

Documento de fundo para a resolução da Assembleia Mundial de Saúde sobre os atendimentos cirúrgicos e a anestesia

1. Porque precisamos da atenção global para os atendimentos cirúrgicos e a anestesia?

Os ferimentos matam mais de cinco milhões de pessoas no mundo a cada ano, respondendo por quase uma em cada dez mortes globalmente.¹ Muitos das vítimas são pessoas que trazem o ingresso principal para as suas famílias -- uma pesquisa recente constatou que um terço das mortalidades relacionadas aos ferimentos afetam indivíduos de 15 a 44 anos, o segmento economicamente mais produtivo da população global.² Além disso, os ferimentos constituem uma das principais causas da perda de crianças e adolescentes. Segundo a OMS, sete das dez principais causas de morte para as pessoas com idade entre 5 e 29 são relacionadas aos ferimentos, que são os acidentes de trânsito, ferimentos auto-infligidos, violência interpessoal, ferimentos de guerra, afogamento, envenenamento e queimaduras.³

Muitas destes ferimentos são tratáveis, se são fornecidos os atendimentos cirúrgicos e a anestesia que respeitem as normas e os protocolos adequados de maneira oportuna e eficiente àqueles que sofrem ferimentos. Além disso, o papel dos atendimentos cirúrgicos vai além do tratamento de ferimentos. A cirurgia é um método de intervenção essencial no tratamento de crianças com defeitos congênitos. Num relatório recente, a OMS estimou que em 2004, cerca de 260.000 mortes no mundo (cerca de 7% de todas as mortes neonatais) foram causadas por anomalias congênitas. O relatório constatou que uma parte significativa dessas mortes poderiam ter sido evitadas através da implementação de atendimentos cirúrgicos simples e efetivos do ponto de vista custo-benefício.⁴ Além disso, a OMS recentemente nomeou a cirurgia como um dos elementos-chave do atendimento primário de saúde.⁵

Apesar do reconhecimento da comunidade global do papel determinante da cirurgia para salvar vidas e melhorar a saúde da população no mundo inteiro, a cirurgia é ainda "o filho negligenciado da saúde global", como o Dr. Paul E. Farmer observou recentemente.⁶ Não existe uma organização de financiamento global focalizada na prestação de atendimentos cirúrgicos ou anestesia, e nenhum dos principais doadores estão dispostos a apoiar e reconhecer a cirurgia e a anestesia como uma parte fundamental da saúde pública global. O resultado é a negligência grosseira da necessidade cirúrgica para os pobres no mundo inteiro.

Segundo a OMS, mais de 90% das mortes causadas por ferimentos ocorrem em países de renda baixa e média (PRBM).³ Isso não surpreende se consideramos que o terço mais pobre da população mundial recebe apenas 3,5% das operações cirúrgicas realizadas mundialmente.⁷ Por exemplo, uma pesquisa recente mostrou que há 0,2 cirurgiões de hospitais públicos disponíveis para cada 100.000 pessoas na Serra Leoa.⁸ Isto é 1500 vezes menos do que o número de cirurgiões disponíveis durante a Guerra Civil dos Estados Unidos na metade do Século XIX (300 cirurgiões/100, 000 soldados).⁸ Além disso, em muitos hospitais nos PRBM faltam água corrente, combustível e anestésicos, tornando extremamente difíceis de executar até as operações cirúrgicas mais básicas.

Ao contrário de alguns erros comuns de percepção, evidências emergentes sugerem que os tratamentos cirúrgicos e a anestesia podem ser fornecidos de maneira segura e eficiente mesmo em situações de recursos limitados, colocando-os em pé de igualdade em termos de custo-benefício com as intervenções não-cirúrgicas que são comumente implementadas como medidas de saúde pública. De acordo com um estudo recente, o custo por AVAI (Ano de Vida Ajustado pela Incapacidade) de atendimento obstétrico de emergência num hospital rural em Bangladesh foi de US\$ 10,93/AVAI evitados.⁹ A mesma medida para todos os serviços de atendimento cirúrgico prestados por um hospital em Serra Leoa foi de US\$ 32,78/AVAI evitados.¹⁰ Isto compara favoravelmente com muitas outras intervenções primárias, tais como a distribuição de Vitamina A (\$9/AVAI evitados), detecção de infecção aguda das vias respiratórias inferiores e tratamento domiciliar (\$ 20/AVAI evitados) ou vacinação contra o sarampo (\$ 30/AVAI evitados).⁹

