstração sobre as Opções Sustentáveis para o Controle de Vetores da Malária sem o Uso de DDT no México e América Central (DDT-FMMM) e o Fundo Global de Combate à AIDS, a Tuberculose e a Malária, todos os quais haviam efetuado contribuições valiosas para a redução da morbidade e mortalidade pela malária nas Américas. Ele finalizou descrevendo os desafios na contínua batalha contra a malária (ver Documento CE142/16, parágrafo 13). Convidou-se o Comitê Executivo a considerar o relatório e a dar orientação e sugestões para melhoria do trabalho do Secretariado.

126. O Comitê Executivo recebeu cordialmente o progresso feito para reduzir as taxas de malária na Região, mas preocupação foi manifestada sobre o aumento nos casos em seis países. Os membros perguntaram o que seria responsável por estes aumentos e quais ajustes poderiam ser necessários fazer na cooperação técnica da OPAS para reverter esta situação. Os membros também pediram informação sobre como a OPAS propunha abordar os desafios relacionados no parágrafo 13 do documento. O Delegado do



Suriname informou que a incidência da malária no seu país havia caído em 85% desde 2000, o que havia surtido um efeito positivo sobre o crescimento econômico, ecoturismo, e o estado de saúde da população. Ele salientou a necessidade de se concentrar nos esforços de controle e prevenção da malária nas populações migrantes, que apresentavam maior risco de contrair e transmitir a doença. O Suriname estava concentrando suas atividades em particular nos mineiros que migravam da Guiana Francesa e para este país.

127. Um delegado perguntou se a meta de redução de 75% da morbidade pela malária até 2015 poderia ser atingida diante do declínio do financiamento global para o controle da malária. Ele também questionou a viabilidade de se concentrar na ilha Hispaniola para a eliminação da malária, já que o Haiti e a República Dominicana se encontravam entre os seis países que haviam tido um aumento dos casos de malária desde 2000.

128. O Dr. Barbosa disse que o aumento dos casos de malária em seis países haviam resultado de diversos fatores, mas principalmente haviam sido devido a problemas em assegurar a aplicação sustentada de uma combinação de intervenções, inclusive o controle integrado de vetores. Estes seis países seriam prioridade para a OPAS nos próximos anos. Seria possível reduzir a morbidade pela malária, mas era necessário intensificar o trabalho e o apoio financeiro.

129. Acreditava-se que a eliminação da malária na ilha Hispaniola era viável porque a grande maioria dos casos da doença na ilha era causada pelo *Plasmodium falciparum*. Com a detecção precoce dos surtos e o acesso universal ao tratamento aos infectados, as taxas da malária falciparum poderiam ser reduzidas de modo relativamente rápido e a eliminação da doença poderia ser considerada em quatro ou cinco anos. A OPAS estava trabalhando com o Haiti e a República Dominicana para esta finalidade e os dois países haviam iniciado um plano conjunto para combater a malária.

130. Com respeito às estratégias para a abordagem dos desafios relacionados no documento, a Organização planejava continuar a aplicar as estratégias e as intervenções contidas no Plano Estratégico Regional para a Malária nas Américas 2006-2010.

131. O Dr. Keith Carter (assessor regional em Malária, OPAS) observou que, embora existissem intervenções eficazes disponíveis, sem uma boa cobertura do sistema de saúde as pessoas não conseguiam ter acesso a elas. Ele concordou com a necessidade de se concentrar nas populações migrantes, que haviam contribuído para o aumento do número de casos em quase todos os seis países que haviam apresentado aumento desde 2000. Na Guiana Francesa, que era um dos seis países, a situação era complicada por dois outros fatores. Primeiro, como era um território da França, os fundos da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, que estava dando o financiamento para o projeto RAVREDA/AM, não podiam ser usados naquele país. Em segundo lugar, ao contrário dos outros países amazônicos, que haviam adotado a terapia combinada baseada

na artemisinina, a Guiana Francesa continuava usando halofantrina. Porém, como havia grande deslocamento da população entre os países amazônicos, alguns guianenses franceses estavam se beneficiando do tratamento no Suriname.

132. A Diretora disse que havia uma boa chance de que as Américas poderiam atingir as Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas relacionadas com malária, contanto que houvesse vontade política para agir em conjunto. Ação conjunta era necessária porque a maioria dos casos de malária atualmente se estava concentrada em regiões fronteiriças. Além disso, a doença estava se propagando a áreas sem doenças no Caribe como resultado de viagens e migração, ameaçando não só as populações locais como também turistas e toda a indústria turística. Em consequência, era necessária ação concertada entre os países, em combinação com a aplicação das estratégias e intervenções comprovadas a fim de alcançar as metas internacionais para redução da malária. A OPAS estava portanto promovendo projetos multinacionais para o combate da malária e estava ajudando os países a preparar propostas para tais projetos a serem apresentadas ao Fundo Global. A aprovação destes projetos aumentaria substancialmente o financiamento para os esforços de controle da malária na Região.

133. O Comitê tomou nota do relatório.

***Dengue: Relatório de progresso (Documento CE142/17)***

134. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (gerente de área, Vigilância Sanitária e Controle de Doenças, OPAS), ao apresentar o relatório de progresso, recordou que a Estratégia de Controle integrado para Prevenção e Controle da Dengue (EGI-dengue) havia sido aprovada em 2003 (Resolução CD44.R9). Em 2007, a 27ª. Conferência Sanitária Pan-Americana havia adotado a Resolução CSP.R15 com o objetivo de acelerar a implementação da estratégia. O Documento CE142/17 informava sobre progresso na execução destas duas resoluções, descrevia os sucessos e empecilhos para a prevenção e o controle da dengue na Região, e destacava os desafios futuros.

135. A dengue continuava a ser um importante problema de saúde pública na Região. O mosquito *Aedes aegypti* estava presente nas Américas, do sul dos Estados Unidos às sub-regiões da América do Sul, e todos os quatro sorotipos do vírus da dengue circulavam na maioria dos países afetados. A doença havia apresentado uma tendência crescente desde os anos oitenta, inclusive com um aumento brusco havia alguns anos na dengue hemorrágica e síndrome do choque da dengue. Contudo, apesar dos vários grandes surtos e do aumento dos casos da forma mais grave da doença, as taxas de letalidade haviam caído.

136. Desde 2004, 14 países haviam elaborado e implantado planos nacionais de EGI-dengue. Além disso, a OPAS havia implementado planos de EGI-dengue nas sub-

regiões centro-americanas e do cone sul. Em 2008 e 2009, outros seis países implantariam planos nacionais ou incorporariam a EGI-dengue aos planos existentes, e planos sub-regionais seriam preparados para as sub-regiões andinas e do Caribe. Em conformidade com a Resolução CSP27.R15, o Secretariado havia mobilizado um grupo de trabalho internacional multidisciplinar para realizar avaliações dos programas nacionais de combate à dengue. Duas destas avaliações haviam sido realizadas até o momento em 2008 e 11 mais estavam planejadas para o restante de 2008 e para 2009. A Resolução CSP.R15 também havia previsto a formulação de planos de contingência como parte da estratégia de controle integrado para assegurar uma resposta intersectorial rápida e coordenada aos surtos da dengue e epidemias. Cinco países já haviam estabelecido planos de contingência e o restante dos países os estabeleceria em 2008–2009. Estas linhas de ação seriam complementadas e reforçadas com o controle integrado de vetores (também discutida pelo Comitê durante a 142<sup>a</sup> sessão, ver parágrafos 200 a 209 a seguir).

137. Ações futuras incluiriam o fortalecimento e a implementação e avaliação dos planos nacionais de EGI-dengue; a promoção da adoção das leis e a introdução de tecnologias para abordar problemas graves de saneamento ambiental que estavam contribuindo para a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*; o fortalecimento do sistema de atenção primária à saúde a fim de proporcionar atendimento oportuno e evitar mortes, com enfoque na população infantil; e a aplicação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) para a detecção precoce e uma resposta integrada aos surtos da dengue.

138. No debate que se seguiu, os delegados elogiaram a OPAS pelos seus esforços para controlar a dengue e as experiências relacionadas dos seus respectivos países. O Delegado do México observou que o programa nacional de combate à dengue do seu país, que incorporava todos os componentes da estratégia de controle integrado, havia sido recentemente avaliada pelo grupo de trabalho internacional, e que o México agora trabalhava para aplicar as recomendações do grupo. Foi dado apoio para a formulação de um plano regional de contingência que estaria alinhado com as diretrizes estabelecidas no Regulamento Sanitário Internacional (2005), como proposto no parágrafo 17 do Documento CE142/17.

139. O Comitê agradeceu ao Dr. Barbosa da Silva e tomou nota do relatório de progresso.

***Oncocercose: Relatório de progresso (Documento CE142/18)***

140. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (gerente de área, Vigilância Sanitária e Controle de Doenças, OPAS) informou sobre o progresso para a eliminação da oncocercose desde a aprovação, em 1991, da Resolução CD35.14, que previa a eliminação de várias doenças na Região até 2007, inclusive a doença ocular relacionada com a oncocercose. Ele observou que a oncocercose era encontrada em 13 focos em seis países nas Américas; porém, nenhum novo caso da cegueira atribuível à oncocercose havia sido notificado desde 1995, e em 2007 a transmissão da *Onchocerca volvulus* havia sido interrompida e a doença ocular relacionada com oncocercose havia sido eliminada em nove dos 13 focos. Portanto, embora a Região não tivesse atingido a meta estabelecida em 2007, estava muito perto de alcançá-la.

141. A 17ª. Conferência Interamericana sobre Oncocercose, realizada em novembro de 2007, havia recomendado o estabelecimento de uma nova data-limite, o ano de 2012, para completar a eliminação da doença ocular relacionada com a oncocercose e interromper permanentemente a transmissão da *Onchocerca volvulus* nos outros quatro focos. Solicitou-se ao Comitê Executivo que considerasse a possibilidade de adotar uma proposta de resolução endossando esta recomendação.

142. O Dr. Barbosa da Silva enfatizou que a meta da eliminação estava ao alcance e assinalou que a oportunidade de eliminar completamente uma doença da Região não surgia com muita frequência. Ele, portanto, incentivava o Comitê a adotar a proposta de resolução.

143. Na discussão que se seguiu, foi expresso apoio para o trabalho em curso do Programa de Eliminação da Oncocercose para as Américas e para a meta de eliminação da doença ocular relacionada com oncocercose e interrupção da transmissão até 2012. Sugeriu-se que poderia ser usado o georreferenciamento para localizar os focos restantes de oncocercose. Um delegado, porém, questionou a adequação de adotar-se uma resolução para um relatório de progresso. Ele também solicitou esclarecimento sobre o parágrafo 1(b) da proposta de resolução, que pedia aos países-membros que adaptassem as diretrizes de certificação da OMS para a suspensão de tratamento em massa.

144. O Dr. Barbosa da Silva disse que o Secretariado acreditava que uma resolução sobre este item se justificava, porque a iniciativa de eliminação da oncocercose lançada em conformidade com a Resolução CD35.R14 havia sido concluída em 2007 e havia preocupação de que o impulso em direção à meta de eliminação seria perdido sem um novo mandato. Com respeito à referência na proposta de resolução à adaptação das diretrizes de certificação da OMS, ele explicou que as diretrizes globais formuladas pela OMS precisariam ser adaptadas à situação na Região, que era muito diferente da situação na África, onde ocorria a maioria dos casos de oncocercose.

145. O Dr. Mauricio Sauerbrey (diretor, Programa de Eliminação da Oncocercose para as Américas) assinalou que as diretrizes de certificação da OMS nunca haviam de fato sido aplicadas na prática, e as Américas eram a primeira região para estar próxima de eliminar oncocercose. A experiência até agora na Região havia indicado que alguns dos indicadores incluídos nas diretrizes teriam de ser ligeiramente modificados. Isso era o que queria dizer “adaptação” das diretrizes. Reforçando as observações do Dr. Barbosa da Silva referentes à necessidade da proposta de resolução, ele assinalou que não era possível prever quanto tempo o medicamento ivermectina continuaria sendo eficaz contra a oncocercose. Era, portanto, vital agir sem demora.

146. A Diretora disse que, de fato, era responsabilidade do Secretariado adaptar as diretrizes, com base na situação epidemiológica específica da Região e na experiência adquirida em campo. Portanto, a resolução não deveria convocar os países a adaptar as diretrizes, mas sim para que eles aplicassem as diretrizes adaptadas. Ela concordou que as resoluções não deveriam normalmente ser adotadas nos relatórios de progresso mas havia situações nas quais se justificava uma nova resolução, em particular quando uma decisão anterior tomada pelo Conselho Diretor precisava ser modificada de alguma maneira – por exemplo com a mudança da data-limite de uma iniciativa, como neste caso.

147. O Comitê Executivo concordou que a palavra “adaptação” seria substituída por “aplicação” no parágrafo 1(b) da proposta de resolução, que foi aprovada (Resolução CE142.R3).

***Influenza aviária e preparação para a pandemia de influenza: Relatório de progresso (Documento CE142/19)***

148. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (gerente de área, Vigilância Sanitária e Controle de Doenças, OPAS) apresentou o Documento CE142/19. Ele observou que o nível atual de alerta da OMS para a pandemia de influenza permanecia na fase 3, significando que um novo vírus da influenza estava causando casos humanos esporádicos, mas ainda estava mal adaptado aos seres humanos. Contudo, o risco de uma pandemia continuava sendo alto devido a mudanças frequentes e imprevisíveis no vírus H5N1.

149. A cooperação técnica para preparação para pandemia de influenza havia sido um impulso crucial para a implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005). Esta cooperação havia sido guiada por Planos Estratégicos e Operacionais para 2005-2007 e 2008-2009. Os objetivos primários da cooperação eram que todos os países-membros deveriam ter um plano nacional de contingência para pandemia de influenza (PNCPI) que satisfizessem os requisitos da lista de verificação da OMS adaptada pela OPAS; que todos os PNCPI deveriam ser executados em âmbito nacional, estadual e local; e que todos os PNCPI deveriam ser validados por exercícios de simulação e práticas.

150. A estratégia de cooperação técnica em influenza aviária e preparação para a pandemia de influenza cobria três áreas principais: preparação e comunicação; vigilância e detecção; e resposta e contenção. Com respeito à primeira área, ele informou que todos os países se ocupavam agora das atividades de preparação; seminários sub-regionais haviam sido organizados tanto para apoiar o desenvolvimento de PNCPI como para promover as estratégias integrais de comunicação; e treinamento em comunicação de riscos havia sido ministrado aos funcionários públicos. Duas grandes avaliações com base na lista de verificação haviam indicado que o nível médio de preparação na América Latina e no Caribe havia aumentado de 43% em 2006 para 50% em 2007.

151. Na área da vigilância e detecção, um protocolo genérico para a vigilância da influenza havia sido elaborado pela OPAS e os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, e cada país na América Latina e no Caribe havia recebido treinamento referente ao protocolo e estava avançando para uma fase de implementação; 17 países haviam recebido treinamento local sobre métodos de diagnóstico laboratorial; e equipamentos de laboratório e outros materiais haviam sido adquiridos para 22 países. Na área de resposta e contenção, equipes nacionais e regionais de resposta rápida haviam sido treinadas e medicamentos e materiais essenciais haviam sido adquiridos para eles; um estoque de Tamiflu havia sido adquirido para distribuição quando necessário ao pessoal da sede da OPAS e representações nos países, e um Centro de Operações de Emergência havia sido estabelecido na Sede.

152. O enfoque da OPAS havia sido testado recentemente com os surtos de influenza aviária por vírus H5N2 de baixa patogenicidade na República Dominicana e Haiti. Estes incidentes haviam demonstrado que existia a integração e a coordenação necessárias entre a saúde e as autoridades da área da agricultura. Porém, também destacaram a necessidade de sistemas sensíveis de vigilância, pois ainda não se sabia se a cepa H5N2 poderia ser transmitida a seres humanos.

153. O Comitê recebeu cordialmente o relatório de progresso. Os delegados enfatizaram que, como pandemia de influenza representava uma grave ameaça à segurança sanitária global, todos os países-membros da Região deveriam ser instados a acelerar sua preparação e avaliar seus PNCPI, com a assistência, se apropriado, do Secretariado da OPAS. O Comitê incentivou enfaticamente a OPAS a apoiar uma coordenação intensificada entre os ministérios da Saúde e da Agricultura para melhorar a integração da vigilância, detecção e resposta de doenças humanas e de origem animal. Os delegados aplaudiram os esforços contínuos da OPAS para melhorar a capacidade de vigilância e aumentar o número de centros nacionais designados de influenza, realçando que o objetivo deveria ser ter um centro em cada país-membro.

154. A Delegada do Canadá chamou atenção para as disparidades no nível de preparação entre as sub-regiões, observando que só progresso moderado havia sido observado no Caribe e sub-regiões andinas. O Canadá havia co-patrocinado recentemente um seminário sub-regional para o Caribe sobre o Regulamento Sanitário Internacional (2005) e teria o prazer de prestar mais apoio técnico a esta sub-região se solicitado. Observando também a necessidade de mais pesquisa e atividades de avaliação, ela informou que Canadá havia elaborado uma iniciativa plurianual de pesquisa sobre influenza, e teria o prazer de compartilhar seus resultados com os países-membros assim que a pesquisa estivesse finalizada.

155. Vários delegados perguntaram sobre a disponibilidade da vacina sazonal de influenza e medicamentos antivirais na Região. Em particular, eles desejavam saber se os 29 países mencionados no parágrafo 10 do relatório tinham quantidade suficiente de vacina e se havia sido tomada qualquer providência para ajudar os países com a compra de medicamentos antivirais, pois o documento parecia se referir somente à compra de Tamiflu para o pessoal nos escritórios da OPAS.

156. Alguns delegados questionaram o uso no documento da frase “ameaças de saúde pública”, sugerindo que um termo mais comum seria “riscos para a saúde pública”, que não implicava em qualquer intencionalidade. Além disso, sugeriu-se que o documento deveria incluir uma referência à questão do compartilhamento justo e equitativo dos benefícios originados com o compartilhamento dos vírus da influenza, que haviam sido o tema da Resolução WHA60.28 da Assembléia Mundial da Saúde.

157. Vários delegados descreveram os esforços de seus países na área de preparação para a influenza, e incentivaram outros países-membros a trocar informação sobre experiências com êxito e boas práticas. Sugeriu-se que a OPAS poderia facilitar tais intercâmbios.

158. O Dr. Barbosa da Silva disse que a palavra “ameaça” seria substituída por “risco” e que a próxima versão do documento incluiria uma referência à questão de compartilhar os vírus da influenza entre países e especificamente ao trabalho do Grupo de Trabalho Interdisciplinar em Preparação para a Pandemia de Influenza convocado em conformidade com a Resolução WHA60.28. Ele concordou que o objetivo deveria ser ter um centro nacional de influenza em cada país, recordando que no recente surto na República Dominicana, a inexistência de tal centro havia requerido que amostras fossem enviadas a um laboratório em outro país. Ele disse que receberia cordialmente os resultados da pesquisa do Canadá e expressou agradecimento pela oferta do Canadá de mais apoio para a sub-região de Caribe.

159. Com respeito à disponibilidade das vacinas contra a influenza e medicamentos antivirais na Região, ele disse que a OPAS havia estocado doses suficientes de Tamiflu para o pessoal da Sede e nas representações nos países, como parte do seu plano para continuar a operar em caso de uma pandemia. Além disso, havia uma reserva estratégica de 200 mil doses de Tamiflu, atualmente mantidas no Escritório Sub-regional de Desastre da OPAS no Panamá, que poderiam ser usadas em qualquer país onde ocorresse um surto. Os países-membros também tinham a opção de adquirir vacinas ou outras necessidades através do Fundo Rotativo Regional para Provisões Estratégicas de Saúde Pública, em geral conhecido como o Fundo Estratégico.

160. A Sra. Alba María Roperó (epidemiologista, Saúde Familiar e Comunitária, OPAS) acrescentou que havia ocorrido um grande aumento desde 2004 na vacinação sazonal na Região, que levou a uma diminuição notória na morbidade decorrente da influenza. No momento, 32 países da Região estavam usando a vacinação sazonal nos seus programas de preparação para influenza. A OPAS estava trabalhando com os países-membros para estabelecer uma previsão confiável das necessidades futuras de vacina, e empréstimos haviam sido feitos aos países do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas para permitir-lhes suprir as suas necessidades de acordo com esta previsão. Ela observou, demonstrando sua apreciação, que os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos também haviam doado vacinas.

161. O Comitê tomou nota do relatório de progresso.

***Segurança da transfusão de sangue: Relatório de progresso (Documento CE142/20)***

162. O Dr. José Luis Di Fabio (gerente de área, Tecnologia, Assistência de Saúde e Pesquisa, OPAS) examinou o progresso feito sob o Plano Regional de Ação para Segurança de Transfusão 2006–2010 desde sua adoção pelo 46º Conselho Diretor em 2005, observando que o Secretariado havia se deparado com inúmeras dificuldades para medir o progresso porque nem todos os países haviam apresentado relatórios. Ele recordou que o plano compreendia quatro linhas estratégicas de ação e nove indicadores de progresso, que estavam relacionados no Documento CE142/20, junto com informação sobre o progresso obtido em cada área.

163. Os dados disponíveis indicavam que as taxas de triagem do sangue não só não haviam subido desde 2005, mas haviam apresentado uma tendência decrescente, aumentando assim o risco de infecções transmitidas por transfusão. O risco de transmissão da doença de Chagas, em particular, era extremamente alto. Embora a participação pelos sistemas nacionais de sangue nos programas externos de avaliação do desempenho e as taxas da doação voluntária de sangue haviam aumentado, estes aumentos foram médios em toda a Região; no âmbito nacional, havia enormes disparidades. Com respeito à eficiência da coleta do sangue nos países da América Latina



e do Caribe, os dados indicavam que os pequenos centros de processamento de sangue eram menos eficientes que os centros que geriam um volume maior de sangue, como demonstrado por taxas mais elevadas dos centros maiores de doação voluntária e taxas menores de recusa de doadores. Os centros maiores também tendiam a ter melhor triagem e controle de qualidade, e eram mais eficientes de um ponto de vista financeiro, como medido por número de unidades de sangue descartadas por ano porque o sangue estava infectado ou vencido a data de validade. Havia, portanto, uma necessidade de consolidar o processamento de sangue em um número menor de centros para melhorar a eficiência, reduzir a prevalência de infecções transmitidas por transfusão e reduzir os custos.

164. Nos outros dois anos do plano de ação, a OPAS se centraria em trabalhar com autoridades sanitárias nos países-membros para melhorar o planejamento e a gestão dos sistemas nacionais de sangue, produzir cálculos exatos da necessidade de sangue e hemoderivados, estabelecer uma rede social de voluntários para ajudar a instruir os doadores de sangue e promover a doação voluntária, e eliminar a doação remunerada e para reposição. O Secretariado considerou que as estratégias e os indicadores de progresso estabelecidos sob o plano de ação continuavam sendo válidos, mas era preciso muito trabalho para atingir os objetivos do plano até 2010. Havia também uma necessidade urgente de melhorar os sistemas de informação e coleta de dados para poder avaliar progresso.

165. Solicitou-se que o Comitê Executivo examinasse o relatório e adotasse uma resolução, transmitindo ao Conselho Diretor a necessidade de sustentar a segurança da transfusão de sangue como um meio de melhorar a atenção dos pacientes e reduzir a morbidade por HIV e outras infecções na população em geral.

166. O Comitê expressou preocupação com a falta de progresso para assegurar um estoque de sangue seguro nos países da Região, mas vários membros perguntaram se a adoção de uma nova resolução teria qualquer benefício, em especial porque nenhum novo programa ou plano para melhorar a situação estava sendo proposto. Sugeriu-se que o Secretariado simplesmente deveria redobrar os seus esforços para ajudar os países a alcançar os objetivos determinados em 2005. Com esta finalidade, o Secretariado deveria formular diretrizes técnicas para calcular as necessidades anuais do sangue em uma dada população e formular estratégias e recomendações para organizar os sistemas de sangue e atrair os doadores voluntários. A este respeito, um delegado disse que a formação de redes, como se propunha no relatório, provavelmente não seria a maneira mais eficaz de promover a doação voluntária. Em vez disso, a Organização deveria se esforçar em criar um movimento local, como havia sido feito, por exemplo, para mudar as atitudes do público quanto ao fumo. Os delegados também assinalaram que era essencial identificar e abordar as causas fundamentais da falta de progresso. De outro modo, seria muito difícil produzir qualquer mudança na situação.

167. O Delegado do Canadá observou que o relatório não continha dados do Canadá e solicitou que tais dados fossem incluídos no documento a ser apresentado ao 48º Conselho Diretor. Ele, juntamente com vários outros delegados, também questionou a viabilidade de se estabelecer uma meta de 100% de doação voluntária de sangue até 2010, observando que 100% deveriam ser o objetivos de longo prazo, mas que a resolução – se deveria existir uma – não deveria fixar uma meta inatingível a curto prazo.

168. O Dr. José Ramiro Cruz (assessor regional em Serviços Laboratoriais e de Sangue, OPAS) disse que o objetivo do relatório e da resolução proposta era alertar os ministros da Saúde da Região sobre o fato de que os objetivos que os países-membros haviam determinado em 2005 não seriam alcançados até 2010 a menos que medidas enérgicas fossem tomadas de imediato. Ao analisar as razões para a falta de progresso, o Secretariado havia determinado que liderança forte por parte de ministérios da Saúde era um fator crucial para melhorar a organização de sistemas de sangue e, desse modo, melhorar a triagem do sangue e reduzir o caro desperdício de sangue que estava atualmente ocorrendo. Melhor organização dos sistemas de sangue também aumentaria as taxas de doação voluntária de sangue.

169. Com respeito à meta de 100% de doação voluntária, ele disse que o Secretariado acreditava que o estabelecimento da meta original do plano de ação em 50% havia sido um erro porque criava uma situação na qual só a metade dos pacientes poderia receber sangue de doadores voluntários; a outra metade teria de obter doações para reposição. Era um mito, ele disse, que havia uma escassez de voluntários dispostos a doar sangue na Região. Estudos em diversos países haviam demonstrado que as pessoas estavam dispostas a doar se elas tivessem confiança no sistema de coleta do sangue, se o sistema fosse organizado de maneira eficiente, e se elas fossem conscientizados da necessidade de sangue e dos benefícios de uma provisão de sangue 100% voluntária. Na Colômbia, por exemplo, a Cruz Vermelha havia organizado uma campanha de doação de sangue em associação com o Dia Mundial de Doadores de Sangue (14 de junho de 2008) e havia coletado 340 mil unidades em um único dia. Diante deste sucesso, o Secretariado acreditava que a meta de 100% de doação voluntária era alcançável.

170. A Diretora afirmou que a finalidade da resolução proposta era conscientizar os países-membros da falta de progresso e propor uma ação corretiva. Na sua opinião, a falta de progresso era devida em grande parte a uma falta de vontade política, que, por sua vez, era devida em grande parte à freqüente troca de ministros e outras autoridades sanitárias. Como resultado, era possível que o ministro da Saúde atualmente em atividade não estivesse a par do plano de ação ou do fato que, em meados do período coberto pelo plano, além de não ter havido progresso em direção aos objetivos, a situação havia deteriorado.

