

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

Ouagadougou, Burkina Faso, 28 de Agosto a 2 de Setembro de 2000

Relatório Final



**Organização Mundial de Saúde
Sede Regional Africana, Harare**



**QUINQUAGÉSIMA SESSÃO
DO
COMITÉ REGIONAL AFRICANO DA OMS**

**OUAGADOUGOU, BURKINA FASO, 28 DE
AGOSTO A 2 DE SETEMBRO DE 2000**

RELATÓRIO FINAL

©
Escritório Regional Africano
da Organização Mundial de Saúde
(2000)

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

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

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

Impresso na República do Zimbabwe

ÍNDICE

PARTE I

DECISÕES PROCESSUAIS

	<i>Página</i>
Decisão 1 : Composição da Comissão de Designações	1
Decisão 2 : Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores	1
Decisão 3 : Composição da Comissão de Verificação de Poderes	2
Decisão 4 : Credenciais	2
Decisão 5 : Substituição de Membros do Subcomité do Programa	2
Decisão 6 : Ordem do dia da Quinquagésima-primeira sessão do Comité Regional	3
Decisão 7 : Ordens do dia da 107 ^a sessão do Conselho Executivo e da 54 ^a Assembleia Mundial da Saúde	3
Decisão 8 : Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde	3
Decisão 9 : Escolha do tema das Mesas-Redondas em 2001	4
Decisão 10 : Datas e locais da Quinquagésima-primeira e Quinquagésima-segunda sessões do Comité Regional	5
Decisão 11 : Designação de Representantes da Região Africana para a Comissão de Orientação e Coordenação do Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Reprodução Humana	5
Decisão 12 : Designação de um Representante da Região Africana para o Conselho Conjunto de Coordenação do Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais	5
Decisão 13 : Designação de um Representante da Região Africana para a Reunião das Partes Interessadas (anteriormente apelidada de Comité de Gestão do Programa de Acção para os Medicamentos Essenciais)	6

RESOLUÇÕES

AFR/RC50/R1 Política de Saúde para Todos no Século XXI na Região Africana : Agenda 2020	7
AFR/RC50/R2 Projecto de orçamento-programa para 2002-2003	9
AFR/RC50/R3 Promoção do papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde : Estratégia para a Região Africana	10

AFR/RC50/R4	Controlo das doenças não-transmissíveis : Estratégia para a Região Africana	13
AFR/RC50/R5	Estratégia anti-HIV/SIDA na Região Africana : Quadro de implementação	15
AFR/RC50/R6	Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo" na Região Africana: Quadro de implementação	20
AFR/RC50/R7	Moção de agradecimento	23

PARTE II

	<i>Parágrafos</i>
CERIMÓNIA DE ABERTURA	1-39
ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS	40-46
Constituição da Comissão de Designações	40
Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores	41
Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes	42-44
Aprovação da ordem do dia	45
Aprovação do horário de trabalho	46
ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA, EM 1998-1999 :	
RELATÓRIO BIENAL DO DIRECTOR REGIONAL	47-162
Introdução	47-61
Desenvolvimento e gestão do conjunto dos programas	62-84
Desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde	85-101
Saúde familiar e reprodutiva	102-115
Prevenção e controlo das doenças transmissíveis	116-128
Ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável	129-136
Doenças não-transmissíveis	137-143
Administração e finanças	144-150
Situação do Escritório Regional Africano da OMS em Brazzaville, Congo	151-162
CORRELAÇÃO ENTRE OS TRABALHOS DO COMITÉ REGIONAL, DO CONSELHO EXECUTIVO E DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE	163-175
Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo	164-166

Incidências regionais das ordens do dia da centésima-sétima sessão do Conselho Executivo e da Quinquagésima-quarta Assembleia Mundial da Saúde	167-172
Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde	173-175
RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA	176-178
Política de Saúde Para Todos no Século XXI na Região Africana :	
Agenda 2020	179-181
Projecto de orçamento-programa para 2002-2003	182-199
Promoção do papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde: Estratégia para a Região Africana	200-216
Controlo das doenças não-transmissíveis :	
Estratégia para a Região Africana	217-225
Estratégia anti-HIV/SIDA na Região Africana :	
Quadro de implementação	226-265
Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo" na Região Africana :	
Quadro de implementação	266-280
 MELHORAR O ACESSO AOS MEDICAMENTOS ANTI-HIV/SIDA NA REGIÃO AFRICANA : RELATÓRIO DOS PROGRESSOS REALIZADOS	 281-302
 DISCUSSÕES TÉCNICAS	 303-307
Escolha dos temas das Mesas-Redondas em 2001	308-309
Designação dos Presidentes e Presidentes substitutos das Mesas-Redondas em 2001	310-311
 DATAS E LOCAIS DA QUINQUAGÉSIMA-PRIMEIRA E QUINQUAGÉSIMA-SEGUNDA SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL	 312-315
 APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL	 316
 ENCERRAMENTO DA QUINQUAGÉSIMA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL	 317-324
Observações finais pelo Director Regional	317-319
Moção de agradecimento	320
Observações do Presidente e encerramento da sessão	321-324

PARTE III

ANEXOS

	<i>Página</i>
1. Lista dos participantes	83
2. Ordem do dia da 50ª sessão do Comité Regional	99
3. Relatório da reunião do Subcomité do Programa de 24 a 28 de Julho de 2000	102
4. Relatório das Discussões Técnicas	147
5. Alocução de boas-vindas do Dr. Alain L. Tou, Ministro da Saúde do Burkina Faso	159
6. Alocução da Dra. Libertina Amathila, Presidente da 49ª sessão do Comité Regional	163
7. Alocução do Director da Região Africana da OMS, Dr. Ebrahim M. Samba	166
8. Comunicação da Directora-Geral da OMS, Dra. Gro Harlem Brundtland	170
9. Alocução do Representante da Organização da Unidade Africana	172
10. Discurso de abertura de Sua Excelência o Presidente da República do Burkina Faso, Sr. Blaise Compaoré	183
11. Ordem do dia provisória da 51ª sessão do Comité Regional	186
12. Lista dos documentos	188

PARTE I
DECISÕES PROCESSUAIS
E
RESOLUÇÕES

DECISÕES PROCESSUAIS

Decisão nº 1 : Composição da Comissão de Designações

A Comissão de Designações reuniu-se na Segunda-feira, 28 de Agosto de 2000, sendo composta por representantes dos seguintes Estados-Membros: República Centrafricana, Eritreia, Mauritânia, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Suazilândia, Togo, Uganda e Zimbabué. São Tomé e Príncipe não participou na reunião.

A Comissão elegeu como Presidente o Dr. Sam Zaramba, Representante do Uganda.

A Comissão também elegeu como Relator o Dr. Batchassi Essosolem, Director-Geral do Ministério da Saúde do Togo.

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

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

Presidente	:	Dr. Alain Ludovic Tou <i>Ministro da Saúde do Burkina Faso</i>
Vice-Presidentes	:	Dr. J. A. Bibang Nchuchuma <i>Ministro da Saúde da Guiné Equatorial</i> Dr. Gurrach Galgallo <i>Vice-Ministro da Saúde do Quênia</i>
Relatores	:	Sr. Dangde L. Damaye <i>Ministro da Saúde do Chade (língua francesa)</i> Sr. Aleke K. Banda <i>Ministro da Saúde do Malawi (língua inglesa)</i> Sr. António Bamba <i>Ministro da Saúde da Guiné-Bissau (língua portuguesa)</i>

Decisão nº 3 : Composição da Comissão de Verificação de Poderes

Nos termos do Artigo 16º do seu Regulamento Interno, o Comité Regional nomeou uma Comissão de Verificação de Poderes, composta por representantes dos 12 seguintes Estados-Membros: Comores, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Gâmbia, Guiné, Libéria, Mali, Moçambique, Nigéria e Serra Leoa.

A Comissão reuniu-se a 28 de Agosto de 2000, tendo participado na reunião os representantes dos seguintes Estados-Membros : Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gâmbia, Guiné, Libéria, Mali, Moçambique, Nigéria e Serra Leoa. A República Democrática do Congo não esteve presente.

A Comissão elegeu como Presidente o Dr. Traoré Fatoumata Nafu, Ministro da Saúde do Mali.

Decisão nº 4 : Credenciais

O Comité Regional, sob proposta da Comissão de Designações, reconheceu a validade das credenciais apresentadas pelos representantes dos seguintes Estados-Membros : África do Sul, Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, Comores, República do Congo, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Eritreia, Guiné, Lesoto, Libéria, Mali, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, Ruanda, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, Suazilândia, Togo, República Unida de Tanzânia e Zimbabué. Os seguintes Estados-Membros apresentaram subsequentemente as suas credenciais: República Democrática do Congo, Etiópia, Gâmbia, Guiné-Bissau, Malawi, Mauritânia, Moçambique, Uganda e Zâmbia.

Decisão nº 5 : Substituição de Membros do Subcomité do Programa

O mandato dos seguintes países cessará com o encerramento da Quinquagésima sessão do Comité Regional: Argélia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwé. Serão substituídos por Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, Comores, República do Congo (Brazzaville) e Côte d'Ivoire.

Decisão nº 6 : Ordem do dia da Quinquagésima-primeira sessão do Comité Regional

O Comité Regional aprovou a ordem do dia provisória da sua Quinquagésima-primeira sessão.

Decisão nº 7 : Ordens do dia da 107ª sessão do Conselho Executivo e da 54ª Assembleia Mundial da Saúde

O Comité Regional tomou nota das ordens do dia provisórias da 107ª sessão do Conselho Executivo e da 54ª Assembleia Mundial da Saúde.

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

Presidente da Assembleia Mundial da Saúde

- 1) O Presidente da Quinquagésima sessão do Comité Regional Africano será designado Vice-Presidente da Quinquagésima-quarta Assembleia Mundial da Saúde, a realizar em Maio de 2001. A Região Africana designou o Presidente da Assembleia em Maio de 2000.

Principais Comissões da Assembleia Mundial da Saúde

- 2) A Directora-Geral, em conjunto com o Director Regional, analisará, se for necessário, antes de cada Assembleia Mundial da Saúde, quais os delegados dos Estados-Membros da Região Africana susceptíveis de desempenhar eficazmente os seguintes cargos:
 - Presidentes das Comissões Principais A e B
 - Vice-Presidentes e Relatores das Comissões Principais

Membros habilitados a designar pessoas para o Conselho Executivo

- 3) Segundo a ordem alfabética em inglês, a Guiné Equatorial designou uma pessoa para o Conselho Executivo, a partir da respectiva 106ª sessão, imediatamente após a 53ª Assembleia Mundial da Saúde, juntando-se assim a Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, Comores, República do Congo (Brazzaville) e Côte d'Ivoire, da Região Africana.
- 4) Os mandatos de Cabo Verde e da República Centrafricana cessarão com o encerramento da 54ª Assembleia Mundial da Saúde, sendo substituídos pela Eritreia e pela Etiópia, que participarão na 108ª sessão do Conselho Executivo, em Maio de 2001.
- 5) Os Estados-Membros habilitados a designar pessoas para o Conselho Executivo deverão confirmar a sua disponibilidade, pelo menos seis semanas antes da Quinquagésima-quarta Assembleia Mundial da Saúde.
- 6) Por meio da Resolução WHA51.26, a 51ª Assembleia Mundial da Saúde decidiu que os Estados-Membros habilitados a designar pessoas para o Conselho Executivo deveriam designá-los como representantes do respectivo país, tecnicamente qualificados no campo da saúde.

Reunião informal do Comité Regional

- 7) O Director Regional convocará esta reunião para Segunda-feira, 14 de Maio de 2001, às 08h00, no *Palais des Nations*, em Genebra, para confirmar as decisões tomadas pelo Comité Regional, por ocasião da sua 50ª sessão.

Decisão nº 9 : Escolha do tema das Mesas-Redondas em 2001

O Comité Regional decidiu organizar Mesas-Redondas durante as suas sessões, para promover a interacção e o intercâmbio de ideias e experiências entre os Ministros da Saúde, Chefes das Delegações e Secretariado da OMS. Consequentemente, aprovou os seguintes temas para as Mesas-Redondas da sua 51ª sessão, em 2001 :

- 1) Sistemas de saúde : Melhorar o desempenho;
- 2) Controlo das doenças : O papel da mobilização social;
- 3) Redução da pobreza : O papel do sector da saúde.

Decisão nº 10 : Datas e locais da Quinquagésima-primeira e Quinquagésima-segunda sessões do Comité Regional

De acordo com o seu Regulamento Interno, o Comité Regional aceitou realizar a sua 51ª sessão em Brazzaville, República do Congo, em Agosto de 2001, a menos que haja uma recomendação em contrário de uma equipa de avaliação de nível ministerial, incluindo o mesmo tempo de competências da missão anterior, que deverá visitar a capital do Congo, em Janeiro de 2001. A sessão realizar-se-á entre 27 de Agosto e 1 de Setembro de 2001. O Comité também concordou que a sua 52ª sessão se realizaria no Escritório Regional.

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

O mandato do Benim cessará a 31 de Dezembro de 2000. De acordo com a ordem alfabética em inglês, será substituído pelos Camarões, que se juntarão ao Burkina Faso e Burundi, a partir de 1 de Janeiro de 2001, por um período de três anos.

Decisão nº 12 : Designação de um Representante da Região Africana para o Conselho Conjunto de Coordenação do Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais

O mandato do Botsuana cessará a 31 de Dezembro de 2000. De acordo com a ordem alfabética em inglês, será substituído pelo Burundi, que se juntará ao Burkina Faso, a partir de 1 de Janeiro de 2000, por um período de três anos.

Decisão nº 13 : Designação de um Representante da Região Africana para a Reunião das Partes Interessadas (anteriormente apelidada de Comité de Gestão do Programa de Acção para os Medicamentos Essenciais)

O mandato do Benim cessará a 31 de Dezembro de 2000. De acordo com a ordem alfabética em inglês, será substituído pelo Burkina Faso, que se juntará ao Botsuana, a partir de 1 de Janeiro de 2001, por um período de três anos.

RESOLUÇÕES

AFR/RC50/R1: POLÍTICA DE SAÚDE PARA TODOS NO SÉCULO XXI NA REGIÃO AFRICANA:AGENDA 2020

Relembrando a aprovação, pela Assembleia Mundial da Saúde em Maio de 1998, da "Declaração sobre a Saúde no Mundo", que sublinha a necessidade de pôr em prática a Política Mundial de Saúde para Todos para o Século XXI, por meio da implementação de políticas regionais e nacionais relevantes;

Convencido da pertinência dos princípios e valores subjacentes à abordagem dos cuidados primários de saúde para a implementação da política de saúde para todos e do facto de que os mesmos são uma fonte de inspiração para os países africanos;

Considerando a magnitude e a persistência dos problemas de saúde levantados pelas doenças transmissíveis, em particular o HIV/SIDA, a tuberculose, o paludismo, as complicações da gravidez e do parto, as numerosas doenças da infância, as doenças mentais, os ambientes que afectam negativamente a saúde, os estilos de vida e comportamentos de risco, a ineficiência dos serviços de saúde, as situações de emergência complexas, os conflitos armados e o respectivo trágico impacto sobre as populações africanas;

Considerando que as nações africanas têm de prosseguir a visão de fazer face ao pesado fardo das doenças, aos elevados níveis de pobreza, à falta de oportunidades e de informações, e a necessidade de fazer isso no contexto do desenvolvimento autónomo dos sistemas de saúde, para melhorar o estado de saúde de todas as pessoas;

Convencido da necessidade de um quadro de referência para as políticas nacionais de desenvolvimento sanitário, capaz de providenciar soluções duradouras para os vários problemas de saúde com que os países africanos estão confrontados no limiar do terceiro milénio;

Considerando que a materialização da visão do desenvolvimento sanitário até 2020 será uma tarefa gigantesca e árdua que exigirá a mobilização de todos os recursos e a criatividade de todos os africanos, por forma a ajudar a alcançar um desenvolvimento humano sustentável que dê resposta às suas aspirações fundamentais;

Tendo empreendido uma série de acções, aos níveis nacional e regional, que culminaram na formulação da Política Regional de Saúde para Todos para o Século XXI com o objectivo de nortear o desenvolvimento sanitário nas próximas décadas;

Tendo analisado cuidadosamente o relatório do Director Regional contido no documento AFR/RC50/8, que define a Política de Saúde para Todos no Século XXI na Região Africana até ao ano de 2020;

O COMITÉ REGIONAL,

- 1 APROVA a Política de Saúde para Todos no Século XXI: Agenda 2020, que dá expressão à aspiração dos povos africanos a uma melhor saúde;
2. SOLICITA aos Estados-Membros que:
 - i) assegurem a tradução da política regional em políticas nacionais realistas e inovadoras, seguidas de planos estratégicos adequados e de quadros de implementação correspondentes com intervenções específicas aos níveis nacional e local, no sector da saúde e noutros sectores do desenvolvimento humano;
 - ii) procedam, no contexto da reforma do sector da saúde, à formação de consensos, estabelecendo ou identificando um mecanismo multidisciplinar e multisectorial para apoiar a formulação e implementação de políticas nacionais de saúde sustentáveis;
 - iii) desempenhem, por meio das suas instituições como os poderes legislativo, judicial e executivo, um papel de liderança e direcção para garantir os máximos benefícios sanitários para os seus povos, em particular os pobres, os marginalizados e outros grupos vulneráveis;
 - iv) mobilizem recursos adequados para a implementação eficaz das políticas nacionais de saúde renovadas e para assegurar o uso racional das poupanças decorrentes do perdão da dívida no desenvolvimento sanitário;
 - v) coloquem a saúde no centro do desenvolvimento nacional e, nesse contexto, formulem estratégias adequadas para a erradicação da pobreza;

- vi) façam advocacia a fim de obter o compromisso contínuo dos Chefes de Estado e de Governo, líderes políticos e sociedade civil, para a implementação desta política regional e das subsequentes políticas nacionais;
3. SOLICITA ao Director Regional que:
- i) mobilize os Estados-Membros e a comunidade internacional numa acção concertada, com o objectivo de actualizar as políticas nacionais de saúde com base nas políticas mundiais e regionais, contribuindo assim para a mobilização e o uso racional de recursos para implementar essas políticas;
 - ii) preste apoio técnico aos Estados-Membros para a análise contínua das políticas e estratégias nacionais de saúde, sempre que tal for necessário ;
 - iii) estabeleça um mecanismo para acompanhar de perto e avaliar os progressos realizados na implementação da Política Regional de Saúde para Todos: Agenda 2020;
 - iv) continue a advogar fortemente o perdão da dívida e o uso de uma parte significativa das poupanças daí decorrentes no desenvolvimento sanitário;
 - v) apresente, à 53ª sessão do Comité Regional, e em seguida de três em três anos, um relatório sobre os progressos realizados na implementação da Política Regional de Saúde para Todos no Século XXI, na Região Africana.

Sétima sessão, 31 de Agosto de 2000

AFR/RC50/R2: PROJECTO DE ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2002-2003

Tendo analisado cuidadosamente o relatório apresentado pelo Subcomité do Programa sobre o projecto de orçamento-programa para o exercício bienal de 2002-2003;

O COMITÉ REGIONAL,

1. NOTA que o orçamento-programa é, pela, primeira vez, um orçamento-programa unificado da Organização Mundial de Saúde, preparado pela Directora-Geral com a plena participação de todos os Escritórios Regionais, e que o montante para o exercício financeiro anterior foi mantido, representando um crescimento zero que continua a ser a base da orçamentação geral;

2. CONGRATULA o Director Regional por ter preparado um relatório adicional sobre as orientações regionais e por continuar a pôr em prática as orientações políticas e programáticas definidas pelos órgãos directivos;
3. APROVA o relatório do Subcomité do Programa;
4. APROVA o projecto de orçamento-programa da OMS para o exercício bienal de 2002-2003 e as orientações regionais para a sua implementação;
5. SOLICITA ao Director Regional que continue a fazer advocacia para mobilizar recursos acrescidos para a implementação dos programas;
6. SOLICITA ao Director Regional que transmita a presente resolução à Directora-Geral.

Sétima sessão, 31 de Agosto de 2000

**AFR/RC50/R3: PROMOÇÃO DO PAPEL DA MEDICINA
TRADICIONAL NOS SISTEMAS DE SAÚDE:
ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA**

Considerando as Resoluções WHA30.49, WHA31.33, WHA41.19, WHA42.43, WHA44.33 e WHA44.34 da Assembleia Mundial da Saúde, sobre o potencial valor médico e económico das plantas medicinais, o desenvolvimento dos recursos humanos e a investigação em medicina tradicional;

Considerando as Resoluções AFR/RC36/R9, AFR/RC34/R8, AFR/RC40/R8 e AFR/RC49/R5, sobre o uso de medicamentos tradicionais, legislação para nortear a prática da medicina tradicional, promoção da medicina tradicional, desenvolvimento do sistema de medicina tradicional e seu papel nos sistemas de saúde em África, e investigação em plantas medicinais;

Consciente do facto de que cerca de 80% da população que vive na Região Africana depende da medicina tradicional para satisfazer as suas necessidades de cuidados de saúde;

Reconhecendo a importância e o potencial da medicina tradicional para a consecução da saúde para todos na Região Africana e o facto de que o desenvolvimento da produção local de medicamentos tradicionais deve ser acelerado, a fim de melhorar o acesso aos mesmos;

Notando que alguns países da Região criaram órgãos nacionais para a gestão das actividades de medicina tradicional, formularam políticas nacionais de medicina tradicional, promulgaram leis e códigos de ética e conduta para a prática da medicina tradicional, e criaram associações dos praticantes da medicina tradicional;

Notando, igualmente, que em alguns países da Região está a ser efectuada investigação em medicina tradicional e que aspectos da medicina tradicional foram integrados nos programas curriculares de algumas instituições de formação;

O COMITÉ REGIONAL,

1. APROVA o relatório do Director Regional intitulado "Promoção do papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde: Estratégia para a Região Africana";
2. EXORTA os Estados-Membros a:
 - i) traduzir a estratégia regional em políticas nacionais realistas de medicina tradicional, seguidas de legislação adequada e de planos para intervenções específicas aos níveis nacional e local, e a colaborar activamente com todos os parceiros na implementação e avaliação da estratégia regional;
 - ii) considerar a criação de mecanismos e instituições para promover os aspectos positivos da medicina tradicional nos sistemas de saúde, a fim de melhorar a colaboração entre os profissionais de saúde convencionais e tradicionais;
 - iii) estabelecer listas das práticas eficazes na área da medicina tradicional, bem como dados factuais relativos à segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos tradicionais, e a empreender investigação relevante para esse efeito;

-
- iv) promover activamente, em colaboração com todos os outros parceiros, a conservação das plantas medicinais, o desenvolvimento da produção local de medicamentos tradicionais e a protecção dos direitos de propriedade intelectual e dos conhecimentos autóctones na área da medicina tradicional;
 - v) estabelecer um mecanismo multidisciplinar e multisectorial para apoiar a formulação e implementação de políticas, estratégias e planos;
 - vi) fomentar uma forte colaboração regional e sub-regional para o intercâmbio de informações;

3. SOLICITA ao Director Regional que:

- i) faça advocacia para obter o apoio dos vários intervenientes com vista à criação de um ambiente propício à medicina tradicional, e facilite a mobilização de recursos adicionais para ajudar os países na implementação, monitorização e avaliação da presente estratégia;
- ii) proponha aos Estados-Membros a instituição de um Dia Africano da Medicina Tradicional, para efeitos de advocacia;
- iii) elabore directrizes para a formulação e avaliação de políticas nacionais de medicina tradicional, aconselhe os países sobre legislação pertinente para a prática da medicina tradicional e sobre a documentação das práticas e medicamentos de segurança, eficácia e qualidade comprovadas, e facilite o intercâmbio e a utilização dessa informação pelos países;
- iv) advogue a criação de mecanismos com vista a melhorar os contextos económico e regulamentar para a produção local de medicamentos tradicionais e a conservação das plantas medicinais, reforce os Centros de Colaboração da OMS e outras instituições de investigação para levarem a cabo actividades de investigação, elabore farmacopeias e monografias das plantas tradicionais, e difunda os resultados sobre a segurança e eficácia dos medicamentos tradicionais;

-
- v) estabeleça um mecanismo regional para apoiar os Estados-Membros a monitorizar e avaliar eficazmente os progressos realizados na implementação da *Estratégia regional de promoção do papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde*;
 - vi) apresente, à 52ª sessão do Comité Regional, um relatório sobre os progressos realizados e os desafios encontrados na implementação da *Estratégia regional de promoção do papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde*.

Sétima sessão, 31 de Agosto de 2000

**AFR/RC50/R4 : CONTROLO DAS DOENÇAS NÃO-
TRANSMISSÍVEIS: ESTRATÉGIA PARA A
REGIÃO AFRICANA**

Consciente da magnitude e da importância para a saúde pública das doenças não-transmissíveis, muitas das quais têm factores de risco comuns;

Preocupado com o crescimento acelerado na prevalência das doenças não-transmissíveis, a juntar ao já pesado fardo das doenças transmissíveis;

Considerando as Resoluções WHA19.38, WHA25.44, WHA29.49, WHA36.32, WHA38.30, WHA42.35, WHA42.36, WHA51.18, WHA53.17 e EB105.R12, que apelaram à intensificação de medidas para prevenir e controlar as doenças não-transmissíveis, bem como as recomendações dos Estados-Membros, aprovadas por ocasião das 48ª e 49ª sessões do Comité Regional;

Apreciando todos os esforços que os Estados-Membros e os seus parceiros envidaram no passado para fazer face a algumas doenças não-transmissíveis, melhorando, assim, a saúde das suas populações;

Reconhecendo a necessidade de analisar as abordagens existentes e de formular um quadro estratégico global para a prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis nos países da Região Africana;

Tendo analisado cuidadosamente o relatório do Director Regional constante do documento AFR/RC50/10, que define a estratégia regional da OMS para as doenças não-transmissíveis;

COMITÉ REGIONAL,

1. APROVA a estratégia proposta destinada a reforçar a capacidade dos Estados-Membros para melhorar a qualidade de vida das suas populações, reduzindo o fardo das doenças não-transmissíveis, graças, entre outras coisas, à promoção de estilos de vida saudáveis e à tomada de outras medidas adequadas;
2. SOLICITA aos Estados-Membros que:
 - i) formulem ou reforcem políticas e programas nacionais visando as doenças não-transmissíveis prevalentes que afectam as suas populações;
 - ii) apoiem a vigilância integrada das doenças com vista a quantificar o fardo, as tendências, os factores de risco, a qualidade da gestão dos casos e os principais determinantes das doenças não-transmissíveis;
 - iii) reforcem os cuidados de saúde para as pessoas com doenças não-transmissíveis, apoiando as reformas do sector da saúde e intervenções com boa relação custo-eficácia, com base nos cuidados primários de saúde;
 - iv) apoiem estratégias de prevenção baseadas no conhecimento dos factores de risco, com vista a reduzir a ocorrência de casos e, assim, reduzir a mortalidade e incapacidade prematuras por doenças não-transmissíveis, usando abordagens multisectoriais, que incluam medidas como regulamentação e tributação, onde tal for oportuno;
 - v) melhorem a capacidade dos profissionais de saúde no tratamento e luta contra as doenças não-transmissíveis;
 - vi) apoiem a investigação com vista a definir estratégias de intervenção eficazes baseadas na comunidade, incluindo o uso de medicamentos tradicionais à base de plantas;

-
- vii) tomem em consideração a experiência e os progressos realizados na prevenção das perturbações genéticas prevalentes aquando da elaboração dos programas de tratamento dessas afecções, baseados na comunidade;

3. EXORTA o Director Regional a:

- i) prestar apoio técnico aos Estados-Membros para a formulação de políticas e programas nacionais de prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis;
- ii) intensificar o apoio à formação de profissionais de saúde em prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis, incluindo a monitorização e avaliação dos programas a vários níveis, e a promover o uso de instituições de formação da Região, tendo em conta as realidades da Região Africana;
- iii) facilitar a mobilização de recursos adicionais para a implementação da estratégia regional nos Estados-Membros;
- iv) elaborar planos operacionais para a década de 2001-2010;
- v) apresentar, à 53ª sessão do Comité Regional, em 2003, um relatório sobre os progressos realizados na implementação da presente estratégia regional.