A segurança dos atendimentos cirúrgicos e da anestesia não necessariamente está comprometida nos ambientes de recursos limitados. Um relatório recente dos Médicos Sem Fronteiras indica que, quando um funcionário treinado pode executar os procedimentos com equipamentos cirúrgicos básicos e com alguns suprimentos como energia elétrica, água potável, unidades de esterilização e anestésicos, é efetivamente possível prestar atendimentos cirúrgicos, mantendo a taxa operacional de mortalidade baixa.¹¹

Sendo assim, a questão não é se, mas *como* podemos facilitar que todos os países sejam capazes de proporcionar atendimentos cirúrgicos e anestesia seguros e competentes para aqueles que necessitam de tais cuidados.¹² O acesso estável e universal aos atendimentos cirúrgicos e à anestesia requer um esforço multidisciplinar e multissetorial para a avaliação exata do peso geral dos ferimentos e das doenças cirúrgicas, como também a melhoria das infra-estruturas cirúrgicas e dos sistemas de saúde pública para atender as necessidades não satisfeitas. A comunidade internacional deve estabelecer uma terminologia uniforme e metodologias para os atendimentos cirúrgicos e para a anestesia para apoiar a avaliação consistente das condições cirúrgicas e das intervenções aplicadas para tratá-las. Todos os países devem realizar regularmente monitoramentos e avaliações abrangentes das necessidades cirúrgicas e dos resultados no campo e elaborar planos de ação para atender as necessidades não satisfeitas. Missões médicas de curto prazo têm um papel importante na prestação de assistência imediata nas situações de crise, mas deve haver um investimento sustentado em infra-estruturas de saúde e em capacitação dos PRBM para que estes países possam desenvolver a sua própria capacidade cirúrgica de longo prazo.

Todos os esforços mencionados acima exigirão o compromisso de vários atores interessados, incluindo governos, organizações internacionais, agências de financiamento, organizações não-governamentais, instituições acadêmicas e membros da comunidade. Esta abordagem integrada não só melhorará as capacidades cirúrgicas, mas avançará também a entrega de outros serviços de saúde e facilitará a realização de muitos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, incluindo a redução da mortalidade materna e infantil e o combate do HIV/AIDS.¹³ A aprovação da resolução da Assembleia Mundial de Saúde sobre atendimentos cirúrgicos e anestesia será um passo importante nesta direção.

2. A Assembleia Mundial da Saúde e a história do seu envolvimento com os atendimentos cirúrgicos e a anestesia

A Assembleia Mundial da Saúde (AMS) é o corpo diretivo e de tomada de decisões da Organização Mundial de Saúde (OMS) e consiste de cada Ministro da Saúde ou o seu representante de 193 Estados-Membros. É governada pelo seu Conselho Executivo composto por 34 indivíduos designados pelos Estados-Membros, cada um dos quais é eleito para um mandato de três anos.

Todas as delegações dos Estados-Membros se reúnem cada ano em sessões ordinárias (e sessões extraordinárias a pedido do Conselho ou da maioria dos Estados-Membros), para determinar as políticas da OMS, definir as suas prioridades e recomendar ações de saúde pública. Para assuntos de importância especial, os Estados-Membros podem adotar Resoluções. As Resoluções em geral servem o propósito de memorializar o consenso da assembleia sobre o assunto e de exortar os Estados-Membros, os Comitês Regionais e o Diretor-Geral para tomar medidas para resolver o problema.

As Resoluções da AMS exercem uma influência forte sobre as ações do governo e sobre as decisões de financiamento dos doadores. Embora não sejam de caráter obrigatório para os Estados-Membros, as Resoluções muitas vezes servem como orientações importantes no planejamento do desenvolvimento dos programas nacionais. As Resoluções também são a principal forma de orientação dada pelos Estados-Membros à OMS para o desenvolvimento do seu próprio programa e para a definição das suas prioridades.