171. Uma resolução era o único meio disponível para a Organização de pedir às atuais autoridades sanitárias para formalmente reafirmar o compromisso de seus países com os objetivos do plano e para instar-lhes a estabelecerem uma entidade específica reguladora dentro de seus ministérios da Saúde para assumir responsabilidade pela vigilância do sistema nacional de sangue. Este último era considerado crítico porque havia evidências de que os países que tinham os sistemas mais fragmentados, também tinham os sistemas mais ineficientes e os problemas de qualidade do sangue mais graves. Eles também atraíram menos doadores voluntários porque a população não confiava que o sistema iria fazer um bom uso do sangue. Uma resolução era também necessária para abordar as falhas do plano de ação existente e modificá-lo de acordo, para incorporar novas metas e linhas de ação, como reduzir o número de centros pequenos de coleta do sangue e concentrar a atenção em 100% de doação voluntária até 2010.

172. Após uma discussão complementar, acordou-se que o Secretariado revisaria a resolução proposta, incorporando as observações e as sugestões do Comitê. A resolução revisada foi posteriormente adotada como Resolução CE142.R5.

***Regulamento Sanitário Internacional: Relatório de progresso (Documento CE142/21)***

173. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (gerente de área, Vigilância Sanitária e Controle de Doenças, OPAS) apresentou o relatório de progresso sobre a execução do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (2005) na Região, recordando que os países-membros tinham até junho de 2009 para completar a primeira fase da execução, que implicava avaliar as suas capacidades nacionais centrais de cumprir com as diversas responsabilidades determinadas no RSI. Ele forneceu dados atualizados a partir das respostas dos países a um questionário enviado pela OMS aos Estados participantes do RSI solicitando um resumo do progresso da execução do Regulamento.

174. Dos 35 países na Região, 33 tinham respondido o questionário. Desde janeiro de 2007, os países das Américas haviam informado 111 eventos que poderiam constituir potenciais emergências internacionais de saúde pública. A maioria se relacionava a doenças transmissíveis, embora houve alguns casos de zoonoses, doenças transmitidas por alimentos e contaminação de produtos aos consumidores. Todos os países na Região haviam estabelecido grupos nacionais de coordenação do RSI, mas em sete países o grupo de coordenação não operava para comunicação 24 horas ao dia, sete dias por semana. Dezoito países haviam realizado avaliações da sua capacidade nacional de vigilância e resposta, e 15 haviam avaliado as capacidades nacionais no que se refere a aeroportos, portos e pontos de travessia terrestre de fronteiras, embora somente 12 tinham documentação de suas avaliações. Ele assinalou que havia os doadores interessados no fornecimento de financiamento para permitir aos países fortalecer as suas capacidades centrais, mas a provisão de tal apoio dependia da finalização das auto-avaliações dos

países. Ele, portanto, incentivou todos os países a completarem as suas avaliações antes do final de 2008.

175. A OPAS já havia realizado treinamento em resposta rápida e outros aspectos da execução do Regulamento. Os próximos passos seriam assegurar que os grupos nacionais de coordenação do RSI estivessem disponíveis o tempo todo, que todas as avaliações das capacidades de vigilância e resposta e dos pontos da entrada estivessem finalizadas até junho de 2009, que equipes subnacionais e nacionais de resposta rápida fossem estabelecidas e que canais de comunicação fossem estabelecidos, não só com a autoridade sanitária em âmbito nacional mas também com outros setores relacionados.

176. O Comitê Executivo tinha o prazer de assinalar o progresso feito pelos países-membros da OPAS ao executar o Regulamento e elogiou a ajuda da OPAS neste processo. Os delegados reafirmaram o compromisso de seus governos em cumprir com os prazos de execução e descreveram as medidas sendo adotadas para esta finalidade nos seus países. Vários delegados também ofereceram apoio técnico à OPAS e a outros países na Região.

177. Assinalou-se que o processo de execução do RSI proporcionava uma oportunidade de fortalecer os sistemas de saúde e a capacidade de trabalho intersetorial, assim como de colaboração entre os países, particularmente nas zonas de fronteira. Maiores informações foram pedidas sobre as dificuldades enfrentadas pelos países que poderiam impedir a implementação plena do Regulamento, se a OPAS estava trabalhando com países para validar suas auto-avaliações das capacidades centrais, e sobre a formação e as atividades de desenvolvimento do pessoal que a Organização havia empreendido para apoiar a execução do Regulamento.

178. O Dr. Barbosa da Silva disse que a informação atualizada a partir das respostas dos países ao questionário da OMS, que não haviam estado disponíveis quando o Documento CE142/21 foi redigido, seria incorporada ao relatório revisado a ser preparado ao 48º Conselho Diretor. Com respeito às auto-avaliações dos países, a OPAS estava apoiando os países-membros não só através da distribuição das ferramentas técnicas, mas também através dos serviços de consultores e assessores. Além disso, a Organização estava fornecendo equipamentos e softwares aos centros de coordenação nacionais e ministrando treinamento para o seu uso. Maiores informações sobre estas atividades também seriam incorporadas ao documento revisado.

179. Ele recebeu cordialmente as ofertas de apoio e colaboração dos diversos países e observou que alguns países e áreas se encontraram em maior risco para emergências internacionais de saúde pública porque elas eram pontos de intersecção internacionais. O Panamá, em particular a Zona do Canal, e as regiões das fronteiras entre o México e os Estados Unidos e Argentina-Brasil-Paraguai-Uruguai eram exemplos. Em tais casos, a colaboração multinacional ou sub-regional para a execução e a aplicação do Regulamento seria crucial.

180. O Comitê agradeceu ao Dr. Barbosa da Silva e tomou nota do relatório.

***Fortalecimento das funções essenciais da saúde pública: Relatório de progresso (Documento CE142/22)***

181. O Dr. Eduardo Levkovitz (chefe, Políticas de Saúde e Desenvolvimento de Sistemas, OPAS), ao apresentar o Documento CE142/22, observou que o fortalecimento das funções essenciais da saúde pública (FESP) estava estreitamente relacionado com a implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005). Ele reexaminou a história da Iniciativa de Saúde Pública nas Américas, que havia sido lançada em 1999. Na primeira fase da iniciativa (2000-2001) os países haviam realizado as avaliações do desempenho das funções essenciais da saúde pública para estabelecer um ponto de comparação para medir progresso. Desde então, eles haviam elaborado planos e estratégias para o fortalecimento dos seus sistemas de saúde pública, com enfoque em três áreas principais de ação: o fortalecimento da prática da saúde pública, o desenvolvimento da infra-estrutura da saúde pública e a melhoria da capacidade de condução da autoridade nacional sanitária. Muitos países também haviam empreendido avaliações das FESP e executado atividades de fortalecimento em âmbito subnacional. O relatório de progresso descrevia algumas destas atividades e fornecia informação sobre a cooperação técnica que a OPAS estava fornecendo para apoiar os esforços dos países.

182. Ele convidou os países-membros a consultar o documento mencionado na nota de rodapé 1 do relatório (“As Funções Essenciais da Saúde Pública como uma Estratégia para Melhorar o Desempenho Global dos Sistemas de Saúde: Tendências e Desafios desde a Iniciativa de Saúde Pública das Américas, 2000-2007”, disponível em [www.lachealthsys.org](http://www.lachealthsys.org)) para informação mais detalhada e a fornecerem mais informações ao Secretariado sobre as suas iniciativas para fortalecer a prática da saúde pública.

183. O Comitê Executivo recebeu cordialmente o progresso feito para medir e melhorar o desempenho das funções essenciais da saúde pública nos países da Região e expressou apoio aos progressivos esforços da OPAS para ajudar os países-membros nesse sentido. Vários delegados informaram sobre as iniciativas em andamento nos seus países para fortalecer a capacidade da saúde pública. A Delegada do Canadá notou dois erros na

informação sobre o Canadá no relatório de progresso e disse que sua delegação apresentaria as correções por escrito.

184. Assinalou-se que os esforços para fortalecer a prática da saúde pública enfrentavam barreiras em alguns países devido à falta de profissionais de saúde pública. Foi salientada a necessidade de um maior esforço para formar e reter tais profissionais – que eram com frequência persuadidos a deixar suas carreiras de saúde pública por salários maiores no setor privado. Esta foi identificada como uma área importante de futura cooperação técnica da OPAS.

185. Várias sugestões foram feitas com respeito às próprias funções essenciais da saúde pública. Um delegado foi de opinião de que a FESP 3 (promoção da saúde) e a FESP 4 (participação social em saúde) deveriam ser combinadas, visto que a participação social em saúde era parte de um enfoque integrado para a promoção da saúde. Outro delegado, embora reconhecesse que o foco de interesse principal do trabalho nas funções essenciais de saúde pública era o nível nacional, sugeriu que a saúde internacional deveria ser incorporada na estrutura das FESP, uma vez que ações e fenômenos que ocorriam no âmbito nacional cada vez mais tinham implicações internacionais.

186. Foi proposto que, como este tema não requeria ação por parte dos Órgãos Diretivos, não deveria ser encaminhado ao Conselho Diretor.

187. O Dr. Levcovitz agradeceu aos delegados por suas observações e sugestões, e assegurou ao Delegado do Canadá que seriam feitas as correções necessárias ao documento. Ele observou que a iniciativa das FESP havia de fato adquirido vida própria. A maioria de atividades estava ocorrendo no âmbito nacional e subnacional, e a OPAS não estava a par de todas elas, em particular aquelas que estavam sendo realizadas em nível de condado, municipal, ou mais abaixo. Ele, portanto, recebeu cordialmente a informação fornecida pelos delegados e incentivou os países-membros a continuar a apresentar informação sobre as lições aprendidas e as boas práticas reunidas das suas experiências.

188. Na sua opinião, o benefício sustentado e o compromisso com a iniciativa das FESP eram devidos, em grande parte, ao fato que as 11 funções essenciais da saúde pública haviam sido amplamente estudadas e discutidas quando estava sendo elaborada a estrutura de avaliação. Ele não achava que seria aconselhável fazer qualquer mudança nesta estrutura no momento. Isso não significava, porém, que não havia conexões entre as funções ou a oportunidade para a ação transversal. A FESP 3 e a FESP 4 estavam sem dúvida vinculadas de várias maneiras, mas a FESP 4 também tinha dimensões relacionadas com os processos de tomada de decisão política, política social e diálogo social. Embora a relação entre a saúde pública e as relações internacionais não fosse tão clara quando a estrutura foi desenvolvida como agora se reconhecia ser, a FESP 5

(desenvolvimento de políticas e da capacidade institucional de planejamento e gestão da saúde pública), a FESP 6 (fortalecimento da regulamentação da saúde pública e capacidade de cumprimento) e a FESP 8 (desenvolvimento e formação de recursos humanos em saúde pública) englobavam dimensões que poderiam ser ampliadas para incorporar as funções relacionadas com a saúde internacional. Também havia ficado bastante claro que as funções essenciais da saúde pública estavam estreitamente relacionadas com outra área de grande interesse atual tanto para o Secretariado como para os países-membros: o desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas de saúde com base na atenção primária à saúde.

189. Em conclusão, ele anunciou que a versão em espanhol do curso virtual sobre o fortalecimento das funções essenciais da saúde pública, mencionado no parágrafo 19 do relatório de progresso, estaria pronta antes do final de 2008, e se esperava que a versão em português ficasse pronta logo depois. Estas versões não seriam apenas traduções do curso de idioma inglês, mas adaptações criadas segundo as características dos sistemas de saúde na América Latina.

190. O Comitê tomou nota do relatório.

***Convenção Básica para o Controle do Tabaco da OMS: oportunidades e desafios para sua execução nas Américas (Documento CE142/23)***

191. O Dr. Luiz Galvão (gerente de área, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, OPAS) introduziu o Documento CE142/23, observando que, de todas as regiões da Organização Mundial da Saúde, a Região das Américas tinha menor porcentagem de países-membros (66%) que haviam ratificado a Convenção Básica para o Controle do Tabaco da OMS (CMLAT). Ele apresentou em linhas gerais o progresso na Região até o momento ao executar as medidas estabelecidas na CMLAT, inclusive a regulamentação da embalagem e rotulagem de produtos de fumo, com a proibição do uso de termos enganosos como “light” ou “suave”, a impressão de advertências em pelo menos 30% da superfície da embalagem e a criação de ambientes livres de fumo.

192. No início de 2008, a OMS havia lançado MPOWER, um pacote de seis medidas que forneceram um guia claramente delineado para auxiliar os países a cumprir suas obrigações com a CMLAT e ajudar a todos os países, quer participem ou não da Convenção, a combater a epidemia de tabaco. Estas seis medidas eram: monitorar o tabaco, proteger as pessoas da fumaça do cigarro, oferecer ajuda para deixarem de fumar, advertir sobre os perigos do fumo, fazer cumprir as proibições de publicidade e promoção do fumo e aumentar os impostos sobre os produtos do fumo.

193. Solicitou-se ao Comitê Executivo que considerasse uma resolução proposta incentivando os países-membros que ainda não haviam feito a ratificarem a Convenção e instando tantos os participantes como os não participantes da Convenção a implementar o pacote de medidas MPOWER.

194. Na discussão que se seguiu, vários delegados, inclusive os delegados dos países-membros que ainda não haviam ratificado a Convenção, descreveram as medidas sendo adotadas pelos seus países para combaterem o tabaco, inclusive proibições do ato de fumar em edifícios públicos, restrições à publicidade, maiores impostos sobre os produtos do fumo e medidas para desencorajar o fumo entre jovens. A maioria informou que o público, inclusive uma grande parte dos fumantes, em geral havia sido receptivo às medidas executadas.

195. Com respeito à resolução proposta, um delegado pediu esclarecimento sobre um parágrafo na introdução que fazia referência à necessidade de “esforço para tornar a Convenção uma lei nacional”. Outro delegado sugeriu que o parágrafo 1(e), que reiterava aos países-membros para que participassem da Rede Ibero-americana para Controle do Tabaco, também deveria promover a participação em redes de língua inglesa.

196. A Dra. Heidi Jiménez (assessora jurídica, OPAS) explicou que, em alguns países, tratados internacionais, uma vez ratificados pelo país, entravam em vigor automaticamente, mas em outros países, era preciso implementar uma legislação nacional. Além disso, as leis existentes às vezes tinham de ser adaptadas para compatibilizá-las com as disposições do tratado. Ela disse que o Secretariado esclareceria o idioma do parágrafo em questão.

197. O Dr. Galvão observou que, como era evidente pelas observações do Comitê, a luta contra o tabaco estava ajudando a criar ambientes mais saudáveis e a fomentar uma nova consciência de saúde por parte das autoridades públicas e sanitárias. Ele disse que o Secretariado incorporaria a sugestão com respeito às redes de língua inglesa, mas esclareceu que o que o Secretariado havia pretendido era promover a participação nas redes existentes, e não a criação de novas redes.

198. A Diretora disse que estava claro que os países da Região estavam comprometidos com o combate da epidemia de tabaco. Porém, o Secretariado continuava preocupado que, das seis regiões da OMS, as Américas tinham o menor nível de ratificação. Ela reconheceu que os sistemas legais dos países eram diferentes, o que significava que o processo de ratificação levava muito mais tempo em alguns países que em outros. Ela também observou que os países que haviam assinado a Convenção, mas não ainda a haviam ratificado, estavam tomando medidas para executá-la. Contudo, a OPAS considerava importante que os países também adotassem as medidas legislativas



necessárias para incorporar as provisões da CMLAT em suas leis nacionais e incentivou todos os países-membros a adotar e ratificar a Convenção.

199. O Comitê aprovou a Resolução CE142.R11 sobre este tema.

***Controle integrado de vetores: uma resposta integral a doenças transmitidas por vetores (Documento CE142/24)***

200. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (gerente de área, Vigilância Sanitária e Controle de Doenças, OPAS) apresentou o Documento CE142/24 e uma resolução proposta sobre este tema, observando que as doenças transmitidas por vetores continuavam a ser um grande problema de saúde pública nas Américas, afetando desproporcionalmente as populações pobres e marginalizadas. Fatores como maior aglomeração e mobilidade populacionais e mudança climática implicavam em um maior risco de epidemias por doenças transmitidas por mosquito. A Região estava vivenciando não só um risco crescente de doenças conhecidas, como a dengue e a malária, mas também o surgimento de novas doenças como a febre do Nilo Ocidental e o ressurgimento de doenças havia muito ausentes, como a febre amarela urbana. Além disso, a resistência aos inseticidas estava comprometendo os programas de controle que dependiam muito de produtos químicos.

201. O controle integrado de vetores poderia ser definida como um processo racional de tomada de decisão para a utilização ideal dos recursos para o controle de vetores. Os princípios integrados de gestão de vetores contribuiriam para o uso sensato e ecologicamente racional dos inseticidas disponíveis; eles forneceriam meios aos países para reduzir sua dependência no controle químico e fortaleceriam programas de controle de vetores e os tornariam mais eficientes e compensadores quanto ao custo. Sobretudo, o controle integrado de vetores representava um enfoque intersetorial, indo muito além dos limites do setor da saúde.

202. Passos importantes na promoção do controle integrado de vetores nas Américas incluiriam a realização de análises da situação e avaliações das necessidades no âmbito nacional e regional; a formulação de diretrizes do controle integrado de vetores; a capacitação dos países para o planejamento, execução, monitoração e avaliação do controle de vetores através do desenvolvimento de recursos humanos; a promoção de parcerias e colaboração, inclusive a participação comunitária e apoio universitário em pesquisas operacionais práticas; o apoio à prevenção e controle de diversas doenças, visto que alguns vetores atuavam em mais de uma doença; a captação de recursos financeiros; e a promoção da coordenação interna e entre os países para a prevenção e o controle de doenças transmitidas por vetores.

203. O Comitê recebeu cordialmente o documento, concedendo importância especial à sua ênfase nos aspectos intersetoriais do controle de vetores. Considerou-se que um enfoque intersetorial ajudaria a reduzir a dependência na pulverização em massa de pesticidas, que seria benéfico ao ambiente. Um delegado sugeriu, porém, que a estratégia deveria deixar em aberto uma ampla gama de opções para o controle de vetores, inclusive o uso prudente de pesticidas quando for conveniente. Outro delegado disse que se pesticidas tivessem de ser usados, deveria ser dada preferência aos que eram menos nocivos ao ambiente e às pessoas, como pesticidas biológicos.

204. Vários delegados destacaram que, embora era sem dúvida importante enfrentar a questão dos vetores como um todo, era também importante estar ciente de que as doenças transmitidas por vetores tinham características específicas, e era portanto necessário também fortalecer programas específicos para as doenças. Os delegados também destacaram a importância de fortalecer a comunicação, tanto com a população como entre o governo e os meios de comunicação em massa, para assegurar de que eram transmitidas mensagens exatas e claras sobre os perigos das doenças transmitidas por vetores, em vez de informação alarmista que causava ansiedade exagerada do público.

205. Vários delegados descreveram o trabalho sendo realizado nos seus países para o controle de vetores. Alguns países já estavam utilizando um enfoque intersetorial. Destacou-se que orientações técnicas a ser formuladas deveriam enfatizar a importância da participação comunitária, e também deveria conter exemplos de boas práticas extraídas de experiências com êxito dos países. Um delegado propôs que a OPAS deveria considerar a possibilidade da criação de um cargo de assessor regional para o controle de vetores a fim de apoiar atividades e fornecer um espaço para colaboração entre os países nesta área.

206. Um delegado questionou a necessidade de uma resolução sobre este item, assinalando que, como o trabalho na estratégia regional para controle integrado de vetores ainda estava em andamento, adotar uma resolução parecia ser prematuro. Ele também observou que o Documento CE142/24 não requeria uma resolução, apenas pedia ao Comitê Executivo que tomasse nota do trabalho até o presente.

207. O Dr. Barbosa da Silva concordou que o compartilhamento das experiências com êxito precisava ser melhorado, com a OPAS assegurando a difusão imediata das informações para que os países-membros pudessem aprender uns com os outros. Ele também concordou com a importância da participação comunitária, que havia sido demonstrado como sendo uma estratégia eficaz em diversas iniciativas nacionais para o controle da malária e outras doenças. A participação comunitária era particularmente importante porque o controle das doenças transmitidas por vetores envolvia a indução das pessoas a mudar seus comportamentos e hábitos. A OPAS estava examinando como o Fundo Estratégico poderia ser usado de modo mais eficaz para assegurar que os países

tivessem acesso a provisões para o controle de vetores. Isso poderia incluir o uso de pesticidas, inclusive pesticidas biológicos, sob condições apropriadas de segurança e qualidade, embora seu uso não devesse ser o componente primário da gestão de vetores.

208. A Diretora reconheceu que havia uma discrepância entre a ação solicitada do Comitê Executivo no documento e a proposta de que uma resolução deveria ser adotada. Na sua opinião, não era necessário elaborar uma nova estratégia integrada de gestão de vetores: melhor, o que era necessário era incorporar o enfoque integrado em iniciativas existentes para o controle da dengue, malária e outras doenças transmitidas por vetores. Se a resolução proposta fosse adotada, com as melhoras como o Comitê considerava necessário, ela seria um mandato suficiente para OPAS avançar com o enfoque integrado, sem necessidade de elaborar uma nova estratégia ou plano de ação.

209. Depois de examinar uma resolução proposta e considerar as várias emendas propostas pelos delegados, o Comitê aprovou a Resolução CE142.R9 sobre este tema.

***Saúde e relações internacionais: vínculos com o desenvolvimento nacional da saúde (Documento CE142/25)***

210. O Dr. Pedro Brito (gerente de área, Fortalecimento dos Sistemas de Saúde, OPAS) apresentou o Documento CE142/25, observando que este tinha o intuito de servir como um ponto de partida para diálogo entre o Secretariado e os países-membros sobre saúde e relações internacionais, levando por fim ao desenvolvimento de um modelo programático que guiasse a cooperação técnica da Organização e seu trabalho ao ajudar os governos a consolidar a capacidade institucional necessária para operar com eficiência no atual ambiente global de saúde. Ele resumiu o conteúdo do documento, que analisava a complexa relação entre a saúde e as relações internacionais, as mudanças que haviam ocorrido nesta relação e no campo da cooperação internacional de saúde, e algumas das implicações destas mudanças para o desenvolvimento nacional da saúde. Quatro esferas de ação eram propostas: fortalecimento da liderança em saúde; diplomacia da saúde ou a capacidade dos governos nacionais de manter relações internacionais em questões de saúde; gestão da cooperação internacional; e o desenvolvimento da capacidade nacional de ação internacional na saúde.

211. Solicitou-se ao Comitê Executivo que desse sugestões para a melhoria do documento e expressasse suas opiniões sobre as áreas propostas de ação a fim de permitir ao Secretariado formular uma proposta mais bem definida para consideração pelo Conselho Diretor.

212. O Comitê recebeu cordialmente o documento, que se considerava como sendo pioneiro em vários aspectos, em particular o vínculo entre as relações internacionais e o desenvolvimento nacional da saúde. O Delegado do Chile, recordando que o seu governo havia solicitado que este tema fosse colocado no programa do Comitê, disse que a sua delegação via com muita satisfação o enfoque que o Secretariado havia tomado ao preparar o documento. A preocupação principal do Chile havia sido o fortalecimento da capacidade dos funcionários do ministério da Saúde responsáveis pela gestão da cooperação internacional e coordenação das atividades dos organismos internacionais de cooperação no âmbito nacional. O documento abordava esta necessidade, mas era muito mais abrangente, o que aumentava o seu mérito. Outros delegados comentaram que o documento marcava um desvio da área técnica normalmente abordada pela OPAS, que era de interesse exclusivo ou principalmente dos profissionais da saúde pública. Este documento abordava os temas de interesse dos profissionais de muitos setores, inclusive as relações exteriores, o ambiente e o comércio. Indicava que saúde era de fato intersetorial.

213. Assinalou-se que deveria ser tomada atenção na escolha da linguagem usada para falar sobre esta nova área da cooperação. Vários delegados expressaram interesse especial quanto ao termo “diplomacia da saúde”, que eles achavam que talvez não fosse amplo o suficiente. Um delegado afirmou que a saúde havia surgido como uma questão diplomática somente depois do final da Guerra Fria. Por ser relativamente novo, o conceito de “diplomacia da saúde” ou “saúde e diplomacia” como um campo de empenho ainda estava em evolução. Este fato, ele sugeriu, deveria estar mais claro no documento.

214. Um outro delegado sugeriu que o parágrafo 28 do documento, que tratava dos empecilhos aos programas verticais de ajuda específicos para doenças, deveria ser revisto. Ele assinalou que os programas específicos para doenças poderiam, além de salvar vidas, contribuir para o fortalecimento global dos sistemas de saúde e da infraestrutura básica da saúde. A iniciativa de erradicação da poliomielite era um exemplo: a infra-estrutura laboratorial implantada como parte deste esforço estava agora sendo usada na luta contra outras doenças.

215. Com respeito à função de cooperação técnica da OPAS, destacou-se a importância de melhorar a capacidade de liderança da autoridade sanitária nacional. Os delegados identificaram a vigilância de doenças, particularmente em áreas com grande volume de tráfego e comércio internacionais, e a harmonização dos sistemas reguladores e da prestação de serviços como áreas que especialmente precisavam ser fortalecidas. A ajuda dos governos à análise do impacto sanitário das políticas públicas propostas era considerada um outro papel importante da OPAS. Enfatizou-se que a Organização deveria centrar as suas atividades de cooperação técnica em áreas que se classificavam claramente dentro de seu mandato e competências centrais – por exemplo, ajudar os países a executar o Regulamento Sanitário Internacional ou a capacitar-se para executar

os princípios da Declaração de Paris sobre Eficácia da Ajuda. Destacou-se o vínculo entre esta área de trabalho e o trabalho da Organização sob o mandato criado mediante a Resolução WHA61.21 (Estratégia Global e Plano de Ação em Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual, ver parágrafos 311 a 316 abaixo).

216. A maioria dos membros do Comitê concordou que uma proposta de resolução sobre este tema deveria ser redigida e encaminhada ao Conselho Diretor para aprovação, com o objetivo de fornecer uma base para ação futura com respeito à saúde e relações internacionais. A proposta de resolução proposta foi discutida e revista amplamente, sendo grande parte da discussão centrada no papel da OPAS, em particular sua participação em fóruns políticos. Enfatizou-se que a participação da OPAS em tais reuniões deveria ser limitada aos assuntos relacionados à saúde. Também se considerou que a OPAS não deveria participar de relações internacionais ou da formação de profissionais de contratação nacional responsáveis pelas relações internacionais, que era de competência dos governos nacionais.

217. A Diretora assinalou que a OPAS já estava participando, a pedido dos países-membros, de fóruns políticos como as Cúpulas das Américas. A resolução simplesmente daria à Organização um mandato formal para continuar a fazer algo que os países-membros haviam pedido reiteradamente para que fizesse. Ela também assinalou que não era nenhuma novidade a participação da OPAS na formação de profissionais de contratação nacional em saúde internacional e relações internacionais. A Organização contribuía para esta formação através dos seus próprios líderes no Programa de Saúde Internacional e da sua participação nos programas de formação profissional do Conselho Interamericano de Defesa. Ela também havia se associado a faculdades de relações internacionais e saúde pública em universidades em Washington, D.C., para elaborar os programas de formação profissional em saúde internacional. Além disso, a Organização tinha responsabilidades de formação e capacitação sob o Regulamento Sanitário Internacional (2005), que tinha obviamente implicações nas relações internacionais.