Sétima sessão, 31 de Agosto de 2000

**AFR/RC50/R5 : ESTRATÉGIA ANTI-HIV/SIDA NA REGIÃO
AFRICANA: QUADRO DE IMPLEMENTAÇÃO**

Notando que o HIV/SIDA, que se tornou agora na principal causa de óbito na África Subariana, está a minar as conquistas alcançadas na área do desenvolvimento durante os últimos cinquenta anos, incluindo os difíceis progressos na sobrevivência das crianças e na esperança de vida;

Consciente de que os Estados-Membros reconheceram a epidemia como uma ameaça importante para o bem-estar da Região, enquanto o Conselho de Segurança da Nações Unidas declarou a epidemia como um risco para a segurança mundial;

Reconhecendo que os países africanos, com o apoio da comunidade internacional, adoptaram o quadro para a Parceria Internacional contra a SIDA em África, uma iniciativa destinada a mobilizar mais recursos e a intensificar a acção contra o HIV/SIDA em África;

Reconhecendo os sucessos alcançados na redução ou manutenção de baixos níveis de prevalência do HIV em alguns países da Região;

Reconhecendo que a pobreza, o subdesenvolvimento, a falta de oportunidades, a má nutrição, os conflitos e as situações complexas de emergência contribuem para a propagação do HIV/SIDA e entram a resposta à pandemia;

Relembrando a Resolução AFR/RC46/R8, que aprovou a Estratégia Regional anti-HIV/SIDA, a qual reiterou o importante papel do sector da saúde em qualquer esforço nacional multisectorial destinado a reduzir a morbilidade, a mortalidade e o impacto sócio-económico da pandemia do HIV/SIDA;

Relembrando também a Resolução WHA53.14, pela qual os Estados-Membros e a OMS foram exortados a reforçar o contributo do sector da saúde para a resposta mundial ao HIV/SIDA;

Considerando anteriores declarações, decisões e recomendações da OUA sobre a luta contra a propagação do HIV/SIDA em África;

Convencido da necessidade de acelerar a implementação da Estratégia Regional anti-HIV/SIDA, a fim de reforçar o contributo do sector da saúde para a redução da transmissão do HIV e do seu impacto sócio-económico sobre os indivíduos, as comunidades e as nações;

O COMITÉ REGIONAL,

1. APROVA o quadro de implementação da Estratégia Regional anti-HIV/SIDA, conforme é apresentado no documento AFR/RC50/11;
2. AGRADECE aos Chefes de Estado e de Governo por terem decidido adoptar o Compromisso para a Acção de Ouagadougou, por ocasião da 36ª Cimeira Ordinária da OUA, realizada em Lomé;

-
3. MANIFESTA APREÇO pelo compromisso dos Chefes de Estado e de Governo nessa Cimeira, em assumirem responsabilidades e supervisionarem pessoalmente as actividades das Comissões e Conselhos Nacionais de luta contra o HIV/SIDA onde os mesmos existam, e em assegurarem a sua criação onde não existirem;
 4. APROVA a decisão tomada pelos Chefes de Estado e de Governo de organizarem, no ano de 2001, uma Cimeira sobre o HIV/SIDA, a tuberculose e outras doenças transmissíveis;
 5. SOLICITA aos Estados-Membros que:
 - i) mobilizem e atribuam recursos humanos e financeiros adequados para as acções de resposta nacional, tirando o devido partido das actuais iniciativas de redução da dívida e advogando o perdão da dívida;
 - ii) intensifiquem as suas acções para reduzir a pobreza, integrando a luta contra o HIV/SIDA como componente importante das estratégias de redução da pobreza;
 - iii) estabeleçam sólidos mecanismos nacionais de coordenação para a resposta multisectorial ao HIV/SIDA, localizados no ministério mais adequado, em função da situação específica de cada país;
 - iv) elaborem e actualizem políticas e leis nacionais sobre aspectos-chave da luta contra o HIV/SIDA, de modo a proporcionarem um ambiente propício à prevenção, tratamento e atenuação do impacto do HIV/SIDA, incluindo a protecção dos direitos das pessoas que vivem com ou estão afectadas pelo HIV/SIDA;
 - v) facilitem a formulação e implementação de planos de acção sobre intervenções do sector da saúde, como parte dos quadros estratégicos multisectoriais nacionais;
 - vi) adaptem e apliquem o conjunto de experiências e de conhecimentos científicos documentados e disponíveis aos níveis mundial, regional e nacional sobre intervenções de boa relação custo-eficácia para a prevenção e tratamento do HIV/SIDA;

- vii) reforcem os seus sistemas de saúde e garantam a disponibilidade de recursos humanos competentes e suficientes, assim como adequados sistemas de financiamento, compras e distribuição para fazer face às necessidades no domínio da prevenção e tratamento do HIV/SIDA, em colaboração com o sector privado;
- viii) tomem as medidas necessárias para integrar as intervenções de luta contra o HIV/SIDA/IST nos sistemas de saúde a todos os níveis, aproveitando as oportunidades proporcionadas pela Iniciativa de Bamaco e as reformas em curso no sector da saúde;
- ix) reforcem as suas parcerias com as organizações não-governamentais, a fim de assegurar o seu envolvimento efectivo na resposta multisectorial;
- x) acelerem a expansão dos programas, descentralizando a sua planificação e implementação para o nível distrital, fornecendo apoio às respostas locais, garantindo a participação das comunidades e das pessoas que vivem com ou são afectadas pelo HIV/SIDA, e reforçando o acesso aos recursos financeiros para as actividades;
- xi) seleccionem e implementem intervenções relevantes de boa relação custo-eficácia, incluindo: acções de prevenção para benefício dos jovens e adolescentes; prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis; prestação de cuidados e apoio às pessoas afectadas pelo HIV/SIDA, em particular os órfãos; implementação de acções destinadas a garantir a segurança do sangue; prevenção da transmissão mãe-filho; aconselhamento e testes voluntários; e vigilância epidemiológica;
- xii) aumentem o acesso ao tratamento e profilaxia de doenças relacionadas com o HIV, através de medidas como: fornecimento de medicamentos a preços acessíveis; implementação de políticas de medicamentos genéricos; negociação com companhias farmacêuticas; e parcerias com o sector privado;
- xiii) encorajem a produção local e a importação de medicamentos por meio de práticas conformes às leis nacionais e aos acordos internacionais;

-
- xiv) promovam e apoiem investigação por cientistas nacionais, especialmente sobre a produção local de medicamentos, incluindo os tradicionais;
 - xv) adaptem e implementem essas estratégias nas suas circunstâncias específicas, sempre que estejam afectados por conflitos ou situações complexas de emergência;
 - xvi) estabeleçam um quadro de referência apropriado para gestão da componente sanitária da resposta nacional ao HIV/SIDA, no âmbito do sector da saúde.
6. SOLICITA aos parceiros internacionais e outros que advoguem e intensifiquem o apoio aos países no âmbito da Parceria Internacional contra a SIDA em África.
7. SOLICITA ao Director Regional que:
- i) forneça apoio técnico aos Estados-Membros, de modo a reforçar a capacidade de resposta do sector da saúde à pandemia do HIV/SIDA;
 - ii) mobilize recursos do orçamento ordinário e extra-orçamentais para apoiar o reforço da resposta do sector da saúde à pandemia do HIV/SIDA;
 - iii) advogue o perdão da dívida para os países fortemente endividados e os gravemente afectados pelo HIV/SIDA;
 - iv) tome medidas adequadas para reforçar a capacidade da OMS para fornecer apoio técnico eficaz e oportuno aos programas nacionais, como parte da resposta do sistema das Nações Unidas no âmbito da ONUSIDA;
 - v) reforce a colaboração e a parceria com outras agências das Nações Unidas, no contexto da ONUSIDA;
 - vi) apresente, à 52ª sessão do Comité Regional, um relatório sobre os progressos realizados na implementação da Estratégia Regional anti-HIV/SIDA.

Sétima sessão, 31 de Agosto de 2000

**AFR/RC50/R6 : INICIATIVA "FAZER RECUAR O PALUDISMO"
NA REGIÃO AFRICANA: QUADRO DE
IMPLEMENTAÇÃO**

Considerando a Resolução AFR/RC45/R4 do Comité Regional sobre o Programa Regional de Controlo do Paludismo, aprovada em Setembro de 1995; a Declaração de Harare sobre a Prevenção e Controlo do Paludismo no contexto da Recuperação Económica e do Desenvolvimento em África, aprovada pela Organização da Unidade Africana (OUA) a 4 de Junho de 1997; a Iniciativa Africana de Controlo do Paludismo no Século XXI que se tornou na Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo" em finais de 1998; e a Resolução WHA52.11 sobre "Fazer Recuar o Paludismo", aprovada pela 52ª Assembleia Mundial da Saúde;

Tendo presente o espírito de eventos internacionais como: o estabelecimento da parceria mundial em Outubro de 1998, na sequência do lançamento da Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo" como projecto prioritário em Julho de 1998, pela Directora-Geral da Organização Mundial de Saúde ; a reacção positiva e o empenhamento manifestado por parte dos Chefes de Estado e de Governo ao convite da Directora-Geral da OMS para participarem num esforço mundial no sentido de fazer recuar o paludismo; e a Declaração de Abuja sobre "Fazer Recuar o Paludismo" em África, aprovada a 25 de Abril de 2000, e o seu plano de acção;

Consciente do crescente agravamento da situação do paludismo, uma das principais causas de mortalidade e morbilidade, que provoca um nível inaceitável de óbitos e sofrimento humano, bem como perdas económicas e obstáculos que entram o progresso na Região, e da necessidade de contribuir para o desenvolvimento do sector da saúde, que proporciona oportunidades para melhorar a acessibilidade e a qualidade das intervenções de prevenção e controlo;

Reconhecendo que a Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo" pretende reduzir substancialmente o sofrimento humano e as perdas económicas devidas a uma das doenças mais dispendiosas do mundo e que essa iniciativa tirará partido de todos os esforços existentes por meio de parcerias locais, nacionais, regionais e mundiais, bem como maximizará o impacto dos contributos dos principais parceiros, incluindo contributos dos países da Região onde o paludismo é endémico;

Considerando o empenhamento dos países da Região Africana para acelerar e implementar estratégias para fazer recuar o paludismo;

Aprovando a decisão sobre o uso de DDT tomada pelo Comité Regional por ocasião da sua 49ª sessão, bem como a recomendação da reunião sobre reduzir a dependência do DDT, realizada em Fevereiro de 2000, em Harare;

Considerando a decisão da Cimeira dos Chefes de Estado dos países africanos, de declarar o dia 25 de Abril de cada ano "Dia Africano contra o paludismo";

Reconhecendo o incalculável apoio que os parceiros da cooperação multilateral e bilateral prestaram até à data aos países para o lançamento e implementação da Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo";

O COMITÉ REGIONAL,

1. APROVA o quadro de implementação da Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo" na Região Africana, tal como proposto no documento AFR/RC50/12;
2. APOIA a decisão da 36ª Cimeira da OUA de comemorar anualmente a 25 de Abril o "Dia Africano contra o Paludismo";
3. APELA às Nações Unidas para que declarem o período compreendido entre 2001 e 2010 como década para o controlo do paludismo;
4. APELA aos Estados-Membros para que:
 - i) acelerem o processo de formulação dos planos de acção e de implementação da Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo", no âmbito do quadro proposto;
 - ii) envolvam activamente todos os intervenientes - comunidades, ministério da saúde, outros ministérios, sector privado, organizações não-governamentais, sociedade civil, organismos de cooperação bilateral e multilateral, e agências do sistema das Nações Unidas - nas actividades relacionadas com a Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo";

-
- iii) disponibilizem, a um custo acessível, meios de prevenção, diagnóstico e tratamento do paludismo, incluindo tratamento domiciliário quando tal for oportuno nas zonas mais remotas, no quadro dos planos de acção;
 - iv) promovam acções destinadas a assegurar que as pessoas em risco de paludismo, em particular as crianças com menos de cinco anos de idade e as mulheres grávidas, beneficiem da combinação mais adequada de medidas de protecção pessoais e comunitárias, tais como mosquiteiros tratados com insecticida e outras intervenções como a gestão do ambiente que sejam facilmente acessíveis e de baixo custo, por forma a prevenir o paludismo e o conseqüente sofrimento;
 - v) reforcem, onde for oportuno, a pulverização das casas com insecticidas residuais de uma boa relação custo-eficácia, como métodos anti-vector;
 - vi) reforcem a vigilância do paludismo no âmbito da vigilância integrada das doenças, por forma a detectar as epidemias de paludismo de maneira atempada e a desenvolver a capacidade de preparação e resposta às epidemias;
 - vii) intensifiquem a participação comunitária na implementação da Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo", promovendo assim a liderança conjunta das actividades relativas à Iniciativa, a fim de assegurar a respectiva sustentabilidade;
 - viii) apoiem a investigação em medicina tradicional e o desenvolvimento de preparações antipalúdicas eficazes com base em plantas medicinais tradicionais, bem como a investigação em medicamentos, insecticidas e uma vacina antipalúdica de custo acessível, para superar o problema da resistência;
 - ix) coordenem parcerias em todas as fases do processo da Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo" e assegurem o apoio necessário dos parceiros nacionais e internacionais;

-
5. SOLICITA ao Director Regional que:
- i) preste apoio aos Estados-Membros para a formulação e implementação de planos de acção da Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo", no âmbito do quadro de implementação proposto;
 - ii) preste apoio aos Estados-Membros para fomentar a colaboração entre países vizinhos na implementação de actividades de controlo do paludismo;
 - iii) advogue o desenvolvimento de recursos humanos e mobilize recursos do orçamento ordinário e extra-orçamentais, para apoiar a implementação dos planos de acção da Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo";
 - iv) apoie os Estados-Membros na monitorização e avaliação da Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo" nos países;
 - v) apresente, à 52ª sessão do Comité Regional, um relatório sobre os progressos alcançados na implementação da Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo", na Região Africana;
6. SOLICITA aos parceiros internacionais e outros envolvidos na implementação da Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo", na Região Africana, que intensifiquem o seu apoio aos países para implementação da Iniciativa.

Sétima sessão, 31 de Agosto de 2000

AFR/RC50/R7: MOÇÃO DE AGRADECIMENTO

Considerando o tempo, os esforços e os recursos consagrados pelo Governo do Burkina Faso, para garantir o sucesso da Quinquagésima sessão do Comité Regional;

Agradecendo o acolhimento excepcionalmente caloroso e amistoso, reservado a todos os Representantes dos Estados-Membros e aos outros participantes, por parte do Governo e do Povo do Burkina Faso;

Tendo plena consciência de que é a primeira vez que o Burkina Faso se envolve tão intimamente no planeamento e na organização do Comité Regional;

O COMITÉ REGIONAL,

1. AGRADECE muito sinceramente a Sua Excelência, o Senhor Blaise Compaoré, Presidente do Burkina Faso, e ao seu Governo, por terem acolhido esta sessão do Comité Regional;
2. EXPRESSA o seu profundo apreço a Sua Excelência, o Senhor Blaise Compaoré, Presidente do Burkina Faso, por ter aceite presidir à sessão de abertura e por ter proferido o discurso de abertura da sessão;
3. EXPRIME igualmente a sua gratidão ao Ministro da Saúde do Burkina Faso, Dr. Alain Ludovic Tou, pelos seus esforços incansáveis na preparação desta sessão do Comité Regional, assim como pelo modo eficiente como soube conduzir esta sessão;
4. AGRADECE muito sinceramente ao Governo e ao Povo do Burkina Faso pela sua calorosa hospitalidade;
5. SOLICITA ao Director Regional que transmita a presente moção de agradecimento a Sua Excelência, o Presidente Blaise Compaoré, bem como ao Governo e ao Povo do Burkina Faso.

CERIMÓNIA DE ABERTURA

1. A quinquagésima sessão do Comité Regional Africano da OMS foi aberta no Centro de Conferências Ouaga 2000, em Ouagadougou, Burkina Faso, na Segunda-feira, 28 de Agosto de 2000, por Sua Excelência, o Sr. Blaise Compaoré, Presidente do Burkina Faso. De entre as personalidades presentes na cerimónia, são de assinalar: o Sr. Kadré Desiré Ouedraogo, Primeiro-Ministro do Burkina Faso; Ministros do Governo do Burkina Faso; o Sr. Simon Campaoré, Presidente da Câmara de Ouagadougou; chefes tradicionais; Ministros da Saúde e chefes das delegações dos Estados-Membros; o representante do Secretário-Geral da Organização da Unidade Africana (OUA); a Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora-Geral da OMS; o Dr. Ebrahim M. Samba, Director Regional da OMS para África; membros do Corpo Diplomático; representantes das agências das Nações Unidas e das organizações não-governamentais (ver lista dos participantes, Anexo 1).
2. O Mestre de Cerimónias, Sr. Yaman Pako, membro da Comissão de Imprensa do Comité Nacional de Organização, descreveu o programa da cerimónia de abertura.
3. Na sua alocução, o Ministro da Saúde do Burkina Faso, Dr. A. Ludovic Tou, deu as boas-vindas aos delegados e desejou-lhes uma estadia agradável em Ouagadougou.
4. Assinalou os recentes progressos realizados pelo Burkina Faso na área do desenvolvimento sanitário, incluindo o lançamento de um programa multisectorial de luta contra o HIV/SIDA e a formulação de uma política nacional de medicina tradicional. Concluiu, agradecendo à OMS e aos parceiros na área do desenvolvimento o respectivo apoio, sem o qual pouco teria sido realizado.
5. A Dra. L. Amathila, Ministra da Saúde e dos Assuntos Sociais da Namíbia, Presidente da 49ª sessão do Comité Regional, usou em seguida da palavra, tendo agradecido ao Secretariado e aos delegados o respectivo apoio durante o seu mandato como Presidente do Comité Regional. Agradeceu igualmente ao Presidente e ao Governo do Burkina Faso por terem aceite acolher a actual sessão do Comité Regional.

6. A Dra. Amathila declarou ter orgulho nas conquistas alcançadas no campo da saúde durante o seu mandato. Considerou adequado que a África tenha presidido à Assembleia Mundial da Saúde no corrente ano, atendendo a que o HIV/SIDA constituiu um elemento importante do programa de trabalho da Assembleia. Assinalou em seguida os seguintes eventos importantes ocorridos durante o ano transacto: o esforço no sentido de conseguir a redução do preço dos medicamentos anti-retrovirais para lutar contra o flagelo da SIDA; a Conferência sobre a SIDA, realizada em Durban, África do Sul; a Cimeira Africana sobre Paludismo, realizada em Abuja, na Nigéria; a reunião da OUA, realizada em Lomé, Togo; a ajuda da OMS durante as inundações em Moçambique. Todos estes eventos positivos dão testemunho do empenhamento da África na resolução dos problemas da saúde.
7. A Dra. Amathila informou igualmente os delegados de que liderou uma missão a Brazzaville, República do Congo, para avaliar os progressos realizados na reabilitação das instalações da Escritório Regional, da qual um relatório seria apresentado no decorrer da presente sessão do Comité Regional.
8. Finalmente, fez notar que, sem paz, é difícil alcançar boa saúde e que os sistemas de saúde devem responder positivamente às necessidades de saúde da África.
9. O representante do Secretário-Geral da Organização da Unidade Africana, Professor Johnson Kwebi, fez notar aos delegados que, em cada minuto, um homem, uma mulher ou uma criança morre em África de SIDA ou paludismo. A deterioração da situação sanitária em África não resulta de falta de esforços da parte de organizações como a OUA ou a OMS, mas do rápido crescimento demográfico, das catástrofes naturais, dos crescentes níveis de pobreza e dos conflitos armados. Exortou os Estados-Membros a agir rapidamente para mobilizar recursos financeiros aos níveis nacional e internacional, a fim de implementarem as decisões adoptadas para lutar contra a SIDA e o paludismo.
10. O representante da OUA declarou que é importante que a sua Organização reforce a sua parceria com a OMS, para alcançar as metas fixadas na área da saúde, tendo expressado a sua gratidão à OMS e ao Director Regional pelos respectivos esforços no sentido de encontrar soluções duradouras para os problemas de saúde em África. Informou igualmente os delegados de que a OUA não pouparia esforços no sentido de implementar a decisão de Lomé adoptada no corrente ano.

11. O Director Regional da OMS para África, Dr. Ebrahim M. Samba, informou os delegados da honra e orgulho que sentia em estar no Burkina Faso, para a 50ª sessão do Comité Regional. Acrescentou que considerava o Burkina Faso como seu país, pois aí trabalhou e viveu durante 14 anos.
12. Declarou que esta sessão do Comité Regional revestia-se de significado especial, não só porque era a primeira do Século XXI, mas também a primeira após a sua reeleição para o cargo de Director Regional. Aproveitou a oportunidade para agradecer ao Chefe de Estado da Gâmbia (o seu país natal) e ao Chefe de Estado do Burkina Faso, por terem apoiado a sua candidatura à reeleição como Director Regional.
13. Informou os delegados de que, a meio do seu primeiro mandato, um conflito civil no Congo obrigou à transferência temporária do Escritório Regional para o Zimbabué. Apesar desse contratempo, as actividades da OMS na Região Africana aumentaram significativamente, graças ao elevado nível de empenhamento do pessoal. O aumento registado na colaboração entre o Escritório Regional e a Sede da OMS também contribuiu parcialmente para os progressos realizados.
14. Em reconhecimento da hospitalidade do Governo e do povo do Zimbabué, o Dr. Samba remeteu um Certificado de Mérito e uma estátua ao Zimbabué, os quais foram recebidos pelo respectivo Chefe de Delegação, Dr. David Parirenyatwa, Vice-Ministro da Saúde e do Bem-Estar Infantil, em nome do seu país.
15. O Director Regional também remeteu Certificados de Mérito ao Dr. A. Aldis, Representante da OMS na Serra Leoa, Dr. Nsue Milang, Representante da OMS na Eritreia, e Sr. I. N'Gaide, Chefe dos Serviços Administrativos no Escritório Regional, em reconhecimento da respectiva excepcional dedicação ao serviço da Organização.
16. A Directora-Geral da OMS, Dra. Gro Harlem Brundtland, agradeceu ao Governo do Burkina Faso por ter aceite acolher a 50ª sessão do Comité Regional.
17. Declarou acreditar que o ano 2000 constituiria uma viragem para uma melhor saúde em África. Fez notar que a Assembleia Mundial da Saúde, realizada em Maio do corrente ano, reconheceu amplamente que a saúde é um factor essencial do desenvolvimento económico e social e que a melhoria da saúde é um elemento-chave para quebrar o ciclo delibitante da pobreza.

-
18. A Dra. Brundtland declarou que, desde então, verificaram-se fortes indícios de que a Humanidade estava pronta e com vontade para agir. De entre esses indícios, são de assinalar: o estabelecimento, pela Conferência de Durban, da regra de que todas as pessoas que vivem com HIV/SIDA devem ter acesso a cuidados adequados e que as actividades de prevenção devem ser universalmente implementadas; o anúncio, pela Comissão Europeia, de uma nova forma de encarar a luta contra o HIV/SIDA, o paludismo e a tuberculose; a aceitação, pelos países do G8, na sua Cimeira de Okinawa, de metas específicas para reduzir o fardo do HIV, paludismo, tuberculose e doenças infantis comuns.
 19. Declarou que, a seu ver, esses eventos eram fruto de esforços consideráveis envidados pelos Chefes de Estado Africanos, ministros da saúde e milhares de profissionais de saúde da Região. Destacou em particular a Cimeira de Abuja sobre Paludismo realizada em Abril de 2000, os esforços incansáveis do Presidente Obasanjo para colocar a causa da África em lugar de destaque na agenda internacional, a reunião da OUA em Lomé e a Conferência de Durban sobre o HIV/SIDA.
 20. Felicitou a Região pelo contributo para a iminente erradicação da poliomielite da África e do mundo, tendo apelado a uma colaboração acrescida, incluindo a sincronização das Jornadas Nacionais de Vacinação no corrente ano e em 2001.
 21. A Dra. Brundtland citou a Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação (GAVI) como um bom exemplo do novo modelo de parceria na saúde a nível internacional, com os países a assumir claramente a responsabilidade pelos seus programas. Na sequência do investimento inicial de 750 milhões de dólares americanos pela Fundação Bill e Melinda Gates, a Noruega, os EUA e o Reino Unido assumiram um forte compromisso de apoio, enquanto outros, como a Holanda e o Canadá, manifestaram o seu grande interesse.
 22. A Directora-Geral fez notar a recente forte intensificação das actividades no sentido de traduzir a procura de acesso aos cuidados numa realidade para a maioria das pessoas que vivem com HIV/SIDA. O diálogo com a indústria farmacêutica criou fortes expectativas no que respeita à melhoria do acesso aos medicamentos anti-retrovirais e outros medicamentos contra a SIDA, e o objectivo é lançar projectos concretos nos países até Novembro de 2000.

23. Registaram-se progressos significativos na área da prevenção da transmissão mãe-filho do HIV, e espera-se que serão feitas recomendações antes do final do ano sobre o uso de medicamentos e práticas de alimentação infantil susceptíveis de reduzir significativamente as taxas de transmissão do HIV em África.
24. Os sucessos obtidos no controlo e, até, na eliminação da oncocercose (ou cegueira dos rios) nos países abrangidos pelo Programa de Controlo da Oncocercose (PCO) levaram ao alargamento da distribuição de Ivermectina aos países da África Oriental, Central e Austral, no âmbito do Programa Africano de Controlo da Oncocercose.
25. A Dra. Brundtland indicou que uma luta concertada e intensificada contra as principais causas de morte - HIV/SIDA, paludismo e tuberculose - e várias doenças da infância, estava em curso de conceptualização, em colaboração com a Comissão Europeia e os países do G8. Espera-se que o uso de meios já disponíveis, como preservativos para prevenção do HIV, mosquiteiros impregnados de insecticida para prevenção do paludismo e a estratégia de tratamento directamente observado (DOTS) para o tratamento e controlo da tuberculose, resulte em avanços importantes no controlo dessas principais doenças mortais, para benefício dos pobres e dos desfavorecidos. Sublinhou que esses esforços renovados no sentido de fazer face às doenças associadas à pobreza poderiam contribuir para o desenvolvimento dos sistemas de saúde.
26. A Dra. Brundtland regozijou-se com o actual debate intenso sobre os meios de avaliar o desempenho dos sistemas de saúde, um debate surgido na sequência da publicação, no corrente ano, do Relatório da Saúde no Mundo. Declarou que a sua administração estava empenhada em colaborar estreitamente com os países, para tirar o melhor aproveitamento possível das fontes de dados existentes, bem como para recolher nova informação, sempre que necessário.
27. De entre as outras áreas que exigem atenção acrescida por parte da OMS, a Dra. Brundtland destacou a saúde mental, as doenças ligadas ao tabaco e as outras doenças não-transmissíveis.
28. A Dra. Brundtland congratulou-se com o novo orçamento-programa, o qual constitui a expressão mais clara de como a OMS está a mudar para servir melhor os seus Estados-Membros. O orçamento, elaborado conjuntamente pela Sede e

pelos Escritórios Regionais da OMS, reflecte a nova estratégia institucional da Organização e incide sobre as 11 áreas prioritárias aprovadas pelo Conselho Executivo. Em conformidade com essas prioridades, a Região Africana receberá um aumento significativo na dotação orçamental.

29. Explicou que a nova abordagem para a orçamentação se revestia de significado particular para as actividades da OMS nos países, as quais exigem uma abordagem mais estratégica para a cooperação com estes. Essa abordagem estratégica resultaria numa melhor correspondência entre as necessidades dos países e as estratégias mundialmente acordadas.
30. A Dra. Brundtland alertou os delegados para o facto de que uma nova forma de encarar a saúde criaria exigências crescentes no financiamento pelos próprios países, bem como na sua capacidade de absorção e na governação.
31. Concluiu, apelando a uma acção concertada para aproveitar a oportunidade proporcionada pelo contexto mundial favorável, por forma a que, "juntos, façamos da presente década a década que impulsionará a revolução da saúde para todos".
32. No seu discurso de abertura, Sua Excelência, o Sr. Blaise Compaoré, Presidente do Burkina Faso, deu as boas-vindas aos delegados e aos outros participantes.
33. Fez notar que o Comité Regional tinha lugar numa altura em que os sistemas de saúde do continente estão confrontados com numerosos desafios.
34. Citando Georges Peros, que declarou que "a saúde ajuda a evitar a morte quando adoecemos gravemente", assinalou que, em África, é frequentemente difícil às pessoas recuperar quando adoecem gravemente.
35. Mencionou que o principal problema com que os líderes africanos e os parceiros se debatem presentemente é garantir o desenvolvimento económico com populações diariamente confrontadas com doenças. Informou o Comité de que, em reconhecimento de uma forte relação entre saúde e desenvolvimento, o seu Governo atribui regularmente 12% do orçamento de Estado à saúde.
36. O Presidente Compaoré realçou os progressos realizados em África na área da saúde, em particular no respeitante à iminente erradicação da poliomielite e à luta contra a lepra, dracunculose e doença do sono.

37. Chamou a atenção do Comité Regional para a pandemia do HIV/SIDA, que se tornou a principal causa de óbito, à frente do paludismo. Fez notar que, nos últimos 15 anos, a SIDA ceifou as vidas de 11 milhões de africanos, mais do que o número de mortos causados por guerras no continente.
38. Frisou que, embora concordasse com a proposta de criação de um fundo de solidariedade para a compra de medicamentos contra o HIV, há necessidade de ao mesmo tempo proporcionar às populações um rendimento adequado, uma educação básica e trabalho valorizante, dado que os cuidados de saúde são apenas um dos determinantes da saúde.
39. Finalmente, o Presidente Compaoré declarou oficialmente aberta a quinquagésima sessão do Comité Regional Africano da OMS.

ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS

Constituição da Comissão de Designações

40. O Comité Regional nomeou uma Comissão de Designações, composta por representantes dos seguintes Estados-Membros: República Centrafricana, Eritreia, Mauritânia, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Suazilândia, Togo, Uganda e Zimbabué. A Comissão de Designações reuniu-se às 12h30 de Segunda-feira, 28 de Agosto de 2000, e elegeu para Presidente o Dr. Sam Zaramba, representante do Uganda. A Comissão também elegeu para Relator o Dr. Batchassi Essosolem, Director-Geral do Ministério da Saúde do Togo. São Tomé e Príncipe não esteve presente na reunião.

Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores

41. Após análise do relatório da Comissão de Designações e nos termos do Artigo 10º do Regulamento Interno do Comité e da Resolução AFR/RC40/R1, o Comité Regional elegeu, por unanimidade, a seguinte Mesa:

Presidente : Dr. A. Ludovic Tou
Ministro da Saúde do Burkina Faso

1º Vice-Presidente : Dr. Gurrach Galgallo
Vice-Ministro da Saúde do Quénia

2º Vice-Presidente	:	Sr. J. A. Bibang Nchuchuma <i>Ministro da Saúde da Guiné Equatorial</i>
Relatores	:	Sr. Dangde L. Damaye <i>Ministro da Saúde do Chade (língua francesa)</i> Sr. Aleke K. Banda <i>Ministro da Saúde do Malawi (língua inglesa)</i> Sr. António Bamba <i>Ministro da Saúde da Guiné-Bissau (língua portuguesa)</i>

Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes

42. O Comité Regional nomeou representantes dos seguintes 12 Estados-Membros para a Comissão de Verificação de Poderes: Comores, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática do Congo, Etiópia, Gâmbia, Guiné, Libéria, Mali, Moçambique, Nigéria e Serra Leoa.
43. A Comissão de Verificação de Poderes reuniu-se a 28 de Agosto de 2000 e elegeu para Presidente o Dr. Traoré Fatoumata Nafo, Ministro da Saúde do Mali.
44. A Comissão analisou as credenciais apresentadas pelos representantes dos seguintes Estados-Membros: África do Sul, Angola, Benim, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Eritreia, Guiné, Lesoto, Libéria, Mali, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, Ruanda, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, Suazilândia, Togo, República Unida da Tanzânia e Zimbabué. A Comissão informou o Comité Regional de que as mesmas estavam em ordem, tendo recomendado a sua aceitação. A Comissão solicitou aos Estados-Membros que não apresentaram as suas credenciais, que o fizessem o mais rapidamente possível. O Comité Regional aprovou o relatório da Comissão de Verificação de Poderes. Os seguintes Estados-Membros apresentaram subsequentemente as suas credenciais: República Democrática do Congo, Etiópia, Gâmbia, Guiné-Bissau, Malawi, Mauritânia, Moçambique, Uganda e Zâmbia.

Aprovação da ordem do dia

45. O Presidente da 50ª sessão do Comité Regional, Dr. Alain Ludovic Tou, submeteu a ordem do dia provisória (documento AFR/RC50/1 Rev.2) à aprovação do Comité, tendo proposto a inclusão de um novo ponto relativo ao Prémio Comlan Quenum. O Comité Regional aprovou a ordem do dia com a emenda proposta.

Aprovação do horário de trabalho

46. O Comité Regional aprovou o seguinte horário de trabalho: 9h00 - 12h30 e 14h00 - 17h30, com intervalo durante ambos os períodos.

ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA, EM 1998-1999 : RELATÓRIO BIENAL DO DIRECTOR REGIONAL (documento AFR/RC50/2)

Introdução

47. Ao apresentar o seu relatório, o Dr. Samba informou os delegados de que desde que o Escritório Regional foi temporariamente transferido para Harare, a Região triplicou as suas actividades.
48. Indicou que, como responsável eleito pelos Estados-Membros, tinha de efectuar visitas periódicas aos países, a fim de estar permanentemente actualizado sobre as actividades no terreno. Assinalou que, globalmente, os resultados foram extremamente positivos, com quase 100% de execução orçamental.
49. O Dr. Samba garantiu aos delegados que o velho problema da limitada capacidade de absorção estava em curso de resolução, tendo acrescentado que a Região necessitava e tinha capacidade para absorver muito mais recursos.
50. O Director Regional frisou que, para atingir esse nível de desempenho, o Escritório Regional procedeu a uma ampla delegação de competências sobre questões orçamentais e de pessoal nos Representantes da OMS nos países, bem como nos Directores das Divisões do Escritório Regional. Regozijou-se com o facto de a Directora-Geral ter aprovado o recrutamento de mais funcionários nacionais dos programas, para reforçar as Representações nos países.