A Resolução 57.10 da AMS sobre a segurança e a saúde rodoviária é um exemplo-chave. Antes da adoção desta resolução pela AMS, a segurança rodoviária não foi considerada um assunto-chave para a saúde e muito pouco financiamento estava disponível nesta área. No entanto, a Resolução 57.10 levou a inseparável relação entre a segurança rodoviária e a saúde pública à atenção do público, o que resultou num aumento de ações governamentais e de interesse dos doadores, e agora num programa considerável da OMS que se concentra especificamente no assunto.¹⁴

Ao longo dos últimos anos, a OMS tem cada vez mais reconhecida a gravidade do desafio global para enfrentar a falta de acesso da população dos PRBM aos cuidados cirúrgicos e à anestesia. Em 2004, a OMS estabeleceu a Unidade de Procedimentos Clínicos dentro do Departamento de Tecnologias Essenciais de Saúde com a responsabilidade de garantir "eficácia, segurança e equidade na prestação de procedimentos clínicos na cirurgia ... sobretudo ao nível dos hospitais distritais."¹² Em 2005, a OMS lançou a Iniciativa Global dos Cuidados Cirúrgicos Essenciais e de Emergência (GIEESC) com o objetivo de facilitar a colaboração entre os diferentes atores para elevar o perfil da cirurgia e da anestesia (o programa será descontinuado em 2011). No ano seguinte, a OMS destacou a cirurgia como uma intervenção pública efetiva do ponto de vista custo-benefício pela primeira vez no seu Projeto de Prioridades no Controle de Doenças.² Em 2007, aprovou a Resolução 60.22 sobre atendimento o de emergência e de traumas, que destacou a importância dos cuidados cirúrgicos como parte integral do atendimento pré-hospitalar e do atendimento médico de emergência.

Apesar destes desenvolvimentos, o compromisso e as realizações da OMS no fornecimento de acesso universal aos atendimentos cirúrgicos e à anestesia continuam num nível rudimentar. Este é o resultado de uma falha persistente por parte da liderança da OMS para reconhecer o verdadeiro peso global dos ferimentos tratáveis e a importância de atender às necessidades cirúrgicas graves das populações mais pobres do mundo. Para corrigir esta omissão e manter o momentum do crescente interesse no desenvolvimento sustentável da capacidade global de atendimentos cirúrgicos e de anestesia, é fundamental obter a voz coletiva de apoio dos Estados-Membros da OMS sobre o assunto. Nossa proposta para a nova Resolução da AMS oferece esta oportunidade.

3. A nossa proposta para uma Resolução da AMS sobre Atendimentos Cirúrgicos e Anestesia

A nossa proposta para uma nova Resolução da AMS, se aprovada, constituirá a primeira Resolução de todos os tempos dedicada aos cuidados cirúrgicos e à anestesia. Chama ao compromisso explícito dos governos, do Diretor-Geral da OMS e de outros atores dentro da comunidade internacional de saúde para garantir o aumento da capacidade global de o acesso equitativo aos atendimentos cirúrgicos e à anestesia. Ele exorta os governos e a OMS a tomar várias medidas para atingir esse objetivo, tais como a sensibilização do público sobre o impacto de doenças tratáveis cirurgicamente nos indivíduos e nos sistemas de saúde, a promoção de parcerias e redes multisectoriais que promovam a troca de informação, o apoio à formação, o desenvolvimento de novas medidas de triagem, e a implementação de planos de ação de atendimentos cirúrgicos e de anestesia.

Esta resolução se concentra na integração dos atendimentos cirúrgicos e da anestesia nos seus esforços globais para melhorar a saúde pública global. Também os incentivará a coordenar com os atores interessadas para construir um movimento coerente de saúde pública que inclui a cirurgia e a anestesia como um elemento chave. Tal movimento reunirá a comunidade de saúde global na elevação do perfil dos atendimentos cirúrgicos e da anestesia, ao invés de antagonizar os concorrentes numa corrida por recursos escassos. Além disso, essa resolução irá contribuir para alcançar o objetivo de fornecer serviços de atendimentos cirúrgicos sustentáveis no mundo inteiro, uma meta inatingível sem o apoio de um setor de saúde pública forte e comprometida.

4. Procedimentos para a aprovação da Resolução e maneiras de advogar a aprovação da Resolução sobre atendimentos cirúrgicos e anestesia

Segundo a Constituição da OMS, o Conselho Executivo tem a autoridade e a responsabilidade de preparar a agenda das reuniões da AMS. O Regimento do Conselho Executivo (RPEB) prevê que qualquer dos seguintes atores pode pedir a inclusão de um item na agenda provisória das reuniões da sessão do Conselho: a AMS; um Estado-Membro ou Membro Associado, a ONU (sujeito a consulta preliminar com o Director-Geral); qualquer agência especializada com a qual a OMS entrou em relações efetivas, e o Director-Geral.