218. Após discussão complementar e revisão, o Comitê aprovou a Resolução CE142.R14.

***Atualização sobre a mudança climática e seu impacto para a saúde pública (Documento CE142/26)***

219. O Dr. Luiz A. Galvão (gerente de área, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, OPAS) apresentou o Documento CE142/26, assinalando que o Quarto Relatório de Avaliação do Painel Intergovernamental sobre Mudança Climática havia claramente demonstrado os efeitos para a saúde da mudança climática e que tais efeitos afetavam desproporcionalmente as populações vulneráveis, em particular os pobres. Ele observou que, como havia se tornado costumeiro, a mesa redonda a ser realizada durante

o 48º Conselho Diretor se centraria no mesmo tema que o do Dia Mundial da Saúde, que em 2008 havia sido “Proteção da Saúde contra a Mudança Climática”. A mesa redonda começaria com um breve vídeo sobre a mudança climática, seguido dos comentários da Diretora e de um palestrante principal. Depois haveria uma apresentação sobre o plano regional de ação proposto, que estava sendo preparado em conformidade com a Resolução WHA61.19 da Assembléia Mundial da Saúde. Ressaltando os objetivos estratégicos do plano de ação, que figuravam do Anexo I do Documento CE142/26, ele recordou que as fundações para o plano havia sido estabelecidas no Seminário Regional sobre Mudança Climática e seus Efeitos para a Saúde nas Américas, realizado no Brasil durante a semana do Dia Mundial da Saúde.

220. Depois da apresentação do plano de ação, os participantes da mesa redonda seriam divididos em três grupos de trabalho a ser presididos pelo Presidente e Vice-presidentes do Conselho Diretor, que examinariam o plano de ação e temas relacionados. Os resultados das discussões seriam posteriormente apresentados ao plenário. Ele observou que estavam sendo convidados representantes da comunidade acadêmica e de ONGs para participar da mesa redonda.

221. O Comitê recebeu cordialmente a informação sobre os preparativos para a mesa redonda e para a preparação do plano de ação. Vários delegados mencionaram o provável impacto da mudança climática aos seus respectivos países, ressaltando que era fundamental que o plano de ação levasse em consideração as circunstâncias nacionais. Uma delegada observou que, embora o relatório da quarta sessão do Painel Intergovernamental sobre Mudança Climática tivesse proporcionado alguns dos mais recentes fatos que a ciência conhecia sobre a mudança climática, havia sido usado o condicional, o que transmitia a idéia de que estes fatos da ciência ainda estavam em evolução. Em vez de se falar em certezas, falou-se de efeitos em potencial e caracterizou-se a probabilidade de resultados específicos em termos de grau alto, intermediário e baixo de certeza. Ela sugeriu que o Secretariado deveria usar o mesmo enfoque ao redigir o plano de ação. Outro delegado recomendou que o plano deveria ser menos prescritivo e que deveria definir as funções do Secretariado e dos países-membros mais claramente.

222. Vários delegados expressaram preocupação de que os 30 minutos destinados às discussões do grupo de trabalho seriam insuficientes para discutir tema tão importante.

223. A Diretora esclareceu que a referência no documento a um período de discussão de 30 minutos era um erro. Depois de uma introdução de 15 minutos no plenário, incluindo comentários pela Diretor-geral da OMS se ela estiver em Washington no dia da mesa redonda, os grupos de trabalho teriam pelo menos uma hora e quinze minutos de tempo de discussão. Depois haveria uma discussão subsequente no plenário. Ao todo, pelo menos duas horas seriam destinadas ao tema.

224. O Comitê Executivo tomou nota dos preparativos para mesa redonda e do plano de ação proposto.

#### **Assuntos administrativos e financeiros**

##### ***Processo para implantação da nova escala de cotas de contribuição com base na nova escala da OEA (Documento CE142/27)***

225. O Dr. Osvaldo Salgado (representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que, na segunda sessão do Subcomitê em março, o Secretariado havia anunciado que seria elaborada uma nova escala de contribuições da OPAS, com base na escala de contribuições aprovada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) em novembro de 2007, e apresentada aos países-membros junto com a proposta de orçamento para programas para o período 2010–2011.

226. A Diretora confirmou que a escala de contribuições seria apresentada na próxima sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração em princípios de 2009. Ela acrescentou que a nova escala se baseava na escala da OEA, mas que havia sido adaptada aos membros integrantes da OPAS, que eram um pouco diferente dos da OEA.

227. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

##### ***Relatório sobre a arrecadação das contribuições (Documento CE142/28 e Add. I)***

228. A Sra. Linda Kintzios (tesoureira-chefe, Gestão, Análise e Sistemas Financeiros, OPAS) apresentou o Documento CE142/28, que continha informação sobre a situação das contribuições devidas dos países-membros, países participantes e associados em 31 de dezembro de 2007 e 30 de abril de 2008. O apêndice ao documento fornecia informação atualizada referente à receita em 16 de junho de 2008. Ela tinha o prazer de informar que, após essa data, a Organização havia recebido pagamentos adicionais, de \$ 6.211 das Bahamas, \$62.765 da Bolívia, \$9.735 da Costa Rica e \$64.152 de Cuba. A arrecadação combinada de pagamentos em atraso e contribuições relativas ao ano corrente era, até o momento em 2008, de \$40,5 milhões, que representava uma diminuição significativa em arrecadações gerais em comparação com à quantia que havia sido arrecadada em junho de 2007 (\$70,1 milhões).

229. Ao todo, 27 países-membros haviam efetuado os pagamentos das contribuições até agora em 2008 e mais de 63% dos pagamentos em atraso foram pagos, deixando um balanço de somente \$13,1 milhões. A arrecadação das contribuições para o ano corrente foi de \$18,1 milhões (19%), também uma diminuição significativa em comparação a 2007. Treze países-membros haviam pago as suas contribuições integrais de 2008,

todos os países-membros com planos de pagamentos a prazo estavam em cumprimento total dos termos destes planos, e somente um país-membro estava potencialmente sujeito a restrições de voto estabelecidas em conformidade com o Artigo 6.B da Constituição da OPAS.

230. A Diretora disse que o Secretariado estava trabalhando com o país potencialmente sujeito às disposições do Artigo 6.B com o objetivo de assegurar para que ele pudesse participar plenamente do 48º Conselho Diretor. Ela observou que a Organização havia tido atrasos no recebimento de pagamentos de vários grandes contribuintes, que explicavam por que a porcentagem de verbas recebidas em junho era tão baixa. Para manter a Organização em funcionamento enquanto estes pagamentos não chegassem, ela havia sido obrigada a solicitar autorização do Comitê Executivo para um empréstimo interno, e ela era grata ao Comitê pela resposta imediata à sua solicitação.

231. O Delegado do Canadá pediu desculpas pelo atraso de seu governo em pagar sua contribuição de 2008 e disse que o Canadá esperava fazer um pagamento parcial em breve. O atraso se devia a uma mudança no mecanismo para o pagamento de todas as obrigações do Canadá perante as organizações internacionais. O mecanismo havia sido aprovado e os futuros pagamentos deveriam ser efetuados a tempo.

232. Na discussão da resolução proposta sobre este tema, vários delegados expressaram a opinião de que a resolução não deveria indicar o número específico de países-membros que não haviam efetuado os pagamentos das suas contribuições de 2008, principalmente porque este número muito provavelmente mudaria antes do 48º Conselho Diretor. A questão foi também levantada quanto ao parágrafo 4 da resolução proposta que recomendava que as restrições de voto contidas no Artigo 6.B da Constituição da OPAS fossem aplicadas estritamente a qualquer país-membro que, na abertura do 48º Conselho Diretor, não havia efetuado pagamentos substanciais das suas cotas de contribuição. Sugeriu-se que a linguagem fosse menos enfática. Outros delegados destacaram que a escolha de palavras do parágrafo 4 era a normalmente usada em muitas resoluções anteriores do Comitê Executivo sobre este tema.

233. A Diretora afirmou que a escolha de palavras do parágrafo 4 era a usual. O objetivo era alertar os países-membros sobre a necessidade de adotar medidas para cumprir com as suas obrigações financeiras perante a Organização antes da abertura do Conselho Diretor para evitar a suspensão dos seus privilégios de voto. Porém, a decisão final com respeito à aplicação do Artigo 6.B seria tomada pelo Conselho Diretor com base nas recomendações de um comitê dos países-membros nomeado pelo Conselho, e este comitê faria as devidas considerações sobre circunstâncias especiais ou atenuantes que talvez tivessem impedido um país-membro de cumprir com as suas obrigações.



234. O Comitê ficou satisfeito com as explicações dadas pela Diretora e aprovou a Resolução CE142.R2, mantendo a linguagem do parágrafo 4.

***Priorização programática e critérios de alocação de recursos (Documento CE142/29)***

235. O Dr. Osvaldo Salgado (representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia tratado amplamente deste tema durante a sua segunda sessão em março e novamente na reunião virtual em 30 de abril. O Subcomitê havia considerado como sendo em geral satisfatórios os critérios aplicados no exercício de priorização. Porém, havia assinalado que, embora estes critérios levassem em consideração os mandatos regionais como a Agenda de Saúde para as Américas, eles não incorporavam qualquer mandato global. Os membros do Subcomitê haviam mencionado vários critérios adicionais que poderiam ter uma relação com o estabelecimento de prioridades, inclusive resultados e impactos esperados e o prazo para obtê-los, o contexto político, e o âmbito em que o trabalho deveria ser realizado (regional, sub-regional ou nacional). O Subcomitê havia realçado que as prioridades deveriam ser reexaminadas a cada biênio e revistas em face das mudanças das circunstâncias. O Subcomitê havia concordado por unanimidade que os futuros exercícios de priorização deveriam envolver participantes externos, principalmente representantes dos países-membros. Foi enfatizado que os participantes externos selecionados deveriam ser especialistas versados tanto em saúde pública como em questões administrativas.

236. Na reunião virtual em 30 de abril, o Secretariado havia informado que as observações e as sugestões do Subcomitê haviam sido incorporadas ao documento que estava sendo preparado para o Comitê Executivo (Documento CE142/29). O Subcomitê havia respaldado o processo estabelecido no documento, com as revisões observadas, e voltado a enfatizar a necessidade de rever as prioridades em cada biênio.

237. Alguns membros do Comitê Executivo consideraram que o documento era pouco claro quanto ao que estava sendo solicitado do Comitê. Como o Plano Estratégico para o biênio atual estava implementado, com recursos já alocados aos diversos objetivos estratégicos, eles desejavam saber se o processo de priorização poderia ter um impacto sobre esta distribuição dos recursos. Um membro expressou reservas quanto à idéia de envolver um grande número de participantes externos nos futuros exercícios de priorização, temendo que sua participação poderia ser muito custosa e de valor limitado.

238. Chamando atenção a um quadro que apresentava os resultados do exercício de priorização (contido no anexo ao Documento CE142/29), um membro perguntou o que de fato o termo “prioritário” significava para o trabalho da Organização, e sob que circunstâncias o Secretariado poderia considerar a possibilidade de modificar uma prioridade. Ele também perguntou se o Secretariado poderia fornecer um exemplo concreto para ilustrar os princípios básicos do exercício de priorização. Por exemplo,

diante da atual preocupação mundial com a segurança alimentar, como se havia concordado que o Objetivo Estratégico 9, “Melhorar a nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar”, teria a menor prioridade no quadro?

239. O Dr. Hernán Rosenberg (assessor sênior, Coordenação de Recursos, OPAS) disse que a finalidade do documento era explicar, em um espírito da transparência, o processo pelo qual o exercício de estabelecimento de prioridades foi realizado, em vez de discutir os seus resultados. O Secretariado buscava observações e sugestões sobre o processo propriamente dito para futuramente guiá-lo em tais exercícios. Ele realçou que a priorização era um exercício programático, e não orçamentário. Se a OPAS tivesse de fazer uma escolha em sobre onde gastar os seus recursos, logo necessitava ter uma idéia coletiva do que era preciso fazer. Os países-membros haviam sido consultados em processos anteriores de priorização, e tais consultas prosseguiriam. Ele recordou que o Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração havia sido favorável à abertura do processo a participantes externos. Ao decidir quem deveria ser convidado a participar, o Secretariado seria muito cuidadoso ao escolher as pessoas que eram versadas em saúde pública e/ou administração.

240. Passando ao exemplo específico do Objetivo Estratégico 9, ele enfatizou que a questão não era a importância intrínseca de um objetivo em particular, pois todos eles eram importantes. Ao contrário, era uma questão de como a Organização deveria distribuir os seus recursos para ter o maior impacto. Como diversas outras organizações estavam envolvidas na área da nutrição, a OPAS poderia obter um maior impacto ao dar mais enfoque a outros campos em que havia um número bem menor de organismos envolvido.

241. A Diretora observou que o exercício de priorização era parte do processo de execução da gestão baseada em resultados. A RSPA estabeleceu seu Plano Estratégico e determinou os recursos que seriam necessários para executá-lo, mas não necessariamente tinha os recursos necessários bem no primeiro dia de execução, e poderia precisar modificar as prioridades conforme fosse. E depois, no curso da execução, as situações poderiam mudar e novamente poderia haver necessidade de transferir recursos. Por exemplo, a receita esperada não poderia ser recebida como previsto, ou um país poderia ter uma catástrofe natural ou ter uma troca de governo implicando na mudança das prioridades de saúde, sendo todos estes cenários nos quais as prioridades de alocação de recursos poderiam ser modificadas, e a OPAS precisava de uma metodologia que possibilitasse isso. Era responsabilidade do Secretariado, e o seu desafio, realocar os recursos de acordo com a mudança das prioridades a fim de atingir os resultados esperados que os Órgãos Diretivos haviam estabelecido. Reforçando os comentários do Dr. Rosenberg sobre o Objetivo Estratégico 9, ela ressaltou que na área de nutrição, a OPAS tinha parceiros fortes, tanto no sistema das Nações Unidas como no sistema interamericano.

242. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

***Relatório financeiro da Diretora e relatório do auditor externo para 2006-2007 (Documento Oficial 331)***

243. A Sra. Sharon Frahler (gerente de área, Gestão Financeira e Relatório de Atividades, OPAS) apresentou um resumo da situação financeira da Organização, que foi descrita em maiores detalhes no *Documento Oficial 331*. Ela informou que a OPAS estava em uma situação financeira favorável sem precedentes. O financiamento total da Organização havia alcançado \$1,16 bilhão, \$359 milhões acima de 2004-2005, e a receita mais elevada para a Organização em qualquer biênio. O aumento na receita havia sido resultado do pagamento de dívidas em atraso das contribuições dos países-membros, maior captação de contribuições voluntárias, crescimento em compras de vacinas e provisões essenciais de saúde pública em nome dos países-membros e maior financiamento da Organização Mundial da Saúde. A Organização havia recebido o mais elevado nível de pagamento das cotas de contribuição em mais de 10 anos, com a atual arrecadação de cotas para o biênio 2006-2007 alcançando \$155,1 milhões e o pagamento das dívidas em atraso alcançando \$54,8 milhões. Mas o aumento mais surpreendente dos recursos financeiros havia ocorrido nas atividades de compra da Organização em nome dos países-membros, que havia crescido de um total acumulado de \$338,9 milhões em 2004-2005 a \$513,7 milhões em 2006-2007, um aumento geral de 52% para os três fundos de compras da Organização.

244. Em termos gerais, havia um excedente de recebimentos em relação aos gastos de \$38,8 milhões. Destes, \$5,8 milhões haviam sido usados para elevar a quantia do Fundo de Capital de Giro ao seu limite máximo autorizado de \$20 milhões, e \$7,7 milhões para levar o Fundo Mestre de Investimento de Capital até o seu limite máximo autorizado de \$8 milhões. Havia portanto um balanço disponível na conta de patrimônio de \$25,3 milhões.

245. Desde o final de maio de 2008, haviam sido recebidos quase \$18 milhões em contribuições do ano corrente, assim como quase \$8 milhões em contribuições de anos anteriores. Após essa data, a OPAS havia recebido vários pagamentos de cotas, inclusive um pagamento de mais de \$14 milhões. No dia 18 de junho, o balanço era de \$15 milhões no Fundo de Capital de Giro. Assinalando que esta quantia só cobriria os gastos por cerca de dois meses, ela pediu aos países-membros com pagamentos de cotas pendentes para quitar suas dívidas o mais breve possível.

246. O Sr. Graham Miller (representante do Auditor Externo) resumiu o Relatório do Auditor Externo, o Sr. Tim Burr (auditor e interventor geral, Escritório Nacional de Auditoria do Reino Unido). Ele estava contente por confirmar que, depois de escrutínio

rigoroso, independente e objetivo das contas e operações da Organização, o Auditor Externo não havia encontrado pontos fracos ou erros que poderiam ter repercussão material na validade das declarações financeiras como um todo. Portanto, o Auditor Externo tinha o prazer dar um parecer de auditoria sem reservas sobre as declarações para o período entre 1º. de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2007.

247. Ele examinou o conteúdo do relatório (incluído no *Documento Oficial 331*), observando que este cobria os resultados globais financeiros da OPAS, seu progresso rumo à implantação das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS), uso de cartas de acordo com os parceiros da implantação, vagas para o pessoal dentro da Organização, controle financeiro em campo, resultados financeiros dos centros sub-regionais, separação planejada da OPAS e centros sub-regionais, e o seguimento de recomendações de auditorias anteriores. Com respeito a este último, ele recordou que o relatório da auditoria anterior havia observado a fraqueza contínua no nível de supervisão interna dentro da Organização. Embora a OPAS tivesse tentado abordar estas questões e recrutar pessoal capacitado, ainda não havia conseguido atrair os candidatos apropriados ao posto de auditor sênior interno. O atual relatório da auditoria recomendava que a OPAS deveria considerar terceirização do cargo de supervisão interna.

248. Com respeito ao estabelecimento do Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos (ICMS), o relatório destacou com pesar que as disposições anteriores para investigar fraude havia sido diluídas e não havia nenhum grupo de coordenação central para empreender este aspecto crítico de boa gestão. O relatório recomendou que a equipe de ICMS deveria estabelecer um subgrupo com o mandato específico para investigar e notificar os casos de fraude. Na área de gestão de risco, os auditores haviam trabalhado estreitamente com a OPAS para dar orientação sobre a avaliação de riscos e a elaboração de registros de riscos. Embora a Organização estivesse fazendo progressos nesse sentido, a gestão de risco ainda não estava embutida nos seus processos de funcionamento. Os auditores recomendaram que a Organização fixasse uma meta de data para a adoção plena de uma disposição sistemática de gestão de risco de operação. Eles também recomendaram que a Organização estabelecesse um comitê de auditoria. Embora os termos de referência do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração fossem extensos e incluíam a análise de declarações financeiras, planos da auditoria e relatórios, o Subcomitê não requereu a participação do Auditor Externo e não cumpriu com o bom papel de governança de um comitê de auditoria constituído por uma maioria de membros independentes.

249. O Comitê Executivo recebeu cordialmente o parecer de auditoria sem reservas e a situação financeira da Organização em boas condições no geral. Algumas delegações pediram observações do Secretariado sobre duas áreas que se destacavam no relatório do Auditor Externo: a idade avançada e o grau alto de adaptação dos sistemas de tecnologia

da informação da Organização, e os pontos fracos na gestão de fundos transferidos a terceiros sob cartas de acordo.

250. A Sra. Frahler disse que, para o presente, o sistema computadorizado estava suprindo as necessidades de gestão financeira da Organização. Era verdade, porém, que certas adaptações haviam sido necessárias para compatibilizar os eventos como a implantação progressiva das IPSAS e, uma vez a Organização tivesse passado para um pleno regime de competência, o uso do sistema existente se tornaria mais problemático.

251. Com respeito aos fundos geridos conforme cartas de acordo, a OPAS havia tomado nota das observações do Auditor Externo. Uma recente inovação era a lista mensal de verificação da garantia da qualidade e de controle interno, que se exigia que fosse revisada e assinada por cada administrador nas representações nos países, certificando que havia executado e revisado todos os controles requeridos ou que desse explicações caso algum controle não tivesse sido executado. O representante da OPAS/OMS depois assinava a lista, colocando desse modo sua carreira em risco caso fosse identificado que um dos controles exigidos havia sido omitido. Além disso, todos os administradores seniores da OPAS eram agora obrigados a assinar uma declaração anual atestando que eles não tinham conhecimento de pontos fracos nem de falta de controles internos nas contas financeiras sob sua responsabilidade.

252. A Diretora acrescentou que a responsabilidade pelas cartas de acordo havia sido transferida dos Serviços de Compra à Unidade de Orçamento para Programas, e que haviam sido elaboradas novas diretrizes para geri-las. Elas estavam atualmente em processo de aprovação, e previa-se sua implantação dentro de um mês. Estes passos contribuiriam para assegurar que os relatórios requeridos fossem de fato escrito e entregues.

253. Passando a outras áreas de preocupação destacadas no relatório do Auditor Externo, ela disse que a OPAS estava a par dos riscos envolvidos em ter um grande número de postos vagos. Muitas das vagas haviam surgido como parte de um processo de transição dentro da Organização para adaptar-se aos requisitos do Plano Estratégico 2008–2012. Um plano de recursos humanos estava agora pronto e o processo de recrutamento começaria em breve. Além disso, a própria função de recursos humanos estava sendo reestruturada para maior eficiência. Com respeito ao estabelecimento de um comitê de auditoria, o Secretariado estava estudando a viabilidade de utilizar os serviços de especialistas de outras organizações internacionais em Washington, D.C., e Nova York. Esta possibilidade seria explorada mais a fundo assim que o auditor sênior interno estiver envolvido.

254. Em relação à separação planejada do Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) e o do Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI) da OPAS, e sua

incorporação no futuro Organismo de Saúde Pública de Caribe, uma equipe de gestão de projetos havia sido criada pela Comunidade do Caribe (CARICOM), e OPAS estaria entrando em contato com eles para formular um plano para a transição. Uma abordagem semelhante seria adotada com respeito à separação planejada da OPAS do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP).

255. A tecnologia de computação era de grande importância para a Organização, visto o seu papel fundamental na sua eficiência e produtividade. A questão de mudança ou melhoria dos sistemas estava em avaliação constante; porém, qualquer mudança importante tinha a possibilidade de ser cara. Entretanto, o Secretariado estava tendo o cuidado de assegurar que qualquer mudança feita aos sistemas atuais não ameaçasse a compatibilidade com o Sistema de Gestão Global da OMS.

256. O Comitê Executivo tomou nota do relatório financeiro da Diretora e do relatório do Auditor Externo.

***Uso da receita do Orçamento para Programas excedente ao orçamento ordinário de trabalho efetivamente autorizado (Documento CE142/30)***

257. O Dr. Osvaldo Salgado (representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que, em sua segunda sessão em março, o Subcomitê havia sido informado pelo Secretariado que a Organização estava em uma situação financeira sem precedentes nos últimos 20 anos, ou seja, tinha um excedente de receita em relação ao gasto previsto de cerca de \$33 milhões. Uma parcela foi usada para capitalizar o Fundo Mestre de Investimento de Capital até o teto autorizado de \$8 milhões. O Subcomitê havia tido uma intensa e rica discussão sobre como usar o restante, durante a qual muitas opiniões diferentes haviam sido expressas sobre como selecionar os projetos a ser financiados.

258. Na reunião virtual do Subcomitê em 30 de abril, havia sido confirmado que o excedente disponível era de \$25,3 milhões. Com base na discussão anterior do Subcomitê, o Secretariado havia proposto dois critérios para tais projetos, isto é, que eles deveriam fortalecer e apoiar as atividades prioritárias de saúde pública nos países das Américas e que eles deveriam fortalecer a capacidade o Secretariado de enfrentar as necessidades dos países das Américas. O Secretariado também havia proposto uma série de características que tais projetos deveriam ter, a saber, que eles deveriam fortalecer os processos e criar eficiências, deveriam ser extraordinários e ter repercussão e deveriam ser iniciativas as quais provavelmente receberiam pouco financiamento de doadores.

259. O Subcomitê havia chamado atenção para a necessidade de uma análise de custo mais detalhada das diversas opções propostas. As informações apresentadas para os projetos deveriam ser formalizadas em um plano de gastos que incluía uma descrição da

atividade, a justificação para seu financiamento, seu custo por biênio e por quanto tempo necessitaria financiamento e, se houvesse, seu potencial de compartilhamento de custos. Alguns membros do Subcomitê haviam sugerido alocar uma maior parcela do excedente às iniciativas para fortalecer e apoiar atividades prioritárias de saúde pública nos países em vez de fortalecer operações dentro do Secretariado, enquanto outros eram a favor de uma divisão mais equilibrada de financiamento entre os dois critérios. Solicitou-se ao Secretariado que proporcionasse ao Comitê Executivo uma priorização recomendada dos projetos e também que informasse o Comitê se ele considerava que todo ou somente uma parcela do excedente deveria ser usada em 2008.

260. O Comitê Executivo expressou agradecimento pelas explicações mais a fundo que foram dadas, como solicitado, sobre as propostas de projetos e os custos associados. Via de modo favorável o enfoque de usar o excedente para financiar trabalhos grandes e únicos que talvez dificilmente seriam financiados com o orçamento ordinário.

261. Alguns delegados expressaram reservas quanto a gastar o dinheiro em estudos com o propósito de identificar outros requisitos em vez de em projetos específicos com um começo e fim definidos, em particular se tais estudos ou análises não pareciam ter como características causar repercussão, ser sustentável ou minimizar custos recorrentes agregados. Também se assinalou que usar o excedente para financiar o início das atividades de projetos de longo prazo implicariam em um compromisso de gastos futuros pela Organização ou pelos países, para assegurar que tais projetos continuassem operacionais no futuro. Os delegados também observaram com preocupação que, enquanto os critérios para a seleção de projetos haviam mostrado originalmente um equilíbrio entre os projetos beneficiando a Organização e os que beneficiariam diretamente aos ministérios da Saúde nos países-membros, agora a imensa maioria dos projetos propostos seria de benefício principalmente à Organização.

262. A Diretora respondeu que, como ela havia examinado as discussões das sessões de março e abril do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração, ela havia percebido que existia uma relação íntima entre os dois critérios, no sentido que ao melhorar as operações da Organização, os projetos propostos teriam maior capacidade de serem úteis ao país-membro em questão. Ela assinalou que todos os projetos relacionados no anexo ao Documento CE142/30 recaíam em uma das quatro categorias específicas relacionadas no parágrafo 16 do documento. Ela também observou que o Secretariado havia levado em consideração a sugestão de alguns países que seria prudente não se apressar em gastar a quantia toda. Ela era também desta opinião, e o Secretariado havia adotado uma abordagem cautelosa, com os projetos recomendados para a aprovação totalizando apenas \$5,675 milhões. Este mesmo cuidado explicava por que muitos dos projetos estavam na forma de estudos ou investimentos iniciais: em vez de se apressar em fazer gastos em grande escala, era prudente gastar primeiro uma quantia pequena para determinar exatamente o que era necessário.

263. O Comitê Executivo em seguida considerou cada projeto a fim de determinar quais deveriam ser incluídos na resolução a ser apresentada ao Conselho Diretor. Observou-se que os projetos propostos 1.A e 1.B, respectivamente relacionados ao fortalecimento de centros nacionais e regionais de operações estratégicas de saúde (COES), estavam relacionados estreitamente com a execução do Regulamento Sanitário Internacional (2005), que havia criado obrigações aos países-membros de estabelecer tais centros para difusão de informação durante emergências.

264. Firme apoio foi expresso para o projeto 2.A, “Fortalecimento dos sistemas de informação de saúde pública”, que ajudaria a assegurar a comparabilidade entre as estatísticas de saúde produzidas pelos diversos países da Região. O Comitê considerou que o projeto 2.B, “Adoção de estratégias de estabelecimento de redes para transformar a prestação de cooperação técnica”, precisava ser redigido novamente com uma finalidade e alcance mais claros, para reconsideração em uma data posterior. Se não pudesse ser reformulado apropriadamente, deveria ser abandonado. O Comitê buscou mais esclarecimento sobre a finalidade do projeto 2.C, “Fortalecimento das comunicações através da melhoria da conectividade das representações nos países”.