51. Na área das doenças transmissíveis, o Dr. Samba reconheceu o forte apoio dos Chefes de Estado Africanos, em particular o Presidente Obasanjo da Nigéria, que acolheu uma Cimeira Especial sobre Fazer Recuar o Paludismo e contribuiu para o respectivo sucesso, juntamente com a Directora-Geral da OMS e os responsáveis pela Iniciativa Fazer Recuar o Paludismo, na Sede e no Escritório Regional da OMS. Consequentemente, a Iniciativa está agora em primeiro plano nas acções da Região.
52. Referiu que a tuberculose está a ser vigorosamente combatida por meio da estratégia de tratamento directamente observado (DOTS), o mesmo sucedendo com os problemas associados a outras infecções oportunistas relacionadas com a SIDA.
53. Fez notar que a oncocercose deixou de ser um problema de saúde pública, nos países da África Ocidental inicialmente abrangidos pelo Programa de Controlo da Oncocercose (PCO). As experiências muito bem sucedidas do programa estão agora a ser aplicadas por meio do Programa Africano de Controlo da Oncocercose nos países da África Oriental, Central e Austral, também afectados por essa doença.
54. Referindo-se à falta de vacinas, ao muito limitado acesso a medicamentos eficazes contra as infecções oportunistas e ao reduzidíssimo, quando não inexistente, acesso a medicamentos anti-retrovirais, o Director Regional lamentou a gravidade da situação da SIDA na Região.
55. Assinalou que o impressionante desempenho de quase todos os países da Região na implementação das suas Jornadas Nacionais de Vacinação (JNV), para a erradicação da poliomielite, está ameaçado por meios de financiamento inadequados. Saudou em particular o apoio prestado pelos Chefes de Estado e pelas Primeiras Damas a essas Jornadas.
56. O Director Regional realçou os progressos realizados na área do ambiente e do desenvolvimento sustentável, tendo assinalado o sucesso da reunião consultiva regional sobre pobreza e saúde, realizada no corrente ano, a qual contou com a participação de representantes dos Ministérios da Saúde, Finanças e Planeamento de países da Região, de representantes da Sede e dos outros Escritórios Regionais da OMS, do Banco Mundial e, pela primeira vez, de representantes do Fundo Monetário Internacional (FMI).

-
57. Alertou os delegados para a crescente magnitude das doenças não-transmissíveis, em muitos países da Região. Doenças como a obesidade, a hipertensão, a diabetes, várias formas de cancro e doenças associadas ao consumo de tabaco ocupam agora um lugar de destaque nas estatísticas nacionais de saúde.
 58. Declarou que a forte colaboração permanente com outras organizações, em particular o Banco Mundial, resultou em progressos significativos na área da reforma do sector da saúde. No âmbito da Iniciativa Especial do Sistema das Nações Unidas para África, todos os 46 países da Região Africana da OMS participaram num dos três seminários interpaíses, realizados no período em apreço.
 59. O Director Regional informou que, na sequência do pedido formulado pelo Comité Regional, por ocasião da sua 49ª sessão, realizaram-se progressos significativos na área da medicina tradicional, mesmo se a integração desejada desta no sistema de saúde oficial tem sido muito lenta. Fez notar que um relatório sobre a medicina tradicional seria analisado durante a presente sessão, para comentários e directrizes do Comité Regional.
 60. Informou os delegados de que, na Região Africana, as taxas de óbitos maternos são muito mais elevadas do que em qualquer outra Região da OMS, variando entre 200 e 1.800 por 100.000 nados-vivos, em comparação com 20-25 nas zonas mais desenvolvidas do planeta. Com base na Estratégia Regional para a Maternidade Segura, muitos países procederam a uma revisão dos seus programas e estratégias, para acelerar a redução da mortalidade materna.
 61. O Dr. Samba concluiu a sua apresentação do relatório sobre as actividades da OMS na Região em 1998-1999, afirmando o seu empenhamento em prestar apoio e atenção acrescidos às prioridades definidas pelo Comité Regional.

Desenvolvimento e gestão do conjunto dos programas

62. Na sua apresentação do relatório bienal, o Dr. L. G. Sambo, Director da Gestão do Programa, explicou que o relatório estava dividido em três secções, do seguinte modo:
 - Parte I, que descreve as actividades da OMS aos níveis dos países, interpaíses e regional;

- Parte II, que descreve os progressos realizados na implementação de resoluções aprovadas em anteriores sessões do Comité Regional sobre determinados programas;
 - Parte III, que descreve a situação do Escritório Regional da OMS em Brazzaville, República do Congo.
63. A Introdução da Parte I, intitulada "Actividades da OMS na Região Africana", descreve as principais áreas de cooperação técnica da OMS com os Estados-Membros, em 1998-1999, designadamente: reformas do sector da saúde para melhorar o funcionamento dos sistemas de saúde; desenvolvimento de recursos humanos em saúde; prevenção e controlo das doenças transmissíveis; resposta às situações de emergência e epidemias; saúde reprodutiva; aceleração das estratégias e iniciativas de sobrevivência das crianças; promoção e advocacia da saúde; reforço da coordenação entre os parceiros na área do desenvolvimento sanitário, aos níveis dos países e da Região.
64. Além disso, a secção destaca a tomada de posse da nova Directora-Geral da OMS, Dra. Gro H. Brundtland, a redefinição das prioridades da OMS, a participação do Escritório Regional na preparação da Estratégia Institucional da Organização, a reestruturação da Sede e do Escritório Regional, e uma definição mais clara das responsabilidades do Secretariado da OMS para enfrentar os desafios da saúde, aos níveis mundial e regional.
65. A segunda secção da Parte I incide sobre as actividades da OMS a nível dos países e foi elaborada com base nos resultados de uma avaliação dos programas da OMS, realizada nos países, em colaboração com as autoridades sanitárias nacionais.
66. A terceira secção da Parte I incide sobre as actividades da OMS aos níveis regional e interpaíses, e descreve as realizações mais significativas em cada uma das principais áreas programáticas das seis Divisões do Escritório Regional.
67. O Dr. Sambo fez notar, em seguida, as principais realizações no âmbito do Desenvolvimento e Gestão do Conjunto dos Programas, designadamente:
- coordenação e colaboração acrescidas com a Sede da OMS em Genebra;

- melhor coordenação com os parceiros e doadores, o que resultou num aumento das verbas extra-orçamentais para implementação dos programas;
 - realização de três reuniões interpaíses sobre a reforma do sector da saúde, em colaboração com o Banco Mundial, no âmbito da componente sanitária da Iniciativa Especial do Sistema das Nações Unidas para África.
68. Na área da reforma do sector da saúde, o Dr. Sambo descreveu resumidamente os principais resultados de uma análise dos relatórios dos Estados-Membros no que respeita às principais orientações políticas das reformas, principais estratégias aplicadas e principais dificuldades encontradas na implementação das reformas.
69. Sobre a Parte II do documento, intitulada "Relatório sobre os progressos realizados em determinados programas", o Dr. Sambo referiu o apoio prestado pela OMS aos Estados-Membros afectados por catástrofes naturais ou provocadas pelo Homem, designadamente: Angola, Burundi, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Guiné-Bissau, República Democrática do Congo e Serra Leoa. Indicou as medidas tomadas pelo Director Regional no Escritório Regional para a mobilização de mais recursos técnicos e financeiros, para melhorar a capacidade de intervenção na área das Situações de Emergência e Ajuda Humanitária.
70. O Dr. Sambo assinalou que o documento sobre o Plano Estratégico de Investigação em Saúde, aprovado pelo Comité Regional, por ocasião da sua quadragésima-oitava sessão, foi publicado e distribuído nos países, para servir de quadro de referência. Além disso, a Comissão de Investigação e Desenvolvimento tem-se reunido periodicamente para avaliar as propostas de investigação para financiamento pelo Escritório Regional, enquanto que a Comissão Consultiva Africana foi revitalizada. O Escritório Regional colaborou com a Sede da OMS no recente exercício de avaliação dos Centros de Colaboração da OMS e na finalização das novas orientações para designação e redesignação de centros de colaboração.
71. No que toca à Parte III do documento, intitulada "Relatório sobre a situação do Escritório Regional Africano em Brazzaville, Congo", o Dr. Sambo referiu que a Presidente da 49ª sessão forneceria posteriormente informação actualizada ao Comité Regional no decorrer da presente sessão.

-
72. Realçou em seguida as seguintes lições importantes aprendidas no biénio de 1998-1999:
- a necessidade de concentrar os esforços nas prioridades de saúde definidas pelos países, bem como nas áreas de actividade em que a OMS tem vantagem comparada, a fim de alcançar mais relevância, eficácia e eficiência nos programas de cooperação técnica com os países;
 - a necessidade de alguma flexibilidade durante a fase de implementação dos planos de acção, com vista a fazer face a situações imprevistas;
 - a importância dos órgãos competentes dos Ministérios da Saúde e dos membros das equipas da OMS nos países de participarem activamente nas várias faces do processo de gestão dos programas de cooperação técnica;
 - uma maior colaboração da OMS com os parceiros na área do desenvolvimento, aos níveis regional, sub-regional e nacional.
73. O Dr. Sambo concluiu, assinalando que dois quadros sobre as taxas de execução do orçamento se encontravam em anexo ao documento. O Presidente foi em seguida solicitado a convidar os Directores das Divisões do Escritório Regional para que apresentassem brevemente as secções do relatório bienal relativas às suas áreas específicas de responsabilidade.
74. O Comité Regional louvou a qualidade do relatório do Director Regional, tendo no entanto recomendado que, futuramente, as apresentações fossem apoiadas por meios audiovisuais.
75. Os delegados expressaram grande apreço pelo apoio prestado pelos Chefes de Estado e pelo papel de liderança por eles desempenhado em eventos e actividades relacionadas com a saúde, como a Cimeira de Abuja sobre o Paludismo, a Conferência de Durban sobre o HIV/SIDA e a Iniciativa "Chutar a Poliomielite para fora da África".
76. Reconheceu-se que a solidariedade entre Estados Africanos e a visão partilhada da Directora-Geral e do Director Regional, podiam fazer a diferença e acelerar a consecução de uma saúde melhor em África.

77. Foram levantadas questões sobre a fiabilidade de alguns dos dados utilizados no Relatório da Saúde no Mundo do ano 2000, bem como no relatório bienal do Director Regional. Consequentemente, o Comité sugeriu a realização de investigação participativa, que envolva os Estados-Membros, e que o Secretariado consulte os países com vista a obter dados mais exactos para inclusão nesses tão importantes relatórios.
78. A área de actividade "Situações de Emergência e Ajuda Humanitária" foi considerada como umas das áreas em que a OMS deve intensificar o seu apoio, ajudando os países a criar centros nacionais de preparação para as catástrofes. O Comité Regional exortou os países a encarar a possibilidade de criar uma linha orçamental específica para as situações de emergência, no âmbito dos Planos de Acção das Representações da OMS nos países, para além de estabelecer uma equipa multidisciplinar para esse efeito.
79. O Comité agradeceu aos governos e aos povos dos países da Região Africana pelo apoio que prestaram a Moçambique, bem como à OMS pelo papel desempenhado na coordenação da ajuda durante as recentes inundações.
80. O Director Regional reiterou os agradecimentos da OMS ao Governo de Zimbabué pela sua hospitalidade e agradeceu ao Governo do Congo os esforços que está a envidar no sentido de assegurar o rápido regresso do Escritório Regional a Brazzaville.
81. Tomou nota dos comentários feitos pelos delegados sobre a fiabilidade dos dados contidos no seu relatório e sublinhou a necessidade de actualizar esses dados periodicamente.
82. Assinalou que, para reforçar as capacidades nacionais na área da preparação e resposta às situações de emergência, foram realizados seminários, tendo igualmente sido elaboradas e difundidas directivas sobre preparação e resposta às catástrofes. Acrescentou que a OMS continuaria a responder favoravelmente aos pedidos de apoio dos países em situações de emergência.
83. O Director Regional confirmou a disponibilidade da OMS para desempenhar um papel de advocacia na mobilização de recursos, mas realçou o facto de que a Organização não é uma agência doadora.

-
84. Por seu turno, o Dr. Luís G. Sambo, Director da Gestão do Programa, agradeceu aos delegados os respectivos comentários e confirmou que seriam envidados esforços acrescidos no futuro com vista a interagir com as autoridades nacionais para obter informação mais actualizada.

Desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde

85. O Dr. R. Chatora, Director da Divisão do Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde, apresentou esta secção do relatório bienal.
86. Declarou que uma das principais actividades da Divisão foi a formulação da Política Regional de Saúde para Todos para o Século XXI. O processo de formulação iniciou-se em 1997, com contributos resultantes de consultas nacionais e regionais, devendo a versão final do documento ser analisada pela presente sessão do Comité Regional.
87. A maioria dos países empenharam-se na reforma do sector da saúde e a Iniciativa Especial do Sistema das Nações Unidas para África prestou apoio a reuniões realizadas em Cotonou, Adis-Abeba e Maputo, nas quais se procedeu ao intercâmbio de informações sobre os progressos realizados e sobre questões da reforma do sector da saúde ainda por resolver na Região.
88. O Dr. Chatora assinalou que o programa encarregue dos sistemas distritais de saúde elaborou materiais de formação para reforço da capacidade das equipas distritais de gestão sanitária, bem como um instrumento de avaliação da operacionalidade dos sistemas de saúde distritais ou locais, os quais seriam brevemente publicados e disponibilizados para ampla utilização nos países.
89. Referiu a realização no Mali, em 1998, em parceria com outras agências, nomeadamente a UNICEF, de uma segunda reunião regional para analisar a implementação da Iniciativa de Bamaco, a qual levou à formulação da dimensão comunitária da reforma do sector da saúde. O programa também contribuiu significativamente para a operacionalização das Iniciativas "Fazer Recuar o Paludismo" e "Maternidade Segura".
90. Informou que na área dos sistemas de informação sanitária, dez países beneficiaram de apoio para análise das suas políticas de informação sanitária, elaboração dos seus planos de acção, selecção de indicadores e elaboração de manuais de formação. Por outro lado, o projecto de investigação em sistemas de saúde, iniciado na África Austral, foi expandido, sendo agora um programa regional.

91. Declarou que, em resposta a uma decisão do Comité Regional, tomada por ocasião da sua 49ª sessão, foi elaborada uma estratégia regional para promoção do papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde, a qual seria analisada durante a presente sessão do Comité Regional. Além disso, foi prestado apoio técnico a um país para elaboração da sua política de medicina tradicional e a dois países para organização de simpósios sobre medicina tradicional.
92. Fez notar que o programa de medicamentos essenciais apoiou cinco países na elaboração e adopção de políticas farmacêuticas nacionais. Em 1998, três países da Associação Africana das Centrais de Compras de Medicamentos (ACAME) compraram conjuntamente cinco medicamentos genéricos, poupando assim 27% no preço de compra relativamente aos preços que teriam pago se tivessem utilizado os seus mecanismos habituais. O programa regional pagou a análise de mais de 5.000 amostras de medicamentos por laboratórios regionais de controlo de qualidade, nos Camarões, Níger e Zimbabué.
93. Na sequência da aprovação da estratégia regional de desenvolvimento de recursos humanos em saúde pelo Comité Regional, em 1998, o programa de recursos humanos foi reestruturado em três unidades, responsáveis pela gestão, formação e prática, e enfermagem, respectivamente. Realizaram-se três reuniões interpaíses como parte do processo de formulação da estratégia regional de implementação. Além disso, definiram-se directrizes para a elaboração de políticas de recursos humanos em saúde e para mudar os programas de formação em enfermagem e obstetrícia.
94. Finalmente, o Dr. Chatora referiu o apoio prestado aos países para a implementação de sistemas de controlo de qualidade nos laboratórios e para a elaboração e reforço dos programas nacionais de garantia da qualidade dos cuidados de saúde. Além disso, intensificaram-se as actividades para garantir a segurança do sangue e realizou-se um seminário sub-regional para directores dos serviços nacionais de transfusão de sangue, dos países de língua francesa.
95. O Comité Regional apelou à OMS para que intensifique o seu apoio ao desenvolvimento ou ao reforço dos sistemas de saúde.
96. Atendendo aos poucos recursos existentes, o Comité considerou ser necessário seleccionar menos prioridades aos níveis regional e dos países, por forma a que os recursos disponíveis possam ser consagrados a essas prioridades. Além disso, os delegados solicitaram o apoio da OMS na mobilização de recursos internos e

externos, incluindo a definição de directrizes sobre acesso às verbas prometidas. A este propósito, há que prestar particular atenção a parcerias entre o sector público e o privado. A questão da moralidade dos empréstimos para programas de saúde foi igualmente abordada.

97. Sublinhou-se a importância da abordagem intersectorial para o desenvolvimento sanitário e a colaboração da OMS com outras agências das Nações Unidas.
98. No respeitante à mobilidade dos nacionais, foi assinalado que a questão devia ser abordada oficialmente. Por outro lado, os delegados louvaram a decisão da Directora-Geral e do Director Regional de reforçar as Representações da OMS nos países da Região.
99. No que toca às bolsas de estudo, o Director Regional declarou que ainda havia recursos disponíveis para esta área de actividade, no âmbito dos planos de acção das Representações da OMS nos países.
100. O Director da Divisão do Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde sublinhou a necessidade de os países estabelecerem planos de acção nacionais realistas para a saúde, dado que havia provas de divergências significativas entre as políticas acordadas e a sua implementação efectiva. Os dados factuais resultantes da avaliação do desempenho dos sistemas de saúde poderiam ser usados para determinar quais as áreas das políticas que precisam de ser actualizadas.
101. Declarou que seriam enviados aos países pedidos de informações e dados actualizados para uso na preparação do Relatório da Saúde no Mundo do ano de 2001, tal como indicado pela Directora-Geral.

Saúde familiar e reprodutiva

102. O Dr. B. Nasah, Coordenador da Divisão da Saúde Familiar e Reprodutiva, apresentou esta secção do relatório bienal.
103. Recordou que o mandato da Divisão é promover, por meio da abordagem do ciclo de vida, a saúde das famílias e dos indivíduos, pelo que o relatório descreve as realizações alcançadas nas áreas da maternidade segura, saúde das crianças e dos adolescentes, eliminação de práticas tradicionais perigosas e melhoria do acesso aos cuidados de saúde pelas mulheres.

-
104. Declarou que a nova estratégia regional de saúde reprodutiva, lançada e difundida em 1997, incide sobre seis áreas prioritárias. Três dos quinze países-alvo usaram subsequentemente o quadro estratégico como modelo para reformular as suas políticas e planos de acção nacionais na área da saúde reprodutiva.
 105. Na área da maternidade segura e dos cuidados aos recém-nascidos, o pacote de saúde "mãe-bebé" foi difundido a nível distrital, em cinco dos dez países seleccionados. As actividades contemplaram a adaptação do pacote para permitir intervenções prioritárias, a análise de directrizes e protocolos, bem como a organização de cursos de reciclagem para profissionais dos serviços de cuidados de saúde envolvidos em actividades de obstetrícia. Seis países iniciaram ou completaram uma avaliação das necessidades dos serviços nacionais de saúde reprodutiva.
 106. O Dr. Nasah fez notar que, na área da saúde neonatal, a prevenção da transmissão mãe-filho do HIV beneficia de uma sólida abordagem participativa interagências, por meio da formulação e gestão de projectos-piloto em nove países onde se regista uma prevalência extremamente elevada do HIV nas mulheres grávidas.
 107. Na área da saúde dos adolescentes, assinalou a realização de um seminário de formação para treze países em prevenção e tratamento do abuso sexual das crianças, a prestação de apoio à alimentação dos lactentes e das crianças em situações de emergência, e o início, em três países, de projectos de demonstração sobre o desenvolvimento psicossocial das crianças. Além disso, prestou-se apoio a três países para fazer face às necessidades dos adolescentes em situações de conflito, e a quatro países para elaboração de programas culturalmente adaptados para lutar eficazmente contra a transmissão do HIV/SIDA.
 108. Referiu que sete dos dez países seleccionados para apoio à eliminação da mutilação genital feminina elaboraram planos nacionais, quatro dos quais estão em curso de implementação. Duas reuniões consultivas sub-regionais analisaram as experiências dos países na implementação de estratégias multisectoriais para prevenir a violência contra as mulheres e raparigas, e para prestar apoio técnico e psicossocial, bem como cuidados às vítimas. Além disso, quatro países que estavam a implementar a estratégia de alfabetização funcional beneficiaram de apoio técnico e financeiro para expandir as suas actividades.

-
109. Concluindo, mencionou que, desde a aprovação do quadro estratégico da saúde reprodutiva para dez anos, a maternidade segura ainda não recebeu a devida atenção, aos níveis regional e dos países. Realçou a importância de se estabelecerem relações entre os programas existentes, atendendo a que é necessário reforçar a sinergia para reduzir a mortalidade materna e neonatal, e fazer face a outras preocupações na área da saúde das mulheres, crianças e jovens, na Região.
 110. O Comité Regional manifestou preocupação pelo facto de o documento incidir sobre os cuidados obstétricos de emergência, em vez de adoptar uma abordagem mais global para os cuidados durante a gravidez e o parto.
 111. Os delegados sublinharam a necessidade de envolver as mulheres nas questões de desenvolvimento sanitário e de garantir o seu acesso a cuidados de saúde de qualidade.
 112. Os delegados foram informalmente convidados a participar na Conferência sobre Maternidade Segura, que terá lugar na África do Sul, em Março de 2001.
 113. No que toca ao envolvimento das mulheres, o Director Regional concordou que é necessário garantir o igual envolvimento destas no desenvolvimento sanitário. Explicou que a OMS estava a envidar esforços no sentido de recrutar mais mulheres para cargos de responsabilidade.
 114. Na sua resposta, o Coordenador da Divisão da Saúde Familiar e Reprodutiva sublinhou a dificuldade em obter dados exactos devido à debilidade dos sistemas nacionais de informação sobre gestão sanitária, bem como dos sistemas de notificação dos dados, especialmente sobre maternidade segura.
 115. Assinalou que o acesso a cuidados obstétricos de emergência, se fosse garantido ao nível desejado, contribuiria para a redução em 75% da mortalidade materna na Região. Acrescentou que esta questão seria abordada de maneira pormenorizada nas Discussões Técnicas do corrente ano.

Prevenção e controlo das doenças transmissíveis

116. O Dr. A. Kaboré, Director da Divisão da Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis, apresentou esta secção do relatório bienal.

117. Declarou que, no decorrer do biénio de 1998-1999, houve maior colaboração com os Estados-Membros na implementação de planos de controlo das doenças transmissíveis, tendo-se igualmente realizado progressos acrescidos e utilizado novas abordagens de controlo.
118. Frisou que o papel crucial dos laboratórios no controlo das epidemias foi reforçado, tendo sido criada uma rede regional de laboratórios que abrange dezassete países. Além disso, todos os blocos epidemiológicos ficaram operacionais, para responder mais rapidamente aos pedidos dos países.
119. Mencionou o início da vigilância integrada das doenças transmissíveis em nove países, bem como a criação de uma base de dados a nível regional, em cada um dos blocos epidemiológicos.
120. Na área do HIV/SIDA/IST, definiram-se directrizes sobre a vigilância, tendo sido criada uma rede técnica. Por outro lado, criou-se um grupo de trabalho especial a nível regional para lutar contra as infecções sexualmente transmissíveis, com vista a acelerar a implementação da estratégia regional de controlo dessas infecções nos países. Além disso, definiram-se e testaram-se, em quatro países, directrizes genéricas para assegurar uma utilização eficaz e equitativa da terapia anti-retroviral.
121. Fez notar que, em 1998-1999, se tinham empreendido as seguintes actividades: o programa acelerado de controlo do paludismo foi implementado em vinte e sete países; o projecto Fazer Recuar o Paludismo foi adoptado e iniciado em trinta países; vinte e cinco países receberam apoio para desenvolvimento de capacidades em planeamento e avaliação na área do controlo do paludismo; trinta e quatro países onde o paludismo é endémico estabeleceram postos-sentinela para a vigilância da eficácia dos medicamentos antipalúdicos; e o uso eficaz de materiais impregnados com insecticida foi promovido em trinta países.
122. Assinalou que o número de países que adoptaram a estratégia DOTS para o combate à tuberculose aumentou para 40, dentre os 46 países da Região. A população-alvo com acesso a serviços baseados na estratégia atingiu 61% e a taxa de cura com tratamento anti-tuberculose foi de 62% em relação à meta de 85%. Além disso, criou-se um sistema de controlo de qualidade nos laboratórios anti-tuberculose de dezoito países e formulou-se uma estratégia de controlo geral para a úlcera de Buruli.

-
123. Fez notar que muitos países tinham uma estratégia para melhorar a cobertura da vacinação de rotina, criar um sistema de vigilância baseado em cada caso identificado e instituir a vacinação suplementar. Alguns países também lançaram um programa para eliminação do sarampo.
 124. Realçou o facto de as Jornadas Nacionais de Vacinação terem sido organizadas com êxito em 33 Estados-Membros, tendo 94% deles registado uma taxa de cobertura de, pelo menos, 80%. O número de casos notificados de paralisia flácida aguda (PFA) ,entre Janeiro e Setembro de 1999, atingiu 3.134, em comparação com 1.699 em 1998, e a taxa de PFA não poliomielítica duplicou de 0,3 para 0,6, em 1999.
 125. Assinalou que trinta e dois países adoptaram e estavam a implementar a estratégia de atenção integrada às doenças da infância; trinta e um países alcançaram a sua meta de eliminação da lepra ; o número de países onde a dracunculose é endémica baixou de 16 para 13 entre 1998 e 1999 ; em 15 países levaram-se a cabo acções rápidas de cartografia epidemiológica para o controlo da oncocercose; implementaram-se cinquenta e sete projectos de tratamento com Ivermectina, em 1998 e 1999.
 126. As dificuldades encontradas durante a execução das actividades estiveram principalmente relacionadas com a deslocação do Escritório Regional e com os problemas sócio-políticos em muitos países.
 127. Finalmente, afirmou que as realizações foram facilitadas, entre outros factores, pelo seguinte: melhor comunicação com os países; inclusão de equipas interpaíses na implementação dos programas a nível dos países; possibilidade de obter verbas extra-orçamentais para actividades adicionais; e criação de parcerias fortes com vários organismos bilaterais e multilaterais, e organizações não-governamentais.
 128. Na área do tratamento do HIV/SIDA, o Comité Regional sugeriu que o conceito "acesso aos cuidados" tenha um sentido mais lato que a acessibilidade dos medicamentos e que incluía água potável, redução da pobreza, questões ambientais, etc..

Ambientes saudáveis e desenvolvimento sustentável

129. A Sra. E. Anikpo, Directora da Divisão de Ambientes Saudáveis e Desenvolvimento Sustentável, explicou que a sua divisão foi criada há dois anos pelo Director Regional, para apoiar os Estados-Membros a avaliar e controlar os efeitos adversos do desenvolvimento ambiental e sócio-económico sobre a saúde.
130. Relembrou que a 48ª Sessão do Comité Regional serviu de fórum para as Discussões Técnicas sobre o papel dos Ministérios da Saúde na gestão ambiental dos países.
131. Explicou que a primeira parte do relatório tratava do desenvolvimento dos programas existentes, enquanto a segunda parte descrevia iniciativas destinadas a orientar o trabalho da Divisão para as novas perspectivas de cooperação técnica com os Estados-Membros.
132. Relativamente à primeira parte do relatório, a Sra. Anikpo realçou as realizações no contexto da Iniciativa África 2000, nomeadamente: a segunda reunião consultiva regional sobre a Iniciativa África 2000, realizada em Setembro de 1998; a adopção e lançamento dessa Iniciativa por quase todos os Estados-Membros da Região; o apoio ao abastecimento de água e saneamento nas zonas rurais, prestado às comunidades afectadas pela cólera em 16 países da Região; a divulgação do método de participação na transformação da higiene e do saneamento, ou PHAST, e do sistema global de monitorização do ambiente (GEMS); o sucesso na organização de um seminário regional sobre saneamento ecológico e participação na educação sobre higiene.
133. Referiu que o biénio foi também caracterizado pela avaliação mundial do sector do abastecimento de água e saneamento, conforme solicitado pelas Nações Unidas, tendo o Escritório Regional assumido a liderança e coordenado a elaboração da perspectiva africana nessa avaliação.
134. Relativamente à segurança química e avaliação dos riscos ambientais para a saúde, a Divisão ajudou 4 países a preparar os seus perfis de segurança química e a organizar campanhas de sensibilização pública para os perigos dos produtos químicos e das radiações. A Divisão também contribuiu para o plano de acção da OMS para eliminar gradualmente o DDT.

-
135. Além disso, realizaram-se quatro seminários de planeamento sobre "Cidades Saudáveis", que contaram com 172 participantes de 45 países, seis dos quais receberam apoio para finalizar os seus planos de acção. Outros quatro países receberam apoio financeiro para implementar o projecto de "Escolas Saudáveis".
 136. Concluiu, explicando que a segunda parte do relatório era dedicada às novas orientações de trabalho da Divisão, em particular na área da saúde e pobreza, e planeamento do desenvolvimento sanitário baseado em cenários, o qual constitui um instrumento para a tomada de decisões no domínio do desenvolvimento humano sustentável. Acrescentou que já foram elaboradas directrizes metodológicas para o planeamento baseado em cenários e um projecto de documento do Escritório Regional sobre Pobreza e Má Saúde, os quais serão brevemente enviados aos países.

Doenças não-transmissíveis

137. O Dr. M. Belhocine, Director da Divisão da Prevenção e Controlo das Doenças não-transmissíveis, apresentou esta secção do relatório bienal.
138. Afirmou que a Divisão foi criada em Setembro de 1998 em resultado da reorganização do Escritório Regional e que o relatório apresentava uma actualização sobre as realizações da Divisão, com especial ênfase no programa das doenças crónicas.
139. Apesar do limitado orçamento atribuído à Divisão, vários Estados-Membros receberam apoio para poderem tratar de problemas prioritários, incluindo a prevenção e controlo da hipertensão, diabetes, certos cancros, anemia de células falciformes e respectivos factores de risco, em particular o tabagismo.
140. Fez notar que a actividade mais importante durante o biénio foi a preparação da estratégia regional para as doenças não-transmissíveis, directamente relacionada com a estratégia mundial adoptada em Maio de 2000 pela Assembleia Mundial da Saúde e que seria analisada na presente sessão do Comité Regional.
141. Referiu que os parágrafos 334 e 335 do relatório continham uma lista dos factores que facilitaram e dos que entravaram as actividades, tanto a nível regional como dos países.

-
142. Assinalou que, conforme solicitado na Resolução AFR/RC48/R5, era apresentado um relatório dos progressos realizados na implementação da estratégia regional de saúde oral. Entre as actividades levadas a cabo, referiu a ampla divulgação da estratégia, uma reunião consultiva sobre a implementação da estratégia e o apoio directo a vários países para continuarem a desenvolver ou reforçar as suas políticas de saúde oral, em sintonia com as recomendações da estratégia.
143. Finalmente, lembrou que o tema do Dia Mundial da Saúde e o Relatório da Saúde no Mundo do ano de 2001 seriam consagrados à saúde mental e que o Director Regional já tinha apelado à participação activa dos países na preparação desses eventos, que se destinam a reforçar a sensibilização e obter o empenhamento na implementação dos programas de saúde mental como parte integrante dos planos e programas nacionais de desenvolvimento sanitário.