Para que um Estado-Membro possa apresentar uma proposta para inclusão na ordem do dia, a proposta deve chegar ao Director-Geral "o mais tardar até 12 semanas após a circulação da ordem do dia provisória ou 10 semanas antes do início da sessão, o que ocorrer primeiro." Como tal, se o Director-Geral fez uma circulação dentro do prazo da agenda para a próxima sessão 128, em conformidade com o RPEB (ou seja, dentro de quatro semanas após o encerramento da sessão 127 de 22 de maio de 2010), todos os itens provisórios da agenda para a sessão deveriam ser apresentados ao Director-Geral até 11 de setembro de 2010. Embora a regra permite que o Director-Geral ou um Estado-Membro pode propor um ou mais itens adicionais de caráter urgente para inclusão numa agenda complementar provisória após o prazo, pode ser difícil mostrar a "urgência" da Resolução que a qualificaria para uma adição *ad hoc* como neste caso.

Com base no exposto, o que seria mais provável é que deveríamos visar a inclusão na proposta de agenda para a sessão 129, que está programada para ocorrer em algum momento de maio de 2011. A proposta de agenda seria provavelmente circulará alguns dias antes de 22 de fevereiro de 2011. No entanto, porque a sessão 129 está sendo realizada logo após o encerramento da sessão anterior, "10 semanas antes do início da sessão de" será anterior ao 22 de fevereiro e assim atuará como um prazo neste caso. Enquanto as datas exatas para a sessão de 129 não foram decididos ainda, isso provavelmente significa que devemos apresentar nossa proposta ao Director-Geral o mais tardar até meados de fevereiro de 2011.

A apresentação antecipada da proposta é importante para fornecer o Director-Geral com o tempo necessário para preparar os materiais necessários para serem divulgados na reunião. Sob a RPEB, o Director-Geral deve apresentar um relatório ao Conselho sobre as implicações técnicas, administrativas e financeiras de todos os itens da agenda apresentada. Também é normal que o Director-Geral prepare um relatório ou documento de trabalho sobre um assunto se ele/ela determinar que o assunto requer declarações escritas. Se tais relatórios não estão disponíveis a tempo para a sessão do Conselho, o Director-Geral ou o Conselho poderá propor ou recomendar o adiamento ou a exclusão da proposta da agenda.

Uma vez que o Director-Geral coloca a proposta de resolução na agenda, o Conselho abrirá a discussão aos participantes para conhecer as opiniões sobre o mérito da Resolução. Embora qualquer dos Estados-Membros, independentemente de serem representados no Conselho ou não, poderá assistir à sessão e participar na discussão, apenas os membros do Conselho estão autorizados a pedir o adiamento do debate, a submeter o assunto à votação, e a votar na proposta. Dois terços dos membros do Conselho constituem o Quorum, e uma maioria dos votos dos membros presentes e votantes é necessária para a aprovação da Resolução.

Assumindo que a resolução atrai um número suficiente de votos, o Conselho irá incluir a proposta de Resolução na agenda provisória da AMS. O Director-Geral deve voltar a apresentar um relatório à AMS sobre as implicações técnicas, administrativas e financeiras de todos os itens da agenda apresentada à Assembleia antes de serem considerados numa reunião plenária. Além disso, o Director-Geral para todos os itens relativos a novas atividades a serem realizadas pela OMS deve consultar com a ONU e com outras agências especializadas em tais atividades, na medida que o item afeta diretamente tais organizações. O Director-Geral, então, deve informar a AMS sobre as maneiras de alcançar a utilização coordenada dos recursos das respectivas

organizações.

Os procedimentos da AMS sobre a aprovação de uma Resolução são os seguintes: a maioria dos Estados-Membros representados na sessão constitui um quorum para o funcionamento das reuniões plenárias da WHA. Um delegado ou um representante de um membro associado pode pedir o adiamento do debate, como também a votação sobre a Resolução. No entanto, ao contrário da sessão do Conselho, a decisão em si de adiar o debate e/ou de submeter a questão a uma votação deve ser submetido à votação. Somente depois de uma maioria dos membros presentes e votantes concordar em votar sobre o assunto, submeterão os seus votos sobre ele. A aprovação da Resolução exige os votos da maioria dos membros presentes e votantes.