265. O Sr. Lorne Murdoch (gerente de área, Serviços de Tecnologia da Informação, OPAS) explicou que a “conectividade” se referia às conexões de telecomunicação entre a sede da OPAS e os países-membros. Ele disse que 60% dos países-membros tinham um nível abaixo do padrão de conexão, um fator que estava dificultando o trabalho do Secretariado na Região e a capacidade dos países-membros de participar de iniciativas regionais como a elaboração da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017. Ele esclareceu que a cifra de \$1,5 milhão nos custos recorrentes era só um cálculo. As cifras mais consistentes surgiriam do projeto, que era visto como uma primeira fase concebida para determinar as necessidades. Observou-se que os projetos 3.A, “Modernizar o sistema de gestão institucional”, e 3.B, “Modernizar o modelo de serviço para a prestação de serviços de tecnologia da informação e de gestão de conhecimento” ajudariam na integração ou alinhamento com o Sistema de Gestão Global da OMS. Algumas delegações questionaram se as quantias citadas seriam suficientes, mesmo para as fases iniciais dos projetos. Uma delegada perguntou se o custo de \$1 milhão relacionado para o projeto 3.A tinha efetivamente sido gasto na investigação da firma consultora sobre as implicações do Sistema de Gestão Global. A Diretora respondeu que o estudo em questão havia sido pago com verba orçada para postos vagos que não tinham sido preenchidos.

266. O Comitê Executivo era firmemente a favor que deveria ser criado um outro projeto, 3.C, “Fortalecendo da capacidade a Organização de estar em conformidade com as IPSAS até o ano 2010”. Concordeu-se que o custo deste projeto seria de \$300 mil. O Comitê expressou firme apoio a todo o grupo de projetos de melhoria das instalações,



4.A a 4.F, que foram descrito como sendo prático e bem definidos, e com resultados concretos promissores em um prazo relativamente curto.

267. Por fim, o Comitê recomendou que os países-membros deveriam apresentar propostas adicionais e próprias para cada país a serem financiadas com o excedente. Um cenário possível seria que tais projetos fossem examinados pelo Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração em março de 2009 e, se endossados pelo Subcomitê, apresentados para a aprovação pelo Conselho Diretor em setembro seguinte. Um delegado disse que seu país apresentaria uma proposta para que parte do excedente fosse gasta em programas para a prevenção e controle de doenças crônicas não-transmissíveis.

268. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE142.R8 sobre este tema, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse sete projetos na íntegra e a fase inicial de mais seis projetos.

### **Assuntos do pessoal**

#### ***Confirmação das emendas ao Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA (Documento CE142/31)***

269. O Dr. Osvaldo Salgado (representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia expressado satisfação geral com as emendas propostas ao Regulamento e Estatuto do Pessoal, mas havia proposto várias mudanças e questionado por que o Secretariado estava propondo abolir aumentos meritórios dentro do escalão, que poderia servir de incentivo a maior produtividade e melhor desempenho (ver o Relatório Final da segunda sessão do Subcomitê, Documento SPBA2/FR, parágrafos 93-95). Depois de ouvir as explicações de vários membros do Secretariado, o Subcomitê havia respaldado as emendas propostas e concordou em encaminhar ao Comitê Executivo a resolução proposta contida no Documento CE142/31.

270. Na discussão que se seguiu, a Delegada dos Estados Unidos disse que sua delegação estava pronta para aceitar todas as emendas propostas, com exceção da emenda ao Artigo 1040.2 do Regulamento de Pessoal, a respeito do término das nomeações, que consideravam ser excessivamente generosa e potencialmente incompatível com os interesses da Organização, visto que poderia levar a uma situação na qual uma mulher que entrou em licença-maternidade uma semana antes que o final de seu contrato receberia salário e benefícios integrais durante todo o período de licença.

271. A Sra. Dianne Arnold (gerente de área, Gestão de Recursos Humanos, OPAS) explicou que a intenção da mudança era esclarecer os benefícios aos quais o pessoal tinha direito sob o regulamento existente, que determinava que quando o contrato de um funcionário terminava durante um período de maternidade, paternidade, ou licença para adoção, a nomeação poderia ser estendida por um período determinado pela Repartição e sob condições estabelecidas por ela. Como uma instituição de saúde, a OPAS considerava muito importante assegurar que todos os funcionários tinham cobertura de saúde adequada. Se uma funcionária entrava em licença-maternidade enquanto trabalhava para a Organização, o Secretariado acreditava que seria inapropriado terminar o contrato da funcionária e, conseqüentemente, sua cobertura de seguro, antes do final da licença-maternidade.

272. A Diretora observou que, em 2007, a delegação dos Estados Unidos havia solicitado que o Secretariado esclarecesse o Artigo 1040.2 do Regulamento do Pessoal. O objetivo do Secretariado ao revisar o regulamento havia sido assegurar que seria aplicado igualmente em todos os casos.

273. A Delegada dos Estados Unidos disse que nem o regulamento atual nem a emenda proposta eram compatíveis com as condições do serviço estabelecidas para o regime comum das Nações Unidas. Sendo assim, a sua delegação preferiria manter a redação atual do regulamento, mais bem vaga, que permitiria o exercício de um certo grau de ponderação pelo Secretariado em sua aplicação. O Delegado do Chile observou que às vezes um grau de flexibilidade era justificado, mas quando as regras eram muito vagas, elas ficavam sujeitas à interpretação e era difícil assegurar que seriam sempre aplicadas de forma justa. Ele perguntou se a Associação do Pessoal foi consultada sobre as disposições do Artigo 1040.2 do Regulamento de Pessoal. O Delegado do Canadá enfatizou que os regulamentos do pessoal da OPAS deveriam ser claros, transparentes e compatíveis com os da OMS.

274. A Diretora reiterou que o Artigo 1040.2 do Regulamento de Pessoal já existia e disse que os benefícios proporcionados por sob este regulamento haviam sido acordados com a Associação do Pessoal. Nenhum benefício novo estava sendo proposto. A emenda procurava apenas esclarecer como o regulamento existente seria aplicado.

275. O Comitê aprovou a Resolução CE142.R7, confirmando todas as emendas ao Regulamento do Pessoal, exceto a emenda ao Artigo 1040.2 do Regulamento de Pessoal, e recomendando que o 48º Conselho Diretor aprovasse a emenda proposta ao Regulamento do Pessoal 4.3.

***Execução da reforma contratual das Nações Unidas na OPAS: Relatório de progresso (Documento CE142/32)***

276. O Dr. Osvaldo Salgado (representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou sobre a discussão do Subcomitê sobre as mudanças propostas no esquema de seguro de saúde do pessoal da OPAS, observando que a maioria dos membros havia concordado que os benefícios do seguro da OPAS deveriam ser alinhados com os OMS e que a OPAS, como uma organização de saúde, tinha responsabilidade de assegurar que todo o pessoal recebesse seguro médico. Uma membro, porém, havia considerado apressada e inapropriada a decisão da OMS de implementar uma reforma contratuais e ela havia recomendado que não deveria ser tomada medida quanto à mudança proposta até a 142ª sessão do Comitê Executivo. Após explicações e esclarecimentos dados pelo Assessor Jurídico, pela gerente de área de Recursos Humanos e pela Diretora, o Subcomitê havia posteriormente respaldado a proposta para expandir os benefícios de seguro médico para o pessoal com contrato de curto prazo.

277. Na discussão que se seguiu, a Delegada dos Estados Unidos observou que a Assembléia Geral das Nações Unidas havia decidido, em sua 62ª sessão, continuar a consideração da questão das disposições contratuais e condições de serviço durante sua 63ª sessão. A sua delegação considerava que a questão da reforma contratual na OPAS deveria ser reexaminada depois que a Assembléia Geral tiver concluído as suas discussões sobre o assunto. Ela enfatizou a necessidade de uniformidade das políticas de pessoal no sistema comum das Nações Unidas. Referindo-se ao parágrafo 7 de Documento CE142/32, ela pediu maiores informações sobre as políticas e os procedimentos que o Secretariado estava redigindo a fim de realizar reforma contratual na OPAS. Em particular, ela desejava saber como o Secretariado determinaria se o pessoal tinha contratos de prazo fixo ou nomeações contínuas. Na sua opinião, a determinação do tipo de contrato deveria ser baseada estritamente nas necessidades da Organização, não nas características ou duração de serviço do indivíduo que ocupa um posto em particular.

278. A Sra. Dianne Arnold (gerente de área, Gestão de Recursos Humanos, OPAS) reconheceu que a Assembléia Geral das Nações Unidas havia adotado uma resolução (A/RES/62/248) na qual decidiu continuar a consideração da questão das disposições contratuais e condições de serviço como um assunto prioritário em boa parte da sua 63ª sessão, com o intuito de implantar estas novas disposições e condições no dia 1º de julho de 2009. Dada esta resolução, e dado o reconhecimento explícito pelo secretário-geral

das Nações Unidas que os fundos e programas especiais teriam flexibilidade para implantar a reforma contratual de uma maneira que levava em consideração suas necessidades operacionais específicas, o Secretariado da OPAS acreditava que, como um organismo especializado, agora deveria avançar com a execução da reforma contratual como aprovado pelo Executivo Comitê em sua 140<sup>a</sup> sessão em junho de 2007. O Secretariado propôs introduzir o tema na 143<sup>a</sup> sessão do Comitê em outubro de 2008. Nesse ínterim, gostaria de ter a oportunidade de dialogar com qualquer país-membro que tivesse interesse no assunto.

279. Com respeito aos passos que o Secretariado estava tomando para preparar para a execução da reforma contratual, a OPAS havia introduzido planos de recursos humanos em 2007. Exigiu-se de todos os gerentes que identificassem os requisitos para a contratação de pessoal e as funções de cada posto dentro das suas respectivas áreas de responsabilidade. As decisões com respeito ao tipo de contrato e duração seriam tomadas de acordo com os requisitos programáticos da Organização. O Secretariado aplicaria três critérios ao decidir se renovaria uma nomeação de prazo fixo ou a converteria em uma nomeação contínua: disponibilidade de financiamento para o posto em questão, se havia uma necessidade contínua com as competências associadas ao posto, e o desempenho do funcionário pertinente.

280. A Diretora disse que o objetivo principal da iniciativa de reforma contratual era simplificar o sistema atual ao reduzir o número de diferentes tipos de contratos e tornar o processo mais eficaz e justo. A reforma não introduziria benefícios especiais de pessoal.

281. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

***Declaração pelo representante da Associação do Pessoal da OPAS/OMS (Documento CE142/33)***

282. O Dr. Ballayram (representante da Associação do Pessoal de OPAS/OMS), apresentando o Documento CE142/33, destacou as questões principais que a Associação do Pessoal desejava trazer à atenção do Comitê nas seguintes seis áreas: reforma contratual, reorganização da OPAS e processos consultivos com a Associação do Pessoal, o Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos, aperfeiçoamento do pessoal para assegurar a alta qualidade do pessoal, recrutamento e procedimentos de seleção, sistema de promoção e gratificação, relações de pessoal/gerência e equilíbrio de trabalho/vida. As questões da Associação de Pessoal com relação a cada um destes itens foram descritas no documento.

283. A demora em executar a reforma contratual na OPAS havia resultado em discrepâncias entre a OPAS e a OMS em termos de políticas e regulamentos de recursos humanos e havia criado uma carga administrativa desnecessária sobre a Área de Gestão

de Recursos Humanos, desviando-a da sua verdadeira missão, que era fazer o planejamento e a gestão dos recursos humanos da Organização para alcançar os objetivos do Plano Estratégico 2008–2012. A Associação do Pessoal acreditava que a execução das reformas propostas, em particular aquelas em relação ao monitoramento e controle, levaria a uma maior transparência, melhor responsabilidade gerencial e administrativa, melhor planejamento de recursos humanos e tratamento mais equitativo dos funcionários da OPAS.

284. Com respeito à reorganização da OPAS e processos consultivos, ele observou que, além das questões mencionadas no Documento CE142/33, reformas administrativas estavam atualmente sendo realizadas no Centro de Epidemiologia do Caribe e no Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição. A Associação do Pessoal acreditava que deveria ser uma parte integrante destes processos de reorganização. A Associação do Pessoal apreciava o reconhecimento da Organização da importância da parceria entre o pessoal e a administração e seu apoio às atividades da Associação de Pessoal, inclusive atividades recentes de treinamento para os representantes da Associação.

285. A Associação do Pessoal havia efetuado contribuições significativas à elaboração do Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos, que proporcionava mecanismos para resolver litígios trabalhistas e assegurar o bem-estar geral no local de trabalho. Ele assegurou ao Comitê que a Associação do Pessoal continuaria trabalhando estreitamente com a Administração para melhorar o Sistema.

286. Por fim, a Associação do Pessoal apoiava a implantação por parte da OPAS de um projeto de equilíbrio de trabalho/vida e recebia cordialmente qualquer iniciativa que visava a promover a saúde e o bem-estar do pessoal, criando ambientes pró-natureza e apoiando as famílias e comunidades. A Associação do Pessoal solicitou que o Comitê Executivo respaldasse as idéias, as propostas e as recomendações contidas no seu relatório.

287. O Comitê Executivo agradeceu ao Dr. Ballayram por sua declaração e tomou nota do relatório.

### **Assuntos para informação**

#### ***Orçamento Bial para Programas 2006-2007 da Organização Pan-Americana da Saúde: Relatório de avaliação do desempenho (Documento CE142/INF/1, rev. 1)***

288. O Dr. Osvaldo Salgado (representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia considerado que o relatório de avaliação do desempenho sobre o Orçamento Bial para Programas 2006–2007 oferecia um bom resumo dos resultados obtidos no biênio 2006–2007, mas havia feito várias sugestões para melhoria, inclusive o acréscimo de mais informações sobre os desafios encontrados e as lições aprendidas em cada área de trabalho, a metodologia usada para avaliar as porcentagens de avanço, uma análise mais minuciosa das razões pela quais os resultados esperados para orçamento e programas não haviam sido obtidos em algumas áreas, e uma avaliação dos resultados obtidos no componente sub-regional do orçamento. Durante a reunião virtual realizada no dia 30 de abril de 2008, o Subcomitê havia sido informado que as observações recebidas dos países-membros durante e depois de segunda sessão do Subcomitê em março haviam sido incorporadas em uma nova versão do relatório. Dados sobre os vários indicadores também haviam sido agregados, assim como uma seção de “lições aprendidas” e uma análise sub-regional.

289. O Comitê Executivo recebeu cordialmente as melhorias realizadas no relatório em resposta às sugestões do Subcomitê. Os delegados consideraram que a versão revisada facilitou a comparação entre o financiamento alocado e os gastos efetivos. Expressou-se preocupação, porém, com respeito à evidente ausência de informação sobre o impacto dos projetos internos financiados pelos governos-membros, em particular dada a magnitude de tal financiamento (\$61 milhões, 47% da quantia total recebida de “Outras Fontes” durante o biênio 2006-2007). Manifestou-se preocupação também quanto ao uso de cartas de acordo para transferir grandes quantias de dinheiro a terceiros para a execução de projetos e quanto aos pontos fracos no controle e vigilância da OPAS de tais fundos depois que eles haviam sido transferidos. Ao mesmo tempo, salientou-se que o monitoramento e a avaliação, embora inquestionavelmente importantes, não poderiam absorver uma proporção excessiva do financiamento de projetos, reduzindo desse modo a quantia disponível para a efetiva execução do projeto.

290. O Dr. Isaías Daniel Gutiérrez (gerente de área, Planejamento, Orçamento e Coordenação de Recursos, OPAS) disse que a informação sobre o impacto dos projetos internos financiados pelos governos-membros estava incluída no relatório; porém, como os instrumentos de planejamento usados no biênio 2006-2007 não haviam sido alinhados plenamente, seria difícil desagregar esta informação e demonstrar como tais projetos haviam contribuído para resultados esperados específicos identificados no Plano Estratégico 2003-2007. O problema do alinhamento agora estava resolvido. Ele observou que seriam dadas mais informações sobre o alinhamento dos instrumentos de

planejamento durante uma orientação técnica informal sobre a gestão baseada em resultados, realizada durante a semana da 142ª sessão do Comitê.

291. O Secretariado estava revisando o modelo da carta de acordo para assegurar que quando dinheiro era transferido a uma contraparte para a execução de um projeto, estes fundos ficassem sempre vinculados aos resultados esperados relevantes a nível regional. Portanto, seria mais fácil demonstrar como os projetos financiados por diferentes fontes do orçamento ordinário, inclusive os projetos internos financiados pelos países-membros, haviam contribuído para o cumprimento dos objetivos do Plano Estratégico 2008-2012.

292. A Diretora disse que a OPAS tinha uma longa tradição em gerir fundos de doadores para a execução dos projetos nos países-membros. Havia sempre mantido um controle cuidadoso do financiamento e da prestação de contas de projetos de um ponto de vista contábil, e os projetos financiados com fundos extra-orçamentários haviam sempre sido examinados para assegurar que fossem de boa qualidade e fossem compatíveis com as políticas e os objetivos da Organização. Porém, como a OPAS havia tido essencialmente dois sistemas separados para programação e planejamento, um para os fundos do orçamento ordinário (programa) e outro para os fundos extra-orçamentários (projeto), havia sido difícil demonstrar como os projetos estavam alinhados com o Plano Estratégico. A Organização agora dispunha de um sistema diferente, no qual o programa e o orçamento eram administrados como um todo, independentemente da origem dos fundos, e os projetos eram considerados como componentes do programa global.

293. A OPAS também havia fortalecido sua capacidade de monitoramento e avaliação, agregando, pela primeira vez na sua história, uma função de avaliação independente dentro da Organização. Também havia melhorado o processo de preparação de projetos, particularmente no que se refere ao cálculo de custos. Custos diretos, indiretos e recorrentes estavam agora incluídos nos memorandos de acordo assinados com os governos, e capacitação havia sido incorporada no plano de projetos para assegurar que os governos pudessem gerir seus próprios fundos e projetos. Além disso, a capacidade da área de Planejamento, Orçamento e Coordenação de Recursos, que era responsável pela revisão de todos os projetos financiados com fundos do orçamento não ordinário, havia sido fortalecida para assegurar que todos os projetos estavam de acordo com o Plano Estratégico.

294. Em conclusão, ela assinalou que a supervisão da execução de projetos era dispendiosa para a Organização. Como resultado, ela pretendia manter a taxa de 13% que a OPAS cobrava para cobrir os custos de apoio a projetos a fim de assegurar que a Organização não acabasse subsidiando os projetos com seus próprios recursos, inclusive seus recursos humanos.

295. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

***15ª Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura (RIMSA): Relatório preliminar (Documentos CE142/INF/2 e Add. I)***

296. O Dr. Albino Belotto (diretor, Centro Pan-Americano de Febre Aftosa) informou sobre os resultados da 15ª Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura (RIMSA 15), realizada no Rio de Janeiro, Brasil, de 11 a 12 de junho de 2008. Ele observou que, pela primeira vez, a reunião havia sido organizada em conjunto pela OPAS e o Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA). Vinte e nove países-membros da OPAS e 10 organizações internacionais haviam participado. O tema geral da reunião havia sido “Agricultura e Saúde: Aliança para Equidade e Desenvolvimento Rural nas Américas”.

297. O formato da reunião havia sido um pouco diferente das reuniões anteriores da RIMSA. Havia começado com uma sessão de abertura, durante a qual haviam sido discutidos os relatórios da 11ª Reunião do Comitê Hemisférico para a Erradicação da Febre Aftosa (COHEFA) e da Quinta Reunião da Comissão Pan-americana para a Inocuidade dos Alimentos (COPAIA). Após a sessão de abertura, foi realizado o Fórum Agro-Saúde, em que se apresentaram três painéis de discussão em saúde e temas agrícolas. A reunião foi finalizada com um Encontro de Ministros, na qual os ministros da Saúde e da Agricultura haviam adotado a Declaração do Rio de Janeiro. A Declaração ainda não havia sido publicada oficialmente na forma final devido a uma falta de acordo sobre dois pontos. Havia sido pedido aos países-membros que apresentassem suas observações sobre a Declaração com o objetivo de se conseguir o consenso sobre a redação final. O prazo para o recebimento dos comentários terminaria no dia 15 de julho. A Declaração poderia ser encontrada no website da RIMSA 15 (<http://www.paho.org/search/DbSReturn.asp>).

298. A Declaração expressava, entre outros assuntos, o interesse dos ministros em ver seu conteúdo, e os compromissos nele contido, respaldado pelos chefes de Estado e de governo do continente na Quinta Cúpula das Américas (também discutida pelo Comitê durante a 142ª sessão, ver parágrafos 325 a 329 a seguir). Pedia-se ao Comitê Executivo que solicitasse à Diretora para que ela apresentasse o texto final da Declaração ao 48º Conselho Diretor da OPAS e avançasse com as negociações com o secretário-geral da OEA para sua inserção na agenda da Quinta Cúpula das Américas.

299. No debate que se seguiu, os delegados expressaram seu agradecimento à OPAS e ao IICA por organizar a reunião e agradeceram ao governo de Brasil por seu apoio financeiro e logístico e sua hospitalidade. Assinalou-se que a reunião da COPAIA, realizada pouco antes da RIMSA 15, havia tratado de várias questões que não eram, no sentido estrito, relacionadas com a inocuidade dos alimentos, e foi sugerido que o



mandato da Comissão devesse ser ampliado e incluir nutrição e temas relacionados. Com respeito à Declaração do Rio de Janeiro, os membros perguntaram o que aconteceria se não se chegasse a um consenso até 15 de julho e pediram esclarecimento sobre o procedimento para tratar da Declaração dentro dos Órgãos Diretivos da OPAS.

300. O Delegado do Canadá disse que a sua delegação não fazia nenhuma objeção ao parágrafo 6 da Declaração. Ele considerava que o parágrafo 8, porém, não estava relacionado com as questões discutidas na RIMSA 15 e que se estendia além do mandato da RIMSA e, portanto, solicitou que este fosse retirado.

301. A Diretora explicou que a Declaração era um documento interministerial semelhante à Declaração de Mérida adotada durante a Reunião dos Ministros da Saúde das Américas sobre Prevenção da Violência e Danos (ver parágrafos 304 a 310 a seguir). Como tal, não era um resultado dos processos de governança da OPAS. Porém, a Declaração de fato apresentava algumas solicitações da OPAS e, portanto, seria necessário preparar um documento independente descrevendo as funções de assistência técnica que a RIMSA 15 havia solicitado que a OPAS desempenhasse no que se refere aos diversos temas discutidos durante a reunião, juntamente com um proposta de resolução que estabelece recomendações para os países-membros e mandatos para o Secretariado. O documento e o proposta de resolução depois seriam apresentados ao 48º Conselho Diretor para ação. Ela enfatizou que o Conselho não seria solicitado a adotar ou respaldar a Declaração propriamente dita, pois também incluía mandatos para outras organizações. A resolução abordaria apenas os assuntos que se recaiam dentro da competência da OPAS como uma organização de saúde.

302. Quanto ao que aconteceria se não se chegasse a um consenso sobre a redação final da Declaração, ela disse que os países poderiam optar por dissociar-se de certas frases ou parágrafos.

303. Concordou-se que o item seria encaminhado ao 48º Conselho Diretor como um Assunto Relativo à Política de Programas e que o Secretariado prepararia um documento e uma proposta de resolução, como indicado pela Diretora.

***Relatório da Reunião de Ministros da Saúde das Américas sobre Prevenção da Violência e Danos (Documento CE142/INF/3)***

304. O Dr. Luiz Galvão (gerente de área, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, OPAS) resumiu o relatório da Primeira Reunião de Ministros da Saúde das Américas sobre Prevenção da Violência e Danos, realizada no dia 14 de março de 2008 em Mérida, Yucatán, México. O relatório também continha informação sobre duas outras reuniões realizadas conjuntamente com o Encontro dos Ministros: a Segunda Reunião Global de Grupos de Coordenação de Ministérios da Saúde para Prevenção da Violência

e Danos, convocada pela Organização Mundial da Saúde, e a 9ª. Conferência Mundial para Prevenção de Danos e Promoção da Segurança, também convocada pela OMS e organizada pelo Instituto Nacional de Saúde Pública e o Centro para Pesquisa em Saúde da População do México.

305. O resultado técnico e político do Encontro dos Ministros, da Declaração Ministerial para Prevenção da Violência e Danos nas Américas (“Declaração de Mérida”), concentrou-se mais nas causas da violência e danos que nas suas conseqüências, pois as causas poderiam ser prevenidas. Enfatizou-se a necessidade de estudos de custo para avaliar o impacto econômico da violência e danos, assim como de pesquisas para determinar as circunstâncias específicas nos quais os atos de violência e danos ocorreram para tomar medidas preventivas intersetoriais. A Declaração também destacou a alta prevalência da violência intrafamiliar e seus graves efeitos para a saúde e o desenvolvimento, e salientou a importância da cooperação e colaboração entre os países para frear a violência e prevenir os seus efeitos negativos para a saúde dos seus habitantes. Cópias da Declaração de Mérida haviam sido distribuídas aos membros do Comitê.

306. Na discussão que se seguiu à apresentação do Dr. Galvão, o Delegado do México assinalou que a Declaração de Mérida destacava o papel dos ministérios da Saúde ao abordar a questão da violência e danos. Também enfatizou a necessidade de firme vontade política para combater o problema. O seu governo acreditava que a Declaração deveria ser amplamente difundida e divulgada e, portanto, ele propunha que o Comitê deveria adotar uma resolução sobre o tema e encaminhar o tema ao 48º Conselho Diretor com o objetivo de dar maior visibilidade à questão nas agendas de interesse público e mobilizar maior apoio financeiro e técnico para a prevenção da violência e danos.

307. Outros membros de Comitê apoiaram a proposta do México, concordando com a necessidade de dar maior a visibilidade à violência como um problema de saúde pública e aumentar o financiamento para as iniciativas de prevenção da violência. Um membro observou que a Declaração era não apenas uma afirmação política sobre a questão; também propunha uma agenda operacional para abordá-la.

308. A Dra. Heidi Jiménez (assessora jurídica, OPAS) assinalou que o relatório sobre o Encontro dos Ministros era um documento de informação e que resoluções não poderiam ser adotadas sobre os itens de informação. Porém, não era necessária resolução para que o Comitê encaminhasse o tema ao 48º Conselho Diretor. O tema poderia ser colocado no programa do Conselho como um Assunto Relativo à Política de Programas, e o Conselho poderia depois, se desejasse, adotar uma resolução respaldando a Declaração.

309. A Diretora disse que se o Comitê decidisse encaminhar o tema ao Conselho Diretor, o Secretariado prepararia um documento independente e redigiria uma proposta de resolução.

310. O Comitê aceitou esta ação proposta e expressou seu agradecimento ao governo do México por sediar a reunião.

***Grupo de Trabalho Intergovernamental em Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual: Situação atual (Documento CE142/INF/4)***

311. O Dr. José Luis Di Fabio (gerente de área, Tecnologia, Assistência de Saúde e Pesquisa, OPAS) examinou o trabalho do Grupo de Trabalho Intergovernamental que havia culminado com a adoção, em maio de 2008, da Resolução WHA61.21 pela Sexagésima Primeira Assembléia Mundial da Saúde, que havia aprovado a Estratégia e Plano de Ação Global em Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual. Ele enfatizou que o tema cobria muito mais que a propriedade intelectual, incluindo questões relacionadas à pesquisa e ao desenvolvimento e ao acesso a medicamentos e outros produtos de saúde. Os países das Américas haviam dado uma contribuição valiosa ao trabalho do Grupo de Trabalho Intergovernamental e ao avanço do consenso para a Estratégia e Plano de Ação Global. A OPAS havia apoiado o processo ao ajudar a organizar consultas sub-regionais e regionais e a preparar a documentação.