Administração e finanças

144. O Sr. B. Chandra, Director da Divisão da Administração e Finanças, apresentou esta secção do relatório bienal, descrevendo as seis unidades que constituem a Divisão (Orçamento e Finanças; Serviços do Pessoal; Apoio à Gestão e Informação; Publicações e Documentação, incluindo os Serviços de Tradução e Interpretação; Abastecimento e Compras; Serviços Administrativos Gerais).
145. Informou que, apesar dos imensos desafios que teve que enfrentar durante o período em apreço, a Divisão da Administração e Finanças continuou a ser eficaz na prestação de serviços de rotina. Os principais desafios foram o resultado directo da deslocação de emergência do Escritório Regional para Harare e a reconstituição de arquivos essenciais, formação de novo pessoal e procura de soluções para os problemas humanos sentidos pelo pessoal.
146. Na área do Orçamento e Finanças, as principais realizações foram a estreita colaboração com as divisões técnicas na preparação do orçamento-programa para o biénio de 2000-2001; a criação de linhas orçamentais para implementação das várias actividades planeadas para 1998-1999; a delegação das competências para emitir autorizações de pagamento nas Representações nos países e nas divisões técnicas do Escritório Regional; a monitorização contínua das taxas de execução dos orçamentos; a instalação de um novo sistema de administração e finanças.

147. Afirmou que a unidade de serviços do pessoal foi reestruturada de forma a melhor servir as unidades técnicas e as Representações nos países.
148. Além disso, os serviços de abastecimento/compras, bem como os serviços de informática e de telecomunicações, continuaram a prestar apoio às unidades técnicas e às Representações da OMS nos países.
149. Acentuou que foram disponibilizadas em Harare instalações suficientes para os gabinetes, apesar da natureza temporária da situação, e que a Divisão efectuou três missões de avaliação a Brazzaville, durante o período em apreço.
150. Concluiu, assinalando que a formação intensiva do pessoal administrativo nas Representações nos países resultou numa melhoria do desempenho, como atestado pelas conclusões gratificantes do Relatório da Auditoria Interna apresentado à Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 1999.

Situação do Escritório Regional Africano da OMS em Brazzaville, Congo

151. A Dra. Libertina Amathila, Presidente da 49ª sessão do Comité Regional e Ministra da Saúde e dos Assuntos Sociais da Namíbia, apresentou o relatório da missão que ela própria chefiou a Brazzaville. Essa missão incluiu também a Professora Marina d'Almeida Massougbodji, Ministra da Saúde do Benim, o Sr. B. Chandra, Director da Administração e Finanças no Escritório Regional, o Dr. L. Tapsoba, Representante da OMS na República Democrática do Congo, o Dr. L. Sarr, Representante da OMS na República do Congo, o Sr. K. Adikpeto, Administrador dos Serviços de Informática e Telecomunicações, e o Sr. I. N'Gaide, Chefe dos Serviços Administrativos no Escritório Regional.
152. O relatório da missão incidiu sobre o seguinte:
 - a) *"Impressões gerais"*
 - i) empenhamento político do Governo do Congo;
 - ii) esforços, fundos e recursos significativos investidos na reabilitação das instalações do Escritório Regional;
 - iii) a vida quotidiana parece normal.

-
- b) *Situação das instalações do Escritório Regional*
- i) As obras progridem regularmente;
 - ii) Cerca de 90% das 46 vivendas foram reabilitadas, mas há necessidade de assegurar a respectiva manutenção, bem como a dos terrenos adjacentes;
 - iii) Ainda há muito a fazer para reabilitar os 78 apartamentos;
 - iv) Edifício principal do Escritório Regional:
 - Está concluída a reabilitação de um certo número de gabinetes no 3º andar, incluindo o do Director Regional, bem como a biblioteca e o restaurante. No resto das instalações, prosseguem as obras;
 - Equipamento: o trabalho de reposição do equipamento avança a bom ritmo, mas há necessidade de uma colaboração mais estreita entre o Governo, a OMS e as empresas contratadas para o efeito, no que respeita às especificações técnicas;
 - "Estate" (Garagem, Oficinas e Armazéns): Há muito a fazer, incluindo a nível dos telhados, antes da estação das chuvas começar, também para proteger o mobiliário e outro material já comprado;
 - Estrada: Há necessidade de fazer obras consideráveis na estrada para o Djoué.
- c) *Situação do país*
- i) Aeroporto: Está em funcionamento e é usado por algumas companhias aéreas;
 - ii) Bancos: Estão em funcionamento;
 - iii) Escolas: A missão foi informada de que a escola francesa reabrirá em Setembro de 2000;
 - iv) Mercados, lojas e restaurantes: Estão em funcionamento;
 - v) Hotéis: Estão em funcionamento três hotéis, cuja capacidade é de 200 quartos.
- d) *Segurança*
- i) Segundo o Governo, a paz reina em todo o país e a vida parece ter voltado ao normal. As pessoas deslocam-se livremente à noite, em Brazzaville;
 - ii) No Djoué, há necessidade de reforçar a segurança.

Conclusão

- O Governo está confiante em poder completar tudo até Dezembro de 2000 e gostaria que a OMS começasse a regressar progressivamente a Brazzaville, a partir dessa altura;
 - Entretanto, a missão exorta o Governo a reforçar a segurança no Djoué e a assegurar a manutenção dos edifícios reabilitados e dos terrenos adjacentes;
 - Os intervenientes no processo de reabilitação têm de prosseguir e reforçar a colaboração, a fim de completar as obras, para satisfação mútua;
 - Finalmente, todos os requisitos jurídicos e de segurança devem ser cumpridos;
 - A missão expressou os seus agradecimentos ao Governo do Congo, a Sua Excelência o Presidente da República, ao Ministro da Saúde, Solidariedade e Acção Humanitária, ao pessoal envolvido nas obras de reabilitação e ao povo congolês, pelo caloroso acolhimento e hospitalidade, que facilitaram o desenrolar da missão."
153. O Representante do Zimbabué agradeceu à OMS e, em particular ao Director Regional, a atribuição de um prémio especial de reconhecimento ao seu Governo, pela disponibilização das instalações provisórias do Escritório Regional. Reiterou a oferta do seu país para que o Escritório Regional se mantenha no Zimbabué pelo tempo que for necessário, embora reconhecendo simultaneamente os esforços desenvolvidos pelo Governo do Congo, para possibilitar o regresso, em devido tempo, do Escritório Regional a Brazzaville.
154. O Director Regional agradeceu uma vez mais, em nome da OMS, ao Governo do Zimbabué a disponibilização das instalações temporárias que tanto facilitaram o trabalho da OMS na Região, tendo agradecido também o alojamento e as facilidades postas à disposição do pessoal da Organização. A colocação temporária do pessoal do Escritório Regional em alguns países da Região teve que ser revista e, por diversas razões de ordem prática, foi decidida a sua recolocação em Harare, graças, uma vez mais, às instalações adicionais disponibilizadas pelo Governo do Zimbabué. Abordou-se ainda a hipótese do regresso faseado a Brazzaville, conforme inicialmente tinha sido encarado pelo Comité Regional. O Director

Regional afirmou acreditar firmemente que, à luz da experiência adquirida com o pessoal espalhado por diversos locais, tal solução não seria desejável, sendo preferível aguardar o regresso em massa para Brazzaville, no momento adequado.

155. O Ministro da Saúde, Solidariedade e Acção Humanitária do Congo declarou estar bastante satisfeito com o relatório da missão, cujo conteúdo considerou de grande transparência. Afirmou que o seu Governo estava a tomar todas as medidas necessárias para satisfazer as condições estabelecidas para o regresso da OMS a Brazzaville. Em muitas áreas, a vida estava a voltar ao normal, nomeadamente no que se refere ao restabelecimento dos voos internacionais, disponibilidade de unidades hoteleiras, reabertura da escola francesa, restabelecimento das vias de comunicação internacionais, etc.. Declarou ainda que a paz reinava no país e que as pessoas podiam circular livremente.
156. Relativamente à reabilitação das instalações do Escritório Regional, disse que houve um ligeiro atraso nos prazos previstos devido a problemas de transporte. Notou também com agrado a promessa do Director Regional de que a OMS traria de volta de Harare equipamento informático e algum mobiliário. Esperava agora que o Comité Regional manifestasse a sua opinião, relativamente ao regresso gradual da OMS a Brazzaville.
157. Ao apresentar o relatório da missão a Brazzaville, dirigida pelas Ministras da Saúde da Namíbia e do Benim, o Presidente do Comité perguntou aos delegados se estavam dispostos a aprovar o relatório, incluindo o comentário do Director Regional de que seria aconselhável que os funcionários regressassem em massa, em vez de gradualmente, quando as circunstâncias o permitirem.
158. O Ministro da Saúde, Solidariedade e Acção Humanitária da República do Congo perguntou se a Ministra da Namíbia, que dirigiu a missão a Brazzaville, desejava propor uma solução para este problema. O Ministro da Saúde de Moçambique fez notar que a questão era tão importante que o Comité não devia precipitar-se em tomar uma decisão, até que tudo estivesse pronto. Uma outra equipa devia visitar o Congo, antes de o Comité tomar uma decisão final.
159. O Conselheiro Jurídico da OMS forneceu informações e esclarecimentos adicionais. Em 1952, o Conselho Executivo escolheu Brazzaville para local do Escritório Regional, onde este continuou até à data. Foram os eventos ocorridos

em 1997 que obrigaram a Directora-Geral e o Director Regional a tomar a decisão administrativa de transferir temporariamente o Escritório Regional, primeiro para Genebra e em seguida para Harare, por motivos de segurança. Neste contexto, a questão do regresso da OMS a Brazzaville é uma decisão administrativa a tomar à luz das instalações disponíveis e da situação de segurança na zona. O Comité Regional tomou nota dessa situação na sua Resolução AFR/RC48/R6, de 2 de Setembro de 1998.

160. Com base na informação actual fornecida pelo gabinete responsável pela segurança no seio do sistema das Nações Unidas, Brazzaville está em Fase III de segurança, o que implica a reinstalação fora de Brazzaville de todos os funcionários não essenciais e de todas as pessoas deles dependentes; Pointe Noire encontra-se em Fase II, o que significa restrição nas viagens do pessoal não essencial e dos dependentes, enquanto o resto do país se encontra em Fase IV, o que implica que só o pessoal envolvido em actividades de emergência humanitária pode estar presente. O Conselheiro Jurídico reafirmou que a Directora-Geral e o Director Regional tomariam uma decisão sobre o regresso do Escritório Regional a Brazzaville, desde que todas as condições estiverem satisfeitas para esse regresso, tendo presente em particular o relativamente grande número de pessoal envolvido.
161. O Ministro da Saúde, Solidariedade e Acção Humanitária do Congo declarou estar perfeitamente consciente da situação e que uma decisão final não podia ser tomada antes que as condições estabelecidas na resolução supramencionada estiverem satisfeitas. Acrescentou que a equipa de avaliação tinha esclarecido a situação actual e sugeriu a possibilidade de se adoptar uma resolução apenas para actualizar a situação.
162. O Comité Regional aprovou o relatório da missão à luz de todas as questões levantadas durante a discussão.

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

163. O Dr. Sambo, do Secretariado, apresentou os documentos AFR/RC50/5, AFR/RC50/6 e AFR/RC50/7. O Comité Regional foi convidado a analisar e a dar orientações sobre as estratégias propostas para a implementação das várias resoluções de interesse para a Região Africana, aprovadas pela 53^a Assembleia Mundial da Saúde e pela 105^a sessão do Conselho Executivo, sobre as incidências regionais das ordens do dia da 107^a sessão do Conselho Executivo e da 54^a Assembleia Mundial da Saúde, e sobre o método de trabalho e duração da 54^a Assembleia Mundial da Saúde.

Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo (documento AFR/RC50/5)

164. O documento destacava as resoluções de interesse regional aprovadas pela 53^a Assembleia Mundial da Saúde e pela 105^a sessão do Conselho Executivo, nomeadamente:
- Estratégia de investigação e mecanismos de cooperação;
 - Iniciativa para travar a tuberculose;
 - Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação;
 - HIV/SIDA: Enfrentar a epidemia;
 - Higiene dos alimentos;
 - Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica;
 - Prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis.
165. Cada resolução continha parágrafos operativos, acompanhados das medidas a tomar ou de informações sobre as actividades já realizadas.

-
166. O Comité foi convidado a analisar e a tecer comentários às estratégias propostas e ainda a dar orientações para implementação das resoluções, bem como dos programas regionais da OMS. Em particular, foi sugerido o seguinte:
- em relação à Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação (GAVI), foi sugerida a revisão dos critérios usados na selecção dos países, para que mais possam ser abrangidos;
 - quanto à Higiene dos Alimentos, foi sugerida a adição de um parágrafo sobre a gestão e tratamento dos lixos. O Secretariado fez notar que essa proposta só poderia ser considerada no âmbito da resolução adoptada pela 53ª Assembleia Mundial da Saúde.

Incidências regionais das ordens do dia da Centésima-sétima sessão do Conselho Executivo e da Quinquagésima- quarta Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC50/6)

167. O documento continha as ordens do dia provisórias da 107ª sessão do Conselho Executivo, que terá lugar em Janeiro de 2001, da 54ª Assembleia Mundial da Saúde, agendada para Maio de 2001 em Genebra, e da 51ª sessão do Comité Regional, que terá lugar em Agosto/Setembro de 2001.
168. O Comité Regional foi convidado a registar a correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde.
169. Nas ordens do dia dos três órgãos directivos da Organização Mundial de Saúde encontravam-se os seguintes pontos:
- Método de trabalho da Assembleia Mundial da Saúde;
 - Projecto de Orçamento-Programa para o período de 2002-2003;
 - Alimentação dos lactentes e das crianças pequenas;
 - Prémios.

-
170. O Secretariado chamou a atenção dos delegados para o Anexo II, isto é, a Ordem do Dia Provisória da 51ª sessão do Comité Regional, tendo informado o Comité de que o Ponto 7, "Entrega do Prémio Dr. Comlan Quenum", seria eliminado, já que o prémio ia ser entregue na presente sessão Comité Regional.
 171. Foi solicitado aos delegados que tomassem nota de uma inovação na 51ª sessão do Comité Regional, em 2001, em consonância com sugestões feitas pelos Ministros durante a 49ª sessão, quanto à necessidade de se dispor de um fórum onde eles possam debater temas com interesse regional. Assim, foi decidido substituir as Discussões Técnicas por Mesas-Redondas, com temas específicos.
 172. O Comité Regional foi convidado a analisar a ordem do dia provisória da sua 51ª sessão e a decidir quais os temas a recomendar para a Centésima-sétima sessão do Conselho Executivo e a Quinquagésima-quarta Assembleia Mundial da Saúde.

Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
(documento AFR/RC50/7)

173. O objectivo do documento era facilitar a participação dos Estados-Membros na 54ª Assembleia Mundial da Saúde, de acordo com as resoluções relevantes do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde
174. Foi lembrado aos delegados a importância de enviarem em devido tempo as suas credenciais para a Sede da OMS, para garantirem a efectiva participação nas comissões especiais para que tinham sido propostos.
175. O Comité Regional tomou nota das informações contidas nos três documentos apresentados.

RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA
(documento AFR/RC50/4)

176. Na ausência do Presidente do Subcomité do Programa, o Vice-Presidente, Dr. W. J. Ziassou Amegnigan, do Benim, apresentou o relatório do Subcomité do Programa.

-
177. Declarou que a reunião do Subcomité do Programa teve lugar em Harare, no Zimbabué, entre 24 e 28 de Julho de 2000, e que todos os 12 membros do Subcomité estiveram presentes. De acordo com uma decisão anterior do Comité Regional, os Membros Africanos do Conselho Executivo da OMS (Chade e Comores) também participaram na reunião, o mesmo tendo sucedido com o Presidente da Comissão Consultiva Africana para a Investigação e o Desenvolvimento Sanitário.
178. Referiu que, na sua reunião, o Subcomité do Programa decidiu que só seria feita uma apresentação pelo Presidente, em nome do Subcomité. Antes de apresentar um relatório sobre cada um dos documentos de trabalho, agradeceu, em nome do Subcomité, ao Director Regional e ao pessoal do Escritório Regional pela qualidade dos documentos.

Política de Saúde para Todos no Século XXI : Agenda 2020

(documento AFR/RC50/8 Rev.1)

179. O Dr. Amegnigan assinalou que, durante a preparação do documento, foram tomados na devida consideração os comentários feitos pelos membros do Subcomité do Programa no ano transacto, bem como os comentários feitos pelo Comité Regional, por ocasião da sua 49ª sessão, sobre a necessidade de clareza e concisão, tendo havido um amplo processo de consultas, envolvendo os países, peritos multidisciplinares e multisectoriais, e agências internacionais.
180. Informou que o Subcomité do Programa tinha sublinhado a importância dos seguintes factores para o sucesso da implementação da Agenda de Saúde 2020 : patriotismo; mais democracia; boa governação e maior envolvimento da sociedade civil; redução do fardo da pobreza; criação de condições económicas e políticas estáveis; verdadeira independência nacional nos planos político e económico; boa gestão do ambiente; mobilização e atribuição adequadas de recursos nacionais, bem como sua utilização eficiente; estabelecimento de sistemas de saúde credíveis.
181. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC50/R1.

Projecto de orçamento-programa para 2002-2003 (documento AFR/RC50/3)

182. O Dr. Amegnigan assinalou que o Orçamento-Programa é um instrumento-chave para fazer avançar o processo de mudança e reforma na OMS. Tanto no que toca ao seu conteúdo, como no que respeita ao seu processo, a preparação do Orçamento-Programa para 2002-2003 diferenciou-se significativamente da prática anterior.
183. Referiu que o Orçamento-Programa para 2002-2003, que é o primeiro do 10º Programa Geral de Trabalho, teve em conta as principais orientações da Estratégia Institucional da OMS, bem como o contexto de um orçamento nominal de crescimento zero.
184. Explicou que o Projecto de Orçamento-Programa era composto por dois documentos. A Primeira Parte, intitulada "Projecto de Orçamento-Programa para 2002-2003", é o orçamento mundial unificado da OMS, tendo sido preparado pela Sede, com contributos de todos os seis Escritórios Regionais. Será discutido pelo Conselho Executivo em Janeiro de 2001, esperando-se que seja aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2001. Com base nos critérios definidos no enquadramento político, o Conselho Executivo, por ocasião da sua 105ª sessão, definiu onze prioridades, tendo a Directora-Geral decidido transferir 10% do orçamento total de 2002-2003 para a implementação dessas prioridades. Além disso, foi estabelecida uma estrutura orçamental que reflecte melhor a acção da OMS e definiram-se 35 áreas de actividade, que constituem a base comum do projecto de orçamento-programa.
185. A Segunda Parte, intitulada "Orientações Regionais", norteará a implementação do orçamento mundial na Região Africana, no decorrer do biénio de 2002-2003, e tem em conta as orientações-chave da Estratégia Institucional da OMS, a situação sanitária na Região, os desafios, assim como as necessidades e as expectativas dos países a que a OMS tem de dar resposta, no âmbito do seu mandato.
186. As 35 áreas de actividade no Escritório Regional foram agrupadas de acordo com a respectiva estrutura funcional. Os planos operacionais aos níveis da Sede e do Escritório Regional da OMS terão o necessário grau de flexibilidade para que possam responder eficazmente às escolhas específicas feitas a nível dos países, por meio de um processo institucional.

187. O orçamento ordinário regista um aumento, em resultado da implementação da Resolução WHA51.31, pelo que se procedeu a uma transferência nas dotações regionais de até 3% por biénio a favor da Região Africana e de uma outra região, a começar em 2000-2001. Foi notado que, para 2002-2003, a Directora-Geral decidiu limitar essa transferência a 2%. Além disso, a nível regional, as prioridades mundiais beneficiaram de uma transferência de verbas de 10% provenientes doutros programas, de acordo com a decisão da Directora-Geral.
188. Foi assinalado que o regresso do Escritório Regional a Brazzaville exigirá 15 milhões de dólares americanos para um biénio completo, a fim de fazer face a custos adicionais com o pessoal e despesas de deslocação.
189. Os delegados pediram explicações quanto ao desequilíbrio nas verbas extra-orçamentais entre as dotações atribuídas, por um lado, ao Escritório Regional/Programas interpaíses e, por outro, aos países.
190. Manifestaram preocupação pelo facto de a medicina tradicional, uma fonte extremamente importante de cuidados em África, não beneficiar de uma linha orçamental no projecto de orçamento-programa para 2002-2003, tendo recomendado que uma linha orçamental específica fosse criada para esse efeito.
191. Além disso, fizeram notar a inexistência de uma linha orçamental específica para a saúde oral no projecto de orçamento-programa para 2002-2003.
192. Atendendo à elevada prevalência das catástrofes naturais e provocadas pelo Homem em África, os delegados sublinharam a necessidade de se atribuírem mais recursos financeiros à área de preparação e resposta a situações de emergência. A mesma preocupação foi manifestada quanto ao HIV/SIDA, paludismo e outras doenças transmissíveis prevalecentes.
193. O Dr. L.G. Sambo, Director da Gestão do Programa, recordou que o projecto de orçamento apresentado ao Comité tinha duas partes. A Primeira Parte continha a proposta relativa à Sede e aos Escritórios Regionais, com 35 áreas de actividade e respectivas dotações orçamentais, e será apresentada ao Conselho Executivo e à Assembleia Mundial da Saúde, enquanto a Segunda Parte continha as Orientações Regionais para a elaboração do Orçamento-Programa para 2002-2003 e valores indicativos para os países, cujos pormenores serão definidos após

aprovação pelo Conselho Executivo e pela Assembleia Mundial da Saúde. Consequentemente, as dotações para os países por programa serão determinadas com base nas prioridades nacionais. O Dr. Sambo acrescentou que o Secretariado esperava que o Comité Regional fizesse sugestões para melhorar os documentos. Além disso, explicou que a medicina tradicional e a saúde oral estavam orçamentadas, respectivamente, no âmbito das áreas de actividade "medicamentos essenciais" e "doenças não-transmissíveis".

194. O Director da Administração e Finanças explicou que no respeitante ao actual desequilíbrio nas verbas extra-orçamentais entre, por um lado, o Escritório Regional/Programas Interpaíses e, por outro, os países, era difícil determinar o montante que poderia ser afectado aos países nesta fase inicial. De qualquer modo, durante o período de implementação, a maioria dessas verbas, bem como novas verbas que a Organização esperava mobilizar, seriam atribuídas às actividades nos países.
195. No que respeita às doenças não-transmissíveis, ao HIV/SIDA e ao paludismo, o Secretariado assinalou que os países poderiam atribuir verbas aos programas relativos a essas doenças numa fase posterior. Além disso, foi realçado que as dotações orçamentais para os programas de paludismo e HIV/SIDA, embora insuficientes para fazer face às necessidades, registavam um aumento significativo em comparação com o biénio anterior. O Director Regional explicou igualmente que o Secretariado esperava verbas extra-orçamentais significativas para a luta contra o paludismo.
196. O Director Regional convidou os Membros Africanos do Conselho Executivo a serem os porta-vozes do Comité Regional durante a próxima discussão do Orçamento-Programa para 2002-2003, no Conselho Executivo.
197. O Director da Administração e Finanças explicou que a dotação do orçamento ordinário para a Região era de 186 milhões de dólares americanos, dos quais 67 milhões para o Escritório Regional e os programas interpaíses, e 119 milhões para os países, a serem afectados por cada um destes em função das respectivas prioridades.

198. Nos seus comentários, a Directora Executiva responsável pela Gestão na Sede da OMS (GMG/HQ) realçou que as prioridades definidas pelos participantes eram praticamente as mesmas definidas a nível mundial. Apoiou os comentários do Director da Gestão do Programa de que o processo de orçamentação da OMS consistia em duas fases, incidindo a primeira sobre o planeamento aos níveis mundial e regional, e a segunda sobre o planeamento a nível dos países uma vez o orçamento aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde. Finalmente, concordou com o Director da Administração e Finanças de que ainda havia 121 milhões de dólares americanos por programar e, por conseguinte, a Directora-Geral seria aconselhada a apoiar os programas considerados prioritários pelo Comité Regional.

199. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC50/2.

**Promoção do papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde :
Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC50/9)**

200. O Dr. Amegnigan apresentou este relatório.

201. Indicou que o Subcomité tinha destacado as seguintes áreas: estabelecimento de instituições de formação para os praticantes da medicina tradicional; promoção da investigação em medicina tradicional e protecção dos direitos de propriedade intelectual; desmistificação da medicina tradicional junto do público em geral; necessidade de distinguir os praticantes tradicionais qualificados dos charlatães; validação da eficácia dos medicamentos à base de ervas por meio de investigação; reconhecimento do papel das parteiras tradicionais; e documentação das melhores práticas.

202. O Subcomité também sublinhou o seguinte: necessidade de um entendimento mútuo do conceito de integração e respectiva aplicação; monitorização e luta contra práticas tradicionais perigosas; formulação de políticas, quadros jurídicos e regulamentos, bem como criação de estruturas para a prática da medicina tradicional; e promoção da medicina tradicional em vários países.

203. O Director Regional recordou aos delegados que o relatório sobre a medicina tradicional tinha sido preparado na sequência de uma recomendação do último Comité Regional. Sublinhou que a medicina tradicional pertence à África, sendo

menos dispendiosa e estando mais disponível. Assinalou que foram obtidos bons resultados em ensaios feitos com a medicina tradicional nas áreas do paludismo, diabetes e hipertensão.

204. A Dra. Zhang, responsável pelo programa de medicina tradicional na Sede da OMS (TRM/HQ), apresentou uma visão de conjunto da medicina tradicional. Realçou que a medicina tradicional é usada não só em África, mas também na Ásia e nos países desenvolvidos. A OMS presta apoio aos países na área da investigação em segurança e eficácia das práticas de medicina tradicional e na área da investigação clínica. Os benefícios esperados são a preservação e o cultivo de plantas medicinais, a produção local de medicamentos tradicionais, o aumento dos rendimentos dos fabricantes locais e a melhoria do acesso à saúde pelas populações locais.
205. Vinte e cinco delegações usaram da palavra e felicitaram o Secretariado pela qualidade do documento e por ter colocado a medicina tradicional em lugar de destaque na ordem do dia. Forneceram informações sobre os vários níveis de organização dos praticantes da medicina tradicional nos seus países, que vão de grupos *ad hoc* a associações organizadas com os seus estatutos, códigos de ética e normas de prática. O Comité Regional foi informado de que, em alguns países, as associações de praticantes da medicina tradicional ministram formação e têm mecanismos para sancionar os seus membros. Foi assinalado que, numa tentativa para preservar as plantas e arbustos medicinais face à progressiva desertificação, foram criados jardins de plantas tradicionais devidamente protegidos, em alguns países. Foi igualmente referido que, em alguns países, os praticantes da medicina tradicional e moderna trabalham lado a lado nos respectivos estabelecimentos de saúde.
206. Devido à falta de tecnologias de laboratório adequadas, foi referido que muitos países são obrigados a enviar as suas matérias-primas para outros países, comprando em seguida os produtos acabados a preços exorbitantes. Foi levantado o problema da importação de medicamentos tradicionais doutros países, com etiquetas e instruções em línguas que as populações locais não compreendem. O Comité Regional apelou à criação de um quadro de referência para nortear a cooperação internacional na área da medicina tradicional. Foi igualmente

sublinhada a necessidade de proteger os direitos de propriedade intelectual dos praticantes da medicina tradicional, como mecanismo e incentivo para ganhar a sua confiança.

207. O Comité Regional pediu esclarecimentos sobre o conceito de integração usado no documento, dadas as várias formas de práticas tradicionais, as suspeitas mútuas entre os praticantes da medicina moderna e tradicional, o secretismo e misticismo associados às práticas tradicionais, e a indefinição quanto à distinção entre os legítimos praticantes tradicionais e os charlatães. Os delegados solicitaram também esclarecimentos sobre a definição de medicina tradicional usada no documento.
208. O Comité Regional sublinhou a necessidade de se implementar a estratégia proposta de modo faseado e sistemático, dada a complexidade do tema.
209. Foi solicitado o apoio da OMS à investigação sobre a eficácia, toxicidade e dosagem dos medicamentos tradicionais. Os delegados solicitaram apoio sob a forma de ensaios clínicos, análises da situação e inventários dos praticantes tradicionais, bem como um estudo dos regulamentos e leis em vigor, para auxiliar os países a criar um enquadramento jurídico adequado e a ampliar a produção local de medicamentos à base de plantas. O Comité Regional pediu à OMS que organizasse um encontro interpaíses de praticantes da medicina tradicional para partilha de ideias e aprendizagem mútua.
210. Atendendo à importância que a Região confere à medicina tradicional, o Comité Regional sublinhou a necessidade de se atribuírem mais recursos a esta área.
211. Em resposta, o Secretariado agradeceu aos delegados a frutuosa discussão, incluindo as orientações dadas, e garantiu que os seus comentários seriam integrados no documento revisto.
212. Abordando o problema da definição da medicina tradicional, o Director Regional informou os delegados de que se trata de uma questão de evolução e contexto. Prometeu que seria organizada uma reunião consultiva para os 46 países da Região e que seriam aumentados os recursos orçamentais e humanos para apoio à unidade encarregue da medicina tradicional no Escritório Regional. Os países com maior experiência na área da medicina tradicional forneceriam consultores aos menos experientes. Assegurou que o Comité receberia informação actualizada sobre este tema na sua quinquagésima-primeira sessão.

-
213. O Director da Divisão do Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde agradeceu aos delegados o grande interesse manifestado na medicina tradicional.
 214. O Secretariado informou o Comité Regional de que, uma vez adoptada a estratégia, seria criado um quadro de apoio aos países, para a sua implementação. Quanto ao uso do termo integração, foi referido que este foi originado durante a 49ª sessão do Comité Regional, na discussão sobre medicamentos essenciais. O problema do charlatanismo poderia ser resolvido pela criação de um enquadramento jurídico e pela criação de associações profissionais de praticantes da medicina tradicional.
 215. A Dra. Zhang (TRM/HQ) informou o Comité Regional de que a Sede e o Escritório Regional da OMS continuariam a colaborar para prestar apoio aos países na área da medicina tradicional.
 216. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC50/R3.

Controlo das doenças não-transmissíveis: Estratégia para a Região Africana
(documento AFR/RC50/10)

217. O Dr. Amegnigan referiu que o Secretariado apreciara a oportunidade e a pertinência da estratégia sobre as doenças não-transmissíveis. Frisou que as doenças não-transmissíveis mais importantes, designadamente a diabetes e a hipertensão, com os factores de risco a elas associados - consumo de tabaco, abuso de álcool, obesidade, estilos de vida sedentários, crescente poluição ambiental - estavam a atingir proporções epidémicas na Região.
218. O Subcomité considerou que a chave para o sucesso da estratégia seriam intervenções com base na comunidade, com boa relação custo-eficácia, que deveriam ser precedidas da criação ou reforço de departamentos encarregues das doenças não-transmissíveis nos Ministérios da Saúde, e da cartografia das doenças não-transmissíveis que constituem uma ameaça para a saúde pública.
219. Indicou que o Subcomité exortara os Estados-Membros a subscrever a Convenção-Quadro para a luta Antitabágica.
220. Seguidamente, o Presidente convidou o Dr. Alwan, Director do Departamento das Doenças Não-Transmissíveis na Sede, a apresentar uma visão de conjunto da estratégia mundial para as doenças não-transmissíveis, aprovada pela Assembleia

Mundial da Saúde, em Maio de 2000. O Dr. Alwan afirmou ser reconfortante verificar todo o interesse que o Escritório Regional Africano dedicava às doenças não-transmissíveis, acrescentando que os países com médio e baixo rendimento sofriam o maior impacto dessas doenças. Mencionou as principais doenças não-transmissíveis e os respectivos factores de risco contemplados no documento da estratégia mundial, fazendo notar que o tabagismo era o mais importante.