Baseado nos procedimentos descritos acima, é fundamental que encontremos uma delegação de um Estado-Membro que iria patrocinar a proposta e, se possível, também pelo menos um membro do Conselho. Para conseguir que o Conselho e, eventualmente, a AMS aprovem a resolução, devemos reunir o máximo possível de apoio dos Estados-Membros, debatendo e negociando o assunto com antecedência. O apoio do Diretor-Geral também é importante em vista da sua forte influência sobre os aspectos processuais da aprovação. Temos de ser capazes de facilmente fornecer uma análise do impacto técnico, financeiro e administrativo da Resolução a pedido do Diretor-Geral e/ou outros funcionários da OMS. Por último, devemos nos familiarizar com os requisitos processuais que uma proposta tem de satisfazer a fim de ser colocada na agenda, tanto para a reunião do Conselho como na sessão da AMS.

Anexo 1: Proposta de Resolução

A ____ Assembleia Mundial de Saúde,

Reconhecendo que a cada ano no mundo mais de 100 milhões de pessoas sofrem ferimentos, que mais de cinco milhões de pessoas morrem de violência e lesões, e que 90% da carga global de violência e mortalidade por ferimentos ocorre em países de baixa e média renda;

Reconhecendo também que a maioria desses ferimentos são tratáveis com atendimentos cirúrgicos e anestesia respeitando padrões e protocolos adequados;

Observando que mais de 500.000 mulheres morrem a cada ano durante o parto e que estas mortes são em grande parte à ausência de atendimentos cirúrgicos e serviços de anestesia;

Reconhecendo que o fornecimento sustentável de atendimentos cirúrgicos e anestesia é um elemento crítico dos atendimentos de saúde primária integrados, que diminui a mortalidade e a incapacidade, reduz mortes resultantes de defeitos de nascimento e previne outras situações adversas para a saúde decorrentes da carga de ferimentos;

Lembrando que a resolução AMS56.24 solicitou ao Diretor-Geral que forneça apoio técnico para reforçar os serviços de trauma e atenção aos sobreviventes ou vítimas de violência, e que a resolução AMS57.10 recomendou aos Estados-Membros fortalecerem os serviços de emergência e de reabilitação para vítimas de acidentes de viação ;

Recordando também a resolução AMS60.22 sobre sistemas de saúde: sistemas de atendimentos de emergência, que reconhece que uma melhor organização e planejamento para a prestação de atendimentos de emergência e de trauma, incluindo a cirurgia, é uma parte essencial da prestação de atendimentos de saúde integrados;

Recordando também a resolução AMS58.23 sobre a deficiência, que recomendou aos Estados-Membros promoverem a intervenção precoce para prevenir e tratar a deficiência e fortalecer os programas de reabilitação baseadas na comunidade que estão ligados aos atendimentos de saúde primária e integrados no sistema de saúde;

Conscientes de que a realização de três dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas - redução da mortalidade materna e infantil, bem como o combate ao HIV/AIDS, pode ser prejudicada pela negligência da necessidade de atendimentos cirúrgicos nos países de baixa e média renda;

Preocupada de que a falta de investimento na infra-estrutura dos sistemas de saúde, formação inadequada dos profissionais de atendimentos cirúrgicos e a ausência de um fornecimento estável de equipamentos e recursos cirúrgicos em muitos países impedem o progresso na melhoria da prestação de atendimentos cirúrgicos;

1. CONSIDERA que esforços adicionais devem ser feitos a nível mundial para fortalecer a prestação de atendimentos cirúrgicos e de anestesia, de modo a garantir a sua entrega rápida e eficaz àqueles que precisam de atendimentos, no contexto geral do sistema de saúde, e de iniciativas de saúde e promoção da saúde relacionadas;

2. URGE aos Estados-Membros:

(1) priorizar a prestação de atendimentos cirúrgicos e de anestesia e garantir que os ministérios da saúde estão envolvidos, e que um mecanismo de coordenação intersectorial existe, para avaliar e reforçar a prestação de tais atendimentos;

(2) avaliar de maneira abrangente o a capacidade de cada hospital distrital, unidade de saúde primária e centro de saúde para os atendimentos cirúrgicos e anestesia para identificar as necessidades não atendidas de infra-estrutura, as necessidades de recursos humanos e as necessidades de abastecimento;

(3) melhorar a medição e vigilância das doenças cirúrgicas no mundo, e contribuir para a compreensão do peso global das necessidades cirúrgicas não satisfeitas;