312. Com respeito à implementação da Estratégia e Plano de Ação Global na Região, atividades já estavam em andamento no âmbito de vários mandatos relacionados dos Órgãos Diretivos da OPAS, inclusive resoluções recentes sobre o acesso a medicamentos (CD45.R7) e sobre o Plano Estratégico Regional para HIV/AIDS e DST, 2006-2015 (CD46.R15). Além disso, todos os objetivos estratégicos do Plano Estratégico da Organização 2008-2012 abordavam questões relacionadas com a Estratégia Global, como a Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017. A OPAS pretendia difundir a estratégia entre os interessados diretos relevantes nas Américas, adaptar a estratégia à perspectiva regional, incorporá-la em programas e estratégias nacionais existentes e continuar a prestar cooperação técnica para implantar sistematicamente a estratégia. Também monitoraria e avaliaria a implementação da estratégia.

313. O Comitê Executivo recebeu cordialmente a Estratégia e Plano de Ação Global e o consenso obtido a duras penas para sua adoção. Destacou-se o papel de grande importância da OMS e da OPAS ao ajudar a que se chegasse a um acordo os países-membros com pontos de vista muito distintos. O Comitê observou que certos aspectos do Plano de Ação ainda precisavam ser acertados, mas que propiciava uma base sólida para ação imediata. Chamou-se atenção ao parágrafo 4(6) da Resolução WHA61.21, que requeria a implementação imediata dos componentes da Estratégia e Plano que recaiam sob responsabilidade da OMS, e ao parágrafo 15 da Estratégia Global,

que reconhecia o papel central e estratégico da OMS na relação entre saúde pública e inovação e propriedade intelectual. Também foi assinalada a importância de estabelecer o grupo de trabalho de especialistas mencionada no parágrafo 4(7) da Resolução.

314. O Comitê concordou que este tema deveria ser encaminhado ao Conselho Diretor e pediu ao Secretariado que elaborasse um documento e proposta de resolução, identificando as necessidades e prioridades regionais com respeito aos diversos componentes da Estratégia Global e esboçando o enfoque para executá-la na Região. Os delegados advertiram, porém, que a discussão no Conselho não deveria reiniciar o debate sobre o texto da Estratégia e enfatizaram que o enfoque regional à sua implementação deveria ser prático e direcionado à ação.

315. A Diretora disse que o Secretariado, em consulta com os países-membros, elaboraria um documento e uma proposta de resolução para consideração pelo 48º Conselho Diretor, apresentando um modelo regional para implementação da Estratégia e Plano de Ação Global. Assim, procuraria destacar as partes relevantes do Plano Estratégico 2008-2012 e exploraria como poderia ser feito uso das redes, fóruns e instituições existentes na Região. O papel que o Fundo Rotativo Regional para Provisões Estratégicas de Saúde Pública da OPAS (geralmente conhecido como o “Fundo Estratégico”) poderia desempenhar também seria examinado. Acusando o seu agradecimento pela OPAS já ter recebido um compromisso inicial de apoio do governo do Brasil, ela incentivou os países-membros a trabalhar com o Secretariado para identificar e mobilizar fontes de financiamento para permitir à Organização realizar o seu trabalho em resposta ao novo mandato obtido mediante a Resolução WHA61.21.

316. Concordou-se que este tema seria colocado no programa do 48º Conselho Diretor como um Assunto Relativo à Política de Programas e que o Secretariado elaboraria um documento e uma proposta de resolução, levando em consideração as observações e opiniões dos membros do Comitê e outros subsídios recebidos dos países-membros.

***Resoluções e outras ações da Sexagésima Primeira Assembléia Mundial da Saúde de interesse do Comitê Executivo da OPAS (Documento CE142/INF/5)***

317. O Dr. Hugo Prado (gerente interino de área, Relações Externas, Captação de Recursos e Parcerias, OPAS) apresentou o documento sobre este item, observando que ele incluía duas partes. Na primeira parte, fazia-se um resumo dos resultados da Sexagésima Primeira Assembléia Mundial da Saúde (AMS) e da 123ª sessão do Conselho Executivo da OMS. Na segunda parte, um quadro mostrando as resoluções da Assembléia da Saúde e as respectivas resoluções e documentos dos Órgãos Diretivos da OPAS, ainda precisava ser finalizado porque as resoluções da AMS não haviam sido publicadas na sua forma final pouco antes da abertura da 142ª sessão do Comitê. Seria acrescentada ao quadro uma coluna para mostrar as medidas a serem tomadas pela OPAS

no que se refere às resoluções e recomendações da Assembléia da Saúde. O quadro incluía 12 resoluções sobre itens técnicos e de política de saúde e sete resoluções sobre itens administrativos e orçamentários.

318. O Comitê Executivo agradeceu ao Dr. Prado e tomou nota do relatório.

***Resoluções e outras ações da Trigesima Oitava Sessão Ordinária da Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos de interesse do Comitê Executivo da OPAS (Documento CE142/INF/6)***

319. O Dr. Hugo Prado (gerente interino de área, Relações Externas, Captação de Recursos e Parcerias, OPAS), ao apresentar o Documento CE142/INF/6, disse que de acordo com uma recomendação da segunda sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração, o documento se concentrava exclusivamente nas resoluções e outras ações da Assembléia Geral da OEA que estavam relacionadas com a saúde. Das quase 100 resoluções adotadas pela trigésima oitava sessão ordinária, o Secretariado havia selecionado 11 que tinham a ver com saúde e estavam diretamente relacionadas com as atividades da OPAS. Além das resoluções, a Assembléia Geral havia adotado a Declaração de Medellín sobre “Jovens e Valores Democráticos”, que havia sido o tema da trigésima oitava sessão ordinária. A declaração, que estava em anexo ao Documento CE142/INF/6, abordava várias questões em relação à saúde dos adolescentes e jovens. Ele assinalou que a adoção de uma declaração de alto nível tratando das questões de saúde dos adolescentes oferecia muitas oportunidades para a coordenação e cooperação entre as diversas instituições do sistema interamericano, sendo a OPAS uma de las Pediu-se ao Comitê Executivo que fizesse sugestões para aprimorar o conteúdo e o formato do relatório.

320. A Diretora observou que as questões pertinentes aos jovens também seriam abordadas na próxima Cúpula das Américas a ser realizada em abril de 2009.

321. O Comitê recebeu cordialmente o relatório e salientou a importância da coordenação e cooperação entre a OEA e a OPAS. Assinalou-se que a falta de tal coordenação e cooperação entre as organizações internacionais com frequência levava ao seguimento inadequado de muitas resoluções e declarações adotadas nos fóruns internacionais. A este respeito, incentivava-se a OPAS a explorar as sinergias entre a Estratégia Regional para Saúde dos Adolescentes e Jovens e as atividades a ser em realizadas com respeito à Declaração de Medellín.

322. Os delegados tinham satisfação em observar os interesses mútuos da OEA e da OPAS em vários temas relacionados com a saúde, inclusive a prevenção da violência, abordada na Resolução AG/RES. 2431 da OEA (XXXVIII-O/08), “Prevenção do crime e da violência nas Américas”), e mencionaram as duas outras resoluções da OEA que não haviam sido incluídas no Documento CE142/INF/6, mas que tratavam de assuntos de interesse para a OPAS: Resolução AG/RES. 2371 (XXXVIII-O/08), “Mecanismo para Acompanhamento da Implementação da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará”, e a Resolução AG/RES. 2372 (XXXVIII-O/08), “Coordenação de voluntários no continente em resposta a catástrofes naturais e ao combate da fome e da pobreza – Iniciativa dos Capacetes Brancos”.

323. A Diretora afirmou que a Unidade de Gênero, Grupo Étnico e Saúde da OPAS trabalhava estreitamente com a Comissão Interamericana de Mulheres da OEA na questão da violência contra a mulher e outras questões.

324. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

***Quinta Cúpula das Américas: Relatório sobre os preparativos (Documento CE142/INF/7)***

325. O Dr. Hugo Prado (gerente interino de área, Relações Externas, Captação de Recursos e Parcerias, OPAS) recordou que a OPAS vinha participando do processo da Cúpula desde a Primeira Cúpula das Américas, realizada em 1994. A Organização continuava trabalhando estreitamente com a OEA e com os representantes dos países-membros da OEA neste processo.

326. Com relação ao Documento CE142/INF/7, ele observou que se reexaminava a história das Cúpulas das Américas, explicavam-se as funções dos diversos grupos e instituições incluídos no processo da Cúpula e fornecia-se informação sobre os preparativos para a Quinta Cúpula, que seria realizada de 17 a 19 de abril de 2009 em Trinidad e Tobago. O tema seria “Assegurar o Futuro dos Nossos Cidadãos ao Promover a Prosperidade Humana, Segurança Energética e Sustentabilidade Ambiental”.

327. Estava-se trabalhando na versão preliminar da Declaração de Compromisso de Porto Espanha, o documento resultante da Cúpula, que seria divulgado em julho entre os grupos de coordenação da Cúpula em todos os países da Região. A Declaração cobriria as seguintes áreas temáticas, várias delas que haviam sido discutidas pelo Comitê Executivo durante a 142<sup>a</sup> sessão: desenvolvimento humano e redução da pobreza, incluindo saúde, nutrição, educação e violência criminal; crescimento e competitividade econômica; segurança energética e desenvolvimento sustentável, incluindo mudança climática e catástrofes naturais; e democracia, boa governança e direitos humanos. O Secretariado

incentivou as autoridades nacionais sanitárias da Região a trabalharem com os ministérios das Relações Exteriores nos seus respectivos países para assegurar que as questões de saúde fossem abordadas de maneira apropriada na Declaração.

328. O Delegado de Trinidad e Tobago agradeceu à OPAS e aos países da Região pelo seu apoio na preparação para a Cúpula e disse que seu governo aguardava ansiosamente por sediar o evento.

329. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

***Relatório sobre serviços de supervisão interna (Documento CE142/INF/9)***

330. O Dr. Osvaldo Salgado (representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia sido informado em março as medidas que estavam sendo adotadas para remediar a falta de pessoal nos serviços de supervisão interna da OPAS. Embora o Subcomitê tivesse manifestado satisfação com o progresso feito no recrutamento, expressou sua decepção com a brevidade do relatório e sua falha em enunciar plenamente um plano de trabalho e solicitado que dados sobre o plano de trabalho para 2008 fossem fornecidos ao Comitê Executivo na sua 42<sup>a</sup> sessão. O Subcomitê havia instado o Secretariado a implementar as recomendações dos Serviços de Supervisão Interna de modo rápido e completo e, ao mesmo tempo, havia instado o Escritório a monitorar a execução. Em particular, o Subcomitê havia considerado que deveriam ser tomadas medidas imediatas para implementar as recomendações para o fortalecimento da gestão e monitoramento das cartas de acordo.

331. O Comitê Executivo expressou preocupação de que o posto de auditor sênior interno continuava vago e instou a OPAS a tomar medidas rápidas para preencher o cargo. Sugeriu-se que, se isso não fosse possível, o Secretariado deveria considerar a terceirização de toda a função de supervisão, uma possibilidade que também havia sido levantada pelo Auditor Externo. Os membros consideraram que, a fim de assegurar a independência operacional da função interna de supervisão, os auditores deveriam estar diretamente subordinados à Diretora e aos Órgãos Diretivos e deveriam ter autoridade para tomar medidas e consignar recursos, assim como ter acesso irrestrito a todos os registros e pessoal. Além disso, um comitê de auditoria formado por especialistas externos deveria ser criado. Pediu-se esclarecimento quanto ao parágrafo 12 do documento, que dizia que a OPAS “consideraria os cenários apropriados nos quais pode divulgar relatórios de auditoria e supervisão aos países-membros da OPAS”. Enfatizou-se que os relatórios de auditoria e supervisão deveriam ser publicados aos países-membros mediante solicitação, na sua forma original e não editada, exceto se isso infringisse o sigilo individual ou representasse um risco de infringir os devidos direitos de processo. Também se solicitou informação sobre qual ação o Secretariado havia tomado para

implementar as recomendações para o fortalecimento da gestão e monitoramento das cartas de acordo.

332. O Sr. Pedro Blanco (auditor, Serviços de Supervisão Interna, OPAS) disse que os Escritórios de Serviços de Supervisão Interna trabalhavam em conjunto com a Unidade de Orçamento para Programas para monitorar as cartas de acordo. Seu escritório mantinha contato com os representantes da OPAS/OMS que trabalhavam com as cartas de acordo. Eles eram obrigados a informar sobre as medidas tomadas para fazer o acompanhamento da execução destes instrumentos. Os auditores internos também faziam visitas aos países em questão para comprovar se as medidas descritas haviam sido de fato tomadas.

333. A Diretora reiterou que novas diretrizes para a gestão das cartas de acordo seriam publicadas oficialmente em breve. As novas diretrizes abordavam todas as observações do Auditor Externo. Ela observou que as recomendações feitas pelos auditores internos da OMS ou da OPAS ou pelo Auditor Externo poderiam ser dirigidas à entidade que havia sido avaliada, ou poderiam ser recomendações relacionadas com o sistema que estavam além da responsabilidade de um determinado gerente ou poderiam se relacionar com as representações nos países ou os centros da OPAS. Havia procedimentos implementados para monitorar a implementação de todas estas diferentes classes de recomendações. Além disso, quando havia uma transferência da responsabilidade de gestão, quer seja na Sede ou em uma representação nos países, todas as recomendações feitas durante o exercício do cargo do gerente demissionário eram examinadas a fim de assegurar que haviam sido executadas. Os auditores monitoravam minuciosamente a implementação das suas recomendações e os relatórios da auditoria não eram encerrados até que todas as recomendações tivessem sido realizadas.

334. A busca por um auditor sênior havia sido extremamente longa e complexa. Quatro candidatos haviam chegado à etapa final de entrevistas, mas nenhum deles havia sido considerado como sendo a pessoa certa para o cargo, embora um deles tivesse ocupado o cargo com um contrato de curto prazo para dar assistência ao Sr. Blanco. Posteriormente, por sugestão do auditor sênior da OMS, o posto havia sido oficialmente reclassificado de P5 a D1. A vaga havia sido novamente anunciada e alguns candidatos bastante interessantes haviam se apresentado. A Sra. Dianne Arnold (gerente de área, Gestão de Recursos Humanos, OPAS) disse que se esperava que todo o processo de seleção seria concluído até meados de agosto. A Diretora acrescentou que, se de fato se comprovasse ser impossível encontrar o candidato certo, então a OPAS consideraria outras opções, inclusive terceirização da função de supervisão interna.



335. A sugestão de ter um comitê de auditoria havia sido inicialmente feita pelo Auditor Externo havia vários anos. Como ela havia mencionado anteriormente, a opção de utilizar os serviços de auditores seniores de outras organizações internacionais em Washington, D.C., e Nova York estava sendo cogitada. Tal comitê poderia operar na base da reciprocidade, que reduziria os respectivos custos. O Secretariado esperava fazer uma proposta sobre um comitê de auditoria na reunião de 2009 do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração.

336. Com respeito ao assunto da divulgação dos relatórios de auditoria e supervisão internas, ela disse que uma vez que o Escritório de Serviços de Supervisão Interna tivesse o seu pessoal completo, o Secretariado, com o apoio do Auditor Externo e dos Serviços de Supervisão Interna da OMS, poderia elaborar um procedimento apropriado de divulgação.

337. O Comitê tomou nota do relatório.

***Situação do engajamento da OPAS no Sistema de Gestão Global da OMS (GSM)  
(Documento CE142/INF/10)***

338. O Dr. Osvaldo Salgado (representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia examinado uma versão anterior do relatório sobre este tema e havia considerado que o documento não apresentava de maneira clara as vantagens e as desvantagens de a OPAS associar-se ou continuar de fora do Sistema de Gestão Global, nem fornecia informação sobre quanto custaria à OPAS para manter seus sistemas existentes em conformidade com as obrigações de estar subordinada à OMS. O Subcomitê havia observado uma opção a ser considerada era a OPAS implantar um sistema independente reproduzindo o Sistema de Gestão Global, e havia perguntado se tal enfoque seria mais econômico que a integração total ao sistema. Dúvidas haviam sido levantadas quanto ao motivo pelo qual havia tão ampla variação nos cálculos de custo para implantar o sistema e se os benefícios de alinhar com o sistema da OMS definitivamente superaria os custos. A viabilidade do cronograma para a implementação do sistema também havia sido questionada.

339. O Comitê Executivo expressou, de modo geral, apoio ao engajamento da OPAS no Sistema de Gestão Global da OMS, quer seja se este engajamento com o tempo adquiriria a forma de integração ao sistema ou alinhamento a ele. Porém, o Comitê também reconheceu que havia diferenças em aspectos legais e de governança entre as duas organizações que teriam que ser compatibilizadas. Recordando que a OPAS havia se comprometido em janeiro de 2008 a implantar o Sistema de Gestão Global até 2013, seja através da integração ou através do alinhamento, o Comitê perguntou se esta ainda era a data prevista, ou se alguns componentes – por exemplo, um novo sistema de folha de pagamento – seriam implantados antes.

340. O Comitê Executivo solicitou que os relatórios das diversas empresas de consultorias contratadas para estudar o assunto deveriam ser disponibilizados aos países-membros.

341. Uma delegada observou que a OMS estaria usando a plataforma do Sistema de Gestão Global para realizar outras reformas administrativas e para obter resposta mais rápida aos eventos de longo prazo através da maior automatização, transparência e integração. Isso indicava que a OPAS precisava se alinhar ao Sistema de Gestão Global de forma mais completa que apenas com a adoção de princípios condizentes. Ela instou a OPAS a fazer uma avaliação a longo prazo e, especificamente, realizar um estudo comparativo dos custos de alinhamento com o Sistema de Gestão Global em relação à integração plena a este sistema.

342. Um outro delegado reiterou uma questão levantada pelo Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração, a saber, que o Sistema de Gestão Global carecia de capacidade para língua espanhola. Ele pediu informação sobre a probabilidade de uma resolução para este problema. Também expressou inquietude que a integração no Sistema de Gestão Global poderia resultar em uma certa perda da independência para a OPAS. Dadas estas duas desvantagens, ele acreditava que havia necessidade de uma análise mais clara das vantagens que se agregariam à Organização através do engajamento, de que forma for, com o Sistema de Gestão Global.

343. O Dr. Daniel Gutiérrez (gerente de área, Planejamento, Orçamento e Coordenação de Recursos, OPAS) disse que a OPAS estava observando atentamente experiência da OMS ao executar o Sistema de Gestão Global e tentando aprender com ele, em termos não só de resultados mas também da maneira como a OMS estava realizando o processo de execução. O sistema de gestão institucional existente da OPAS era correntemente adequado para suprir as necessidades da Organização e seus países-membros, mas como os membros do Comitê Executivo haviam assinalado, alguns componentes teriam de ser atualizados em um futuro próximo. Ele disse que o Secretariado teria prazer em fornecer os relatórios dos consultores aos países-membros, mas advertiu que embora estudo o mais recente tivesse examinado as implicações para a OPAS de adotar todo o pacote de software da Oracle (no qual se baseava o Sistema de Gestão Global), havia alternativas a serem consideradas.

344. O Sr. Timothy Brown (Serviços de Tecnologia da Informação, OPAS) deu maiores detalhes sobre as opções abertas à OPAS, observando que, como uma alternativa a se usar todo o Oracle, uma organização poderia usar apenas uma ou algumas partes do software. Tal “mescla e compatibilização” era perfeitamente possível, embora de fato implicasse em desafios. Portanto, seria viável a OPAS usar partes de seus próprios sistemas em combinação com alguns módulos do Oracle, embora seria necessário

assegurar que os processos operacionais englobando áreas funcionais fossem adequadamente integrados. Ele esclareceu que a ampla variação dos custos dados para executar o Sistema de Gestão Global se devia à consideração de dois cenários alternativos: a cifra de \$16,5 milhões resultava do uso das tarifas dos consultores que a OMS havia negociado em 2003 com o um programador de software na Índia; e os \$38 milhões se baseavam nas tarifas habituais nos Estados Unidos.

345. O Sr. Gamal Henry (Serviços de Tecnologia da Informação, OPAS) descreveu os resultados de uma missão do pessoal da OPAS que foi a Genebra para examinar o Sistema de Gestão Global, durante a qual ele havia encontrado alguns pontos fortes como também alguns pontos fracos em termos de funcionalidade que a OPAS (e outros Escritórios Regionais) tinham, mas que o Sistema de Gestão Global carecia. Em particular, o Sistema de Gestão Global não tinha a funcionalidade de apoio aos países que era essencial para a forma como a OPAS operava. Além disso, o GSM não tinha capacidade de compatibilizar os 16 objetivos estratégicos no Plano Estratégico da OPAS (três a mais que no Plano Estratégico de Médio Prazo da OMS), que era um problema crucial. Certos aspectos do Sistema de Gestão Global ofereceriam vantagens sobre os sistemas atuais da OPAS e poderiam ser adotados de imediato sem precisar uma configuração especial, mas outros apresentavam deficiências importantes e, portanto, era essencial ter cautela para evitar causar prejuízos à funcionalidade em OPAS.

346. O Dr. Gutiérrez enfatizou que a OPAS estava comprometida em interagir de alguma maneira com o Sistema de Gestão Global. O Secretariado estava analisando os princípios básicos do sistema, e os processos operacionais e as regras operacionais contidas neles. Ele recordou que o seu departamento havia apresentado uma proposta de projeto para usar parte do excedente orçamentário 2006–2007 para aprofundar esta análise.

347. A Diretora observou que a OMS já havia investido mais de \$100 milhões no Sistema de Gestão Global, sendo que a maior parcela havia sido gasta no desenvolvimento da função de gestão de programas, mas ainda não incluía um componente de país. O sistema da OPAS (AMPES) já oferecia um componente de gestão de programas bem desenvolvido, adaptado às suas necessidades específicas, inclusive as de âmbito nacional.

348. Ela assinalou que, ao que era de conhecimento da OPAS, o Sistema de Gestão Global não tinha as características necessárias para executar as IPSAS. A barreira mais importante a ser superada, porém, era a diferença nas regras operacionais e processos operacionais. O alinhamento ou a integração no Sistema de Gestão Global implicaria em fazer a concessão para o fato de que a OPAS era uma identidade jurídica separada, com seu próprio orçamento e sua própria política orçamentária regional, que incluía um âmbito sub-regional. Além disso, seu sistema de contrato de pessoal e as suas regras

financeiras eram diferentes daquelas da OMS. Visto que era uma entidade jurídica no seu próprio direito, a OPAS tinha responsabilidades de prestação de contas que iam além daquelas de outras regiões da OMS e que não podiam ser compatibilizadas pelo Sistema de Gestão Global. Portanto, parecia improvável contemplar a integração total no GSM. A meta tinha de ser um sistema da OPAS que estava alinhado o mais estreitamente possível com o sistema de OMS. O Secretariado continuaria a estudar a fundo a implantação do Sistema de Gestão Global para determinar qual o melhor caminho a seguir. Nesse ínterim, continuaria assegurando que qualquer modificação ou inovação introduzida nos sistemas da OPAS não prejudicasse de maneira alguma a comunicação com o GSM nem interferisse com a capacidade da OPAS de fazer a prestação de contas do seu uso dos recursos da OMS.

349. O Comitê Executivo tomou nota do relatório sobre o engajamento da OPAS com o Sistema de Gestão Global da OMS.

***Fundo Mestre de Investimento de Capital (Documento CE142/INF/11)***

350. O Dr. Osvaldo Salgado (representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia recebido uma atualização da situação do Fundo Mestre de Investimento de Capital e dos gastos de capital projetados para os próximos cinco biênios. Havia sido esclarecido que embora os gastos projetados sob o subfundo de Tecnologia da Informação não estivessem diretamente relacionados com a introdução do Sistema de Gestão Global da OMS, eles forneceriam o hardware moderno dos computadores necessário para obter acesso a este sistema. Também havia sido explicado que grande parcela dos gastos com software – ao redor de \$1,5 milhão por biênio – se referia a pagamentos de licenças às empresas como Microsoft ou Cisco.

351. O Sr. Edward Harkness (gerente de área, Operações de Serviços Gerais, OPAS) recordou que o Fundo Mestre de Investimento de Capital havia sido criado em janeiro de 2008. Ele era formado por dois subfundos e estava plenamente capitalizado em \$8 milhões, devido ao atual excedente orçamentário. Um plano decenal havia sido elaborado para cada subfundo, possibilitando um programa sistemático para reparos e melhorias dos edifícios a partir do subfundo de Bens Imóveis e Equipamentos e de compras e melhorias de equipamentos a partir do subfundo de Tecnologia da Informação. Ele ressaltou os detalhes dos gastos projetados contidos no Documento CE142/INF/11 e seus anexos e, assinalando ao mesmo tempo que as prioridades mudavam ou eventos imprevistos ocorriam, e que os detalhes dos projetos poderiam mudar.

352. Uma delegada, observando que a resolução do Comitê sobre o excedente orçamentário (Resolução CE142.R8) relacionava vários projetos referentes ao Fundo Mestre de Investimento de Capital, perguntou por que eles não haviam sido apresentados no Documento CE142/INF/11.

353. O Sr. Harkness explicou que, quando o documento havia sido redigido, não se sabia qual o gasto seria aprovado para financiamento a partir do excedente.

354. A Diretora disse que, em relatórios futuros, poderia ser fornecido uma discriminação das fontes do financiamento para cada um dos componentes dos projetos de capital.

355. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

***Atualização da situação da revisão institucional da BIREME e INCAP (Documento CE142/INF/12 e Add. I)***

356. O Dr. Osvaldo Salgado (representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia discutido o processo de fortalecimento institucional em andamento no Instituto de Nutrição da América Central e do Panamá (INCAP) durante sua segunda sessão e havia sido informado que o Secretariado pretendia apresentar à 142<sup>a</sup> sessão do Comitê Executivo um estudo que descrevia o processo, as diretrizes para o desenvolvimento institucional do INCAP e sua estratégia proposta de cooperação técnica e as modificações que precisariam ser feitas ao Acordo Básico do INCAP para que ele se tornasse uma instituição de autogestão. O Subcomitê havia sido assegurado que de nutrição continuaria sendo prioritária para a OPAS e que a Organização permaneceria participando de perto do trabalho do INCAP, independentemente de o Instituto optar pela autogestão ou não.

357. O Dr. Luiz Galvão (gerente de área, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, OPAS) recapitulou a história e o trabalho do INCAP e apresentou em linhas gerais sua estrutura atual de governança institucional, observando que a OPAS desempenhava um papel duplo vis-à-vis com o Instituto: como um membro constituinte e como administrador. De acordo com o Acordo Básico do Instituto, a função da OPAS como administrador era avaliada a cada cinco anos. O quinquênio atual terminaria em 2008. No dia 23 de junho de 2008, o Conselho Diretor do INCAP havia adotado uma resolução, decidindo que o Instituto deveria obter autonomia administrativa plena e eleger seu próprio diretor, terminando assim a função da OPAS como administrador. Autonomia ofereceria ao INCAP várias vantagens, inclusive a independência programática e a possibilidade de estabelecer outras parcerias com o setor privado, o que melhoraria sua capacidade de captar recursos.

358. O Documento CE142/INF/12 incluía um guia mostrando os próximos passos no processo de fortalecimento institucional conduzindo à autonomia administrativa. O relatório do Auditor Externo para 2006–2007 (incluído no *Documento Oficial 331*) também propunha várias recomendações a respeito das medidas a ser tomadas para abordar os riscos associados à separação do INCAP da OPAS. As questões básicas eram realizar uma transição organizada, não deixando brechas legais nem administrativas; garantir a sustentabilidade financeira do Instituto; e assegurar que o INCAP saísse do processo como uma instituição mais forte. Esperava-se que o INCAP atingisse autonomia administrativa plena até a celebração de seu 60º aniversário em setembro de 2009.