221. Os delegados assinalaram os conflitos de interesses que poderiam surgir entre os Estados-Membros da OMS e a população, por um lado, e alguns dos parceiros na área do desenvolvimento, por outro, no que respeita ao consumo de tabaco e álcool enquanto factores de risco. Neste contexto, o Comité Regional apelou à OMS para que continuasse os seus esforços no sentido de criar condições propícias ao desenvolvimento de programas globais de promoção da saúde.
222. Os delegados também sublinharam a importância de integrar as doenças não-transmissíveis em programas de cuidados primários de saúde já existentes, e levantaram questões sobre os programas de controlo da anemia das células falciformes e da amigdalite bacteriana e febre reumática.
223. O Director Regional realçou a crescente importância das doenças não-transmissíveis na Região e o papel da estratégia regional no continente.
224. O Director da Divisão de Controlo das Doenças Não-Transmissíveis chamou a atenção dos delegados para a existência de um plano da OMS para a Prevenção e Controlo da Febre Reumática/Cardite Reumática. Referiu a publicação, no futuro próximo, de um relatório da OMS de âmbito mundial sobre intervenções com base na comunidade para o controlo de perturbações genéticas, em especial a anemia de células falciformes. Fez notar que a Estratégia Mundial da OMS para a Vigilância, Prevenção e Controlo das Doenças Não-Transmissíveis não foi mencionada na Estratégia Regional, porque aquela só tinha sido aprovada depois da redacção do documento da estratégia.
225. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC50/R4.

Estratégia anti-HIV/SIDA na Região Africana: Quadro de implementação
(documento AFR/RC50/11)

226. O Dr. Amegnigan referiu que o relatório chamava a atenção para a Resolução AFR/RC46/R2 sobre a Estratégia Regional de luta contra o HIV/SIDA, a qual reitera o importante papel do sector da saúde em todas as respostas nacionais multisectoriais à epidemia de HIV/SIDA.
227. Afirmou que as principais vertentes da estratégia regional eram as seguintes: advocacia, vigilância epidemiológica, cuidados e aconselhamento, segurança do sangue, prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, e promoção da saúde dos jovens, mulheres e outros grupos vulneráveis.
228. Acrescentou que o quadro de implementação propunha a inclusão, na estratégia regional, das seguintes intervenções adicionais: melhoria do acesso aos medicamentos contra o HIV/SIDA e as infecções oportunistas; prevenção da transmissão mãe-filho; melhoria do acesso ao aconselhamento e aos testes voluntários; e reforço dos sistemas de saúde.
229. Frisou que o quadro de implementação sublinhava o papel de liderança dos países, que foram exortados a traduzir o empenhamento político em acções concretas, por meio do aumento da dotação de recursos a nível interno e de uma actividade no terreno de base alargada. A OMS providenciaria apoio técnico e ajudaria a mobilizar recursos no contexto da acção do sistema das Nações Unidas e da Parceria Internacional contra o HIV/SIDA em África.
230. Ao mesmo tempo que sublinhou a gravidade da situação do HIV/SIDA na Região, o Subcomité apelou aos países para que, em lugar de caírem no desespero e na apatia, se dedicassem a uma acção consentânea com a magnitude do problema.
231. O Subcomité recomendou ao Comité Regional a inclusão no documento dos seguintes pontos: produção de medicamentos essenciais de baixo custo contra o HIV/SIDA/IST; realização de investigação biomédica básica incidindo no desenvolvimento e ensaio de vacinas e medicamentos por cientistas africanos; prestação de serviços para a criação de redes e aconselhamento; apoio às mulheres, profissionais de saúde, conselheiros e prestadores de cuidados às famílias, que suportam em alto grau o peso físico e emocional da epidemia.

-
232. O Subcomité do Programa encerrou a análise deste ponto, recomendando que se formulasse uma nova visão sobre o papel da OMS, com ênfase na liderança, no acesso aos recursos no quadro da ONUSIDA e num apoio eficaz às actividades dos países.
233. O Comité Regional felicitou o Secretariado pela qualidade do documento.
234. Contudo, os delegados referiram que o documento não abordava a ligação entre a pobreza e a SIDA, nem os aspectos sócio-económicos do problema. Foi sublinhado que, a menos que os países adoptassem estratégias eficazes para redução da pobreza, não seria possível enfrentar devidamente a crise do HIV/SIDA.
235. Foi assinalado que o documento dava a impressão de se dirigir somente aos países com governos centrais e locais em funcionamento normal, assim excluindo muitos outros países da Região, a braços com vários tipos de conflitos.
236. O Comité Regional sugeriu que, em vez da actual abordagem fragmentária para fazer face à pandemia do HIV/SIDA, os países necessitavam de um quadro global que garantisse o acesso universal a intervenções eficazes para travar a propagação do HIV e mitigar os efeitos da SIDA.
237. Dada a natureza multidimensional do HIV/SIDA, da qual advém a necessidade de uma abordagem multissetorial, os delegados exprimiram preocupação por o documento não tratar de modo adequado o papel de outros sectores e por muitos desses sectores não compreenderem ou não estarem conscientes da magnitude da epidemia da SIDA, nem da extensão das suas consequências.
238. Os delegados identificaram os seguintes pré-requisitos para o sucesso da implementação dos programas de luta contra o HIV/SIDA: reforço da sinergia ao nível operacional; forte coordenação das acções multissetoriais, aos níveis nacional e local; e reforço das parcerias, em especial com o sector privado.
239. O Comité Regional abordou vários mecanismos para coordenação da resposta nacional à pandemia, entre os quais a criação de uma agência nacional de coordenação no seio do Ministério da Saúde, ou em alternativa, confiando a responsabilidade da coordenação ao Gabinete da Presidência ou ao Gabinete do

Primeiro Ministro. Considerou-se que a localização do órgão da coordenação multisectorial para o HIV/SIDA poderia variar de país para país, segundo as circunstâncias. Contudo, foram exprimidas algumas dúvidas quanto à capacidade dos Ministérios da Saúde para coordenar e supervisionar adequadamente outros sectores.

240. Foi referido que o relatório nada mencionava quanto à disponibilidade e uso de preservativos como intervenção preventiva. Foi reconhecido que as instituições religiosas favorecem predominantemente a abstinência ou a fidelidade no seio de uma relação estável, tendo muitos delegados referido a oposição religiosa ao uso de preservativos nos seus países. Os delegados sublinharam a necessidade de se criarem instalações adequadas na Região para testar a qualidade dos preservativos.
241. Os delegados sugeriram que o documento deveria ser mais explícito sobre a forma como os países podiam ampliar os centros de aconselhamento e testes voluntários, e que a OMS deveria estabelecer urgentemente protocolos-tipo para o tratamento das infecções oportunistas relacionadas com o HIV/SIDA.
242. O Comité Regional notou igualmente que o documento não fornecia orientações aos países sobre a amamentação, dada a sua prática generalizada na Região e face às informações e conselhos altamente divergentes que são presentemente divulgados. Devia ser dada resposta à necessidade premente de informação e orientação sobre o custo das modalidades alternativas de alimentação dos lactentes de mães seropositivas.
243. Foi sublinhada a necessidade de advocacia para medicamentos anti-retrovirais de custo acessível, especialmente para os grupos vulneráveis (jovens, prostitutas, motoristas de longo curso, prisioneiros, refugiados), tendo sido igualmente referida a necessidade de orientar as intervenções contra o HIV/SIDA (incluindo os cuidados domiciliários) para os membros mais carenciados da sociedade.
244. Os delegados manifestaram ainda preocupação quanto à qualidade e segurança do sangue usado nas transfusões, e quanto à quase sempre evitável exposição dos profissionais de saúde às infecções por HIV/SIDA.

-
245. O Comité Regional desejou saber se tinha sido feita uma avaliação das actividades de luta contra o HIV/SIDA implementadas por outros sectores e de que modo os sistemas de saúde estavam a gerir os casos de HIV/SIDA.
246. Foi sublinhada a necessidade de coordenar e harmonizar as reuniões relacionadas com o HIV/SIDA realizadas pelas várias organizações e de dar seguimento à implementação das recomendações e resoluções.
247. Os delegados realçaram a necessidade de uma recolha sistemática dos dados factuais da vigilância epidemiológica no terreno, para nortear a elaboração e implementação das estratégias de prevenção e controlo. Foi referido que a vigilância não devia incidir apenas na monitorização da situação do HIV/SIDA, mas também na avaliação contínua da qualidade e do carácter inovador das mensagens difundidas por forma a garantir que elas cativem a atenção das audiências a que se destinam.
248. Foi manifestada preocupação pelo modo como as agências e organizações não-governamentais se precipitam sobre os países para elaborar e implementar projectos de luta contra o HIV/SIDA, sem a participação das autoridades nacionais. O Comité Regional foi de opinião que a Organização Mundial de Saúde é a entidade mais bem colocada para identificar as melhores práticas e apoiar os países a elaborar ou adaptar intervenções adequadas para travar a propagação do HIV/SIDA.
249. Quanto à mobilização de recursos, foi sublinhada a necessidade de explorar a combinação entre o sector público e o privado para alargar a base de recursos destinados às intervenções de luta contra o HIV/SIDA. Além disso, os delegados referiram a necessidade de aconselhar os países sobre como aceder aos fundos prometidos pelos vários parceiros nas diversas instâncias internacionais. Foi ainda referido que a OMS e os Grupos Temáticos da ONUSIDA nos países deviam desempenhar um papel mais pró-activo de advocacia e aconselhamento.
250. Os delegados louvaram a iniciativa do Zimbabué no sentido de lançar um imposto para a luta contra a pandemia do HIV/SIDA, um dos modos de o Governo demonstrar o seu empenhamento.

-
251. Os delegados afirmaram que as vias para fazer avançar a implementação das intervenções de luta contra o HIV/SIDA eram as seguintes: investigação orientada para identificar deficiências no conhecimento; melhoria das estruturas de cuidados primários de saúde; iniciativas para redução da pobreza; mobilização das comunidades; e mecanismos para educar os jovens (dentro e fora do sistema educativo).
252. Foi sublinhada a necessidade de uma cimeira sobre o HIV/SIDA com a presença de todos os Chefes de Estado e outros dignatários.
253. Em resposta às questões levantadas, o Director Regional deu o seu apoio à ideia de uma cimeira sobre o HIV/SIDA, concordando também com a proposta de que a localização da Comissão Nacional de Coordenação de luta contra o HIV/SIDA fosse decidida a nível dos países.
254. O Director Regional acrescentou as seguintes observações: a garantia da qualidade dos preservativos é um aspecto importante nos esforços de prevenção do HIV/SIDA; seria conveniente reduzir a "epidemia" de reuniões e conferências; há uma necessidade clara de coordenar o apoio aos países na área da luta contra o HIV/SIDA; os recursos disponíveis na Região para as intervenções de luta contra o HIV/SIDA são muito limitados e os esforços de angariação de fundos continuarão; a OMS não poupará esforços no sentido de assegurar que as verbas prometidas nas instâncias internacionais e destinadas aos países cheguem de facto a esses países; a Organização Mundial de Saúde continuará a advogar o perdão total da dívida.
255. O Director da Divisão de Promoção e Controlo das Doenças Transmissíveis afirmou que o Secretariado tomara boa nota das sugestões dos delegados, as quais seriam incorporadas no relatório final. Referiu que o envolvimento de outros sectores na luta contra o HIV/SIDA não tinha sido avaliado, mas que o seria futuramente. Abordando as relações entre o plano da Organização da Unidade Africana (OUA) para o HIV/SIDA e a estratégia proposta, explicou que esta última era um quadro de referência para acelerar a implementação da Estratégia Regional de luta contra o HIV/SIDA. Atendendo a que a OMS contribuiu para a elaboração do plano da OUA, não se previam duplicações de esforços. Observou, finalmente, que os países com situações de conflito tinham sido considerados na resolução proposta.

-
256. O Secretariado explicou que a OMS apoia a amamentação pelas mulheres cujo estado relativamente ao HIV é desconhecido e também por aquelas cujo teste foi negativo. Com a colaboração da UNICEF, estão em curso de elaboração orientações e instrumentos adequados sobre a amamentação e a alimentação alternativa dos lactentes. Além disso, está em curso uma vigorosa promoção de serviços de aconselhamento e de testes voluntários para o HIV/SIDA.
257. Em resposta às questões dos delegados, o Dr. Peter Piot, Director Executivo da ONUSIDA, referiu os progressos realizados na mobilização da sociedade civil e uma redução da magnitude da doença em alguns países. Afirmou que a cobertura em termos de prevenção era ainda inadequada, o que dificultava a avaliação do impacto desses esforços.
258. O Dr. Piot concordou com a opinião de que as cimeiras deviam ser harmonizadas e anunciou que, num futuro próximo, haveria uma sessão especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas dedicada à SIDA.
259. Quanto à implementação e coordenação da abordagem multisectorial, referiu que a coordenação não devia ser encarada como um luxo. Embora o sector da saúde continue a ter um papel-chave, em sua opinião é ainda necessário distinguir entre coordenação e implementação.
260. No que respeita ao envolvimento do sistema das Nações Unidas, O Dr. Piot sublinhou que a família das Nações Unidas dava o seu apoio aos países com base nas prioridades de cada um, apenas acrescentando a perspectiva de experiência adquirida nos outros países. Admitiu que era possível fazer melhorias na acção dos Grupos Temáticos das Nações Unidas e acrescentou que os principais parceiros estavam a ser integrados nesses Grupos.
261. O Dr. Piot reconheceu que, nos últimos 6-12 meses, houvera muitos anúncios de promessas de fundos. Mencionou a necessidade de alterar o comportamento institucional, para garantir que os recursos chegassem mais depressa e com maior eficiência aos beneficiários. Observou que alguns dos fundos vinham presentemente de fundações particulares ou dos próprios governos, através de impostos para a SIDA, ou de organismos de cooperação bilateral, como parte das actividades de erradicação da pobreza, e de organismos de cooperação

multilateral, como o Fundo Fiduciário do Banco Mundial. Sublinhou a necessidade de os países darem ao HIV/SIDA uma posição de destaque nas suas Estratégias de Redução da Pobreza.

262. Na área do desenvolvimento das capacidades, o Dr. Piot considerou que o desenvolvimento de recursos humanos era crucial para melhorar o desempenho dos Programas Nacionais de Luta contra a SIDA, por norma com insuficiência de pessoal.
263. Destacou os desafios a enfrentar, como sendo a optimização do aconselhamento e testes voluntários, o papel dos homens, a transmissão mãe-filho e o desenvolvimento das capacidades. Considerou que o processo de passar de projectos para programas constitui um dilema.
264. Concluindo, apelou aos países para que mantivessem viva a esperança com a divulgação dos sucessos conseguidos.
265. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/C50/R5.

Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo" na Região Africana: Quadro de Implementação (documento AFR/RC50/12)

266. O Dr. Amegnigan declarou que "Fazer Recuar o Paludismo" era um projecto criado pela Directora-Geral em Julho de 1998, com o objectivo de acelerar o controlo do paludismo na Região Africana e contribuir para a melhoria do desenvolvimento sócio-económico da Região.
267. O Subcomité do Programa sublinhou a necessidade de se tratar das seguintes questões: abordagem multissetorial; incidência em medidas preventivas, incluindo o controlo do ambiente, sobretudo nas cidades; e investigação em intervenções alternativas, eficazes e de custo acessível para controlo do paludismo, tais como mosquiteiros impregnados de insecticida e medicamentos antipalúdicos.
268. O Subcomité também sublinhou a necessidade de apoio na área da advocacia para que fosse levantada a proibição do uso do DDT na Região, a necessidade de prestar mais atenção aos grupos marginalizados e vulneráveis, e a importância da colaboração entre países vizinhos para o controlo do paludismo.

-
269. O Comité Regional sublinhou a necessidade de se definir o conceito de "Fazer Recuar o Paludismo" e de torná-lo claro a nível operacional, para facilitar a sua integração no sistema geral de saúde. Foi observado que o projecto Fazer Recuar o Paludismo devia ser entendido como uma gestão acelerada das actividades de controlo do paludismo, e não como um programa diferente ou vertical. Houve acordo quanto ao facto de cada país assumir a liderança do projecto a nível nacional.
270. O Comité Regional manifestou preocupação pelo facto dos resultados, conclusões e Declaração de Abuja não estarem incluídos no documento. Foi referido que a Declaração era um documento muito importante, por representar o empenhamento de todos os Chefes de Estado Africanos.
271. Os delegados referiram que o documento nem dava relevo ao uso da pulverização com insecticida residual nas habitações, como medida de luta contra o vector com boa relação custo-eficácia, nem à questão de como lidar com a resistência do vector aos insecticidas. Foi recomendado que se continuasse a usar DDT na pulverização das casas com insecticidas residuais e que se investigassem alternativas adequadas.
272. Considerando que o uso de materiais tratados com insecticida deu provas de ser uma medida com boa relação custo-eficácia na prevenção do paludismo, o Comité recomendou que o seu uso fosse amplamente promovido na Região.
273. Os delegados recomendaram que se incluíssem, na gestão do ambiente, medidas de prevenção (por exemplo, higiene e saneamento), como estratégia a longo prazo para controlar o paludismo, recomendando também a integração da luta contra o paludismo nos programas de desenvolvimento (por exemplo, agricultura, desenvolvimento rural, etc.).
274. Foi sublinhada a necessidade de se harmonizarem as práticas de tratamento dos casos de paludismo na Região para melhoria dos resultados e garantia de um controlo eficaz da resistência aos medicamentos antipalúdicos, bem como a inclusão do tratamento do paludismo nas grávidas.
275. Considerou-se que as metas definidas no parágrafo 11 do documento deviam ter por base a análise da situação mais actual, devendo ser realistas e alcançáveis, tendo em conta os recursos disponíveis nos países. Foi ainda recomendado que os indicadores contidos no parágrafo 34 fossem revistos, para terem em conta a variação nas taxas de transmissão nos vários países da Região.

-
276. Os delegados reafirmaram a necessidade de a comunidade internacional contribuir com os recursos necessários para a investigação e desenvolvimento de uma vacina eficaz contra o paludismo.
277. Na sua resposta, o Director Regional apresentou desculpas pela omissão da Cimeira de Abuja no documento. Informou o Comité Regional de que a versão revista daria resposta a essa preocupação.
278. Quanto ao uso do DDT, o Dr. Samba lembrou ao Comité que esse assunto tinha sido discutido na Quadragésima-nona sessão do Comité Regional, que decidiu continuar o seu uso até surgir uma alternativa com boa relação custo-eficácia. Acrescentou que, após essa sessão do Comité Regional, se tinha realizado em Harare uma reunião técnica em Fevereiro de 2000, a qual deu o seu apoio à decisão do Comité Regional.
279. O Secretariado esclareceu que o quadro de implementação do projecto "Fazer Recuar o Paludismo" apresentado ao Comité Regional tinha sido preparado muito antes da Cimeira de Abuja. No entanto, garantiu que as preocupações do Comité seriam contempladas no documento revisto.
280. O Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC50/R6.

**MELHORAR O ACESSO AOS MEDICAMENTOS ANTI-HIV/SIDA
NA REGIÃO AFRICANA: RELATÓRIO DOS PROGRESSOS
REALIZADOS** (documento AFR/RC50/20)

281. O documento foi apresentado pelo Dr. Kaboré, Director da Divisão da Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis, que disse que o mesmo tinha sido preparado a pedido expresso dos Estados-Membros.
282. Informou que os Ministros de Saúde da África do Sul, Uganda, Mali e Congo tinham sido designados como grupo de contacto para representar os países da Região em futuras discussões.
283. Apontou algumas correcções ao documento, em particular no parágrafo 5, linha 4, em que o termo "negociações" deveria ser substituído por "diálogo" e no parágrafo 10, quarta marca, onde deveria ser eliminada a frase "Import/Export Bank".

-
284. Os delegados felicitaram o Secretariado por ter respondido ao pedido dos Ministros. Contudo, o Comité quis saber se existia algum quadro instituído para as negociações com as companhias farmacêuticas. O Comité assinalou também que parecia que algumas empresas (algumas das quais nem sequer pertencentes ao grupo referido no documento) estão a abordar directamente os países, sem passar pelo grupo de contacto.
285. Os delegados também pediram esclarecimentos sobre a afirmação da Directora-Geral, Dra. Brundtland, de que a OMS estava a negociar com as companhias farmacêuticas em nome dos países.
286. Observaram que as implicações práticas do uso da Nevirapina na prevenção da transmissão mãe-filho não estavam claramente definidas no documento. Sugeriu-se que o assunto fosse abordado na reunião de Setembro 2000 do grupo de contacto.
287. A OMS e a ONUSIDA foram exortadas a ajudar os países a partilharem as suas experiências de integração da redução/perdão da dívida nos seus planos nacionais de desenvolvimento. Pediu-se também a ajuda da OMS no trabalho de advocacia junto dos Chefes de Estado, para a inclusão do HIV/SIDA nos seus planos nacionais de redução da pobreza.
288. O Comité quis inteirar-se do processo de selecção dos países para sua inclusão nas várias intervenções, tendo sublinhado a necessidade de transparência em todo esse processo.
289. Foi dito que um processo bem concebido de aconselhamento e de testes voluntários tinha provado ser muito importante na prevenção da transmissão mãe-filho, e ficara comprovado o impacto positivo de certos medicamentos anti-retrovirais. O Comité solicitou que o Escritório Regional, em colaboração com os países, elaborasse orientações para a prevenção da transmissão mãe-filho.
290. Foi referido que alguns países em desenvolvimento, como o Brasil, possuíam a tecnologia necessária para produzir medicamentos anti-retrovirais, a custo muito inferior. Contudo, devido às normas do comércio internacional, os países mais necessitados de anti-retrovirais estavam proibidos de os importar.

-
291. Os delegados pediram esclarecimentos quanto à inclusão da Nevirapina na lista-modelo de medicamentos essenciais da OMS, em virtude dos dados vindos a público sobre possíveis problemas de resistência ao medicamento. O Secretariado informou o Comité de que uma reunião consultiva técnica para analisar os últimos dados sobre todos os aspectos da transmissão mãe-filho, bem como sobre a eficácia e segurança dos medicamentos, se realizaria em Genebra, em Outubro de 2000. Essa reunião faria mais recomendações sobre a transmissão mãe-filho.
 292. Os delegados referiram que o tema da promoção da investigação e fabrico local de medicamentos na Região deveria ser mais profundamente tratado no documento.
 293. Os delegados sublinharam que os cuidados prestados aos doentes com HIV/SIDA deveriam ser mais holísticos, de forma a incluírem o tratamento das infecções oportunistas, a segurança alimentar e ainda abordarem a problemática da pobreza, da informação e do apoio psicossocial, tendo em conta as realidades nacionais, as limitações políticas e as dimensões sócio-culturais.
 294. Foi sugerida a inclusão do tratamento do HIV/SIDA nos cuidados primários de saúde, como aconteceu com outras epidemias.
 295. Na sua resposta, o Secretariado exprimiu gratidão pelas observações do Comité, afirmando que a OMS continuaria a facilitar o diálogo entre os países e as companhias farmacêuticas, sob a orientação do grupo de contacto.
 296. O Secretariado informou o Comité de que existe um quadro de referência mundial para a acção da OMS contra a SIDA, o qual define as responsabilidades nacionais e mundiais. A reunião do grupo de contacto, a realizar em Genebra em Setembro 2000, com uma forte representação africana, irá discutir mais amplamente esse quadro.
 297. Foi ainda esclarecido que o quadro previa de facto negociações individuais. Foi sublinhado que o papel da OMS e da ONUSIDA consistia em facilitar o diálogo, como foi afirmado na alocução da Directora-Geral.

-
298. Em resposta à pergunta sobre a inclusão dos países nas várias intervenções, foi referido que muitos países tinham sido seleccionados após terem solicitado apoio específico aos grupos temáticos das Nações Unidas, à OMS ou ao Secretariado da ONUSIDA.
299. O Secretariado explicou que a Nevirapina e a Zidovudina haviam sido incluídos na lista dos Medicamentos Essenciais da OMS já em 1999, antes da discussão em curso. Quanto à resistência à Nevirapina, o Secretariado comunicou que a informação somente agora surgia, como sempre aconteceu com outros medicamentos.
300. No respeitante à certificação das companhias fabricantes, o Secretariado explicou que a OMS apenas publicava orientações sobre boas práticas de fabrico. Cabia aos países a responsabilidade da certificação de produtos e de companhias, com base nas orientações.
301. Quanto à diferença entre diálogo e negociações, no parágrafo 5, o Secretariado sublinhou que a OMS apenas se podia envolver em diálogo, já que não participava em compras por atacado de medicamentos em nome dos países.
302. Em resposta à pergunta sobre a investigação em medicina tradicional relacionada com o HIV/SIDA, o Secretariado esclareceu o Comité que uma apresentação sobre o assunto seria feita posteriormente. Foi realçado que a OMS estava igualmente a promover e a apoiar a investigação local em diversas outras áreas.

DISCUSSÕES TÉCNICAS (documento AFR/RC50/13)

303. As Discussões Técnicas, subordinadas ao tema "Redução da Mortalidade Materna : Um desafio para o Século XXI", realizaram-se paralelamente aos trabalhos do Comité Regional.
304. O relatório das Discussões Técnicas foi apresentado pelo seu Presidente, Professor Kelsey Atangmuerimo Harrison, que agradeceu ao Director Regional, em nome de todas as mulheres da Região Africana, por ter incluído esse tema na ordem do dia da 50ª sessão do Comité Regional.

-
305. O Comité Regional manifestou o seu apreço pela excelente qualidade do relatório e pela entusiástica participação nas Discussões Técnicas. O problema dos cuidados às mães nos campos de refugiados e em situações de conflito foi realçado.
306. Os delegados pediram à OMS que prestasse apoio à formação e reciclagem de profissionais de saúde em urgências obstétricas e à recolha de dados sobre óbitos maternos, apoiada por um estudo aprofundado.
307. O Comité tomou nota do relatório das Discussões Técnicas, que será anexado ao relatório do Comité Regional.

Escolha dos temas das mesas-redondas na 51ª sessão do Comité Regional, em 2001 (documento AFR/RC50/14)

308. A Sra. E. Anikpo, do Secretariado, apresentou o documento e explicou os motivos por que o Comité Regional realizará Mesas-Redondas paralelamente às suas sessões, em vez de Discussões Técnicas. Assim, os seguintes temas foram propostos para as Mesas-Redondas de 2001:
- i) Sistemas de saúde : Melhorar o desempenho
 - ii) Controlo das doenças : Papel da mobilização social
 - iii) Redução da pobreza : Papel do sector da saúde
309. Após algumas explicações fornecidas pelo Secretariado sobre o âmbito de cada tema e respectiva pertinência em relação à situação sanitária geral, aos níveis mundial e nacional, o Comité aprovou os três temas propostos para as Mesas-Redondas de 2001.

Designação dos Presidentes e Presidentes substitutos das mesas-redondas em 2001 (documento AFR/RC50/15)

310. A Sra. E. Anikpo, do Secretariado, apresentou a lista dos Estados-Membros propostos para Presidentes e Presidentes substitutos das Mesas-Redondas em 2001, para análise e aprovação pelo Comité Regional.

-
311. O Comité aprovou o Malawi e o Mali , como Presidente e Presidente substituto, respectivamente, para o tema nº 1 (Sistemas de Saúde: Melhorar o desempenho); a Mauritânia e as Maurícias, como Presidente e Presidente substituto, respectivamente, para o tema nº 2 (Controlo das doenças: Papel da mobilização social); e Moçambique e a Namíbia, como Presidente e Presidente substituto, respectivamente, para o tema nº 3 (Redução da Pobreza: Papel do sector da saúde)

DATAS E LOCAIS DAS 51ª E 52ª-SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC50/16)

312. O Director Regional, Dr. Ebrahim M. Samba, apresentou o documento. Recordou ao Comité Regional que, na sessão do ano transacto, o Governo do Congo tinha convidado o Comité Regional a realizar a sua Quinquagésima-primeira sessão em Brazzaville. Contudo, de acordo com o relatório da recente missão de avaliação a Brazzaville, verificava-se que dois requisitos essenciais ainda tinham de ser satisfeitos: uma fase de segurança das Nações Unidas muito mais baixa do que a actual Fase III e a disponibilidade de alojamento hoteleiro adequado.
313. O Ministro da Saúde, Solidariedade e Acção Humanitária do Congo reiterou a oferta de Sua Excelência, o Presidente do Congo, para acolher a 51ª sessão do Comité Regional em Brazzaville, tendo assegurado que todas as condições para acolher o Comité seriam satisfeitas.
314. O Comité Regional concordou que o local de realização da sua 51ª sessão seria em Brazzaville, a menos que haja uma recomendação em contrário da uma equipa de avaliação de nível ministerial, incluindo o mesmo tipo de competências da missão anterior, que deverá visitar a capital do Congo, em Janeiro de 2001. A sessão realizar-se-á entre 27 de Agosto e 1 de Setembro de 2001.
315. O Comité Regional também concordou que a sua 52ª sessão se realizaria no Escritório Regional.

APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL

(documento AFR/RC50/17)

316. O relatório da quinquagésima sessão do Comité Regional foi aprovado com pequenas emendas.

ENCERRAMENTO DA QUINQUAGÉSIMA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL

Observações finais pelo Director Regional

317. Nas suas observações finais, o Director Regional, Dr. Ebrahim M. Samba, declarou que sentia orgulho na escolha de Ouagadougou para a realização da 50ª sessão do Comité Regional, tendo agradecido ao Governo e ao Povo do Burkina Faso por não terem poupado esforços no sentido de assegurar o conforto de todos os delegados. Agradeceu igualmente ao Presidente da 50ª sessão do Comité Regional pelo modo eficiente como dirigiu os trabalhos da reunião.
318. O Dr. Samba enalteceu a alta qualidade do pessoal do Escritório Regional, como atestado em parte pela qualidade dos documentos apresentados na reunião e pela elaboração atempada dos relatórios quotidianos.
319. Além disso, informou os delegados da sua visita ao Hospital da Missão St. Kami em Ouagadougou, onde os praticantes da medicina tradicional trabalham lado a lado com cientistas ortodoxos para tratar pessoas que vivem com HIV/SIDA. Declarou que os resultados eram extremamente encorajadores e que o Escritório Regional apoiaria a iniciativa do hospital.

Moção de Agradecimento

320. A moção de agradecimento ao Governo e ao Povo do Burkina Faso fora lida antes pelo Ministro da Saúde do Uganda, Dr. P. Byaruhanga, em nome dos delegados, tendo sido aprovada pelo Comité Regional.

Observações do Presidente e encerramento da sessão

321. O Presidente da 50ª sessão do Comité, Dr. A. Ludovic Tou, convidou os delegados a juntarem-se a ele para felicitar o Director Regional pela sua excelente gestão do Escritório Regional. Expressou igualmente a sua gratidão ao pessoal do

Escritório Regional, bem como à Comissão Nacional de Organização e às empresas privadas de Ouagadougou, pelo respectivo contributo para o sucesso da reunião.