(4) reforçar o monitoramento, coleta de dados e mecanismos de análise para quantificar e fornecer informações atuais sobre a capacidade e as necessidades não satisfeitas de atendimentos cirúrgicos e anestesia;

(5) estabelecer políticas de atendimentos cirúrgicos e anestesia, programas e legislação em base nos conhecimentos atuais e considerações sobre direitos humanos de saúde, consultando todos os atores interessados para garantir padrões mínimos de treinamento, equipamento, infra-estrutura e comunicação nos atendimentos cirúrgicos;

(6) identificar um conjunto de serviços de cirurgia e de anestesia, e desenvolver métodos para assegurar e documentar que tais serviços são prestados de forma adequada a todos que deles precisam;

(7) garantir que as competências essenciais e apropriadas façam parte dos currículos relevantes de saúde e promover a capacitação e educação de médicos e estudantes de enfermagem, bem como a educação contínua dos profissionais envolvidos na prestação de atendimentos cirúrgicos e anestesia;

(8) considerar a criação de incentivos para os profissionais de saúde para se envolverem na prestação de atendimentos cirúrgicos e de anestesia e na melhoria das suas condições de trabalho;

(9) integrar cuidados cirúrgicos e anestesia em programas de saúde pública, assegurando principalmente que a importância adequada seja conferida à melhoria de capacidade de cirurgia global e de anestesia dentro dos programas de saúde materna, saúde infantil, prevenção e tratamento de HIV/AIDS, bem como qualquer outro setor que solicite a inclusão da cirurgia e da anestesia na sua agenda;

(10) revisar e atualizar a legislação pertinente, incluindo se necessário os mecanismos financeiros e de gestão, de modo a garantir que um conjunto básico de serviços de atendimentos cirúrgicos são acessíveis a todas que deles precisam;

3. SOLICITA ao Director-Geral:

(1) colaborar com os Estados-Membros para estabelecer e melhorar o monitoramento, coleta de dados e sistemas de análise de dados para avaliar a capacidade e necessidades de atendimentos cirúrgicos e anestesia;

(2) avaliar as necessidades não satisfeitas, bem como melhorar a capacidade global para a

cirurgia e anestesia e apresentar um relatório de progresso à sexagésima-quinta Assembleia da Saúde Mundial;

(3) conscientizar o público sobre a magnitude do peso global de doenças tratáveis cirurgicamente e ferimentos e seu impacto geral clínico e econômico sobre os indivíduos e os sistemas de saúde

(4) promover redes multissetoriais e parcerias, criar políticas e planos de ação multidisciplinares, e apoiar os esforços nacionais, regionais e globais para desenvolver abordagens baseadas na ciência para a prevenção, rastreamento e implementação de anestesia e de atendimentos cirúrgicos e para melhorar os programas de capacitação e educação

(5) auxiliar e facilitar a colaboração entre os Estados-Membros para compartilhar e trocar informações, habilidades e tecnologias essenciais para o desenvolvimento da cirurgia e da anestesia

(6) prestar apoio aos Estados-Membros para a integração dos atendimentos cirúrgicos e da anestesia como uma parte essencial de seus programas de saúde pública e elaborar programas de melhoria da qualidade e outros métodos necessários para a prestação competente e oportuna de atendimentos cirúrgicos e de anestesia;

(7) incentivar a pesquisa e colaborar com os Estados-Membros, instituições acadêmicas e outros atores interessados no estabelecimento de políticas e programas baseados na ciência para a implementação de métodos para reforçar os atendimentos cirúrgicos e a anestesia;

(8) aumentar a consciência de que existem maneiras de baixo custo de reduzir a mortalidade através de uma melhor organização e planejamento da prestação de anestesia e atendimentos cirúrgicos de maneira apropriada para os recursos limitados, e organizar reuniões regulares de especialistas para o intercâmbio técnico e para o fortalecimento das capacidades nesta área;

(9) prestar apoio aos Estados-Membros para a mobilização de recursos adequados de doadores e parceiros de desenvolvimento para implementar com êxito a presente Resolução;

(10) elaborar um relatório sobre os progressos realizados na implementação desta Resolução à Assembleia da Saúde, através do Conselho Executivo.

Apêndice 2: Os membros do Conselho Executivo e os seus mandatos

Abaixo encontra-se a lista dos 34 membros, cada um designado por um Estado-Membro que foi eleito para servir na Assembleia Mundial de Saúde. Os Estados-Membros são eleitos para mandatos de três anos.