359. Na discussão do Comitê Executivo do tema, a Delegada do Panamá afirmou a importância do INCAP para os países da América Central e enfatizou a necessidade de uma transição organizada para assegurar que o Instituto poderia continuar a desempenhar sua função crucial ao abordar os problemas associados à nutrição na sub-região e também a preservar a excelente relação que sempre havia existido entre o Instituto e a OPAS. Tais transições levavam tempo e, portanto, o cronograma para o processo de transição deveria ser flexível. Deveria ser permitido tempo suficiente para abordar todas as questões legais e de organização implicadas. O diretor interino que supervisaria a transição deveria possuir as habilidades de gestão necessárias para trabalhar com diversos grupos de pessoas e lidar com as ansiedades e os conflitos que inevitavelmente surgiam em tais processos de transição.

360. A Diretora assegurou ao Comitê que os riscos identificados pelo Auditor Externo seriam abordados. Ela comparou a separação do INCAP da OPAS à separação de gêmeos siameses: era essencial preservar e assegurar a funcionalidade de todos os sistemas vitais do gêmeo menor, o INCAP. Isso poderia significar, por exemplo, a terceirização de parte dos serviços que eram atualmente fornecidos pela OPAS. O Secretariado pretendia ajudar o INCAP a realizar a transição da maneira mais econômica possível e, com esse fim, trabalharia estreitamente com o Conselho Diretor do INCAP ao executar o seu plano.

361. A Dra. Heidi Jiménez (assessor jurídica, OPAS), apresentando o Documento CE142/INF/12, Add. I, resumiu as atividades sendo realizadas pela OPAS para fortalecer o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME). Ela observou que a BIREME continuava a ser uma parte integrante da Organização; não havia nenhum plano para sua separação, como no caso do INCAP. Porém, em conformidade com as várias recentes resoluções dos Órgãos Diretivos, o Secretariado estava trabalhando estreitamente com o governo do Brasil, o país-sede da BIREME, e com o Centro propriamente dito, para estabelecer uma nova estrutura de governança institucional que com o tempo permitiria à BIREME operar de forma autônoma.

362. Foram contemplados três documentos básicos para executar a nova estrutura de governança: um estatuto criando uma nova estrutura institucional e definindo a afiliação do Centro; um acordo entre a Sede da OPAS e o governo do Brasil, estabelecendo os compromissos e responsabilidades das duas partes; e um acordo bilateral com a Universidade Federal de São Paulo, que fornece as instalações físicas da BIREME e muitos de seus recursos humanos. Mais informações sobre as provisões destes acordos se encontravam no Documento CE142/INF/12/Add. I. Um documento formal sobre o tema seria apresentado ao 48º Conselho Diretor, junto com uma proposta de estatuto, que estava atualmente sendo finalizada.

363. O Delegado do Brasil destacou o sucesso da BIREME em desenvolver a infraestrutura de informação em ciências da saúde na América Latina e no Caribe e reafirmou o compromisso de seu governo com o processo de fortalecimento institucional. O Brasil estava concluindo uma análise das propostas apresentadas até o momento pelo Secretariado e aguardava receber a proposta de estatuto para dar início às discussões internas.

364. A Diretora enfatizou que os dois centros e os dois processos de fortalecimento institucional em andamento eram muito diferentes. O INCAP era um centro sub-regional com os seus próprios países-membros, cujo trabalho se centrava na América Central. A BIREME era um centro pan-americano regional que fornecia serviços de informação técnica a todos os países da Região e também a indivíduos e instituições fora das Américas. As suas relações financeiras com a OPAS eram também diferentes. A Organização atualmente fornecia uma parcela muito maior dos recursos totais do INCAP em comparação à BIREME. O objetivo do processo de fortalecimento institucional na BIREME era proporcionar ao Centro uma estrutura institucional e jurídica mais sólida que o atual Acordo de Manutenção.

365. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

***Contribuição regional ao Fórum Ministerial Global de Pesquisa para a Saúde (Documento CE142/INF/13 e Corrig.)***

366. O Dr. Luis Gabriel Cuervo Amore (líder de Equipe, Incentivo e Desenvolvimento de Pesquisa, OPAS) explicou que o Fórum Ministerial Global em Pesquisa para a Saúde, a ser realizado em Bamaco, Mali, em novembro de 2008, era continuação de um processo que havia começado com a Cúpula Ministerial de Pesquisa em Saúde realizada na Cidade do México, em 2004. A OPAS estaria preparando uma contribuição regional à reunião de Bamaco, descrevendo as realizações das Américas em pesquisa em saúde nos últimos quatro anos e expondo as opiniões da Região sobre os desafios futuros. A contribuição seria preparada após consultas não só com organismos diretamente envolvidos na pesquisa em saúde, como conselhos de pesquisa médica, mas também com acadêmicos e

especialistas da área de ciência e tecnologia. Seria apresentado ao próximo Conselho Diretor.

367. O Delegado do México disse que seu país, como sede da Cúpula anterior, tinha o prazer de ver os avanços sendo obtidos nas preparações para o Fórum Ministerial em Bamaco, e havia oferecido sua ajuda e apoio ao comitê organizador para esta reunião.

368. A Diretora disse que havia consultas em curso tanto com a OMS como com o comitê organizador para a Cúpula de Bamaco a fim de esclarecer a forma da contribuição da Região. Certamente haveria tal contribuição, mas ainda não estava claro se deveria ser na forma de um documento acordado entre os países-membros ou uma resolução formal do Conselho Diretor. Uma vez que esta questão estivesse resolvida, a intenção era concluir a contribuição ao final de agosto, para apresentação ao Conselho Diretor.

369. O Comitê Executivo tomou nota do relatório e dos planos para a contribuição regional ao Fórum Ministerial Global de Pesquisa para a Saúde.

#### **Encerramento da sessão**

370. Depois da troca habitual de cortesias, o Vice-presidente, na ausência do Presidente, declarou encerrada a 142<sup>a</sup> sessão do Comitê Executivo.

#### **Resoluções e decisões**

371. Os seguinte são as resoluções e as decisões adotado o Comitê Executivo em sua 142<sup>a</sup> sessão:

#### ***Resoluções***

***CE142.R1*** *Organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a Organização Pan-Americana da Saúde*

#### ***A 142<sup>a</sup> SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo analisado o relatório (documento CE142/6, Rev. 1) do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração realizou sobre este tema; e



Consciente das disposições dos *Princípios que Regem as Relações entre a Organização Pan-Americana da Saúde e as Organizações não Governamentais* (adotados mediante a resolução CESS.R1, que aprovou a versão revisada em janeiro de 2007),

1. **DECIDE** manter as relações oficiais entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Colégio Interamericano de Radiologia (CIR), a Associação Latino-Americana de Indústrias Farmacêuticas (ALIFAR), a Federação Pan-Americana de Profissionais de Enfermagem (FEPPEN), a Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM), a Federação Latino-Americana de Hospitais (FLH) e a Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americanas e do Caribe (RSMLAC) no entendimento de que em março de 2012 se examinará o avanço a fim de abordar as preocupações expressadas com respeito as suas relações com a OPAS e apoiar suas atividades durante a Reunião do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração.
2. **DECIDE** suspender as relações oficiais entre a OPAS e o Escritório Regional da Organização Internacional de Associações de Consumidores para América Latina e Caribe (CI-ROLAC).
3. **SOLICITA** à Diretora:
  - a) que informe às organizações não governamentais respectivas acerca das decisões adotadas pelo Comitê Executivo;
  - b) que siga fomentando relações de trabalho dinâmicas com as organizações não governamentais interamericanas de interesse para a Organização nas áreas que se encontram dentro das prioridades programáticas que os Órgãos Diretores fixaram para a OPAS;
  - c) que siga fomentando as relações entre os Estados Membros e as organizações não governamentais relacionadas com a saúde, quando corresponda.

(Terceira reunião, 24 de junho de 2008)

**CE142.R2 Arrecadação das cotas**

**A 142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,**

Tendo examinado o relatório da Diretora sobre a arrecadação das cotas (documentos CE142/28 e Add. I), incluindo um relatório sobre a situação do fundo fiduciário denominado *Contribuições voluntárias para os programas prioritários: vigilância, prevenção e atenção às doenças crônicas; saúde mental e abuso de substâncias psicotrópicas; tabaco; redução dos riscos da gravidez; HIV/AIDS; e direção;*

Tomando nota da informação fornecida aos Estados Membros atrasados no pagamento das cotas ao ponto de que podem estar sujeitos à aplicação do Artigo 6.B da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde;

Observando as disposições do Artigo 6.B da Constituição da OPAS em relação à suspensão dos direitos de voto dos Estados Membros que não cumprirem suas obrigações financeiras, e possível aplicação dessas disposições aos Estados Membros que não cumprirem seu plano de pagamentos diferidos aprovado; e

Observando com preocupação que alguns Estados Membros não efetuaram o pagamento de suas cotas para 2008 e que as quantias arrecadadas correspondentes às cotas de 2008 representam 19% do total para o ano em curso,

**RESOLVE:**

1. Tomar nota do relatório da Diretora sobre a arrecadação das cotas, que inclui um relatório sobre a situação do fundo fiduciário denominado *Contribuições voluntárias para os programas prioritários: vigilância, prevenção e atenção às doenças crônicas; saúde mental e abuso de substâncias psicotrópicas; tabaco; redução dos riscos da gravidez; HIV/AIDS; e direção*”.
2. Agradecer aos Estados Membros que já efetuaram pagamentos correspondentes a 2008 e instar os demais Estados Membros a que paguem suas cotas pendentes o quanto antes.
3. Agradecer aos Estados Membros que contribuíram ao fundo fiduciário denominado “contribuições voluntárias para os programas prioritários”.
4. Recomendar ao 48º Conselho Diretor que as restrições ao direito de voto contidas no Artigo 6.B da Constituição da OPS sejam aplicadas estritamente aos Estados

Membros que até a data de abertura dessa sessão não tenham efetuado pagamentos substanciais para cumprir seus compromissos relativos às cotas.

5. Solicitar à Diretora que siga informando aos Estados Membros acerca de seus saldos pendentes e que informe ao 48º Conselho Diretor sobre a situação da arrecadação das cotas.

(Terceira reunião, 24 de junho de 2008)

**CE142.R3 *Oncocercose: Relatório sobre a situação atual***

**A 142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,**

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Oncocercose: Relatório sobre a situação atual* (documento CE142/18),

**RESOLVE:**

Recomendar ao Conselho Diretivo que adote uma resolução nos seguintes termos:

**O 48º CONSELHO DIRETOR,**

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Rumo á eliminação da Oncocercose (cegueira dos rios) nas Américas* (documento CD48/\_\_);

Considerando o sofrimento humano e os custos sociais associados com a perda da visão e as lesões deformantes da pele, atribuídos à oncocercose (cegueira dos rios) que ameaçam aproximadamente 500.000 pessoas em áreas de risco nas Américas;

Reconhecendo o apoio recebido dos doadores a fim de obter o controle global da oncocercose;

Ressaltando que a 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana, reunida em setembro de 1990, fez um apelo para identificar as doenças que podem ser eliminadas até o final deste século ou início do próximo, e que em resposta a OPAS desenvolveu uma estratégia regional (resolução CD35.R14, 1991) que busca assegurar tratamentos semestrais a todas as comunidades que o requeiram com o fim de eliminar a oncocercose como problema de saúde pública nas Américas até 2007;

Considerando que, em resposta à resolução CD35.R14, se estabeleceu uma iniciativa internacional conhecida como Programa para a Eliminação da Oncocercose nas Américas (OEPA) em cooperação com os governos, a OPAS, organizações não governamentais, doadores e outras partes interessadas;

Reconhecendo os grandes avanços registrados até agora pelas autoridades nacionais e o OEPA na eliminação da oncocercose nas Américas, através da promoção e fortalecimento dos programas nos seis países endêmicos da Região (Brasil, Colômbia, Equador, Guatemala, México e Venezuela); e

Levando em conta que os representantes dos seis países que assistiram à 17ª Conferência Interamericana sobre Oncocercose em 2007 e o Comitê Coordenador do OEPA (PCC) se comprometeram a conseguir a interrupção da transmissão da oncocercose em toda a Região até o fim de 2012, e que este seria o último ano da distribuição maciça de ivermectina na Região, seguido imediatamente por uma fase de três anos de vigilância epidemiológica que certifique a eliminação,

***RESOLVE:***

1. Instar os Estados Membros:
  - a) a que reafirmem o compromisso da meta originalmente proposta na resolução CD35.R14 do 35º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde em 1991, que faz um apelo para conseguir a eliminação da morbidade por oncocercose nas Américas;
  - b) a que completem a eliminação da morbidade por oncocercose e interrompam a transmissão do parasita dentro de suas fronteiras até 2012 através da mobilização de todos os setores relevantes, comunidades afetadas e ONGs mediante:
    - apoio financeiro adequado para que os programas nacionais alcancem coberturas de tratamento pelo menos de 85% de todos os indivíduos elegíveis;
    - utilização eficaz dos tratamentos doados;
    - aplicação das diretrizes de certificação estabelecidas pela OMS para a suspensão do tratamento maciço;
  - c) a que convidem outras agências especializadas do Sistema das Nações Unidas, agências de desenvolvimento bilaterais e multilaterais, ONGs, fundações e outros grupos interessados a:

- aumentar a disponibilidade de recursos para os programas nacionais de eliminação da oncocercose e OEPA para eliminar completamente a transmissão da doença na Região;
  - apoiar atividades do OEPA e de seu Comitê Coordenador por representantes da OPAS, CDC, Centro Carter, Ministérios da Saúde e especialistas em oncocercose;
  - apoiar e assistir às Conferências Interamericanas Anuais sobre Oncocercose (IACO) e respaldar as iniciativas desenvolvidas pelo Comitê Coordenador do OEPA (PCC) ou em coordenação com o mesmo.
2. Solicitar à Diretora:
- a) que apóie a implementação dos critérios da OMS para a certificação da eliminação da morbidade e transmissão nos países afetados;
  - b) que fortaleça a colaboração fronteiriça com os seis países endêmicos, especialmente na fronteira entre Brasil e Venezuela, onde a oncocercose afeta a população indígena ianomâmi;
  - c) que promova uma colaboração mais estreita entre os programas para a eliminação da oncocercose nas Américas, as agências especializadas e organizações do sistema das Nações Unidas, agências bilaterais de desenvolvimento, ONGs e outros grupos interessados;
  - d) que informe periodicamente sobre os avanços na implementação de atividades.

*(Nona reunião, 27 de junho de 2008)*

***CE142.R4 Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde***

***A 142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo analisado o documento apresentado pela Diretora, *Plano de Ação para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde* (documento CE142/15),

**RESOLVE:**

Recomendar ao Conselho Diretor a adoção de uma resolução nos seguintes termos:

**O 48º CONSELHO DIRETOR,**

Tendo analisado o documento apresentado pela Diretora, *Plano de ação regional para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde* (documento CD48/\_\_);

Reconhecendo a necessidade de contar com dados válidos, confiáveis, oportunos e com o maior nível de desagregação possível no âmbito nacional, sub-regional e regional, para o diagnóstico e formulação de políticas de saúde e o monitoramento de indicadores como os estabelecidos pelos compromissos internacionais;

Valorizando a importância de melhorar a cobertura e qualidade das estatísticas vitais e de saúde, como componentes fundamentais dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) dos países, tal como reconhecido e aprovado na resolução CSP27.R12 da 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana em outubro de 2007;

Tendo analisado o relatório da Diretora sobre as básicas conceituais e diretrizes operacionais para a formulação de um Plano de ação regional para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde dos países da Região;

Considerando que o Plano de ação promove harmonizadas dentro dos países e entre eles e coordena atividades na Organização e com outras agências internacionais técnicas e de financiamento, para a otimização de todos os recursos disponíveis na Região; e

Reconhecendo que a Secretaria necessita desse Plano de Ação para cumprir a meta e os objetivos de fortalecer a capacidade dos países para produzir estatísticas vitais e de saúde no contexto de desenvolvimento do sistema de informação em saúde,

**RESOLVE:**

1. Instar os Estados Membros:
  - a) a que aprovem o Plano de Ação regional para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde dos países do hemisfério (PFEVS) que lhes permita dispor de indicadores com cobertura e qualidade para a formulação, monitoramento e avaliação de políticas de saúde;

- b) a que promovam a participação e coordenação dos escritórios nacionais e setoriais de estatística, as áreas de epidemiologia dos ministérios da saúde, os registros civis e outros atores públicos e privados no diagnóstico de situação e elaboração de planos nacionais de ação;
- c) a que considerem a mobilização de recursos humanos, tecnológicos e financeiros para a implementação do Plano de ação sobre fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde dos países do hemisfério;
- d) a que incentivem a OPAS a colaborar com os países para a implementação e monitoramento do Plano de Ação.

2. Solicitar à Diretora:

- a) que trabalhe com os Estados Membros para desenvolver seus planos nacionais de ação e para a disseminação e uso de ferramentas que favoreçam a produção e o fortalecimento de estatísticas vitais e de saúde no contexto de planos estratégicos para o desenvolvimento dos sistemas de informação em saúde;
- b) que fortaleça a coordenação do Plano de Ação com iniciativas da mesma natureza desenvolvidas por outras agências internacionais técnicas e de financiamento e iniciativas globais em matéria de fortalecimento das estatísticas de saúde nos países;
- c) que informe periodicamente aos Órgãos Diretores sobre os progressos e restrições na implementação do Plano de Ação.

*(Terceira reunião, 24 de junho de 2008)*

**CE142.R5      *Segurança das transfusões de sangue: Relatório de progresso***

***A 142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo examinado o relatório apresentado pela Diretora sobre os progressos realizados em matéria de segurança das transfusões de sangue (documento CE142/20), no qual se resumem as dificuldades observadas na execução do plano regional de ação para a segurança das transfusões para 2006-2010;

Preocupado com a insuficiência e a má qualidade do sangue disponível para transfusões na maioria dos países da Região; e

Levando em conta a Agenda de Saúde para as Américas para o período 2008-2017,

***RESOLVE:***

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

***O 48º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo examinado o relatório apresentado pela Diretora sobre os progressos realizados em matéria de segurança das transfusões de sangue (documento CD48/\_\_\_), no qual se resumem as dificuldades observadas na execução do plano regional de ação para a segurança das transfusões para 2006-2010;

Consciente da função central que as transfusões desempenham na atenção médica apropriada aos pacientes e na redução da mortalidade das mães, lactantes, vítimas de acidentes de trânsito e outros traumatismos, pessoas que sofrem de câncer e transtornos da coagulação e pacientes de transplantes;

Preocupado com o fato de que os níveis atuais de disponibilidade e segurança do sangue para transfusões na Região são insatisfatórios;

Reconhecendo que os atuais sistemas de organização nacionais limitam a eficácia das transfusões de sangue, têm efeitos negativos em função da morbidade e mortalidade e ocasionam perdas econômicas consideráveis;

Considerando que os conceitos das resoluções CD41.R15 (1999) e CD46.R5 (2005) ainda estão vigentes na Região das Américas e que as autoridades nacionais necessitam aplicar as estratégias do plano regional de ação para 2006-2010, aprovado pelo 46º Conselho Diretor; e

Reconhecendo que é necessário modificar os enfoques nacionais atuais a fim de atingir as metas regionais em matéria de segurança das transfusões até 2010,

***RESOLVE:***

1. Instar os Estados Membros:



- a) a que executem decididamente o plano regional de ação para a segurança das transfusões de sangue para 2006-2010 mediante:
  - i. definição de uma entidade específica dentro do nível normativo de seus ministérios de saúde que tome a seu cargo o planejamento, supervisão e funcionamento eficaz geral do sistema nacional de sangue;
  - ii. estimativa das necessidades nacionais anuais de componentes sanguíneos, considerando emergências imprevistas, os aumentos previstos da população geral e de idosos, a inclusão social de populações atualmente excluídas, os acidentes de trânsito e a adoção local de tecnologias médicas, como os transplantes e certos tratamentos de câncer, e os recursos econômicos necessários para satisfazer essas necessidades;
  - iii. estabelecimento de uma rede social de voluntários que ajude a educar a comunidade, promover a doação voluntária de sangue e atender aos doadores de sangue, prestando uma atenção especial aos programas de jovens;
- b) a que ponham fim à doação de sangue remunerada e de reposição antes do fim de 2010, fixando-se a meta de 100% de doações de sangue voluntárias, altruístas, não remuneradas, valendo-se da informação obtida em pesquisas socioantropológicas realizadas nos países, posto que a obtenção do sangue não é responsabilidade exclusiva das equipes médicas dos hospitais;
- c) a que intercambiem as práticas ótimas com relação ao recrutamento e retenção dos doadores voluntários.

2. Solicitar à Diretora:

- a) que coopere com os Estados Membros na execução do plano regional de ação para a segurança das transfusões para 2006-2010 aplicando um enfoque multidisciplinar e coordenado que leve em conta a promoção da saúde, a educação do público, os direitos humanos e dos pacientes, a garantia da qualidade e a eficiência financeira;
- b) que colabore com Estados Membros e outras organizações internacionais para avaliar a execução do mencionado plano regional de ação 2006-2010 e encontrar as intervenções próprias do país que sejam necessárias para obter a suficiência e a qualidade e segurança aceitáveis de sangue para transfusões no plano nacional;

- c) que elabore relatórios anuais sobre a situação da segurança das transfusões de sangue na Região.

(Sétima reunião, 26 de junho de 2008)

***CE142.R6 Enfoques populacionais e individuais da prevenção e tratamento de diabetes e obesidade***

***A 142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo examinado o relatório da Diretora *Enfoques populacionais e individuais para a prevenção e o tratamento de diabetes e obesidade* (documento CE142/9),

***RESOLVE:***

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

***O 48º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Enfoques populacionais e individuais da prevenção e tratamento de diabetes e obesidade* (Documento CD48/\_\_);

Assinalando a resolução CD47.R9 (2006), Estratégia Regional e Plano de Ação para um Enfoque Integrado sobre a Prevenção e o Controle das Doenças Crônicas, incluindo o regime alimentar, a atividade física e a saúde, que recomenda atuar de maneira integrada para prevenir e reduzir a carga das doenças crônicas e os fatores de risco conexos nas Américas; e a resolução CSP26.R15 (2002) sobre a resposta de saúde pública às doenças crônicas, pela qual se reconhece a grande carga econômica e social das doenças não transmissíveis e se exorta a uma cooperação técnica maior e coordenada da Organização Pan-Americana da Saúde;

Considerando a resolução WHA57.17, Estratégia Mundial sobre Regime Alimentar, Atividade Física e Saúde (2004), que insta a aplicar um método integrado e uma colaboração intersetorial para melhorar o regime alimentar e aumentar a atividade física;

Levando em conta a resolução 61/225 da Assembleia Geral das Nações Unidas, Dia Mundial do Diabetes (2006), pela qual se reconhece que o diabetes é uma doença crônica, debilitante e onerosa, que tem graves complicações, representa grandes riscos para as famílias, os países e o mundo inteiro e se decide ressignar o dia 14 de novembro, atual Dia Mundial do Diabetes, como Dia das Nações Unidas dedicado a esta questão, que se observará todos os anos a partir de 2007;

Levando em conta a resolução WHA61.23, Prevenção e Controle de Doenças não Transmissíveis: Implementação da Estratégia Global (2008), que insta os Estados Membros a fortalecer a capacidade nacional e aumentar os recursos para a prevenção e controle das doenças crônicas;

Consciente de que a obesidade e o diabetes alcançaram proporções epidêmicas na Região e se prevê que seguirão aumentando se não forem tomadas medidas drásticas;

Observando que a obesidade e o diabetes são em grande medida evitáveis e que há dados científicos e intervenções eficazes em função do custo que combinam enfoques populacionais e individuais; e

Reconhecendo a importância de que os governos, o setor privado, a sociedade civil e a comunidade internacional renovem seu compromisso com respeito à prevenção e controle da obesidade e do diabetes,

***RESOLVE:***

1. Instar os Estados Membros:
  - a) a que atribuam prioridade à prevenção da obesidade e do diabetes e seus fatores de riscos comuns mediante o estabelecimento ou o fortalecimento de políticas e programas integrados nos sistemas de saúde públicos e privados, de modo a assegurar recursos suficientes para levar a cabo tais políticas e programas;
  - b) a que trabalhem para desenvolver políticas públicas que permitam a adoção e a escolha de modos de vida mais saudáveis em relação à alimentação e maiores oportunidades para fazer atividade física;
  - c) a que formem parcerias e se envolvam com o setor privado e a sociedade civil para que os consumidores sejam bem informados, as opções saudáveis estejam disponíveis e acessíveis com maior frequência e se implementem programas que promovem estilos de vida saudáveis nos lugares de trabalho;

- d) a que criem ambientes propícios que contribuam para prevenir e tratar a obesidade e o diabetes mediante maiores oportunidades para realizar atividade física e escolher opções de alimentação mais saudáveis, em colaboração com outros setores além da saúde pública;
  - e) a que implementem a Estratégia Global de Dieta, Atividade Física e Saúde e a estratégia regional e plano de ação para um enfoque integrado sobre a prevenção e o controle das doenças crônicas, incluindo o regime alimentar, a atividade física e a saúde;
  - f) a que estabeleçam incentivos e políticas para favorecer a produção e consumo de frutas e verduras;
  - g) a que melhorem a rotulação dos produtos alimentares e a educação da população permitindo escolher alimentos saudáveis;
  - h) a que desenvolvam diretrizes e políticas para promover a comercialização responsável de alimentos dirigidos às crianças e adolescentes;
  - i) a que utilizem a mídia (rádio, televisão, imprensa, Internet) para implementar campanhas de educação e disseminando informação, incluídos os meios de comunicação de massa;
  - j) a que melhorem a vigilância e monitoramento dos índices de obesidade e diabetes na população, de modo a promover políticas e avaliar resultados;
  - k) a que elaborem e executem planos e programas para melhorar o tratamento de obesidade e/ou diabetes dentro dos sistemas de saúde públicos e privados, integrando a prevenção na assistência;
  - l) a que reorientem os serviços de saúde no contexto da atenção primária assegurando os recursos necessários que permitam aplicar estratégias preventivas, incluindo meios de diagnóstico e medicamentos, para a detecção e o tratamento precoce das complicações preveníveis ou controláveis do diabetes, com intervenções de eficácia comprovada, em especial as relativas ao cuidado dos pés, saúde ocular, saúde renal, controle da glicemia e da pressão arterial.
2. Solicitar à Diretora:

- a) que desenvolva intervenções integradas de prevenção e controle da obesidade e do diabetes, incluindo normas e protocolos, que se concentrem nas necessidades dos países de baixa renda e populações vulneráveis através da rede CARMEN;
- b) que apóie os Estados Membros em seus esforços para fortalecer seus sistemas de informação sanitária a fim de monitorar a obesidade e o diabetes, assim como a avaliação de resultados das intervenções de saúde pública;
- c) que ajude os Estados Membros a fortalecer a capacidade, incluindo pesquisa, meios de diagnóstico e tratamento, assim como as competências do sistema de saúde para a atenção integrada à obesidade e diabetes;
- d) que desenvolvam novas parcerias ou fortaleçam às existentes para mobilização de recursos, defesa e pesquisa colaborativa relacionada com à prevenção da obesidade e do diabetes.