322. Felicitou os delegados pela sua participação activa e objectividade durante as deliberações, tendo feito votos de que os países formulem planos de acção para assegurar a rápida implementação das resoluções aprovadas pelo Comité Regional.
323. Concluiu, desejando aos delegados um bom regresso aos seus países respectivos e convidando-os a participar na próxima Conferência Internacional sobre o HIV/SIDA, prevista em Ouagadougou, em 2001.
324. Finalmente, o Presidente declarou encerrada a 50ª sessão do Comité Regional.

ANEXO 1: LISTA DOS PARTICIPANTES

1. REPRESENTANTES DOS ESTADOS-MEMBROS

ANGOLA

ÁFRICA DO SUL

Dr Mantombazana E. Tshabalala-Msimang
Minister of Health
Head of Delegation

Dr Ayamba Ntsaluba
Director-General (Health)

Dr Nothemba Princess Simelela
Chief Director, HIV/AIDS/STD Programme

Dr Lindiwe Elizabeth Makubalo
Director, Research and Epidemiology

Dr Roland Edgar Mhlanga
Chief Director, Maternal, Child and Women's Health and Nutrition

Dr Rajendra Maharaj
Deputy Director, Vector-Borne Diseases

Mrs Mosotho C. Gabriel
Deputy Director

Mr Bani Isaac Mayeng
Medecines Administration, Department of Health

ARGÉLIA*

* Não pôde participar.

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

Dra. Maria José Gouveia Alfredo
Directora do Gabinete do Vice-Ministro da Saúde

Dra. Eunice Victória Santos Chicossi
Assessora da Ministra da Saúde

Dra. Adelaide de Fátima dos Santos
Fernandes de Carvalho
Directora Nacional de Saúde Pública

Dr. Augusto Rosa Mateus Neto
Director do gabinete de Intercâmbio Internacional, Ministério da Saúde

Dra. Maria do Rosário de Fátima
Madeira Rita
Directora, Clínica Maternidade Lucrecia Paim
Professora - Universidade Agostinho Neto
OMS - Consultora

BENIM

Dr Marina D'Almeida-Massougbodji
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr P.Dossou-Togbe
Directeur général du Ministère de la Santé

Dr Zinsou Jonathan Amegnigan
Directeur national de la Protection sanitaire

Prof Eusèbe Alihonou
*Chef Du Département de la Santé de la
Reproduction de la Faculté des Sciences de la
Santé
Université nationale du Bénin*

Dr Tebnoma Esther Traoré née Kientega
C/SSMI - DSF/MSP

Mme Marie-Thérèse Houtoukpe
*née Capo-Chichi
Ministère de la Santé Publique*

BOTSUANA

Hon. J.J. Phumaphi
*Member of Parliament and Minister of Health
Head of Delegation*

Dr Themba Lebogang Moeti
Head Epidemiology and Disease Control Unit

Dr Winnie Gasefele Manyeneng
Assistant Director/Primary Health Care

BURKINA FASO

Dr Alain Ludovic Tou
*Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation*

Dr Boureima Ouédraogo Boureima
Directeur général de la Santé publique

Dr Mathias Some
Sécretaire général de la santé

Dr Ouambi Emmanuel Zida
*Directeur central au Ministère de la Santé
publique*

Dr François Tall
*Directeur de la Santé de la Famille du Burkina
Faso*

Dr Siribi Clément Zidouemba
Directeur de la Médecine préventive

Dr Issa Boniface Ouédraogo
*Directeur des Etudes et de la Planification du
Ministère de la Santé publique*

Dr Jean-Marie Vianney Yameogo
DEP, Ministère de la Santé

Dr Brahim Mone
Directeur régional de la Santé de Kaya

Dr Hamed Cheik Tidjana Ouédraogo
Directeur régional de la Santé de Ouagadougou

Dr Mete Bonkougou
*Directeur régional de la Santé de
Bobo-Dioulasso*

Dr Silvain Dipama
Directeur régional de la Santé de Dédougou

Dr Daogo Sosthème Zombré
Directeur régional de la Santé de Ouahigouya

Dr Sidi Coulibaly <i>Directeur régional de la Santé de Gaoua</i>	Dr Malick Napon <i>Médecin-Chef de Kossodo</i>
Dr Brahim Bassane <i>Directeur régional de la Santé de Fada</i>	Dr Dominique Sourabie <i>Directeur général de MEDIFA (Industrie pharmaceutique), Ouagadougou 03</i>
Dr Saydou Touré <i>Directeur régional de la Santé de Fada</i>	Dr Saïdou Ouédraogo <i>Médecin-Chef du District sanitaire de Sindou</i>
Dr Philippe Campaoré <i>Directeur régional a.i. de la Santé de Tenkodogo</i>	Dr Lassouré Compaoré <i>Médecin-Chef du District sanitaire du Secteur N° 22 de Bobo-Dioulasso</i>
Dr Mâ Ouattarra <i>Directrice régionale de la Santé de Dori</i>	Dr Abdoulaye Bara <i>Médecin-Chef du District sanitaire de Gorom-Gorom</i>
Dr Henri Ouoba <i>Directeur régional de la Santé de Koudougou</i>	Dr Lambert Simpore <i>Médecin-Chef du District sanitaire du Secteur N° 30, Ouagadougou</i>
Mr Daouda Nignan <i>Directeur des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance Ministère de la Santé publique</i>	Dr Aboubakar Coulibaly <i>Médecin-Chef du District sanitaire de Leo-To</i>
Mr Zacharie Balima <i>Directeur a.i., Suivi, Evaluation /Projet de Développement, Santé et Nutrition</i>	Dr Sie Alain Dah <i>Médecin-Chef du District sanitaire de Gaoua</i>
Dr Laurent Nikièma <i>Médecin-Chef du District sanitaire de Orodara</i>	Dr François Drabo <i>Médecin-Chef du District sanitaire de Nouna</i>
Dr Victor Nana <i>Médecin-Chef du District sanitaire de Yako</i>	Mme Marie-Rose Sawadogo <i>Directrice exécutive de l'ONG Initiative privée et communautaire contre le VIH/SIDA (IPC) - Ouagadougou</i>
Dr Pépin John Hamlet Nikièma <i>Médecin-Chef du District sanitaire de Kaya</i>	

Dr Jacques Simporé
*Directeur du Laboratoire St Camille -
Ouagadougou 01*

Mme Blanche Toe Nikiéma
*Présidente de l'Amicale Burkinabè des
Infirmières - Ouagadougou 03*

Dr Fernand Toe
Médecin-Chef du district sanitaire de Titao

Dr Djibril Kabré
Médecin-Chef du District sanitaire de Batié

Dr Ousmane Badolo
Médecin-Chef du District sanitaire de Koupéla

Dr Assana Ouangaré
Médecin-Chef du District sanitaire de Diapaga

Dr Jean-Marie Vianney Dabire
Directeur d'Hôpital - Ouagadougou 01

Dr Alhousseini Maïga
Conseiller régional, Gwé, Ouagadougou
Mme Segnogo Salamata Ouedraogo/Sawadogo
*Directrice générale de l'Ecole de Santé publique,
Ouagadougou*

Dr Sonia Kabore Douamba
*Représentant, Direction générale - CHR,
Dédougou*

Mme Henriette Soulama
*Directrice des Affaires administratives et
financières de l'Ecole nationale de la Santé
publique - Ouagadougou*

Dr Dabogo Joseph Sia
*Médecin-Chercheur au Centre médical
St Camille - Ouagadougou*

M. Jean-Baptiste Nikiéma
FSS/40 - Ouagadougou

Mme Massogona Jacqueline Tapsoba/
Ouattara
*Présidente de la Fédération des Femmes
Burkinabé, Membre de l'Alliance internationale
des Femmes, Ouagadougou 01*

M. Joseph Aimé Bidiga
*Chargé de Programme IST au Secrétariat
permanent du Comité national de Lutte contre le
SIDA/IST*

BURUNDI

Dr Stanislas Ntahobari
*Ministre de la Santé
Chef de Délégation*

D. M. Louis Mboneko
Médecin Inspecteur général de la Santé

CAMARÔES

M. Laurent Ezzo
*Ministre de la Santé publique
Chef de Délégation*

Dr Cécile Bomba-Nkolo
Chef de Division de la Coopération

Dr Basile Kollo
Directeur de la Santé communautaire

CABO VERDE

Dr. João Medina
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dra. Rosa Lopes
Delegada

Dra. Alicia Wahnon
Delegada

REPÚBLICA CENTRAFRICANA

Dr Richard Lakoe
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr Emmanuel Nguembi
Directeur de la Santé Familiale et
de la Population

Dr Mathe-Augustine Kirimat
Coordonnatrice du Programme national de la
Santé bucco-dentaire

CHADE

Dr Dangdé Laobélé Damaye
Ministre de la Santé publique
Chef de la Délégation

M. Malloum Eloi Mbaïong
Directeur général du Ministère de la Santé
publique, Membre du Conseil exécutif de l'OMS

Dr Tchang Salomon Garba
Coordonateur National du Programme Santé de
la Reproduction

COMORES

M. Mistoïhi Mlaïli
Chef de Délégation

Dr Mbaé Toyb
Directeur général de la Santé publique

REPÚBLICA DO CONGO

Dr Léon-Alfred Opimbat
Ministre de la Santé, de la Solidarité
et de l'Action humanitaire
Chef de Délégation

Dr Damase Bodzongo
Directeur général de la Santé

M. Paul-Hervey Kengouya
Conseil administratif et juridique du Ministre

Dr André Enzanza
Conseiller à la Santé

Mme Valérie Antoinette Ossie
Directrice de la Coopération, Ministère de la
Santé, de la Solidarité et de l'Action humanitaire

M. Charles-Henri Makambo Okombi
Agent de Protocole

**REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO
CONGO**

M. Mampunza ma Miezi
Directeur de Cabinet du Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr François Bompeka Lepira
Conseiller médical du Ministre de la Santé

M. Muteba Mbuyu
Conseiller pharmaceutique du Ministre

CÔTE D'IVOIRE

Prof. Janine-Adèle Tagliante-Saracino
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr Laure Aie-Tanoh
Directeur de la Santé de la Reproduction

Dr Coulibaly Kounandi
Directeur de la Médecine du Travail

Dr Kouadio Bohoussou
Professeur de Gynécologie-Obstétrique
UFR des Sciences médicales - Abidjan

GUINÉ EQUATORIAL

Dr Juan-Antonio Bibang Nchuchuma
Ministre de la Santé et du Bien-Etre social
Chef de Délégation

Dr Abia Nseng Anque Salvador
Directeur général de la Santé publique

ERITREIA

Mr Berhane Ghebretinsae
Director-General of Health Services
Head of Delegation

Dr Besart Hagos
Director, Research and HRD, Ministry of Health

Dr Solomon Ghebreyesus
Family and Community, Ministry of Health

ETIÓPIA

Dr Lamisso Hayesso
Vice-Minister of Health
Head of Delegation

Dr Beyene Petros
Chairman, African Advisory Committee
on Health Research and Development

Mr Alemayehu Seifu Solomon
Head, Diseases prevention and Control
Department

Mr Mequaneny Tesfu
Head, Maternal Health Team

GABÃO*

* Não pôde participar.

GÂMBIA

Dr Abdoulie M. Sallah
Secretary of State for Health and Social Welfare
Head of Delegation

Dr Yankuba Kassama
Director of Health Services

Dr Séré Kaba
Coordonnatrice du Programme national de la
Maternité sans Risques

Dr Naby Moussa Balde
Secrétaire général du Réseau guinéen pour la
Prévention de la Mortalité maternelle
(RGPM)

GHANA

Prof. Kwaku Danso-Boafo
Ministry of Health
Head of Delegation

M. Francis Kumah
Minister Conseiller, Ambassade du Ghana
au Burkina Faso

Mr. Emmanuel Nunyaku Mensah
Director-General of Ghana Health Services

Dr (Mrs) Henriette Odoi-Agyarko
Deputy Director, Public Health Division (Family
Health)

GUINÉE

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

Dr Yéro-Boye Camara
Conseiller chargé de la Politique sanitaire
Ministère de la Santé publique

GUINÉE-BISSAU

Sr. António Bamba
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Sr. António Paulo Gomes
Chefe de Gabinete

Sra. Ivonne Menezes Moreira
Parteira

QUÉNIA

Dr Gurrach Galgallo
Assistant, Minister for Health
Head of Delegation

Hon. Haroun N.K. Mengech
Director, Moi Teaching and Referral Hospital,
Eldoret

Mrs Grace Kandie
Chief Nursing Officer, Ministry of Health

Dr J.N. Njagi
Provincial Medical Officer - Eastern Province

LESOTO

Hon. Tefo Mabote
Minister of Health and Social Welfare
Head of Delegation

Dr Makhetha Mosotho
Principal Secretary for Health and Social Welfare

Dr Mpolai Moteetee
Director Primary Health Care

LIBÉRIA

Dr S. Nathaniel Bartee
Deputy Minister/Chief Medical Officer
Head of Delegation

Dr Bermice N.T. Dahn
Director, Family Health Division, Ministry of Health and Social Welfare

MADAGÁSCAR*

MALAWI

Mr Aleke K. Banda
Minister of Health and Population
Head of Delegation

Mr Ben Mbwana
Special Assistant to the Minister

Dr Richard Pendame
Secretary for Health and Population (Principal Secretary)

Mrs Nyuma Olinifa Gama
Senior Registered Nurse and Midwife

MALI

Mme Fatoumata Nafo
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr Mamadou Drave
Conseiller technique - Ministère de la Santé

Dr Salif Samake
Directeur National de la Santé publique

Pr. Amadoou Dolo
Chef de Service Gynécologie - Obstétrique
Hôpital Gabriel Touré

MAURÍCIAS*

MAURITÂNIA

Dr Mohamed Ould Menou
Directeur de la Protection sanitaire
Chef de Délégation

Dr Amadou Kane
Coordinateur du Programme national SR

* Não pôde participar.

MOÇAMBIQUE

Dr. Francisco Ferreira Songane
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dr. Humberto Cossa
Director da Cooperação Internacional

Dr. Martinho Dgedge
Deputy Director for the National Director
of Health

NAMÍBIA

Dr Libertine I. Amathila
Minister of Health and Social Services
Head of Delegation

Dr Norbert Forster
Deputy Director, Planning - Ministry of Health
and Social Services

Mr Michael Mulapani Likando
Regional Director - Ministry of Health
and Social Services

Mrs E.K. Shihepo
Deputy Director
Ministry of Health and Social Services

NÍGER

M. Adamou Assoumane
Ministre de la Santé publique
Chef de la Délégation

* Não pôde participar.

Dr S. Sule
Director, Planning , Research and Statistics

Dr. A. Nasidi
Director, Special Projects, Federal Ministry of
Health

Dr A. Abebe
Director, Primary Health Care and Disease
Control

Dr M. Anibueze
Deputy Director/Technical Assistant to
Hon. Minister

Dr. A.A. Adeyemi
Deputy Director, MCH - Federal Ministry
of Health

SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE*

SENEGAL

Prof. Abdou Fall
Ministre de la Santé
Chef de Délégation

Dr Fall Cheikh
Premier Conseiller du Ministre de la Santé

Dr Malick Niang
Directeur de la Santé

Dr Adama Ndoye
Chef du Service national de la Santé de
la Reproduction

SERRA LEOA

Mr Sidikie Brima
Deputy Minister of Health and Sanitation
Head of Delegation

Dr Noah Conteh
Deputy Director-General of Medical Services

SEYCHELLES

M. Jacquelin Dugasse
Minister of Health
Head of Delegation

Dr Rubell E. Brewer
Commissioner of Health Services

SUAZILÂNDIA

Dr Phetsile K. Dlamini
Minister of Health and Social Welfare
Head of Delegation

Mrs Doreen Dlamini
Deputy Chief Nursing Officer

Dr Simon P. Kunene
Malaria Programme Manager

Dr John M. Kunene
Deputy Director - Health Services

TOGO

Dr Batchassi Essosolem
Directeur général de la Santé
Chef de Délégation

Dr Eli Agbobli-Apetsianyi
Directrice de la Division de la Santé familiale

M. Essossiminam Lakassa
Chercheur en Médecine traditionnelle, Kara

UGANDA

Dr Philip Byaruhanga
Minister of State for Health
Head of Delegation

Dr Sam Zaramba
Director of Health Services

Dr Samuel I. Okware
Ministry of Health

REPÚBLICA UNIDA DA TANZÂNIA

Dr Ali Alhaji Mzige
Director, Preventive Services
Head of Delegation

Dr Theodista John
Coordinator for Safe Motherhood, Minister of Health

ZÂMBIA

Dr Shimaili David Mpamba
Minister of Health
Head of Delegation

Dr Gavin Silwamba
Director-General, Ministry of Health

Mr Vicent Musowe
Director of Planning, Ministry of Health

ZIMBABUÉ

Dr David Parirenyatwa
Deputy Minister of Health and Child Welfare
Head of Delegation

Pauliwys Sikosana
Secretary for Health, Ministry of Health

Dr Batsirai Makunike
Deputy Director, Disease Prevention
and Control - Ministry of Health

Dr L.K. Shodu
Director, Family and Child Health Department
Ministry of Health

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

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

Mme Rima Salah
Directrice régionale de l'UNICEF de
l'Afrique de l'Ouest et du centre
B.P. 443
04 Abidjan
Côte d'Ivoire

Dr Abdel Wahed El Abassi
Regional Adviser Health
B.P. 443
04 Abidjan
Côte d'Ivoire

**Organização das Nações Unidas para
Alimentação e a Agricultura (FAO)**

Dr Ndiaye Cheikh
Senior Regional, Food and Nutrition
Office/Head RAFE
FAO Regional Office for Africa
P.O. Box 1628
Accra
Ghana

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

Dr Peter Piot
Executive Director 20,
Ave Appia
CH1211, Geneva
Switzerland

Dr Godfrey G. Sikipa
Programme Development Officer,
UNAIDS
20, Ave Appia
CH 1211, Geneva
Switzerland

Dr Kekoura Kourouma
Conseiller de Programme
s/c PNUD, Ouagadougou

USAID

Mr Felix N. Awantant
Regional Health Officer Activities Team
Leader
Department of State
2130 Dakar Place
Washington DC 20521-2130
USA

**Comissão Económica das Nações
Unidas para África (CEE)**

Dr Jeggan Senghor
Director, ECA Sub-Regional Development
Centre for West Africa
B.P. 744, Maison de l'Afrique
Niamey
Niger

Banco Mundial

Dr C. O. Pannenberg
Directeur sectoriel, Santé, Région Afrique
(Chef de Délégation)
1818 H. Street, N. W.
Washington, D.C. 20433
USA

M. Ibrahim Magagi
Spécialiste de la Santé
Bureau de la Banque mondiale à
Ouagadougou
B.P. 6222
01 Ouagadougou
Burkina Faso

**3. REPRESENTANTES DAS
ORGANIZAÇÕES
INTERGOVERNAMENTAIS**

**Banco Africano de Desenvolvimento
(BAD)**

Dr Richard Wanji Ngah
BAD
B.P. V316
Abidjan
Côte d'Ivoire

Associação África-Caraíbas (ACP)

M.J. Zeba
451 Avenue Georges Henri
1200 Bruxelles
Belgique

**Comunidade para o Desenvolvimento
da África Austral (SADC)**

Dr T. M. Balfour
Director, SADC Health Sector
Coordinating
Unit
P/BgX 828
Pretoria 0001
South Africa

Ms L. F. Lebesse
Deputy Director, SADC HSCU
P/BgX 828
Pretoria 0001
South Africa

Conseil de l'Entente

M. Makan Traore
Coordonnateur national du Programme
IPEC
s/c Ministère du Travail
B.P. 7016
Ouagadougou

**Organização da Unidade Africana
(OUA)**

M. Couavi A.L. Johnson
Directeur, Département Education, Science
Culture et Affaires sociales (ESCAS)
Secrétariat général de l'OUA
B.P. 3243 - Addis Abéba
Ethiopie

**Organização de Coordenação e de
Cooperação para o Combate às
Grandes Endemias (OCCGE)**

Prof. Abdoulaye Ag Rhaly
Secrétaire général de l'OCCGE
B.P. 153

Bobo-Dioulasso
Burkina Faso

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

Dr Amadou Noctar Mbaye
Directeur, Santé
Commission UEMOA
01 B.P. 543
Ouagadougou
Burkina Faso

**Comunidade Sanitária da África
Ocidental**

Prof. Kayode A. Odusote
Executive Director, a.i.
West African Health Community
6 Taylor Drive, PMB 2023
Yaba, Lagos - Nigéria

Organização Leste Africana da Saúde
Dr Kabba Joiner
Director-General
WAHO Headquarters 01 B.P. 153 -
Bobo-Dioulasso
Burkina Faso

Dr Moussa Adama Maiga
Directeur général adjoint de l'OOAS
01 B.P. 153
Bobo-Dioulasso
Burkina Faso

**4. REPRESENTANTES DAS
ORGANIZAÇÕES NÃO-
GOVERNAMENTAIS**

**Sociedades das Federações
Internacionais da Cruz Vermelha e do
Crescente Vermelho**

Dr Astrid N. Heiberg
President, Fédération internationale des
Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant
Rouge
17, Chemin des Crêts, Petit-Saconnex
Genève
Suisse

Dr Bana Ouandaogo/Maiga
Présidente de la Croix-Rouge - Député à
l'Assemblée nationale du Burkina Faso
01 B.P. 4404
Ouagadougou
Burkina Faso

M. Bekele Geleta
Directeur du Département Afrique
17, Chemin des Crêts, Peteit-Saconnex
C.P. 372
1211 Genève 19
Suisse

Dr David Dofara
Délégué régional, Santé/Afrique centrale
B.P. 11507
Yaoundé
Cameroun

Mme Marie-Françoise Borel
Attachée de Presse
17, Chemin des Crêts, Petit-Saconnex
C.P. 372
1211 Genève 19
Suisse

Consumidores Internacionais

Mrs Blanche Bationo
Assistant de Programme à IBFAN -
Afrique francophone
24, Highbury Crescent
London N5 1 RX
UK

Confederação Internacional das Parteiras

Mme Brigitte Thiombiano
Présidente, FASFALO
01 B.P. 4686
Ouagadougou
Burkina Faso

5. OBSERVADORES E CONVIDADOS

Dr Melinda Moore
Deputy Director, DHHS Office for
International and Refugee Health
Parklown Bulding, 18-105
5600 Fishers Lane
Rockville
USA 20857

Dr Jean-Paul Louis
Chargé de Mission/Lutte contre les
maladies transmissibles
Ministère des Affaires étrangères -
DCT/HS
20, Rue Monsieur
75007 Paris
France

Dr Sylvia Barrow
Health Specialist - Africa + Middle East
Branch Canadian International
Development Agency (CIDA)
200 Promenade du Portage
Hull Québec
KIA OG4 Canada

M. M. Taymans
Représentant résident
Coopération Technique Belge (CTB)
06 B.P. 10226
Ouagadougou
Burkina Faso

Dr Yves M. Heyligers
Délégué de la Coopération Belge
01 B.P. 6617
Ouagadougou
Burkina Faso

Mrs Gisèle Koffy
International Special Dietary Food
Industries, Corporate Affairs,
Nestle
01 B.P. 1840
Abidjan 01
Côte d'Ivoire

Dr Joyce Braak
Representative, Mad Women's
International Association
145 Green Acres Road
Elizaville, N.Y. 12523
USA

M. Cora Mathias Batabe
Directeur de l'Institut panafricain pour le
Développement - Afrique de l'Ouest Sahel
(IPD/AOS)
01 B.P. 1756
Ouagadougou
Burkina Faso

ANEXO 2: ORDEM DO DIA DA QUINQUAGÉSIMA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL

1. Abertura da sessão
2. Constituição da Comissão de Designações
3. Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
4. Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC50/1 Rev.2)
5. Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes
6. Actividades da OMS na Região Africana em 1998-1999 : Relatório Bienal do Director Regional (documento AFR/RC50/2)
 - Relatório sobre os progressos realizados em determinadas áreas programáticas
 - Situações de emergência e ajuda humanitária
 - Recursos humanos em saúde
 - Investigação em saúde
 - Saúde oral
 - A situação do Escritório Regional Africano da OMS
7. Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde
 - 7.1 Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo (documento AFR/RC50/5)
 - 7.2 Incidências regionais das ordens do dia da 107ª sessão do Conselho Executivo e da 54ª Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC50/6)

-
- 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC50/7)
8. Relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC50/4)
- 8.1 Política de Saúde para Todos no Século XXI, na Região Africana: Agenda 2020 (documento AFR/RC50/8 Rev.1)
- 8.2 Orçamento-Programa para 2002-2003 (documento AFR/RC50/3)
- 8.3 Promoção do papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC50/9)
- 8.4 Combate às doenças não-transmissíveis: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC50/10)
- 8.5 Estratégia anti-HIV/SIDA na Região Africana: Quadro de Implementação (documento AFR/RC50/11)
- 8.6 Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo" na Região Africana: Quadro de Implementação (documento AFR/RC50/12)
9. Melhorar o acesso aos medicamentos anti-HIV/SIDA na Região Africana : Relatório dos progressos realizados (documento AFR/RC50/20)
10. Cerimónia de entrega do Prémio Dr. Comlan Quenum para actividades de Saúde Pública em África
11. Discussões Técnicas: "Redução da Mortalidade Materna - Um desafio para o Século XXI" (documento AFR/RC50/TD/1)
12. Relatório das Discussões Técnicas (documento AFR/RC50/13)
13. Escolha dos temas das Mesas-Redondas do Comité Regional, em 2001 (documento AFR/RC50/14)

-
14. Designação dos Presidentes e dos Presidentes substitutos das Mesas-Redondas em 2001 (documento AFR/RC50/15)
 15. Decisões Processuais
 16. Datas e locais das 51ª e 52ª sessões do Comité Regional (documento AFR/RC50/16)
 17. Aprovação do relatório do Comité Regional (documento AFR/RC50/17)
 18. Encerramento da 50ª sessão do Comité Regional

ANEXO 3: RELATÓRIO DA REUNIÃO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA DE 24 A 28 DE JULHO DE 2000

ABERTURA DA REUNIÃO

1. O Subcomité do Programa reuniu em Harare, na República do Zimbabué, entre 24 e 28 de Julho de 2000. Foi eleita a seguinte Mesa:

Presidente: Dr. H. Attas (Tanzânia)

Vice-Presidente: Dr. Zinsou Amegnigan (Benim)

Relatores: Dr. L. Mboneko (Burundi)
Dr. A. Opio (Uganda)

2. A lista dos participantes consta do Apêndice 1.
3. O Director Regional, Dr. Ebrahim M. Samba, deu as boas-vindas a Harare aos participantes e recordou as alterações ao papel do Subcomité do Programa, a quem presentemente compete analisar em pormenor o projecto de orçamento-programa e todos os documentos técnicos que serão apresentados ao Comité Regional.
4. Fez seguidamente algumas observações pormenorizadas sobre os documentos técnicos que o Subcomité do Programa deveria analisar, sublinhando os antecedentes e os aspectos importantes de cada documento. Exortou o Subcomité do Programa a debruçar-se vigorosa e esclarecidamente sobre as questões técnicas, de modo a orientar os Estados-Membros na resolução dos graves problemas de saúde com que a África se depara.
5. O Dr. Attas expressou a sua gratidão por ter sido eleito para a Presidência do Subcomité do Programa. Declarou-se convicto de que todos os documentos apresentados ao Subcomité do Programa seriam discutidos em profundidade e que o Subcomité iria produzir um relatório frutuoso para apresentação ao Comité Regional, em Agosto-Setembro de 2000.
6. O programa de trabalho provisório (Apêndice 2) foi adoptado sem emendas.

-
7. O Subcomité do Programa aprovou igualmente o seguinte horário de trabalho: 9h00 - 12h30 e 14h00 - 17h00, ambos os períodos com intervalo. A ordem do dia encontra-se no Apêndice 3.

POLÍTICA DE SAÚDE PARA TODOS NO SÉCULO XXI NA REGIÃO AFRICANA: AGENDA 2020 (documento AFR/RC50/8)

8. O Dr. L. G. Sambo, do Secretariado, apresentou este documento.
9. Esclareceu que, na preparação do documento, que contém oito secções, foram tomados em consideração os comentários dos membros do Subcomité do Programa do ano anterior, quanto à necessidade de maior clareza e concisão, tendo-se igualmente procedido a uma consulta mais alargada que abrangeu os países, os peritos e as agências internacionais.
10. Informou que a Secção 1 do documento destacava certos esforços de desenvolvimento sanitário no tocante a políticas, planos e iniciativas, levados a cabo na Região desde a década de 70.
11. A Secção 2 abordava os principais problemas de saúde, o estado de saúde das populações da Região e os determinantes da saúde da Região. Entre os eventos positivos enumerou os seguintes: aumento do número de países que formularam estratégias globais para redução da pobreza; implementação da Iniciativa de Bamaco; erradicação da varíola; esforços em curso para erradicar a poliomielite e a dracunculose, e para eliminar a lepra.
12. A Secção 3 analisava os factores cruciais para o progresso do desenvolvimento sanitário, identificando as suas oportunidades e as ameaças que se lhe colocam. Descrevia ainda a capacidade de vencer a pobreza e a de proporcionar acesso universal aos cuidados de saúde essenciais como duas incertezas críticas, quanto ao futuro.
13. O Dr. Sambo frisou que a Secção 4 apontava, como visão do desenvolvimento sanitário no ano 2020, o controlo das doenças associadas à pobreza, à exclusão e à ignorância, graças a uma boa governação e ao desenvolvimento autónomo de sistemas de saúde dinâmicos. A solidariedade, a equidade, a ética e a identidade cultural seriam importantes valores e princípios para materializar essa visão.

-
14. Referiu que a Secção 5, que inclui a Agenda de Saúde 2020, apontava para as seguintes quatro direcções estratégicas: criar e gerir ambientes propícios à saúde; empreender reformas dos sistemas de saúde com base nos princípios dos cuidados primários de saúde; conceder plenos poderes e apoio aos níveis individual, familiar e comunitário; criar condições que permitam às mulheres participar e assumir um papel de liderança no desenvolvimento sanitário.
 15. A Secção 6 realçava os seguintes factores que poderiam favorecer ou ser cruciais na implementação da política: promover uma abordagem intersectorial relacionada com os determinantes da saúde; o papel fundamental do Estado em questões de financiamento, administração e promoção da saúde; abordar a saúde conforme definido pela OMS; colocar a saúde no centro do desenvolvimento.
 16. Sublinhou que a OMS deveria basear as suas acções nas realidades e necessidades dos países; contribuir eficazmente para a criação de ambientes favoráveis à saúde; e difundir um quadro coeso para o desenvolvimento e reforço dos sistemas de saúde. A OMS ajudaria igualmente os países na análise das suas políticas nacionais, contribuiria para a mobilização dos recursos destinados à implementação das políticas e avaliaria os progressos que os países realizariam na implementação da Política Regional de Saúde para Todos no Século XXI na Região Africana: Agenda 2020.
 17. A conclusão, Secção 8, realçava a importância e a natureza intersectorial da política e a necessidade do maior empenho político na sua implementação. O Dr. Sambo concluiu, pedindo ao Subcomité que fizesse uma análise cuidadosa do documento e fornecesse as observações e as orientações necessárias para facilitar as deliberações do Comité Regional.
 18. Os membros do Subcomité agradeceram ao Secretariado o facto de ter integrado no documento as principais observações feitas o ano passado pelo Subcomité à versão anterior. Manifestaram também a sua satisfação geral com a clareza e a concisão do actual documento, que constituirá um quadro de referência muito útil para os Estados-Membros formularem as suas políticas de saúde.