As afiliações aparecem no estilo e na linguagem utilizada pelo membro correspondente do Conselho.

ARMÊNIA 2010-2013

Mr A.S. Babloyan

Chairman, Standing Committee on Health Care, Maternal and Child Health

National Assembly

Yerevan

BANGLADESH 2008-2011

Professor A.F.M.R. Haque

Minister of Health and Family Welfare

Dhaka

BARBADOS 2010-2013

Mr D. Inniss

Minister of Health

Ministry of Health, National Insurance and Social Security

Bridgetown

BRASIL 2008-2011

Dr P.M. Buss
President, Fundação Oswaldo Cruz
Manguinhos
Rio De Janeiro

BRUNEI DARUSSALAM 2009-2012

Mr P.D.S. Osman
Minister of Health
Bandar Seri Bagwan

BURUNDI 2009-2012

Dr N. Birintanya
Directeur général de la Santé publique
Ministère de la Santé
Bujumbura

CANADÁ 2009-2012

Dr K. Dodds
Assistant Deputy Minister
Health Policy Branch
Health Canada
Ottawa

CHILE 2009-2012

Dra L. Jadue Hund
Subsecretaria de Salud Pública
Ministerio de Salud
Santiago

CHINA 2010-2013

Dr Ren Minghui
Director-General, Department of International Cooperation
Ministry of Health
Beijing

EQUADOR 2010-2013

Dr D. Chiriboga
Ministro de Salud Pública
Quito

ESTÔNIA 2009-2012

Dr M. Jesse
Director, National Institute for Health Development
Tallinn

FRANÇA 2009-2012

M. D. Houssin
Directeur général de la Santé
Ministère de la Santé et des Sports
Paris

ALEMANHA 2009-2012

Dr E. Seeba
Head, Central Directorate General
European and International Policy Issues
Bundesministerium für Gesundheit
Berlin

HÚNGRIA 2008-2011

Dr M. Kókény
President of the Health Committee of the National Assembly
Budapest

ÍNDIA 2009-2012

Ms K. Sujatha Rao
Secretary, Health and Family Welfare
New Delhi

JAPÃO 2009-2012

Dr S. Omi
Professor, Jichi Medical University
Tochigi

MAURETÂNIA 2008-2011

Dr C.E.M. Ould Horma
Ministre de la Santé
Nouakchott

MAURÍCIO 2008-2011

Dr N. Gopee
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Quality of Life
Port Louis

MONGÓLIA 2010-2013

Mr S. Lambaa
Minister of Health, Member of Parliament
Ulaanbaatar

MORROCOS 2010-2013

Mme Y. Baddou
Ministre de la Santé
Rabat

MOÇAMBIQUE 2010-2013
Dr M.O. de Assunção Saíde
National Director for Public Health
Maputo

NÍGER 2008-2011
Dr A. Djibo
Directeur Général de la Santé publique
Ministère de la Santé publique
Niamey

NORUEGA 2010-2013
Dr B.-I. Larsen
Norwegian Directorate for Health
Oslo

OMAN 2008-2011
Dr A.J. Mohamed
Advisor, Health Affairs
Ministry of Health
Muscat

FEDERAÇÃO RUSSA 2008-2011
Dr V. I. Starodubov
Director, Central Research Institute of Health Management and Information Systems
Ministry of Health and Social Development
Moscow

SAMOA 2008-2011
Mrs G.A. Gidlow
Minister of Health
Apia

SÉRVIA 2009-2012
Dr T. Milosavljević
Minister of Health
Belgrade

SEICHELLES 2010-2013
Dr B. Valentin
Special Adviser for Health
Victoria

SOMÁLIA 2009-2012

Dr A.I. Abdi
Health Advisor
Ministry of Health
Mogadishu

REPÚBLICA ÁRABE DE SÍRIA 2009-2012

Dr R. Said
Minister of Health
Damascus

TIMOR-LESTE 2010-2013

Ms M. Hanjam Soares
Vice-Minister of Health
Dili

UGANDA 2008-2011

Dr S. Zaramba
Director-General, Health Services
Ministry of Health
Entebbe

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA 2010-2013

Dr N. Daulaire
Director, Office of Global Affairs, Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

ÍEMEN 2010-2013

Dr A.K Yahia Rasae
Minister of Public Health and Population
Sanaa