*(Oitava reunião, 26 de junho de 2008)*

***CE142.R7 Emendas ao regulamento e estatuto do pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana***

***A 142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo considerado as emendas ao Regulamento e Estatuto do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana apresentadas pela Diretora no anexo do documento CE142/31;

Levando em conta as ações da 61ª Assembléia Mundial da Saúde com respeito à remuneração dos Diretores Regionais, Subdiretores Gerais e Diretor Geral;

Consciente das disposições do Artigo 020 do Regulamento do Pessoal e do parágrafo 3.1 do Estatuto do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana; e

Reconhecendo a necessidade de haver uniformidade com respeito às condições de emprego do pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana e da Organização Mundial da Saúde,

**RESOLVE:**

1. Ratificar, de acordo com o Artigo 020 Regulamento do Pessoal, as emendas do Regulamento do Pessoal que foram introduzidas pela Diretora, a partir de 1º de julho de 2008, referentes ao salário-família, esquema de subsídios por mobilidade e condições de trabalho difícil, subsídio por novo destino, pagamento por terminação de serviço, normas para a contratação, aumento de salário dentro do mesmo grau por mérito de serviço, licença para instrução ou serviço militar e cargos sujeitos a contratação local.
2. Estabelecer, a partir de 1º de janeiro de 2008, o salário anual do Diretor Adjunto da Repartição Sanitária Pan-Americana em US\$ 172.546 antes de deduzir as contribuições do pessoal, o que equivale a um salário líquido modificado de \$125.155 (com dependentes) ou \$113.332 (sem dependentes).
3. Estabelecer, a partir de 1º de janeiro de 2008, o salário anual do Subdiretor da Repartição Sanitária Pan-Americana em \$171.008 antes de deduzir as contribuições do pessoal, o que equivale a um salário líquido modificado de \$124.155 (com dependentes) ou \$112.332 (sem dependentes).
4. Recomendar ao 48º Conselho Diretor que ajuste o salário anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana e aprove a modificação do parágrafo 4.3 do Estatuto do Pessoal mediante a aprovação da seguinte resolução:

**O 48º CONSELHO DIRETOR,**

Tendo considerado a revisão dos salários básicos/mínimos para as categorias profissional e superior do pessoal, em vigor a partir de 1º de janeiro de 2008 (documento CD48/\_\_); e

Levando em conta a decisão do Comitê Executivo, em sua 142ª sessão, de ajustar os salários do Diretor Adjunto e do Subdiretor da Repartição Sanitária Pan-Americana,

**RESOLVE:**

1. Estabelecer, a partir de 1º de janeiro de 2008, o salário anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana em US\$ 189.929 antes de deduzir as contribuições do pessoal, o que equivale a um salário líquido modificado de \$136.454 (com dependentes) ou \$122.802 (sem dependentes).
2. Aprovar a modificação do parágrafo 4.3 do Estatuto do Pessoal com respeito à nomeação e promoção do pessoal.

(Oitava reunião, 26 de junho de 2008)

***CE142.R8    Uso da receita do orçamento por programas que excede o nível autorizado do orçamento ordinário de trabalho efetivo para o exercício 2006-2007***

***A 142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo examinado o relatório do 2ª Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração (documento CE142/4);

Tomando nota do documento modificado sobre o uso proposto da receita do orçamento por programas que excede o nível autorizado do orçamento ordinário efetivo para o exercício 2006-2007 (documento CE142/30); e

Tendo em mente que certas atividades importantes, como a cooperação técnica entre países e as relacionadas com a aceleração do cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, já se beneficiam de fontes de financiamento e mecanismos existentes,

***RESOLVE:***

1.     Agradecer ao Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração seu exame preliminar e relatório sobre este tema.
2.     Solicitar à Diretora que as observações e emendas formuladas pelos Membros do Comitê Executivo sejam incorporadas no documento modificado CE142/30, a ser submetido à consideração do 48º Conselho Diretor.
3.     Recomendar ao 48º Conselho Diretor que aprove uma resolução nos seguintes termos:

***O 48º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo examinado o relatório do Presidente do 142ª sessão do Comitê Executivo;  
e

Tomando nota do documento modificado sobre o uso proposto da receita do orçamento por programas que excede o nível autorizado do orçamento ordinário efetivo para o exercício 2006-2007 (documento CD48/\_\_\_),

**RESOLVE:**

1. Agradecer ao Comitê Executivo seu exame e relatório sobre este tema.
2. Aprovar os critérios que guiam os projetos propostos a serem financiados com a Conta Especial como figuram no parágrafo 15 do documento CD48/\_\_, segundo o qual:

“Os critérios para orientar as propostas de iniciativas são os seguintes:

- Iniciativas que fortaleçam a Organização, seja por meio do apoio direto às atividades prioritárias de saúde pública nos países ou do fortalecimento da capacidade da Repartição de apoiar as necessidades de Estados Membros;
  - Iniciativas que fortaleçam o processo e gerem eficiências;
  - Iniciativas que tenham repercussão;
  - Iniciativas que reduzam ao mínimo os custos fixos agregados e sejam sustentáveis dentro das operações normais;
  - Iniciativas para as quais outras fontes de financiamento sejam escassas ou inexistentes.”
3. Aprovar, com vigência imediata, os seguintes projetos em sua totalidade:
    - 1.A: Centro Regional Estratégico de Operações Sanitárias;
    - 1.B: Centros Nacionais Estratégicos de Operações Sanitárias;
    - 4.A: Melhorias dos edifícios: melhorias relativas às normas mínimas e outras medidas de segurança;
    - 4.C: Melhorias dos edifícios: sistema de drenagem da praça;
    - 4.D: Melhorias dos edifícios: medidas de segurança e higiene;
    - 4.E: Melhorias dos edifícios: teto do edifício de escritórios da Sede;
    - 4.F: Melhorias dos edifícios: renovação das salas A, B e C no edifício da Sede.



4. Aprovar, com respeito à fase inicial e com vigência imediata, os seguintes projetos:
  - 2.A: Fortalecimento dos sistemas de informação em saúde pública da OPAS;
  - 2.C: Fortalecer as comunicações mediante melhoria da conectividade das representações;
  - 3.A: Modernizar o sistema institucional de gestão da Repartição Sanitária Pan-Americana;
  - 3.B: Modernizar o modelo para a prestação de serviços de gestão do conhecimento e tecnologia da informação;
  - 3.C: Fortalecer a capacidade da Organização de cumprir as normas internacionais de contabilidade do setor público em 2010 (US\$ 300.000);
  - 4.B: Melhorias dos edifícios: medidas de economia de energia.
5. Aprovar, em princípio, o financiamento dos projetos propostos no documento CD48/\_\_\_ e especificados nos parágrafos 3 e 4 precedentes.
6. Delegar ao Comitê Executivo a faculdade para que supervise e aprove todas as propostas futuras que se submetam à consideração pela primeira vez ou que voltem a ser submetidas à consideração com relação ao uso de fundos da Conta Especial.
7. Solicitar à Repartição que submeta à consideração do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração, com a periodicidade apropriada, um relatório sobre cada um dos projetos aprovados que figuram em numerals 3 e 4 anteriormente, incluindo uma atualização do alcance, o orçamento e os prazos para as fases restantes, a fim de ser submetido à consideração e aprovação do Comitê Executivo.
8. Solicitar à Repartição que formule novamente o projeto 2.B, (adoção de estratégias de formação de redes para transformar a prestação da cooperação técnica), se for apropriado com o fim de incluir um alcance e uma finalidade mais claros, a ser submetido no futuro à consideração do Comitê Executivo para o uso dos fundos da Conta Especial.
9. Incentivar os Estados Membros a que apresentem outras propostas de projetos para o uso dos fundos da Conta Especial. Estas propostas devem ser canalizadas através da Repartição para sua inclusão no ciclo correspondente de exame e aprovação do Comitê Executivo.

(Oitava reunião, 26 de junho de 2008)

**CE142.R9** *Controle integrado de vetores: resposta integral às doenças transmitidas por vetores*

**A 142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,**

Tendo examinado o documento CE142/24, *Controle integrado de vetores: resposta integral às doenças transmitidas por vetores*,

**RESOLVE:**

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

**O 48º CONSELHO DIRETOR,**

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Controle integrado de vetores: resposta integral às doenças transmitidas por vetores* (documento CD48/\_\_), no qual se propõe que os Estados Membros abordem áreas comuns de trabalho para combater as doenças transmitidas por vetores mediante o fortalecimento da capacidade nacional para obter a ótima utilização dos recursos destinados a esta finalidade a fim de melhorar a eficácia e a eficiência dos programas nacionais de controle de vetores;

Levando em conta o Quadro Estratégico Mundial para o Controle Integrado de Vetores elaborado pela Organização Mundial da Saúde em 2004 e a resolução adotada pela Assembléia Mundial da Saúde (WHA42.31, 1989); para fortalecer a capacidade dos Estados Membros de aplicar medidas eficazes de controle dos vetores; a resolução aprovada na Assembléia Mundial da Saúde (WHA50.13, 1997) a fim de reduzir o recurso aos inseticidas para o controle das doenças transmitidas por vetores mediante a promoção do controle integrado de vetores em conformidade com as diretrizes da OMS; aproveitar o poder preventivo do controle de vetores, em vista dos graves riscos do aumento da transmissão de doenças transmitidas por vetores resultantes da mudança climática, deslocamento das populações e deterioração do meio ambiente, assim como as oportunidades importantes de receber apoio financeiro (WHO/CDS/NTD/VEM/2007.1); e o Plano Mundial de luta contra as doenças tropicais desatendidas correspondente ao período 2008-2015 da OMS, que exorta a fortalecer o controle de vetores integrado e a criação de capacidade como uma das áreas estratégicas para a ação (WHO/CDS/NTD/2007.3);

Considerando que as doenças transmitidas por vetores são responsáveis por uma carga considerável de doenças parasitárias e infecciosas nas Américas, resultam em morbidade e mortalidade evitáveis que afetam desproporcionalmente os grupos pobres e marginalizados, causando sofrimentos e dificuldades econômicas, e são um grave obstáculo ao desenvolvimento de muitos países; e

Preocupado com o fato de que os efeitos potenciais da mudança climática e maior variabilidade do clima poderiam representar um risco elevado de epidemias de doenças transmitidas por vetores,

***RESOLVE:***

1. Instar os Estados Membros:
  - a) a que fortaleçam e apoiem os programas nacionais de controle de doenças transmitidas por vetores mediante o estabelecimento de políticas baseadas em evidências e planos operacionais nacionais para executar iniciativas de controle integrado de vetores, com o fim de melhorar a eficácia e a eficiência dos programas atuais de controle de vetores;
  - b) a que fortaleçam os métodos de controle de várias doenças na prevenção e controle das doenças transmitidas por vetores, como a vigilância epidemiológica e entomológica, o uso correto dos pesticidas, a mobilização social e o tratamento das pessoas afetadas, com o fim de aumentar a sinergia entre diferentes programas de controle de vetores;
  - c) a que considerem a conveniência de destinar recursos nacionais e mobilizem recursos adicionais e os utilizem eficazmente na execução de intervenções apropriadas de prevenção e controle;
  - d) a que avaliem a necessidade de capacitação em matéria de controle integrado de vetores e adotem medidas para promover a contratação, capacitação e retenção de pessoal de saúde;
  - e) a que avaliem e fortaleçam os quadros legislativos e os mecanismos reguladores nacionais e seu cumprimento, com relação à promoção da legislação do controle integrado de vetores, conforme o caso;

- f) a que melhorem a colaboração dentro do setor da saúde e com outros setores para aproveitar sinergias e promover uma resposta coordenada às doenças de transmissão vetorial;
  - g) a que realizem atividades transfronteiriças para enfrentar as doenças transmitidas por vetores comuns na Região mediante o intercâmbio de conhecimentos e experiência e a formulação de planos conjuntos de ação e de pesquisa operacional.
2. Solicitar à Diretora:
- a) que siga prestando cooperação técnica e coordenando os esforços para reduzir a carga das doenças transmitidas por vetores;
  - b) que promova o controle integrado de vetores como uma parte integral da atenção às doenças transmitidas por vetores entre os Estados Membros;
  - c) que apóie os países no planejamento, execução, vigilância e avaliação das atividades de controle integrado de vetores e aumento da capacidade apropriada;
  - d) que proporcione aos Estados Membros o assessoramento técnico com fundamento científico de que se necessita para o controle integrado de vetores;
  - e) que promova e fortaleça a pesquisa sobre o controle integrado de vetores baseada nas necessidades e deficiências reconhecidas;
  - f) que contribua ao fortalecimento dos quadros legislativos e mecanismos reguladores, segundo corresponda, com relação à promoção do controle integrado de vetores nos países.

*(Terceira reunião, 25 de junho de 2008)*

***CE142.R10 Saúde neonatal no processo contínuo de atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança: Estratégia e plano de ação regional***

***A 142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Saúde neonatal no processo contínuo de atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança: estratégia e plano de ação regional* (documento CE142/12);

***RESOLVE:***

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

***O 48º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no contexto do processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança* (documento CD48/\_\_\_);

Reconhecendo que a mortalidade neonatal continua tendo uma grande repercussão sobre a mortalidade infantil na Região, e que será necessário intensificar os esforços para atingir os objetivos da Declaração do Milênio relacionados com a redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos até 2015;

Considerando a resolução CD47.R19 (2006) sobre a saúde neonatal no contexto da atenção à saúde da mãe, do recém-nascido e da criança para atingir os objetivos da Declaração do Milênio, que recomenda a preparação de uma estratégia e um plano de ação para apoiar o cumprimento desses objetivos; e

Observando que o plano de ação regional aborda as iniquidades persistentes, concentrando-se nos grupos marginalizados, ao mesmo tempo em que propõe estratégias de cooperação técnica e métodos diferenciados para responder a situações diversas nos países,

***RESOLVE:***

1. Instar os Estados Membros:
  - a) a que apóiem a redução da mortalidade neonatal como uma prioridade dos programas de saúde mediante a ampliação, o fortalecimento ou a manutenção da

- aplicação da estratégia e plano de ação regional sobre a saúde neonatal do recém-nascido no processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança;
- b) a que considerem o plano de ação regional mencionados ao formular os planos nacionais e incluam estratégias diferenciadas que respondam eficazmente a diversas situações entre os países e em cada país, com o fim de proteger os resultados recentes e alcançar os objetivos relacionados com a redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos até 2015 incluídos na Declaração do Milênio;
  - c) a que considerem o fortalecimento dos sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde, para apoiar a aplicação de estratégias baseadas em dados científicos dirigidas a reduzir a mortalidade neonatal e melhorar a colaboração entre os programas e os diferentes níveis de atenção;
  - d) a que apoiem a participação decidida da comunidade e da sociedade civil para que estas incluam em suas atividades medidas dirigidas às mães, aos recém nascidos e às crianças, com critérios de equidade, gênero e grupo étnico;
  - e) a que considerem empreender, facilitar e apoiar atividades nacionais que promovam o acesso universal das mães, recém-nascidos e crianças aos serviços de saúde;
  - f) a que considerem o fortalecimento dos esquemas nacionais que protegem as mães, os recém-nascidos e as crianças;
  - g) a que estabeleçam e mantenham sistemas adequados de vigilância e informação sobre a saúde do recém-nascido, discriminada por sexo, situação socioeconômica, grupo étnico e educação da mãe;
  - h) a que formem parcerias e associações com organizações não governamentais, comunidades, instituições religiosas, o setor acadêmico e de pesquisa e as repartições governamentais pertinentes, para fortalecer e ampliar as políticas e os programas sobre a saúde da mãe, do recém-nascido e da criança.
2. Solicitar à Diretora:
- a) que apóie os Estados Membros na elaboração de planos nacionais destinados a reduzir a mortalidade neonatal no processo contínuo de atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança, levando em conta a estratégia e o plano de ação regional e procurando corrigir as iniquidades e concentrar-se nos grupos vulneráveis e marginalizados;

- b) que colabore nas avaliações dos países para que se apliquem medidas corretivas apropriadas e baseadas em dados fidedignos;
- c) que facilite o intercâmbio de experiências frutíferas e promova a cooperação técnica horizontal pelos Estados Membros na implementação do plano regional de ação.

(Nona reunião, 27 de junho de 2008)

***CE142.R11 Convenção Básica da OMS sobre Controle do Tabaco: oportunidades e desafios para sua implementação nas Américas***

***A 142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo analisado o documento apresentado pela Diretora, *Convenção Básica da OMS sobre Controle do Tabaco: oportunidades e desafios para sua implementação nas Américas* (documento CE142/23);

Reconhecendo que a evidência científica demonstra inequivocamente que o consumo de tabaco e a exposição à fumaça do tabaco são causas de mortalidade, morbidade e deficiência e conscientes da carga que isso impõe às famílias e aos sistemas de saúde nacionais;

Profundamente preocupados com o início do consumo de um produto que causa dependência como o tabaco numa idade cada vez menor, assim como pela alta prevalência do tabagismo nos adolescentes dos países da Região, e especialmente preocupados com o aumento desproporcional do tabagismo entre as meninas em alguns países da América Latina;

Reconhecendo que existem iniciativas bem-sucedidas na Região com respeito ao controle do tabaco; e

Levando em conta que, embora tenha havido conquistas importantes em alguns países, este progresso não é uniforme na Região e é necessário que os países que ainda não o fizeram considerem a conveniência de tomar as medidas necessárias para ratificar o Convenção, e que os Estados Partes da Convenção continuem avançando a fim de incorporar as medidas da Convenção em sua legislação nacional;

**RESOLVE:**

Recomendar ao Conselho Diretor a adoção de uma resolução redigida nos seguintes termos:

**O 48º CONSELHO DIRETOR,**

Tendo analisado o documento apresentado pela Diretora, *Convenção Básica da OMS para Controle do Tabaco: oportunidades e desafios para sua implementação na Região das Américas* (documento CD48/\_\_\_);

Reconhecendo que a evidência científica demonstra inequivocamente que o consumo de tabaco e a exposição à fumaça do tabaco são causas de mortalidade, morbidade e deficiência e conscientes da carga que isso impõe às famílias e aos sistemas de saúde nacionais;

Profundamente preocupados com o início do consumo de um produto que causa dependência como o tabaco numa idade cada vez menor, assim como pela alta prevalência do tabagismo nos adolescentes dos países da Região, e especialmente preocupados com o aumento desproporcional do tabagismo entre as meninas em alguns países da América Latina;

Reconhecendo que existem iniciativas bem-sucedidas na Região com respeito ao controle do tabaco; e

Levando em conta que, embora tenha havido conquistas importantes em alguns países, este progresso não é uniforme na Região e é necessário que os países que ainda não o fizeram considerem a conveniência de tomar as medidas necessárias para ratificar o Convenção, e que os Estados Partes da Convenção continuem avançando a fim de incorporar as medidas da Convenção em sua legislação nacional;

**RESOLVE:**

1. Instar os Estados Membros:
  - a) a que considerem a ratificação da Convenção Básica da OMS para o Controle do Tabaco se ainda não o tiverem feito e, independentemente de sua condição de Parte ou não Parte da Convenção, considerem a conveniência de implementar, segundo corresponda, o pacote de seis medidas essenciais contidas no MPOWER da OMS;



- b) a que compartilhem experiências bem-sucedidas no controle do tabaco com respeito à ratificação e implementação pelos Estados Partes das medidas da Convenção por meio dos organismos existentes, como a Secretaria da Convenção;
  - c) a que, nos casos correspondentes, criem ou fortaleçam uma unidade coordenadora nacional a cargo da coordenação intra e interministerial necessária para a implementação da Convenção, como se descreve no artigo 5, Obrigações Gerais, da Convenção Básica da OMS para o Controle do Tabaco;
  - d) a que estimulem a inclusão do tema do controle do tabaco na agenda dos organismos de integração sub-regional e participem ativamente da Rede Ibero-Americana de Controle do Tabaco e das redes de língua inglesa existentes;
  - e) a que aproveitem as novas oportunidades de financiamentos por parte de doadores privados a fim de prestar apoio às iniciativas de controle do tabaco na Região.
2. Solicitar à Diretora que apóie a articulação de parcerias intersetoriais e o apelo a parceiros financeiros internacionais para que apóiem a implementação da Convenção Básica da OMS para o Controle do Tabaco e, especificamente, o pacote de seis medidas essenciais, MPOWER da OMS, em todos os países da Região, segundo corresponda, independentemente de sua condição de Parte ou não Parte da Convenção.

*(Nona reunião, 27 de junho de 2008)*

***CE142.R12 Prêmio OPAS em Administração 2008***

***A 142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo examinado o relatório do Comitê do Prêmio OPAS em Administração 2008 (documento CE142/5, Add. I); e

Tendo em mente as disposições dos procedimentos e diretrizes para conferir o Prêmio OPAS em Administração, aprovados pela 18ª Conferência Sanitária Pan-Americana (1970) e modificados pela 24ª Conferência Sanitária Pan-Americana (1994), 124ª sessão do Comitê Executivo (1999), 135ª sessão do Comitê Executivo (2004) e 140ª sessão do Comitê Executivo (2007),

**RESOLVE:**

1. Felicitar todos os candidatos ao Prêmio OPAS em Administração 2008, pelo excelente nível profissional e pelo destacado trabalho que realizam em benefício de seus países e da Região.
2. Tomar nota da decisão do Comitê para que se outorgue o Prêmio OPAS em Administração 2008 ao Dr. Hugo Villar Teijeiro, do Uruguai, por sua contribuição à melhoria das condições de saúde de vários países das Américas, descentralização dos sistemas de saúde, gestão de questões de saúde e hospitais e formação de recursos humanos em gestão de serviços de saúde, no nível nacional e regional.
3. Transmitir o relatório do Comitê do Prêmio OPAS em Administração 2008 ao 48º Conselho Diretor.

*(Nona reunião, 27 de junho de 2008)*

***CE142.R13 Estratégia e plano de ação regionais para prevenção e controle do câncer do colo uterino***

***A 142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo considerado a proposta da Diretora acerca da Estratégia e plano de ação regionais para prevenção e controle do câncer do colo uterino (documento CE142/10),

**RESOLVE:**

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

***O 48º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo considerado a proposta da Diretora acerca da Estratégia e plano de ação regionais para prevenção e controle de câncer do colo uterino (documento CD48/\_\_\_);

Tomando nota da resolução da Assembléia Mundial da Saúde sobre a prevenção e controle do câncer (WHA58.22, 2005), a qual insta os governos a que elaborem programas integrais de controle do câncer e recomenda que atribuam prioridade aos programas de prevenção e controle do câncer do colo uterino;

Recordando a resolução CD47.R9 (2006) do 47º Conselho Diretor, Estratégia e Plano de Ação Regionais sobre um Enfoque Integrado para a Prevenção e Controle das Doenças Crônicas, que inclui o câncer como uma das doenças crônicas prioritárias;

Consciente de que nas Américas ocorrem 27.500 mortes anuais por câncer do colo uterino, causado principalmente por uma infecção persistente por alguns dos genótipos do vírus do papiloma humano (VPH), e reconhecendo que, embora este tipo de câncer pode ser prevenido e controlado mediante um programa integral de educação sanitária, triagem, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, continua produzindo mortalidade prematura e afetando desproporcionalmente as mulheres de estratos econômicos baixos, ressaltando as iniquidades sanitárias na Região;

Reconhecendo que os esforços e investimentos atuais não estão provocando diminuições significativas da carga de câncer do colo uterino na maioria dos países da América Latina e do Caribe;

Reconhecendo que as vacinas contra o VPH eficazes em função do custo podem fazer parte de um Programa de prevenção e controle integral de câncer do colo uterino;

Reconhecendo que a Organização Pan-Americana da Saúde e a Aliança Mundial para a Prevenção do Câncer do Colo Uterino avaliaram métodos inovadores para a triagem do câncer do colo uterino e o tratamento das lesões pré-cancerosas e geraram novos dados científicos e novos conhecimentos sobre estratégias eficazes em função do custo que possam melhorar significativamente os programas de prevenção, sobretudo em ambientes de baixos recursos, e que a OPAS tem apoiado a tomada de decisões com bases científicas pelos países com respeito à introdução de vacinas contra o VPH; e

Consciente de que a prevenção e o controle do câncer do colo uterino podem contribuir à consecução de objetivos de desenvolvimento internacional,

***RESOLVE:***

1. Instar os Estados Membros:
  - a) a que aprovem o quadro da estratégia e plano de ação regionais para a prevenção e controle do câncer do colo uterino, elaborado para melhorar a capacidade de execução sustentada dos programas integrais de prevenção e controle do câncer do colo uterino, com a meta de reduzir a incidência e a mortalidade;

- b) a que atribuam prioridade na agenda nacional de saúde pública à prevenção e controle do câncer do colo uterino, considerem destinar os recursos apropriados e fortalecer os programas vigentes para que tenham um enfoque integral;
- c) a que revitalizem e melhorem os programas de prevenção e controle do câncer do colo uterino para utilizar eficazmente novas tecnologias e métodos com fundamento científico, em particular nos lugares onde o acesso é difícil e os recursos são limitados;
- d) a que empreendam estratégias de comunicação social apropriadas de idade para aumentar a conscientização sobre os fatores de risco do câncer do colo uterino e seu caráter prevenível entre adolescentes e mulheres, e envolvam as comunidades nas campanhas de prevenção do câncer do colo uterino, insistindo no empoderamento das mulheres pertencentes a grupos desfavorecidos e vulneráveis, em especial as indígenas;
- e) a que elaborem e apliquem as medidas recomendadas na estratégia e plano de ação regionais que sejam apropriadas às circunstâncias de cada país e incluam a prevenção primária, a triagem e o tratamento das lesões pré-cancerosas, o diagnóstico e tratamento do câncer invasor do colo uterino e os cuidados paliativos;
- f) a que fortaleçam os sistemas de saúde baseados na atenção primária para que os programas eficazes de prevenção e controle do câncer do colo uterino possam ser executados em estreita colaboração com as comunidades e com um enfoque integrado de prevenção primária e secundária;
- g) a que considerem os estudos disponíveis e os dados de pesquisas locais ou sub-regionais, para tomar uma decisão baseada em evidências científicas na elaboração de uma política para a introdução das vacinas contra o VPH, conscientes da necessidade de sustentabilidade;
- h) a que, quando for possível, utilizem o Fundo Rotatório do Programa Ampliado de Imunização para a Compra de Vacinas, já que este desempenha uma função destacada na introdução de vacinas novas nas Américas;
- i) a que estabeleçam e fomentem parcerias estratégicas com instituições em todos os setores pertinentes para mobilizar os recursos econômicos, técnicos e de outro tipo que melhorem a eficácia dos programas de prevenção e controle do câncer do colo uterino.

2. Solicitar à Diretora:
- a) que proporcione assistência técnica aos Estados Membros de maneira interprogramática para que revitalizem os programas integrais de prevenção e controle do câncer do colo uterino dotados de métodos e tecnologias novas que sejam eficazes em função do custo, monitore os avanços e informe periodicamente os resultados;
  - b) que desperte a conscientização das autoridades e profissionais da saúde para aumentar os compromissos políticos, econômicos e técnicos com os programas de prevenção e controle do câncer do colo uterino;
  - c) que defenda um acesso mais equitativo a novas tecnologias (testes de detecção do VPH, vacinas contra o VPH);
  - d) que forme novas parcerias ou fortaleça as existentes dentro da comunidade internacional para a mobilização de recursos, defesa, e a promoção de causas e a colaboração com o objetivo de melhorar as atividades de prevenção e controle do câncer do colo uterino na Região.