-
19. O Subcomité notou que o facto de a África, o continente mais rico em termos de dotação em recursos naturais, ser o mais pobre em termos de desenvolvimento sócio-económico geral com impacto sobre a saúde, devia ser motivo de grande preocupação para os líderes dos países da Região.
20. O Subcomité sublinhou ainda a importância dos seguintes factores para o êxito da consecução da Agenda de Saúde 2020: o patriotismo, em termos de usar os recursos africanos para o desenvolvimento da África; o estilo de gestão orientada para os resultados; a boa governação em todas as áreas; a estabilidade das condições económicas e políticas; a verdadeira independência nacional nas áreas política e económica; uma gestão correcta do ambiente natural; a adequação dos recursos e a sua atribuição racional e eficiente utilização.
21. Os membros do Subcomité fizeram as seguintes observações específicas para melhorar o documento:
- a) no parágrafo 13, reformular a segunda frase do seguinte modo: "o paludismo é uma das principais causas de doença e óbito no continente";
 - b) no parágrafo 23, acrescentar "inadequação ou falta de investigação em saúde" como um dos obstáculos, e acrescentar "devido a remuneração insuficiente", depois de "fuga de cérebros";
 - c) mudar "oportunidades", como título na página 4, para "oportunidades emergentes";
 - d) acrescentar "disponibilizar os medicamentos anti-retrovirais a preços acessíveis" à lista de oportunidades ;
 - e) trocar os parágrafos 33 e 34;
 - f) acrescentar "garantir a igualdade entre sexos" ao princípio (b) no parágrafo 35;
 - g) mudar o parágrafo 36 da versão francesa para o futuro verbal;

-
- h) a alínea (c) do parágrafo 37 deve reflectir a necessidade de criar condições que permitam aos jovens participar e desempenhar papéis de liderança no desenvolvimento sanitário;
 - i) no parágrafo 37 deve ser criada uma nova alínea (e) que expresse a necessidade de desenvolver uma cultura local de investigação em saúde e de incentivar a cooperação técnica entre países no domínio da investigação em saúde e da prestação de serviços;
 - j) no parágrafo 39, há necessidade de rephrasear as alíneas, nomeadamente as que começam com "garantir" e também reformular a alínea (h) do seguinte modo: "assegurar o acesso contínuo à alimentação de adequado valor nutritivo";
 - k) no parágrafo 40, mudar "restaurar" para "estabelecer";
 - l) no parágrafo 44 (alínea c),foi sugerido que, atendendo a que será necessário um maior envolvimento do sector privado para melhorar o acesso da população aos cuidados de saúde, seria importante que os países respeitassem a "Carta dos Direitos do Doente";
 - m) no parágrafo 50, acrescentar "cuidados de reabilitação" na última frase;
 - n) na pág. 9, tornar o título "Criação de condições...." igual à alínea (d) do parágrafo 37;
 - o) ligar as metas do Anexo ao "Quadro de Implementação" através de uma nota de rodapé que faça referência ao Anexo no respectivo parágrafo desta secção;
 - p) no parágrafo 56, mudar "disseminar" para "preparar e difundir" e também acrescentar como alínea f) do parágrafo 56 o seguinte: "continuar a advogar com firmeza a redução da dívida e o uso de uma parte substancial das poupanças resultantes dessa redução no desenvolvimento sanitário";
 - q) acrescentar "diabetes" à meta 13 do Anexo ao documento;

r) acrescentar "desenvolvimento de uma cultura local de investigação em saúde e incentivar a cooperação técnica entre países na investigação em saúde e prestação de serviços" como (e) no parágrafo 3 do Resumo.

22. O Secretariado forneceu todos os esclarecimentos pedidos pelo Subcomité.
23. O Subcomité preparou um projecto de resolução a apresentar ao Comité Regional, para análise e aprovação.

PROJECTO DE ORÇAMENTO-PROGRAMA PARA 2002-2003

(documento AFR/RC50/3)

24. O Dr. L. Sambo, do Secretariado, apresentou uma visão de conjunto deste ponto da ordem do dia.
25. Na sua apresentação, lembrou ao Subcomité do Programa que o orçamento-programa era um instrumento essencial para fazer avançar o processo de mudança e de reforma na OMS e que a preparação do projecto de orçamento-programa para 2002-2003 (em termos tanto de processo como de conteúdo) representa uma alteração significativa em relação à prática anterior.
26. O projecto de orçamento-programa para 2002-2003, que será o primeiro orçamento do 10º Programa Geral de Trabalho, tem em consideração as principais orientações da Estratégia Institucional da OMS, assim como o contexto de um orçamento de crescimento nominal zero. Pela primeira vez, abrange a Sede e os Escritórios Regionais da OMS, com os mesmos objectivos institucionais, para apoiar os Estados-Membros.
27. O Dr. Sambo assinalou que o Secretariado submetia à consideração do Subcomité do Programa dois documentos: Primeira Parte, intitulada "Projecto de Orçamento-Programa para 2002-2003", o qual será analisado pelo Conselho Executivo em Janeiro de 2001 e, como se espera, aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde em Maio de 2001; Segunda Parte, intitulada "Orientações Regionais", que norteará a execução do orçamento mundial na Região Africana durante o período de 2002-2003.

Primeira Parte : Projecto de Orçamento-Programa para 2002-2003

28. A Secção I, relativa à Política e Orçamento para Uma Única OMS, apresenta na primeira parte as principais características do Projecto de Orçamento-Programa, designadamente: um quadro político com prioridades bem definidas (onze delas conforme foi determinado pelo Conselho Executivo na sua 105ª sessão); uma estrutura orçamental que reflecte melhor o trabalho da OMS (35 áreas de actividade identificadas para toda a Organização, que constituem os elementos básicos do Projecto de Orçamento-Programa); um programa unificado (elaborado conjuntamente através de um processo de colaboração, que envolveu o pessoal dos escritórios regionais e da sede); concentração nos resultados ou aplicação de uma orçamentação baseada nestes (para cada área de actividade, foram definidos 3 níveis de objectivos); elementos básicos para avaliação; uma clara incidência nas actividades a nível dos países (para aumentar a eficácia dos programas da OMS nos países).
29. O Enquadramento Político, na segunda parte da Secção I, que corresponde ao quadro de implementação da Estratégia Institucional da OMS, descreve a mudança do contexto da saúde internacional, as quatro direcções estratégicas, as seis funções essenciais da OMS e as onze prioridades da OMS a nível mundial.
30. A terceira parte da Secção I apresenta o Contexto Geral dos Recursos, indicando o plano de despesas para 2002-2003, totalizando 2.246.654.000 dólares americanos do orçamento ordinário e de outras fontes. A distribuição do orçamento ordinário, no valor de 842.654.000 dólares americanos pelos 3 níveis da Organização, é de 276.149.000 para a sede, 234.722.000 para os escritórios regionais e 331.783.000 para os países. No que respeita a outras fontes de financiamento, esperam-se 1.404.000 dólares americanos, os quais ainda não foram confirmados.
31. O Dr. Sambo declarou que a Secção II do documento tinha a ver com as Orientações Estratégicas para 2002-2003 por Área de Actividade, em que estão claramente definidos em cada área de actividade, os problemas e desafios, a meta, os objectivos da OMS, os resultados esperados, os indicadores e os recursos.

-
32. Na sequência da apresentação geral, o Dr. L. Sambo explicou que o Subcomité do Programa era convidado a tomar conhecimento e a tecer comentários ao "Projecto de Orçamento-Programa para 2002-2003", que era um documento provisório que seria submetido, no próximo ano, à aprovação dos Órgãos Directivos da OMS a nível mundial .
33. Os membros do Subcomité do Programa fizeram as seguintes observações e sugestões:
- a) relativamente às prioridades mundiais, sugeriram a inclusão de outras doenças na prioridade da segurança do sangue e o estabelecimento de um memorando de entendimento entre os parceiros mencionados nesta área prioritária, visto que muitos deles não estavam conscientes da existência desta área de colaboração a nível dos países;
 - b) o paludismo, a tuberculose e o HIV/SIDA, actualmente apresentados como uma única prioridade, deviam ser separados;
 - c) a qualidade da informação, além da acessibilidade, deverá fazer parte dos dados factuais necessários para a vigilância das doenças;
 - d) o termo "urgências" deve ser mudado para "emergências";
 - e) os números relativos ao último biénio devem constar dos quadros;
 - f) deve estudar-se o problema de como assegurar a eliminação dos resíduos plásticos e derivados do plástico;
 - g) a redução dos efectivos exigida pelas organizações internacionais devido ao sistema de quotas está a afectar negativamente os serviços de saúde;
 - h) foram pedidos esclarecimentos sobre os critérios usados para a afectação das verbas regionais aos países.
34. O Dr. Sambo, Director da Gestão do Programa, garantiu ao Subcomité que as orientações e sugestões apresentadas pelos membros sobre o documento tinham sido registadas.

-
35. O Director Regional, Dr. Ebrahim M. Samba, lembrou aos membros do Subcomité que a afectação de verbas era sempre um problema difícil, especialmente porque os montantes disponíveis para todos os 46 países da Região e para o Escritório Regional eram fixos. Explicou que, para fazer essa distribuição, foi usada uma fórmula que obedecia a muitos critérios, mas que tinham sido feitos esforços para assegurar que não haveria redução da dotação para a maior parte dos países. Informou que seria convocada uma reunião para racionalizar a dotação orçamental dos países, assim como a dimensão das Representações.

Segunda Parte : Orientações Regionais do Projecto de Orçamento-Programa para 2002-2003

36. O Dr. Sambo apresentou a Segunda Parte do Projecto de Orçamento-Programa, cujo objectivo é fornecer orientações regionais para a implementação do orçamento-programa estratégico (Primeira Parte). Acrescentou que o documento tinha tido em consideração as principais orientações da Estratégia Institucional da OMS, o contexto e os desafios da situação sanitária regional, e a necessidade da OMS de dar resposta às expectativas dos países da Região Africana.
37. Sublinhou a estrutura geral do documento, que inclui o seguinte: Resumo, Apresentação do Director Regional, Antecedentes, Quadros-Resumo do Orçamento e Áreas de Actividade no Escritório Regional, agrupadas de acordo com a respectiva estrutura de funcionamento, que tem 8 divisões.
38. Enumerou os elementos dos antecedentes para preparar as Orientações Regionais, designadamente: o 9º Programa Geral de Trabalho (1996-2001); o Quadro de Orientação do Escritório Regional para a Cooperação com os Estados-Membros da Região Africana; as reformas de âmbito alargado em toda a Organização, iniciadas em 1998 pela nova Directora-Geral; a Estratégia Institucional (que constitui o Programa Geral de Trabalho para o período de 2002-2005); a reorganização do Escritório Regional Africano, para corresponder às reformas e dar melhor resposta aos pedidos dos países; as prioridades regionais na área da saúde para 2000-2001, aprovadas pelo Comité Regional Africano, por ocasião da sua 49ª sessão; as onze prioridades mundiais para 2002-2003, propostas pela Directora-Geral e adoptadas pelo Conselho Executivo.

39. O Sr. B. Chandra, do Secretariado, completou a apresentação com as seguintes informações adicionais:
- a) do orçamento ordinário de 186. 472. 000 dólares americanos atribuídos à Região, 66.939.000 (cerca de 38%) e 119.533.000 (cerca de 62%) foram atribuídos, respectivamente, ao Escritório Regional/programas interpaíses e aos países;
 - b) do orçamento regional proveniente de "outras fontes" no valor de 253.140.000 dólares americanos, o Escritório Regional/programas interpaíses e os países receberam, respectivamente, 251.682.000 e 1.458.000 dólares americanos ;
 - c) não tinham sido incluídos no orçamento nenhuns acréscimos de custos, apesar de serem frequentes as variações de custos na Região;
 - d) se o Escritório Regional tivesse de voltar para Brazzaville, seriam necessários 15 milhões de dólares americanos adicionais para todo o biénio.
 - e) a Directora-Geral decidiu afectar 2% em vez de 3% à Região Africana.
40. O Dr. L. Sambo concluiu a sua apresentação exortando o Subcomité do Programa a analisar as "Orientações Regionais", com incidência no seguinte:
- a) orientações regionais específicas em questões de política, prioridades e afectação orçamental;
 - b) expectativas propostas e estratégia geral para cada Área de Actividade;
 - c) qualquer outro aspecto que pudesse ajudar a melhorar o processo de discussão, adopção e implementação do Orçamento-Programa da OMS para 2002-2003.
- Por outras palavras, convidou o Subcomité a fornecer orientações e recomendações para tornar o orçamento mais significativo para os países.
41. Os membros do Subcomité felicitaram o Secretariado por ter apresentado um documento tão claro e completo sobre o orçamento-programa.

-
42. Quiseram saber se os montantes eram apenas estimativas aproximadas e também por que é que alguns programas não beneficiaram de fundos extra-orçamentais.
 43. O problema da atribuição de apenas 2%, em vez de 3%, das poupanças mundiais à Região Africana foi levantado.
 44. Os membros do Subcomité perguntaram se o planeamento conjunto não podia ser feito com os países, tal como foi feito entre a sede e os escritórios regionais. Quiseram saber ainda qual o estado do pagamento das contribuições dos Estados-Membros à OMS.
 45. Sugeriu-se que as metas usadas nos vários documentos fossem sincronizadas e perguntou-se também se os países tinham a possibilidade de acrescentar as suas próprias prioridades.
 46. O Secretariado forneceu as seguintes respostas às questões levantadas pelos membros do Subcomité: nesta fase do processo de gestão da OMS, os valores fornecidos não poderiam ser mais pormenorizados; alguns programas não eram atraentes para os doadores, enquanto outros eram puramente programas da OMS que, normalmente, não requeriam financiamento extra-orçamental; a transferência de 3% esperada das outras Regiões foi limitada a 2% pela Directora-Geral, devido aos problemas específicos dessas regiões, mas o Director Regional espera 4% em 2004-2005; as implicações em termos de custos não permitiram até agora uma planificação conjunta com os países, embora tal fosse possível no futuro; as metas no documento são diferentes das metas noutros documentos, tal como o da política da saúde para todos, dado que têm diferentes horizontes; apesar do facto de que as prioridades dos países são tomadas na devida conta na definição das prioridades regionais, são as prioridades dos países que são tomadas em consideração a nível destes.

Programas de Desenvolvimento da Directora-Geral e dos Directores Regionais

47. O Dr. Sambo fez uma breve apresentação desta secção da Segunda Parte do projecto de orçamento-programa.

-
48. Informou que os dois aspectos da Área de Actividade do Director Regional eram cobrir as despesas relacionadas com a liderança e a implementação das resoluções dos órgãos directivos, bem como responder às necessidades não previstas e fornecer capital inicial para novas iniciativas.
 49. Sugeriu-se que o fundo de desenvolvimento do Director Regional não se deveria limitar apenas às visitas que faz aos países.
 50. O Director Regional explicou que os subsídios concedidos para apoiar iniciativas ou necessidades dos países não estavam limitados às suas visitas aos países e agradeceu aos Ministros por não fazerem pressão sobre ele nas questões relacionadas com os subsídios ou com o recrutamento.

Desenvolvimento e Gestão do Conjunto dos Programas

51. Esta secção do documento foi também apresentada brevemente pelo Dr. L. Sambo.
52. Realçou os aspectos das seguintes seis sub-componentes, assim como a dotação orçamental para cada uma delas: Preparação e resposta a situações de emergência; Dados factuais para a política de saúde; Política e promoção da investigação; Órgãos directivos; Mobilização de recursos e cooperação externa e parcerias; Reforma administrativa e orçamental.
53. Sobre esta parte do documento, os membros do Subcomité fizeram as seguintes observações:
 - a) o Escritório Regional deve garantir que todos os países se envolvam em actividades na área das situações de emergência e ajuda humanitária;
 - b) o montante reservado para as actividades na área das situações de emergência e ajuda humanitária foi considerado muito baixo, atendendo à magnitude dos problemas que existem na Região nesta área;

-
- c) o montante atribuído à política e promoção da investigação foi considerado demasiado baixo atendendo às necessidades, tendo-se recomendado que se angariassem fundos adicionais localmente, em especial junto do sector privado.
54. O Director Regional explicou que foi recentemente criada a unidade para as situações de emergência e ajuda humanitária no Escritório Regional, para apoiar os países na resolução de problemas relacionados com esta área. Acrescentou que, embora o Escritório Regional tivesse efectuado reuniões com todos os países, após as quais se esperava que esses países designassem pontos focais para a preparação e resposta a situações de emergência, alguns deles ainda o não fizeram. Por isso, apelou aos membros do Subcomité para que ajudassem a promover essa designação nos seus países. Declarou que os Representantes da OMS tinham recebido instruções para concederem algumas verbas para situações de emergência, tendo sido igualmente autorizados a reafectar verbas consagradas aos países, em concertação com as autoridades nacionais, no momento da ocorrência de situações de emergência.
55. Informou o Subcomité de que, apesar dos orçamentos especificamente atribuídos à investigação não serem muito significativos, todos os programas técnicos (ou Áreas de Actividade) possuem uma componente de investigação com dotação orçamental. Relembrou ao Subcomité que o problema de não se dar a devida importância ou prioridade à investigação passava-se mais a nível dos países onde não tinha sido desenvolvida uma cultura da investigação. Contudo, concordou que era necessário envolver o sector privado no financiamento da investigação, aos níveis regional e dos países.

Divisão da Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis

56. O Dr. A. Kaboré, do Secretariado, apresentou esta secção.
57. Afirmou que, para o biénio de 2002-2003, foram identificadas para a Divisão as seguintes sete Áreas de Actividade: vigilância e resposta às doenças transmissíveis; prevenção, erradicação e controlo das doenças transmissíveis; investigação e desenvolvimento de produtos para o combate às doenças transmissíveis;

paludismo; tuberculose; HIV/SIDA; vacinação e desenvolvimento de vacinas. Destas, três áreas receberão especial atenção, nomeadamente, HIV/SIDA, paludismo e tuberculose.

58. Foram elaborados os quadros de implementação da luta contra o HIV/SIDA e do projecto Fazer Recuar o Paludismo, sob a forma de documentos para apresentação à 50ª sessão do Comité Regional. O objectivo foi fornecer um instrumento aos países para acelerar a luta contra as doenças, assim como concentrar nestas prioridades os recursos orçamentais e extra-orçamentais, durante o biénio.
59. Uma característica proeminente do orçamento-programa para a luta contra as doenças transmissíveis é que este se centrou nos resultados, especificando o papel do Escritório Regional no desenvolvimento das capacidades nacionais no campo das doenças transmissíveis. O orçamento aconselha também vivamente a colaboração e a parceria com todos os intervenientes na área da saúde, devendo ser encarado como um complemento dos esforços dos países.
60. Para cada Área de Actividade, foram definidos os problemas e os desafios, os resultados esperados e os recursos necessários à implementação. O orçamento total atribuído a todas as Áreas de Actividade para este período, eleva-se a 7.999.000 dólares americanos.
61. Alguns membros do Subcomité exprimiram a sua preocupação no que se refere ao pequeno decréscimo no orçamento para a investigação e desenvolvimento de produtos para as doenças transmissíveis. Foi sugerido que se envidassem esforços para angariar fundos localmente, em África, para colmatar essa diferença.
62. Alguns membros do Subcomité foram de opinião que deveria ser mencionada no documento a recente reunião sobre paludismo, realizada em Abuja.
63. Sugeriu-se também que os países fossem exortados a reduzir os preços dos mosquiteiros e outros produtos essenciais para a prevenção do paludismo.
64. Os membros do Subcomité recomendaram vivamente que os países fossem instados a criar uma linha orçamental para o HIV/SIDA, de forma a provarem o seu empenhamento e vontade política de resolver este grave problema.

-
65. Seguiram-se alguns comentários sobre a aparente omissão neste documento da importância do desenvolvimento de vacinas.
 66. Os membros do Subcomité salientaram que, se por um lado as Jornadas Nacionais de Vacinação (JNV) foram um êxito, a vacinação de rotina foi esquecida, sendo, por isso, necessário pôr novamente a tónica nesta. A mobilização social deveria ser considerada uma estratégia-chave para implementar um programa de vacinação, uma vez que certos países estão relutantes em implementar actividades de vacinação por razões culturais.
 67. Os membros do Subcomité reafirmaram a necessidade de aumentar a vigilância das doenças, incluindo a vacinação obrigatória contra a febre amarela.
 68. O Director Regional informou o Subcomité de que : seriam procuradas verbas extra-orçamentais para medicamentos destinados às infecções oportunistas; a Cimeira de Abuja sobre o Paludismo seria reflectida na revisão do documento; as iniciativas africanas sobre o desenvolvimento de vacinas estavam a ser apoiadas pelo Escritório Regional; estava a ser resolvido o problema do declínio da vacinação de rotina; o Secretariado apoiava o pedido aos países para assinarem a convenção-quadro para a luta antitabágica; seriam envidados esforços para reforçar a vigilância da paralisia flácida aguda.
 69. Salientou a necessidade para os países de criarem uma linha orçamental para a luta contra o HIV/SIDA, atribuindo-lhe uma verba significativa, como forma de provar o seu empenhamento e vontade política na luta contra esta pandemia. Acrescentou ainda que seria enviado um memorando aos Representantes da OMS nos países, pedindo-lhes que obtivessem informações acerca da parte dos orçamentos nacionais que os países estavam a destinar ao HIV/SIDA.

Divisão da Prevenção e Controlo das Doenças Não-Transmissíveis

70. O Dr. Belhocine, do Secretariado, apresentou esta secção do projecto de orçamento-programa.
71. Salientou que a Divisão incluía as seguintes sete Áreas de Actividade : doenças não transmissíveis, tabaco, nutrição, higiene dos alimentos, promoção da saúde, prevenção das incapacidades e reabilitação, e ainda saúde mental e abuso de substâncias psicoactivas.

-
72. As principais questões e estratégias gerais para apoiar os países, foram assim delineadas:
- a) Doenças não transmissíveis : formular políticas e implementar programas para a prevenção e luta contra as doenças não transmissíveis de maior prevalência, usando abordagens multissectoriais globais e intervenções com boa relação custo-eficácia;
 - b) Tabaco :formular e implementar políticas globais para combater o tabaco, em sintonia com a convenção-quadro para a luta antitabágica;
 - c) Nutrição: plano nacional de acção sobre nutrição, alimentação dos lactentes, carências de micronutrientes e nutrição em situações de emergência;
 - d) Higiene dos alimentos: componente de higiene alimentar nos programas de desenvolvimento;
 - e) Promoção da saúde: consolidar as abordagens participativas e interactivas de promoção da saúde;
 - f) Prevenção das incapacidades e reabilitação: reabilitação de base comunitária, minas terrestres e cegueira;
 - g) Saúde mental : integração dos programas de saúde mental em actividades de cuidados primários de saúde e de base comunitária.
73. O Dr. Belhocine acrescentou ainda que o orçamento total atribuído à implementação das actividades dos programas da Divisão era de 6.058.000 dólares americanos.
74. O Subcomité sublinhou a necessidade de se reforçar a sensibilização para os riscos que o consumo de tabaco implica para a saúde, bem como de se encorajar os países africanos a assinarem a Convenção-Quadro para a luta antitabágica.

-
75. Foi sugerido que deveriam também ser contemplados no documento outros agentes narcóticos usados na Região e que a questão do HIV/SIDA e da amamentação, em relação com a Iniciativa "Hospitais Amigos dos Bebés", também fosse incluída.
 76. Foi expressa preocupação acerca da qualidade dos alimentos consumidos pelo público em geral, tendo sido sublinhada a necessidade de incluir esta questão na área de actividade "Higiene dos alimentos". Para além disso, deveria fazer-se referência às doenças de origem hídrica.
 77. Foi sugerido que o resultado da reunião sobre promoção da saúde, realizada no México, em Junho de 2000, fosse mencionado no relatório.
 78. Os membros do Subcomité observaram que o montante orçamentado para a prevenção das incapacidades e reabilitação era demasiado baixo, comparativamente com as necessidades.
 79. Foi sublinhada a necessidade de se formar e contratar mais fisioterapeutas para trabalhar a nível das comunidades.
 80. O Director Regional fez notar que alguns países ocidentais, que inicialmente não tinham mostrado interesse pelo problema do tabaco, estavam actualmente a fazê-lo. Salientou, no entanto, que a questão do tabaco constituía um dilema para certos países da Região, em particular para aqueles que retiram uma parte substancial das suas divisas externas do tabaco. Sublinhou a necessidade de se dispor de dados factuais sobre os benefícios da exportação do tabaco, em comparação com o seu impacto negativo sobre a saúde da população de um país, de forma a levar os governos a adoptar medidas inovadoras para resolver o problema.
 81. Informou ainda o Subcomité de que, segundo o relatório que recebera, muitos dos ministros que assistiram à reunião sobre promoção da saúde no México acharam que as discussões da reunião não eram relevantes para a África. Por essa razão, seria futuramente organizada uma reunião regional sobre o mesmo assunto.

-
82. O Director Regional concordou com a sugestão de que os jovens fossem directamente envolvidos no processo de desenvolvimento, em vez de serem encarados como simples beneficiários do processo. Concordou ainda com a observação de que havia necessidade de formar e contratar mais fisioterapeutas.

Divisão da Saúde Familiar e Reprodutiva

83. O Dr. B. Nasah, do Secretariado, apresentou esta secção.
84. Enumerou as seguintes Áreas de Actividade da Divisão: saúde das crianças e adolescentes; investigação e desenvolvimento de produtos para a saúde reprodutiva; tornar a gravidez mais segura; saúde e desenvolvimento das mulheres. Referiu ainda a estratégia geral e os resultados esperados, bem como a dotação orçamental para cada Área de Actividade.
85. Afirmou que a OMS apoiaria os países na concepção e aplicação na prática de estratégias nacionais baseadas na estratégia regional de saúde reprodutiva, com vista à redução acelerada da mortalidade materna. Além disso, seriam reforçadas as capacidades dos países para tornar a maternidade mais segura, graças à divulgação das informações necessárias, a um ambiente favorável e aos serviços de saúde.
86. Fez notar que a criação de parcerias era da máxima importância para resolver os problemas de saúde reprodutiva. Foi solicitado aos Estados-Membros que criassem enquadramentos jurídicos e sociais propícios e que elaborassem planos e políticas que, em última análise, reduzissem a discriminação das mulheres e melhorassem a sua condição social e sanitária ao longo das suas vidas.
87. Alguns membros do Subcomité sugeriram que os jovens, em vez de serem encarados como meros recipientes, fossem envolvidos no processo dos cuidados de saúde.
88. Foram pedidos esclarecimentos quanto ao facto de a saúde das crianças e adolescentes estar contemplada em duas Divisões, nomeadamente a de Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis e a da Saúde Familiar e Reprodutiva.
89. Alguns membros quiseram saber por que motivo a questão das elevadas taxas de fertilidade não era abordada no documento.

-
90. O Director Regional esclareceu que, embora pudesse existir uma certa sobreposição entre algumas Divisões, o Director da Gestão do Programa continuava a assegurar que essa sobreposição fosse traduzida em complementaridade em vez de concorrência.
 91. Quanto ao problema do controlo demográfico ou da redução da fertilidade na Região, o Director Regional concordou que, embora essa fosse uma questão pertinente, o problema da África tinha mais a ver com a taxa de crescimento económico face à taxa de crescimento demográfico do que com o tamanho da população em termos numéricos. Acrescentou que as projecções demográficas para a África eram questionáveis, especialmente dado o impacto do HIV/SIDA sobre as populações da Região.

Divisão de Ambientes Saudáveis e Desenvolvimento Sustentável

92. A Sra. E. Anikpo, do Secretariado, apresentou esta secção do projecto de orçamento-programa.
93. Informou que esta Divisão abrangia duas Áreas de Actividade, a saber: Desenvolvimento Sustentável e Saúde e Ambiente. A primeira área de actividade tem dois campos de acção principais: a redução da pobreza, sobretudo por meio da saúde, e uma abordagem de longo prazo para o desenvolvimento sustentável.
94. A segunda Área de Actividade trata de aspectos relacionados com o ambiente e a saúde, com as seguintes prioridades: água e saneamento; avaliação dos riscos ambientais; saúde ocupacional; cidades saudáveis.
95. Descreveu seguidamente a estratégia geral, os resultados esperados e as verbas afectadas a cada Área de Actividade.
96. Alguns membros do Subcomité recordaram ao Secretariado que o PNUD e o PNUE tinham vantagem comparada nas áreas da redução da pobreza e do ambiente. Sugeriram que se devia abordar o problema dos cuidados aos idosos e que o controlo da poluição, no que respeita ao lixo tanto doméstico como industrial, devia ser alvo de maior importância.
97. O Director Regional esclareceu que, embora o PNUD e o PNUE possam ter vantagem comparada quanto aos aspectos relacionados com o ambiente, ambas as organizações estavam mais viradas para os aspectos do desenvolvimento, do que para os da saúde. Além disso, ao apoiarem os esforços dos países orientados

para o desenvolvimento, as organizações internacionais muitas vezes não têm em conta o impacto negativo das suas actividades sobre a saúde. Por esse motivo, entre outros, a OMS tem um importante papel a desempenhar nessa área.

98. Concordou que o controlo da poluição era importante, sendo necessário tomar medidas para acabar com o depósito de lixo tóxico em países africanos.

Divisão do Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde

99. O Dr. Chatora, do Secretariado, apresentou esta secção.
100. Referiu que esta Divisão abrangia três Áreas de Actividade, a saber: medicamentos essenciais e política farmacêutica; segurança do sangue e tecnologias clínicas; organização dos serviços de saúde.
101. Fez notar que o contexto no qual se desenvolverá a Área de Actividade relacionada com os medicamentos essenciais e a política farmacêutica caracteriza-se por: acesso limitado aos medicamentos que salvam vidas; necessidade de maior acesso aos medicamentos para as doenças prioritárias, como o paludismo; agravamento da situação no respeitante ao HIV/SIDA, tuberculose, etc.. O contexto para a segurança do sangue e as tecnologias clínicas surge das necessidades expressas pelos países quanto à melhoria da qualidade dos cuidados e à gestão da qualidade, serviços fiáveis de diagnóstico e segurança do sangue. O contexto para a organização dos serviços de saúde deriva da política de saúde para todos no Século XXI, bem como do facto de o desenvolvimento dos serviços de saúde ter sido negativamente influenciado por diversos factores.
102. O Dr. Chatora referiu seguidamente as prioridades, os resultados esperados e as dotações orçamentais para cada Área de Actividade.
103. Alguns membros do Subcomité exprimiram a opinião de que o documento devia mencionar o problema dos medicamentos falsificados e ilícitos, e da venda ilegal de medicamentos. Também a questão da garantia da qualidade dos medicamentos e preservativos deveria ser abordada.
104. Foi sugerido que a gestão do acesso aos medicamentos abrangesse todos os medicamentos essenciais e que se tivesse em conta a produção local em África, especialmente numa base sub-regional.