(Nona reunião, 27 de junho de 2008)

***CE142.R14 Saúde e relações internacionais: seu vínculo com o desenvolvimento sanitário nacional***

***A 142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo considerado o documento apresentado pela Diretora, *Saúde e relações internacionais: seu vínculo com o desenvolvimento sanitário nacional* (documento CE142/25),

***RESOLVE:***

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

***O 48º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo considerado o documento apresentado pela Diretora, *A saúde e as relações internacionais: seu vínculo com a gestão do desenvolvimento nacional da saúde* (documento CD48/\_\_\_);

Reconhecendo a importância que se atribui à saúde em diferentes fóruns internacionais por sua crescente vinculação com as dimensões da política exterior;

Considerando as recomendações do grupo de trabalho sobre a OPAS no Século XXI;

Considerando a multiplicidade de atores com diferentes funções e responsabilidades que incidem na governança da saúde global;

Considerando o efeito destes fenômenos no exercício da função de liderança das autoridades sanitárias e no próprio desenvolvimento nacional da saúde; e

Considerando que, à luz do exposto anteriormente, a agenda internacional das autoridades de saúde é cada vez mais importante e intensa,

***RESOLVE:***

1. Instar os Estados Membros:
  - a) a que estreitem as relações de coordenação e intercâmbio das autoridades sanitárias com as autoridades encarregadas da política exterior e de cooperação internacional dos governos;
  - b) a que promovam mecanismos institucionais de consulta entre o setor da saúde e o de relações exteriores, para os processos de diálogo e negociação dos temas relevantes para a saúde global e regional que são objeto de debates nos fóruns internacionais;
  - c) a que fortaleçam a função de liderança das autoridades sanitárias, para responder às crescentes demandas decorrentes dos acordos e regulamentos internacionais vinculados ao desenvolvimento nacional da saúde;
  - d) a que fortaleçam a capacidade institucional dos governos para a gestão da cooperação e das relações internacionais em saúde, fornecendo os recursos necessários para o melhor cumprimento dessas funções, incluindo um cargo adequado na estrutura organizacional;

- e) a que promovam a inclusão dos temas de saúde internacional na profissionalização da carreira diplomática, assim como os temas de relações internacionais na profissionalização de especialistas e líderes em saúde pública.
2. Solicitar à Diretora:
- a) que facilite o diálogo e intercâmbio de experiências entre os Estados Membros sobre as novas dimensões internacionais da saúde e sua importância para o desenvolvimento sanitário nacional;
  - b) que colabore com os governos e o setor acadêmico no desenvolvimento de programas específicos de capacitação sobre saúde internacional, incluindo em particular os profissionais responsáveis pelas funções de cooperação e relações internacionais nos países;
  - c) que mantenha e fortaleça a presença da Organização nos fóruns pertinentes, promovendo a saúde do hemisfério e seu posicionamento no cenário internacional;
  - d) que sistematize periodicamente a experiência da Organização Pan-Americana da Saúde e os países neste campo e a difunda entre os Estados Membros;
  - e) que coopere com o fortalecimento de capacidades institucionais dos governos para atender os aspectos vinculados com as relações internacionais e a gestão da cooperação em matéria de saúde;
  - f) que continue e amplie o Programa de Líderes em Saúde Internacional e promova sinergias e complementaridade com as iniciativas desenvolvidas pelos países para a formação de especialistas nos campos de saúde e relações internacionais;
  - g) que facilite a análise da dimensão da saúde quando se considerem, adotem e implementem políticas de nível internacional que possam ter ou tenham um impacto sobre a saúde pública dos Estados Membros;
  - h) que retome as recomendações do grupo de trabalho sobre a OPAS no século XXI que possam apoiar o desenvolvimento da presente iniciativa.

*(Nona reunião, 27 de junho de 2008)*

***CE142.R15 Agenda provisória do 48º Conselho Diretor da OPAS, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas***

***A 142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo examinado a agenda provisória (documento CD48/1) preparada pela Diretora para o 48º Conselho Diretor da OPAS, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, que se apresenta como anexo do documento CE142/3, Rev. 3; e

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

***RESOLVE:***

Aprovar a agenda provisória (documento CD48/1) preparada pela Diretora para o 48º Conselho Diretor da OPAS, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.

*(Nona reunião, 27 de junho de 2008)*

***CE142.R16 Estratégia regional para melhorar a saúde dos adolescentes e da juventude***

***A 142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo visto o relatório da Diretora, *Estratégia Regional para Melhorar a Saúde dos Adolescentes e da Juventude* (Documento CE142/13, Rev. 2), baseada no Plano Estratégico da RSPA 2008-2012,

***RESOLVE:***

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



***O 48º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo visto o relatório da Diretora, *Estratégia Regional para Melhorar a Saúde dos Adolescente e da Juventude* (Documento CD48/\_\_\_), baseada no Plano Estratégico da RSPA 2008-2012;

Assinalando a resolução da Assembléia Mundial da Saúde sobre a Estratégia para o Desenvolvimento da Saúde da Criança e do Adolescente (WHA56.21, 2003), que insta os governos a fortalecer e ampliar os esforços para proporcionar plena cobertura dos serviços e promover o acesso a uma ampla gama de informações sanitárias para os adolescentes; e a Resolução CD40.R16 do Conselho Diretor da OPAS sobre saúde do adolescente, na qual os governos formalmente reconhecem as necessidades diferenciadas da população jovem e aprovaram um esquema e plano de ação;

Recordando o direito dos adolescentes e jovens de desfrutar do mais alto nível de saúde, conforme estipulado na Constituição da Organização Mundial da Saúde, Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança e outros instrumentos internacionais e regionais sobre direitos humanos;

Compreendendo que a passagem bem-sucedida pela adolescência e juventude é essencial para uma sociedade saudável, compromissada e economicamente desenvolvida;

Reconhecendo que a saúde dos adolescentes e jovens é um aspecto essencial do desenvolvimento econômico e social das Américas; que seu comportamento e problemas de saúde são parte importante da carga geral de doença; que o custo associado ao tratamento de doenças crônicas é elevado e que estão disponíveis medidas eficazes de prevenção e intervenção precoce;

Considerando que os resultados para a saúde dos adolescentes e jovens serão mais efetivos se a promoção da saúde, atenção primária, proteção social e determinantes sociais foram considerados ao abordar os temas prioritários de saúde para essas populações;

Reconhecendo que a OPAS tem cooperado com os países da Região no estabelecimento de bases e infra-estrutura conceptual e técnica para o desenvolvimento de programas e políticas nacionais de saúde dos adolescentes e jovens; e

Preocupado com o fato de que as necessidades específicas dos adolescentes e jovens não têm sido adequadamente tratadas e que a consecução de metas internacionais exigirá esforços adicionais na área de saúde dos adolescentes e jovens,

**RESOLVE:**

1. Endossar a Estratégia Regional para Melhorar a Saúde dos Adolescentes e Jovens para responder de maneira eficaz e eficiente às atuais e emergentes necessidades de saúde dos adolescentes e jovens, com consideração específica das desigualdades na situação de saúde, e fortalecer a resposta do sistema para desenvolver e implementar políticas, planos, programas, leis e serviços para adolescentes e jovens.
2. Instar os Estados Membros:
  - a) a que promovam a coleta e uso de dados sobre a saúde dos adolescentes e jovens desagregados por idade, sexo e etnia e o uso de análise baseada no gênero, novas tecnologias (por exemplo, sistema de informação geográfica) e modelos de projeção para fortalecer o planejamento, implantação e monitoramento de planos, políticas, programas, leis e intervenções nacionais relacionadas à saúde dos adolescentes e jovens;
  - b) a que fortalecer e expandir esforços para cumprir os compromissos internacionais de saúde dos adolescentes e jovens;
  - c) a que promover e estabelecer ambientes que promovam a saúde e desenvolvimento dos adolescentes e jovens;
  - d) a que ampliar a cobertura e acesso a serviços de qualidade — incluindo promoção, prevenção, tratamento eficaz e atenção contínua — para aumentar sua demanda e utilização por adolescentes e jovens;
  - e) a que apoiar o fortalecimento da capacidade de autoridades, gerentes de programas e agentes de saúde para desenvolver políticas e programas que visem a promover o desenvolvimento comunitário e prestar serviços de qualidade para atender as necessidades sanitárias dos adolescentes e jovens e os determinantes da saúde;
  - f) a que envolver os adolescentes e jovens, suas famílias, comunidades, escolas e outras instituições e organizações na provisão de programas de promoção e prevenção culturalmente sensíveis e apropriados segundo a idade como parte da estratégia integral de melhoria da saúde e bem-estar dos adolescentes e jovens;
  - g) a que melhorar a coordenação no setor da saúde e com parceiros de outros setores para assegurar a implementação das ações e iniciativas em saúde e desenvolvimento dos adolescentes e jovens, minimizando a duplicação de esforços e maximizando o impacto dos recursos limitados;

- h) a que estabelecer parcerias com a mídia para promover imagens positivas de adolescentes e jovens que promovam comportamentos apropriados, normas sociais e compromisso com as questões de saúde.
3. Solicitar que a Diretora:
- a) Mantenha o compromisso da Organização e apoio à consecução e manutenção de altos níveis de cobertura de intervenções baseadas em evidências mediante a integração de ações das áreas programáticas da OPAS;
  - b) Apoiar o estabelecimento e coordenação de alianças estratégicas para melhorar a saúde e desenvolvimento dos adolescentes e jovens;
  - c) Incentivar a cooperação técnica entre países, sub-regiões, organizações internacionais, entidades do governo, organizações privadas, universidades, mídia, sociedade civil, organizações de jovens, organizações religiosas e comunidades em atividades que promovam a saúde dos adolescentes e jovens;
  - d) Estabelecer um grupo assessor temporário para proporcionar orientação sobre temas referentes à saúde e desenvolvimento dos adolescentes e jovens;
  - e) Desenvolver um plano de ação (2010-2018) baseado na Estratégia Regional para Melhorar a Saúde dos Adolescentes e Jovens;
  - f) Incentivar o desenvolvimento de iniciativas de pesquisa colaborativa que possam proporcionar a base de dados necessária para estabelecer e implantar programas e intervenções eficazes e apropriadas, em termos de desenvolvimento e idade, para adolescentes e jovens.

*(Reunião especial, 31 de julho de 2008)*

***Decisões***

***Decisões CE142(D1) Aprovação da Agenda***

Segundo o Artigo 9 do Regulamento Interno do Comitê Executivo, o Comitê aprovou, sem modificação, a agenda submetida pela Diretora (documento CE142/1, Rev. 1).

*(Primeira reunião, 23 de junho de 2008)*

***Decisões CE142(D2) Representação do Comitê Executivo no 48º Conselho Diretor, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas***

Segundo o Artigo 54 do Regulamento Interno, o Comitê Executivo decidiu designar sua Presidente (Antígua e Barbuda) e Vice-Presidente (Uruguai) para representar o Comitê no 48º Conselho Diretor, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. O Comitê designou Chile e Panamá como representantes suplentes.

*(Primeira reunião, 23 de junho de 2008)*

EM TESTEMUNHO DO QUE, a 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, sendo ambos os textos igualmente autênticos.

ASSINADO em Washington, D.C., ao trigésimo primeiro dia do mês de junho do ano de dois mil e oito. A Secretária depositará os textos originais nos arquivos da Repartição Sanitária Pan-Americana e enviará cópias aos países membros da Organização.

---

H. John Maginley  
Delegado de Antígua e Barbuda  
Presidente da 142<sup>a</sup> sessão  
do Comitê Executivo

---

Mirta Roses Periago  
Diretora da Repartição Sanitária  
Pan-Americana  
Secretária *ex officio* da 142<sup>a</sup> sessão  
do Comitê Executivo

## ÍNDICE

### **1. ABERTURA DA SESSÃO**

### **2. ASSUNTOS DO COMITÊ**

- 2.1 Aprovação da agenda e programa de reuniões
- 2.2 Representação do Comitê Executivo no 48º Conselho Diretor, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
- 2.3 Agenda provisória do 48º Conselho Diretor, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

### **3. ASSUNTOS DO COMITÊ**

- 3.1 Relatório da segunda sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração  
  
Relatório da sessão especial do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração
- 3.2 Prêmio da OPAS em Administração 2008
- 3.3 Organizações não-governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS
- 3.4 Relatório anual do escritório de ética

### **4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DE PROGRAMAS**

- 4.1 Atualização da execução da Política Orçamentária Regional para Programas
- 4.2 Enfoques individuais e populacionais para a prevenção e o tratamento de diabetes e obesidade
- 4.3 Estratégia e plano de ação regional para prevenção e controle do câncer do colo uterino

#### **4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DE PROGRAMAS** *(cont.)*

- 4.4 Desnutrição de crianças pequenas nas Américas: o alcance das Metas de Desenvolvimento do Milênio
- 4.5 Saúde neonatal dentro do processo contínuo de atenção materna, neonatal e infantil: Estratégia e plano de ação regional
- 4.6 Estratégia regional para a saúde de adolescente e jovens
- 4.7 Saúde dos idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável: Estratégia regional
- 4.8 Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde
- 4.9 Malária: Relatório de progresso
- 4.10 Dengue: Relatório de progresso
- 4.11 Oncocercose: Relatório de progresso
- 4.12 Influenza aviária e preparação para a pandemia de influenza: Relatório de progresso
- 4.13 Segurança de transfusão de sangue: Relatório de progresso
- 4.14 Regulamento Sanitário Internacional: Relatório de progresso
- 4.15 Fortalecimento das funções essenciais da saúde pública: Relatório de progresso
- 4.16 Convenção Básica para o Controle do Tabaco da OMS: Oportunidades e desafios para sua execução nas Américas
- 4.17 Controle integrado de vetores: Uma resposta integral a doenças transmitidas por vetores
- 4.18 Saúde e relações internacionais: Vínculos com o desenvolvimento nacional da saúde
- 4.19 Atualização sobre a mudança climática e seu impacto na saúde pública

## **5. ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS**

- 5.1 Processo para implantação da nova escala de cotas de contribuição com base na nova escala da OEA
- 5.2 Relatório sobre a arrecadação das contribuições
- 5.3 Priorização programática e critérios de alocação de recursos
- 5.4 Relatório financeiro da Diretora e relatório do auditor externo para 2006–2007
- 5.5 Uso da receita do Orçamento para Programas excedente ao orçamento ordinário de trabalho efetivamente autorizado

## **6. ASSUNTOS DO PESSOAL**

- 6.1 Confirmação das emendas ao Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA
- 6.2 Execução da reforma contratual das Nações Unidas na OPAS: Relatório de progresso
- 6.3 Declaração pelo representante da Associação do Pessoal da OPAS/OMS

## **7. ASSUNTOS PARA INFORMAÇÃO**

- 7.1 Orçamento Bienal para Programas 2006–2007 da Organização Pan-Americana da Saúde: Relatório de avaliação de desempenho
- 7.2 15ª Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura (RIMSA): Relatório preliminar
- 7.3 Relatório da reunião dos ministros da Saúde das Américas sobre violência e prevenção de acidentes
- 7.4 Grupo de trabalho intergovernamental em saúde pública, inovação e propriedade intelectual: Situação atual



## **7. ASSUNTOS PARA INFORMAÇÃO** *(cont.)*

- 7.5 Resoluções e outras ações da Sexagésima Primeira Assembléia Mundial da Saúde de interesse do Comitê Executivo da OPAS
- 7.6 Resoluções e outras ações da Trigésima Oitava Sessão Ordinária da Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos de interesse do Comitê Executivo da OPAS
- 7.7 Quinta Cúpula das Américas: Relatório sobre os preparativos
- 7.8 Relatório sobre os serviços de supervisão interna
- 7.9 Situação da participação da OPAS no Sistema de Gestão Global da OMS (GSM)
- 7.10 Fundo Mestre de Investimento de Capital
- 7.11 Atualização da situação da avaliação institucional da BIREME e INCAP
- 7.12 Contribuição regional ao Fórum Ministerial Global em Pesquisa para Saúde

## **8. OUTROS ASSUNTOS**

## **9. ENCERRAMENTO DA SESSÃO**

## LISTA DE DOCUMENTOS

### Documentos oficiais

*Documentos oficiais 331*      Relatório financeiro da Diretora e relatório do auditor externo para 2006-2007

### Documentos de trabalho

CE142/1, Rev. 2      Aprovação da agenda

CE142/2      Representação do Comitê Executivo no 48º Conselho Diretor, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

CE142/3, Rev. 3      Agenda provisória do 48º Conselho Diretor, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

CE142/4      Relatório da segunda sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração

CE142/4, Add. 1      Relatório da sessão especial do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração

CE142/5      Prêmio da OPAS em Administração 2008

CE142/6, Rev. 1      Organizações não-governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS

CE142/7      Relatório anual do escritório de ética

CE142/8      Atualização da execução da Política Orçamentária Regional para Programas

CE142/9, Rev. 1      Enfoques individuais e populacionais para a prevenção e o tratamento de diabetes e obesidade

CE142/10      Estratégia e plano de ação regional para prevenção e controle do câncer do colo uterino

**Documentos de trabalho** (*cont.*)

CE142/11	Desnutrição de crianças pequenas nas Américas: o alcance das Metas de Desenvolvimento do Milênio
CE142/12	Saúde neonatal dentro do processo contínuo de atenção materna, neonatal e infantil: Estratégia e plano de ação regional
CE142/13, Rev. 2	Estratégia regional para a saúde de adolescente e jovens
CE142/14	Saúde dos idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável: Estratégia regional
CE142/15	Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde
CE142/16	Malária: Relatório de progresso
CE142/17	Dengue: Relatório de progresso
CE142/18	Oncocercose: Relatório de progresso
CE142/19	Influenza aviária e preparação para a pandemia de influenza: Relatório de progresso
CE142/20	Segurança de transfusão de sangue: Relatório de progresso
CE141/21	Regulamento Sanitário Internacional: Relatório de progresso
CE142/22	Fortalecimento das funções essenciais da saúde pública: Relatório de progresso
CE142/23	Convenção Básica para o Controle do Tabaco da OMS: Oportunidades e desafios para sua execução nas Américas
CE142/24	Controle integrado de vetores: Uma resposta integral a doenças transmitidas por vetores

**Documentos de trabalho** (*cont.*)

CE142/25	Saúde e relações internacionais: Vínculos com o desenvolvimento nacional da saúde
CE142/26	Atualização sobre a mudança climática e seu impacto na saúde pública
CE142/27	Processo para implantação da nova escala de cotas de contribuição com base na nova escala da OEA
CE142/28	Relatório sobre a arrecadação das contribuições
CE142/28, Add. I	Relatório sobre a arrecadação das contribuições
CE142/29	Priorização programática e critérios de alocação de recursos
CE142/30	Uso da receita do Orçamento para Programas excedente ao orçamento ordinário de trabalho efetivamente autorizado
CE142/31	Confirmação das emendas ao Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA
CE142/32	Execução da reforma contratual das Nações Unidas na OPAS: Relatório de progresso
CE142/33	Declaração pelo representante da Associação do Pessoal da OPAS/OMS

**Documentos para informação**

CE142/INF/1, Rev. 1	Orçamento Bienal para Programas 2006–2007 da Organização Pan-Americana da Saúde: Relatório de avaliação de desempenho
CE142/INF/2	15ª Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura (RIMSA): Relatório preliminar

**Documentos para informação** (*cont.*)

CE142/INF/2, Add. I	15ª Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura (RIMSA): Relatório preliminar
CE142/INF/3, Rev. 1	Relatório da reunião dos ministros da Saúde das Américas sobre violência e prevenção de acidentes
CE142/INF/4	Grupo de trabalho intergovernamental em saúde pública, inovação e propriedade intelectual: Situação atual
CE142/INF/5	Resoluções e outras ações da Sexagésima Primeira Assembléia Mundial da Saúde de interesse do Comitê Executivo da OPAS
CE142/INF/6	Resoluções e outras ações da Trigesima Oitava Sessão Ordinária da Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos de interesse do Comitê Executivo da OPAS
CE142/INF/7	Quinta Cúpula das Américas: Relatório sobre os preparativos
CE142/INF/8	Relatório sobre os serviços de supervisão interna
CE142/INF/9	Situação da participação da OPAS no Sistema de Gestão Global da OMS (GSM)
CE142/INF/10	Fundo Mestre de Investimento de Capital
CE142/INF/11	Atualização da situação da avaliação institucional da BIREME e INCAP
CE142/INF/11, Add. I	Atualização da situação da avaliação institucional da BIREME e INCAP

**Documentos para informação** *(cont.)*

CE142/INF/12                      Contribuição regional ao Fórum Ministerial Global em  
Pesquisa para Saúde

CE142/INF/12, Corrig.              Contribuição regional ao Fórum Ministerial Global em  
Pesquisa para Saúde

**Documentos Diversos**

CE142/DIV/1                      Lista de Participantes

**LIST OF PARTICIPANTS  
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee  
Miembros del Comité**

***Antigua and Barbuda  
Antigua y Barbuda***

Hon. H. John Maginley  
Minister of Health, Sports, and Youth Affairs  
Ministry of Health, Sports, and Youth Affairs  
St. John's

Ms. Joy-Dee Davis  
First Secretary  
Permanent Mission of Antigua and Barbuda  
to the Organization of American States  
Washington, D.C.

***Bolivia***

Su Excelencia Reynaldo Cuadros Anaya  
Embajador, Representante Permanente de Bolivia  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sr. William Torres Armas  
Ministro Consejero, Representante Alterno de Bolivia  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Erica Dueñas  
Consejera  
Misión Permanente de Bolivia ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**Members of the Committee (*cont.*)**

**Miembros del Comité** (*cont.*)

***Bolivia*** (*cont.*)

Sra. Gisela Vaca  
Representante Alternativa de Bolivia  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Marco Antonio Valverde Carrasco  
Representante Alternativa de Bolivia  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Aylin Luisa Oropeza Bleichner  
Primera Secretaria  
Misión Permanente de Bolivia ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

***Chile***

Dr. Osvaldo Salgado  
Jefe de la Oficina de Cooperación y  
Asuntos Internacionales  
Ministerio de Salud  
Santiago

Sra. María Jesús Roncarati Guillón  
Coordinadora de Proyectos  
Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales  
Ministerio de Salud  
Santiago



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

***Mexico***  
***México***

Sr. Fernando Meneses  
Coordinador de Asesores del  
Subsecretario de Prevención  
y Promoción de la Salud  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Lic. Ana María Sánchez  
Directora de Cooperación Bilateral y Regional  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Sr. Flavio González-Silva  
Administración e Informática  
Misión Permanente de México ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

***Panama***  
***Panamá***

Sra. Dra. Nadja Porcell  
Secretaria General de Salud  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

***Suriname***

Dr. Celsius Waterberg  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Paramaribo

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

***Suriname*** (cont.)

Dr. Marthelise Eersel  
Acting Director of Health  
Ministry of Health  
Ministry of Health  
Paramaribo

***Trinidad and Tobago***  
***Trinidad y Tabago***

Dr. Anton Cumberbatch  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

Mr. Asif Ali  
Director  
Finance and Projects  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

***United States of American***  
***Estados Unidos de América***

Mr. Mark Abdo  
Director  
Office of Multilateral Affairs  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

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

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

Mr. Gerald C. Anderson  
Deputy Assistant Secretary for Economic  
and Global Issues  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

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

Ms. Peg Marshall  
Senior Advisor for Infectious Diseases  
and Maternal and Child Health  
Agency for International Development  
Washington, D.C.

Ms. Kelly Saldana  
Health Sector Reform Advisor  
Bureau for Latin America and the Caribbean  
Agency for International Development  
Washington, D.C.

Ms. Mary Lou Valdez  
Deputy Director for Policy  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human Services  
Rockville, Maryland

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

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

Ms. Dorothee Bond  
International Health Analyst  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human Services  
Rockville, Maryland

Ms. Lauren Barna  
International Influenza Unit  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human Services  
Rockville, Maryland

Ms. Elana Clarke  
International Health Analyst  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human Services  
Rockville, Maryland

Ms. Therese Hughes  
International Health Analyst  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human Services  
Rockville, Maryland

Ms. Coral Verez  
Foreign Affairs Advisor  
Office of Technical and Specialized Agencies  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

Ms. Heather Ward  
Program Analyst  
Office of Technical and Specialized Agencies  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

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

***Uruguay***

Dr. Jorge Otto Basso Garrido  
Director General de Salud  
Ministerio de Salud  
Montevideo

Excelentísima Dra. Luján Flores  
Embajadora del Uruguay ante  
la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Adriana Rodríguez  
Secretaria  
Misión Permanente del Uruguay ante  
la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**Other Member States Attending Meeting as Observers**  
**Otros estados miembros asistiendo la reunión en calidad de observador**

***Argentina***

Sr. Sebastián Molteni  
Representante Alternativo de Argentina  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

***Brazil***  
***Brasil***

Sr. Santiago Luís Bento Fernandez Alcázar  
Assessor de Assuntos Internacionais  
do Ministro da Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

**Other Member States Attending Meeting as Observers (cont.)**  
**Otros estados miembros asistiendo la reunión en calidad de observador (cont.)**

***Brazil*** (cont.)

***Brasil*** (cont.)

Dr. Sérgio A. Gaudêncio  
Coordenador de Assuntos Internacionais  
do Ministro da Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini  
Assessora Jurídica do Programa Nacional  
DST/AIDS  
Ministério da Saúde  
Brasília

***Canadá***

***Canadá***

Mr. Martin Methot  
Director  
International Health Policy and  
Communications Division  
International Affairs Directorate  
Health Canada  
Ottawa

Ms. Kate Dickson  
Senior Policy Analyst  
International Health Policy and  
Communications Division  
International Affairs Directorate  
Health Canada  
Ottawa

**Other Member States Attending Meeting as Observers (cont.)**  
**Otros estados miembros asistiendo la reunión en calidad de observador (cont.)**

**Canada (cont.)**

**Canadá (cont.)**

Ms. Carolina Seward  
Policy Analyst  
International Health Policy and  
Communications Division  
International Affairs Directorate  
Health Canada  
Ottawa

Dr. Danielle Grondin  
Director General  
Policy Integration, Planning Reporting  
and International Directorate  
Infectious Disease and Emergency  
Preparedness Branch  
Public Health Agency of Canada  
Ottawa

Dr. Ranu Sharma  
Policy Analyst  
International Public Health Division  
Public Health Agency of Canada  
Ottawa

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

**France**  
**Francia**

Madame Marie-France Pagnier  
Ambassadrice, Observatrice permanente de la France  
près l'Organisation des États Américains  
Washington, D.C.

**Other Member States Attending Meeting as Observers (*cont.*)**  
**Otros estados miembros asistiendo la reunión en calidad de observador (*cont.*)**

***Paraguay***

Sra. Sonia Quiroga  
Segunda Secretaria  
Misión Permanente del Paraguay ante la Organización  
de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

***Venezuela***

Dra. Nancy Pérez  
Viceministra de Salud Colectiva  
Ministerio del Poder Popular para la Salud  
Caracas

Dra. Carmen Guedez  
Adjunta  
Dirección General de Programas de Salud  
Ministerio del Poder Popular para la Salud  
Caracas

Dra. July Cermeño  
Directora General de Epidemiología y  
Análisis Estratégico  
Ministerio del Poder Popular para la Salud  
Caracas



**Representatives of Nongovernmental Organizations  
Representantes de Organizaciones No Gubernamentales**

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

Ing. Luiz Augusto de Lima Pontes

*National Alliance for Hispanic Health  
Alianza Nacional para la Salud Hispana*

Mrs. Marcela Gaitán

*Latin American Association of Pharmaceutical Industries  
Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas*

Dr. Rubén Abete

**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 de la Directora*

Dr. Cristina Beato  
Deputy Director  
Director Adjunto

**Pan American Health Organization  
Organización Panamericana de la Salud**

*Advisers to the Director* (cont.)  
*Asesores de la Directora* (cont.)

Dr. Socorro Gross-Galiano  
Assistant Director  
Subdirectora

Mr. Michael Boorstein  
Director of Administration  
Director de Administración

Dr. Heidi Jimenez  
Area Manager, Legal Affairs  
Gerente de Área, Asuntos Jurídicos

- - -