-
105. Referiu-se a falta de tecnologias e a necessidade de reforçar o aumento da importação, o uso e a manutenção adequada de tecnologias clínicas.
 106. O Director Regional sublinhou a necessidade de se combater a venda ilegal de medicamentos, bem como a importação de medicamentos falsificados. Acrescentou que o Escritório Regional estava a dar o seu máximo no campo do controlo da qualidade dos medicamentos, apoiando alguns laboratórios nacionais de hematologia; contudo, o problema residia no facto de as instalações disponíveis em certos países serem só usadas por esses países e nem sequer pelos vizinhos.
 107. Concordou que os países da Região teriam necessidade de abordar mais seriamente a questão da produção local de medicamentos. Relembrou ao Subcomité que a questão tinha sido levantada pela primeira vez durante a 45ª sessão do Comité Regional em Libreville, no Gabão. Foi sublinhada a necessidade de se produzir medicamentos numa base sub-regional, atendendo à necessidade de fazer algumas economias de escala.

Divisão da Administração e Finanças

108. O Sr. B. Chandra, do Secretariado, apresentou esta secção.
109. Indicou que a Divisão da Administração e Finanças tinha as seguintes quatro Áreas de Actividade: gestão e difusão da informação sanitária; recursos humanos; gestão financeira; serviços de informática e infra-estruturas. Mencionou, em seguida, a estratégia geral, os resultados esperados e a dotação orçamental para cada Área de Actividade.
110. Os membros do Subcomité consideraram que a questão das contribuições em atraso dos Estados-Membros deveria constar do Resumo do documento, a fim de chamar a atenção dos Ministros para este grave problema.
111. Nas suas observações gerais ao projecto de orçamento-programa, o Director Regional indicou que o Escritório Regional dispunha de funcionários dedicados, leais, trabalhadores e que agem com transparência, o que contribui para que o trabalho do Escritório Regional avance bem. O método de recrutamento de novos funcionários, bem como os encorajamentos providenciados aos funcionários recrutados muito antes, tinham contribuído para isso.

-
112. Sublinhou que a forma transparente e responsável segundo a qual as verbas regionais são utilizadas contribuiu para o positivo relatório de auditoria às finanças da Região pela primeira vez em muitos anos, bem como para o aumento do financiamento extra-orçamental de 36 milhões para 244 milhões de dólares americanos, em seis anos. Apelou aos membros do Subcomité para que não poupassem esforços no sentido de assegurar a transparência e a responsabilidade no uso dos recursos financeiros, a nível dos países.
 113. Apelou igualmente aos membros do Subcomité para que explicassem aos países que não estavam familiarizados com o sistema de controlo financeiro do Escritório Regional Africano, que considerassem esse sistema como essencial para garantir a transparência e a responsabilidade na gestão das verbas e não como indevidos nós de estrangulamento burocráticos ou sinais de sovinice da parte do Escritório Regional.
 114. O Director Regional concordou que era necessário que os Estados-Membros pagassem as suas contribuições em atraso, tendo acrescentado que esta questão delicada já tinha sido levantada numerosas vezes. Assinalou que a lista dos países em questão poderia ser posta à disposição do Subcomité como solicitado por alguns dos seus membros, e que caberia ao Subcomité decidir a melhor forma de usar a informação para incentivar o pagamento das contribuições em atraso.
 115. Concluiu expressando a sua gratidão ao governo e ao povo da República do Zimbabué, por não só terem aceite acolher o Escritório Regional após a sua evacuação de Brazzaville, em 1997, mas também pelos crescentes esforços que têm envidado para acomodar confortavelmente o pessoal, apesar do número deste ter passado de 240 no início para os actuais 350. Exortou os membros do Subcomité a transmitir as suas observações ao Comité Regional e convidou-os a visitar o Edifício Principal e as novas instalações postas à disposição do Escritório Regional, em Highlands, Harare.
 116. O Subcomité preparou um projecto de resolução a apresentar ao Comité Regional, para análise e aprovação.

**PROMOÇÃO DO PAPEL DA MEDICINA TRADICIONAL NOS
SISTEMAS DE SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA
(documento AFR/RC50/9)**

117. O Dr. Chatora, do Secretariado, apresentou este documento.
118. Explicou sucintamente o processo de elaboração do documento, tendo enumerado em seguida os seus vários capítulos.
119. Afirmou que, tendo reconhecido a importância e as potencialidades da medicina tradicional, e considerando que 80% da população que vive nas zonas rurais dos países em desenvolvimento dependem da medicina tradicional para os seus cuidados primários de saúde, a 49ª sessão do Comité Regional convidou o Escritório Regional Africano da OMS a formular uma estratégia regional global para a medicina tradicional.
120. O documento estratégico apresentava uma análise da situação da medicina tradicional na Região, a qual revelava que muitos países ainda teriam de conceber e implementar políticas nacionais de medicina tradicional como parte das suas políticas nacionais de saúde, promulgar leis e criar estruturas organizacionais e códigos de ética para a prática da medicina tradicional.
121. Observou que os quatro princípios nos quais a estratégia se apoiava eram a advocacia, o reconhecimento da importância da medicina tradicional por parte dos governos, a institucionalização da medicina tradicional e as parcerias. As intervenções prioritárias propostas incluíam a formulação de políticas, o reforço das capacidades, a promoção da investigação e o desenvolvimento da produção local.
122. Finalmente, fez notar que a estratégia identificava, como principais determinantes do sucesso da sua implementação: o empenhamento político, a liderança da estratégia, a concepção de estratégias específicas para cada país, a mobilização e uso judicioso dos recursos disponíveis, a utilização dos resultados da investigação na tomada de decisões, uma parceria eficaz e o estabelecimento de órgãos de gestão.

-
123. O Subcomité do Programa foi convidado a analisar o documento e a dar orientações que facilitassem a sua adopção, para implementação.
124. Os membros do Subcomité congratularam o Secretariado por ter dado à medicina tradicional um lugar de destaque, tendo exprimido a sua gratidão ao Director Regional e à sua equipa pela clareza, qualidade e coerência do documento.
125. Os membros do Subcomité levantaram em seguida um certo número de questões, designadamente:
- a) seria necessário clarificar melhor o conceito de integração, por haver diversos entendimentos quanto ao seu significado;
 - b) a formação deveria ser bi-direccional, dado que há muito a aprender com os praticantes da medicina tradicional; deveria promover-se uma aliança entre os praticantes da medicina moderna e da tradicional;
 - c) seria necessário que os praticantes da medicina moderna reconhecessem e respeitassem a medicina tradicional;
 - d) alguns países da Região tiveram experiências positivas com a medicina tradicional, a formação de associações e um certo nível de regulamentação, pelo que a OMS deveria facilitar a colaboração interpaíses e a partilha de informações;
 - e) seria necessário criar instituições de formação para os praticantes da medicina tradicional, à semelhança da China e do Japão; essa formação poderia ser ministrada por praticantes da medicina tradicional habilitados e competentes;
 - f) seria necessário proteger os direitos de propriedade dos praticantes da medicina tradicional;
 - g) seria necessário abordar o problema do desaparecimento de plantas medicinais, bem como de práticas tradicionais;

-
- h) seria necessário associar a desmistificação da medicina tradicional com a difusão de informações aos seus clientes;
 - i) para uma integração bem sucedida, seria necessário separar os praticantes competentes da medicina tradicional dos impostores (charlatães);
 - j) seria necessário clarificar a terminologia (especialmente na versão francesa) entre "pharmacopée traditionnelle" e "médecine traditionnelle";
 - k) seria necessário comprovar, por meio da investigação, a eficácia das ervas medicinais;
 - l) seria necessário advogar a aceitação mútua da medicina tradicional;
 - m) foi reconhecido o papel das parteiras tradicionais e a necessidade de empreender a sua formação, para tornar as suas práticas mais higiénicas e mais seguras;
 - n) sendo muito grande a fé que as populações têm nos praticantes da medicina tradicional que as servem, seria necessário ter esse aspecto na devida conta, em tudo que se procure fazer quanto à medicina tradicional.

126. Além disso, os membros do Subcomité propuseram as seguintes alterações ou adições em diversas partes do documento:

- a) no parágrafo 4, encontrar um vocábulo melhor para substituir "delicada" e acrescentar "proteger os direitos de propriedade das populações autóctones que detêm materiais ou substâncias";
- b) na Análise da situação (parágrafos 6 a 10), acrescentar um parágrafo onde se abordem certos aspectos da situação actual que faltam no documento;
- c) no parágrafo 12, acrescentar, como objectivo (e), "promover o cultivo e a conservação das plantas medicinais";
- d) no parágrafo 14, sublinhar o problema dos impostores (charlatães);

-
- e) no parágrafo 16, primeira frase, após "colaborar" acrescentar "promover contactos", acrescentando também "O Ministério da Saúde deveria ainda fomentar uma colaboração eficaz entre os praticantes tradicionais e convencionais";
- f) no parágrafo 31, acrescentar um novo factor: "garantia de não exploração", antes de "utilização dos resultados da investigação...".
127. O Secretariado agradeceu ao Subcomité os comentários e sugestões, de que tomou devida nota.
128. O Secretariado referiu igualmente a necessidade de documentar tudo o que se tem aprendido com as parteiras tradicionais, sob a forma de "melhores práticas".
129. O Director Regional reconheceu e sublinhou o facto de a medicina tradicional ter existido em África desde sempre, afirmando que ela continuaria a ser uma importante fonte de cuidados de saúde no continente. Foi nesse contexto que se realizou no ano em curso, em Harare, um encontro interpaíses de praticantes da medicina tradicional, para partilha de ideias e experiências.
130. Sugeriu a necessidade de se encorajar diversas categorias de praticantes da medicina tradicional a formar associações, para facilitar a regulamentação da classe.
131. Informou o Subcomité de que a formação das parteiras tradicionais em técnicas de assepsia e higiene estava em curso, numa iniciativa conjunta da OMS e da UNICEF.
132. Concluiu, afirmando que a medicina tradicional era uma das maiores riquezas da África, cujo uso deveria ser optimizado.
133. O Subcomité preparou um projecto de resolução a apresentar ao Comité Regional, para análise e aprovação.

COMBATE ÀS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA (documento AFR/RC50/10)

134. O Dr. M. Belhocine, do Secretariado, apresentou este documento.

-
135. Afirmou que o documento apresentava uma projecção das tendências da mortalidade e morbilidade nos próximos 20 anos e realçava o facto de que, nesse período, o fardo da morbilidade e mortalidade por doenças não-transmissíveis seria no mínimo igual, se não superior, ao fardo por doenças transmissíveis.
136. Assinalou que o documento continha uma análise das doenças não-transmissíveis numa abordagem sistemática, que tinha em conta o impacto do envelhecimento da população, as alterações nos estilos de vida e a actual inadequação dos serviços de saúde da maioria dos Estados-Membros para lidar com as doenças não-transmissíveis.
137. Referiu a necessidade de expandir a base de dados factuais a nível dos países, para que a estratégia pudesse ser usada como instrumento de advocacia e também de desenvolvimento dos recursos humanos e dos sistemas de informação. Sublinhou os dois seguintes princípios básicos :
- a) uma estratégia sectorial geral e integrada, em articulação com os processos em curso, por exemplo, a reforma do sector da saúde, os sistemas de informação, os sistemas de vigilância, etc.;
 - b) a necessidade de recorrer a uma abordagem multisectorial na promoção de estilos de vida saudáveis.
138. Acrescentou que o quadro de implementação identificava algumas abordagens que facilitariam a adopção e apropriação da estratégia por parte dos países, tendo em conta os seus contextos específicos. Referiu que era recomendada uma abordagem de base comunitária para a promoção e prevenção, para além da participação de todos os parceiros na área do desenvolvimento.
139. Concluiu, frisando de novo o duplo fardo da morbilidade na Região Africana e exortou os países e a OMS a providenciar uma resposta adequada, para fazer face a este problema.
140. O Subcomité louvou a qualidade e clareza do documento, tendo felicitado o Director Regional e a sua equipa pelo bom trabalho realizado.

-
141. Os membros do Subcomité manifestaram o seu acordo no que respeita à oportunidade da apresentação desta estratégia pelo Escritório Regional Africano da OMS, que vinha colmatar uma lacuna já sentida em alguns países, em resultado da emergência de doenças não-transmissíveis, especialmente a diabetes e a hipertensão, e dos factores de risco a elas associados (consumo de tabaco e álcool, obesidade e estilos de vida sedentários), quase a assumir proporções epidémicas.
142. Discutiram longamente os vários factores de risco, que alimentam a epidemia de doenças não-transmissíveis emergente na Região e referiram os seguintes factores, não mencionados no documento mas igualmente importantes:
- a) Manuseamento de várias substâncias químicas, tanto industriais como agrícolas, face à inexistência de medidas protectoras adequadas para os seus manuseadores;
 - b) Inundação da Região com automóveis de baixo custo que não respeitam as rígidas normas do Norte em matéria de poluição;
 - c) A violência contra as mulheres, que pode causar doenças não-transmissíveis, como a hipertensão;
 - d) O não envolvimento dos profissionais de saúde nas Comissões para os Acidentes de Viação;
 - e) O prolongado tratamento de algumas doenças não-transmissíveis e o problema da falta de adesão dos pacientes à terapêutica;
 - f) A importação de produtos alimentares sem meios adequados de controlo da respectiva qualidade.
143. Foi sublinhada a importância de se usarem dados para advocacia, tendo sido solicitado ao Escritório Regional da OMS que recolhesse dados adequados para informação quer das autoridades nacionais, quer dos profissionais dos meios de comunicação públicos, que são fundamentais na educação das populações.
144. Os membros do Subcomité exprimiram ainda as seguintes preocupações e problemas:

-
- a) a ameaça de uma transição epidemiológica em muitos Estados-Membros e a necessidade de se ser pró-activo;
 - b) os níveis crescentes de poluição (química, industrial e do trânsito) e os seus efeitos na saúde humana;
 - c) a necessidade de os Ministérios da Saúde criarem departamentos ou unidades encarregues das doenças não-transmissíveis, apoiando-os com os recursos necessários;
 - d) a necessidade de se dispor de dados sobre as doenças não-transmissíveis, como base para campanhas de informação e educação, e de mensagens de promoção da saúde;
 - e) a necessidade de a África proclamar e cumprir uma década de combate ao tabaco, dando atenção especial aos jovens;
 - f) o importante papel da comunicação social para despertar as consciências e para incentivar a adesão à terapêutica para as doenças crónicas;
 - g) a inadequada capacidade para monitorizar os níveis e os efeitos dos aditivos nos alimentos importados.

145. Foram propostas as seguintes alterações ou adições ao documento:

- a) O parágrafo 20 deveria incluir o seguinte, a seguir à palavra "populações": "e tomando medidas adequadas de intervenção, por exemplo, o aconselhamento genético";
- b) No parágrafo 21, acrescentar "melhorando a capacidade das unidades de saúde para tratarem as doenças não transmissíveis";
- c) O parágrafo 26 deveria ter a seguinte redacção: "as populações pobres e marginalizadas são mais negativamente afectadas...".

146. O Secretariado agradeceu os comentários e sugestões do Subcomité, assegurando aos seus membros que havia tomado boa nota de todos e que os incluiria no documento.

-
147. O Director Regional, Dr. Ebrahim Samba, associou-se às preocupações manifestadas e reafirmou aos membros do Subcomité o empenhamento do Escritório Regional na abordagem destas questões, já que as doenças não-transmissíveis suscitavam muitos problemas de saúde e os países ainda não lhes tinham dado a prioridade adequada. Declarou que as doenças relacionadas com o tabaco e as respectivas consequências eram de longe mais importantes do que as receitas amealhadas pelos países. Finalmente, lembrou aos membros a necessidade de se encarar com seriedade o problema das doenças não-transmissíveis.
148. O Subcomité preparou um projecto de resolução a apresentar ao Comité Regional, para análise e aprovação.

ESTRATÉGIA ANTI-HIV/SIDA NA REGIÃO AFRICANA: QUADRO DE IMPLEMENTAÇÃO (documento AFR/RC50/11)

149. O Dr. A. Kaboré, do Secretariado, apresentou este documento.
150. Explicou a estrutura do documento e descreveu sucintamente as várias secções.
151. Recordou, a seguir, que a Resolução AFR/RC46/8, sobre a estratégia regional de luta contra o HIV/SIDA, adoptada em 1996, reafirmava o importante papel do sector da saúde em qualquer resposta nacional multisectorial à epidemia de HIV/SIDA. A situação do HIV/SIDA continuou a deteriorar-se, até ao ponto de se encontrarem em África 24,5 milhões dos 34 milhões de pessoas infectadas. A SIDA é a principal causa de morte e a esperança de vida foi reduzida para 35 anos nos países mais gravemente afectados.
152. O Dr. Kaboré referiu que o quadro proposto proporcionava aos Estados-Membros orientações sobre como acelerarem a implementação de estratégia regional de luta contra o HIV/SIDA, cujas principais áreas de intervenção são: advocacia, vigilância epidemiológica, cuidados e aconselhamento, segurança do sangue, prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis, e promoção da saúde dos jovens, mulheres e outros grupos vulneráveis.
153. Fez notar que os princípios orientadores do quadro de implementação incluíam a liderança da implementação, o reforço das capacidades nacionais, a garantia da sustentabilidade, a promoção da equidade e solidariedade na prestação de serviços, a integração a nível operacional e a parceria entre os intervenientes.

154. Além das principais áreas de intervenção da estratégia regional, as intervenções propostas incluem: melhoria do acesso aos medicamentos para o HIV/SIDA e as infecções oportunistas, prevenção da transmissão mãe-filho do HIV, melhoria do acesso ao aconselhamento e teste voluntários, e reforço dos sistemas de saúde, como meio de prestação das intervenções.
155. O Dr. Kaboré referiu que os países providenciariam liderança e assegurariam a concretização do seu empenhamento político numa maior dotação de recursos e no alargamento da base de actividades. Por seu turno, a OMS contribuiria com apoio técnico, auxiliando na mobilização de recursos e na documentação e divulgação das melhores práticas, no âmbito da acção alargada do sistema das Nações Unidas e da Parceria Internacional contra o HIV/SIDA em África.
156. Indicou que o documento não reflectia os novos dados obtidos na recente reunião efectuada em Durban, África do Sul.
157. O Subcomité do Programa foi convidado a analisar o documento e a dar as orientações necessárias para a sua adopção e implementação acelerada.
158. Os membros do Subcomité do Programa felicitaram o Director Regional e a sua equipa pela qualidade do documento.
159. Sublinharam a gravidade da situação do HIV na Região e o seu impacto negativo sobre o desenvolvimento, uma vez que as pessoas mais afectadas pertenciam ao grupo etário economicamente activo. Fizeram notar que alguns países tinham caído num estado de desespero e apatia, pelo que o documento deveria estimular os dirigentes a renovarem o seu empenho numa resposta intensificada. Isso significaria ultrapassar as atitudes de negação e de crítica que caracterizaram, no passado, a reacção de muitos países, e dar provas de empenhamento político e de abertura de espírito no combate à epidemia.
160. Foi acentuada a importância da prevenção primária, a qual deveria incluir o reforço da consciencialização do público, a alteração dos padrões morais e o encorajamento da abstinência, adiamento da iniciação sexual e a fidelidade no seio das relações matrimoniais. Foi proposta a restauração das tradições africanas que controlavam os comportamentos sexuais.

-
161. Às intervenções normalizadas propostas deveriam adicionar-se soluções e respostas africanas, inovadoras e locais. Os comportamentos das sociedades que souberam controlar a expansão da SIDA deviam ser estudados, incorporando-se nas estratégias aspectos como a prevenção do uso/abuso do álcool.
 162. Foi referida a importância do acesso aos cuidados e aos medicamentos. Deveria dar-se mais ênfase aos cuidados domiciliários, incluindo a garantia da necessária qualidade desses cuidados. Seria necessário reforçar o apoio aos profissionais dos cuidados de saúde e aos conselheiros e prestadores de cuidados familiares, sobre quem recai o mais pesado fardo físico e emocional.
 163. Foi realçado o papel e o fardo suportado pelas mulheres na prestação de cuidados. O Comité Regional deveria dar continuidade às conclusões da 53^a Assembleia Mundial da Saúde quanto à redução dos preços dos medicamentos anti-retrovirais, sondando o sentimento e as opiniões gerais dos ministros da saúde em relação a estes medicamentos.
 164. Foi sublinhada a necessidade de se abordar a prevenção e tratamento do HIV nos países afectados por conflitos e situações complexas de emergência.
 165. Foi reconhecida a necessidade de se actualizar os dados sobre o HIV/SIDA - os países da África Subsariana são responsáveis por 24,5 milhões (71%) do total mundial estimado de 34,3 milhões de adultos e crianças que viviam com HIV/SIDA, em finais de 1999.
 166. A declaração do HIV/SIDA como catástrofe nacional a exigir uma resposta acelerada em alguns países foi considerada insuficiente. Esses países necessitavam de declarar um estado de emergência e organizar uma resposta à medida dessa declaração. O documento devia sugerir o que fazer no quadro da programação da situação de emergência.
 167. O Subcomité do Programa sugeriu que as intervenções apontadas na estratégia incluíssem:
 - a) a produção de medicamentos essenciais a custos mais reduzidos;

-
- b) a realização de investigação biomédica de base por cientistas africanos, incidindo no desenvolvimento e experimentação de vacinas e medicamentos, o que garantiria à Região o controlo e os benefícios dessa investigação;
 - c) a prestação de serviços para estabelecimento de redes e aconselhamento de grupos, dado que o aconselhamento individual era difícil em locais com poucos recursos.
168. Sugeriu-se que o título “Intervenções prioritárias com boa relação custo-eficácia” fosse mudado para “Intervenções prioritárias”, dado que algumas das intervenções importantes enumeradas (prevenção da transmissão mãe-filho, teste e aconselhamento voluntários, e informação, comunicação e educação) eram relativamente dispendiosas.
169. Referiu-se a necessidade de formular uma nova visão no que respeita ao papel da OMS, dando ênfase à liderança, acesso a recursos e apoio eficaz às acções dos países. O acesso da OMS a verbas no âmbito do programa ONUSIDA deveria ser reexaminado cuidadosamente. Além disso, os grupos temáticos deveriam ser mencionados mais explicitamente como Grupos Temáticos das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA.
170. O Director Regional agradeceu aos membros do Subcomité os seus comentários que melhoraram o documento e garantiu-lhes que todos seriam incorporados no mesmo.
171. Destacou as seguintes seis áreas de intervenção definidas na sequência da XIII Conferência Internacional sobre HIV/SIDA, realizada em Durban, na África do Sul, em Julho de 2000:
- a) tratar do problema da negação;
 - b) prevenção, incluindo ênfase na abstinência e fidelidade, e no uso de preservativo;
 - c) tratamento das infecções sexualmente transmissíveis;

-
- d) segurança do sangue;
 - e) cuidados e tratamento das infecções oportunistas, incluindo o estabelecimento e o fornecimento de "Kits" para cuidados domiciliários;
 - f) melhoria da acessibilidade económica e física dos medicamentos anti-retrovirais. As outras intervenções a ter em conta são a investigação em vacinas e a prevenção da transmissão mãe-filho, devendo igualmente ser dada atenção acrescida aos prestadores de cuidados.
172. O Director Regional realçou a importância dos ministros de reexaminarem e propiciarem orientações claras sobre o papel que a OMS deveria desempenhar, tal como sugerido pelo Subcomité.
173. O Director da Divisão da Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis agradeceu aos membros do Subcomité os seus valiosos contributos, tendo sublinhado a importância das respostas do Director Regional, em particular no que respeita à ênfase na prevenção. Acrescentou que na base da nova informação disponibilizada sobre a conferência de Durban, os parágrafos 19, 23, 26 e 27 do documento seriam actualizados.
174. O Subcomité preparou um projecto de resolução a apresentar ao Comité Regional, para análise e aprovação.

**INICIATIVA "FAZER RECUAR O PALUDISMO" NA REGIÃO
AFRICANA: QUADRO DE IMPLEMENTAÇÃO** (documento AFR/RC50/12)

175. O Dr. Kaboré, do Secretariado, apresentou este documento.
176. Relembrou aos membros do Subcomité que o paludismo continua a ser uma doença de significativa importância em termos de saúde pública, na Região Africana da OMS. Todos os anos, ocorrem 270-480 milhões de casos de paludismo, com mais de um milhão de óbitos, 80% dos quais em crianças menores de cinco anos. As perdas anuais devidas ao paludismo representam 12 mil milhões de dólares americanos e, por vezes, as famílias gastam até 25% do seu rendimento mensal em tratamento e prevenção desta doença.

-
177. Sublinhou que Fazer Recuar o Paludismo era um projecto que tinha sido lançado pela Directora-Geral da OMS em Julho de 1998, com o objectivo de controlar o paludismo na Região Africana, a fim de contribuir para o seu desenvolvimento sanitário e sócio-económico em geral.
178. O Dr. Kaboré enumerou em seguida as diferentes secções do documento, tendo-as descrito sucintamente.
179. As estratégias de implementação do projecto Fazer Recuar o Paludismo assentam no seguinte:
- a) Estabelecimento e reforço de parcerias;
 - b) Melhoria da cobertura de intervenções técnicas com boa relação custo-eficácia;
 - c) Contributo para a reforma do sector da saúde;
 - d) Reforço dos sistemas de informação sanitária e da investigação;
 - e) Reforço da participação comunitária;
 - f) Integração das actividades de combate ao paludismo nos cuidados primários de saúde.
180. Declarou que haveria quatro fases de implementação, designadamente:
- a) Fase de introdução: 2000-2005
 - b) Fase de implementação e expansão: 2006-2015
 - c) Fase de consolidação: 2016-2025
 - d) Fase de manutenção: 2026-2030.

-
181. Fez notar que no documento era proposto um quadro de orientação do processo de implementação do projecto Fazer Recuar o Paludismo na Região, incluindo o papel dos países, OMS e parceiros.
182. Concluiu, assinalando que havia uma omissão no parágrafo 8 do documento, sendo por isso necessário acrescentar uma nova alínea (b) com a seguinte redacção "melhorar a acessibilidade e a qualidade dos cuidados a nível das unidades de saúde".
183. Os membros do Subcomité do Programa expressaram o seu apreço pelo documento e levantaram questões no que respeita ao seguinte:
- a) o custo e a acessibilidade de materiais impregnados de insecticida;
 - b) a necessidade de tratar mais, no documento, das questões de política farmacêutica, investigação e acessibilidade económica de medicamentos alternativos, em virtude da crescente resistência aos medicamentos em todo o continente;
 - c) os crescentes custos do combate aos vectores (por exemplo, pulverização);
 - d) a constatação de que um combate eficaz ao paludismo necessita de uma abordagem multisectorial, devendo os ministros da saúde ser pró-activos, contactando outros ministros para identificar o respectivo papel no combate ao paludismo;
 - e) a assunção no documento de que a maioria dos países em África têm sistemas de saúde comparáveis não é provavelmente plausível, e por isso as metas baseadas nessa assunção podem não ser realistas. Consequentemente, se os materiais impregnados de insecticida tiverem de ser providenciados por meio do sistema de saúde, o quadro de implementação de Fazer Recuar o Paludismo deve tomar consideração essas diferenças, bem como as questões de disponibilidade, acessibilidade económica e aceitabilidade social e cultural;
 - f) os resultados da Cimeira de Abuja na Nigéria, que não foram incluídos no documento;

-
- g) seria necessário estabelecer mecanismos para tratar do lixo doméstico, em particular nas cidades.

184. Além disso, os membros do Subcomité recomendaram as seguintes alterações ou adições no documento:

- a) os parágrafos 1 e 5 do Resumo devem ser reformulados e a frase "grupos populacionais marginalizados" deve ser acrescentada no parágrafo 4;
- b) rever o parágrafo 4 do documento e acrescentar "do trabalho e da escola", na quarta frase;
- c) incluir "paludismo em populações de refugiados" no parágrafo 5;
- d) mudar "ITNs" para "ITMs" no parágrafo 11 (em inglês);
- e) as metas do projecto fazer Recuar o Paludismo devem usar o ano 2000 como base, devendo ser incorporadas medidas a longo prazo, como o controlo dos vectores, como uma das metas;
- f) acrescentar "criação de mecanismos para fomentar a cooperação entre países vizinhos na implementação das actividades de combate ao paludismo", no parágrafo 12;
- g) incluir "métodos de controlo dos vectores, por exemplo, intervenções de saúde ambiental" no parágrafo 17;
- h) incluir "investigação sobre sensibilidade aos medicamentos antipalúdicos" e "investigação sobre pesticidas biodegradáveis" no parágrafo 17 (d);
- i) acrescentar uma alínea (g) "construir e reforçar parcerias entre países" no parágrafo 21.

185. Os membros do Subcomité sugeriram que a OMS deveria advogar o levantamento da proibição do uso de DDT e também a fusão da AIDI com a iniciativa Fazer Recuar o Paludismo.

186. O Secretariado prestou os esclarecimentos solicitados pelo Subcomité.

187. Na sua resposta, o Director Regional indicou, como factores responsáveis pelo ressurgimento do paludismo, os seguintes: aumento da pobreza, efeitos dos programas de ajustamento estrutural, aumento do custo dos pesticidas, aumento da mobilidade das populações, industrialização e alterações ambientais.
188. Reconheceu que o uso de materiais impregnados de insecticida ainda não era universal e que as questões do preço dos insecticidas e da utilização dos materiais impregnados ainda constituíam problemas.
189. Afirmou que a OMS e os Estados-Membros estavam a explorar o uso de plantas medicinais como método alternativo de luta e que, embora ainda não exista uma vacina, a OMS e os Estados-Membros (por ex. Gâmbia, Tanzânia e Gana) estavam a unir esforços para desenvolver uma.
190. O Director Regional confirmou que o Secretariado iria incluir no documento as conclusões da Cimeira de Abuja sobre o Paludismo, tendo sublinhado o problema do controlo do paludismo em populações de refugiados.
191. Observou que a realidade actual era que os conhecimentos e os recursos disponíveis tornariam a erradicação irrealista no momento presente, podendo no entanto maximizar-se os esforços de combate e, possivelmente, de eliminação.
192. Fez notar que, quanto ao uso de materiais impregnados de insecticida, as mães e as crianças deviam ter prioridade, pois a mortalidade era superior nelas. Deu ainda o seu apoio à sugestão para a colaboração interpaíses, a nível sub-regional.
193. Informou que estavam em curso intervenções na área dos pesticidas biodegradáveis e de métodos biológicos, por ex., o uso de peixes para comerem as larvas dos mosquitos e o uso de medicamentos africanos tradicionais como pesticidas. Esclareceu que o problema do DDT foi discutido na 49ª sessão do Comité Regional e que o grupo de trabalho então criado indicou que o uso adequado do DDT unicamente para o paludismo (e não para a agricultura) não seria prejudicial ao ambiente, tendo acrescentado que no entanto continuavam as investigações com vista a encontrar um substituto para que o DDT pudesse ser posto de lado.
194. Finalmente, garantiu ao Subcomité do Programa que o problema do controlo ambiental seria incluído no documento.

-
195. O Director da Divisão da Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis confirmou que a sinergia entre a implementação da AIDI e do programa de luta contra o paludismo iria continuar, e os respectivos indicadores de monitorização e avaliação seriam revistos. O Conselheiro Regional para o programa de luta contra o paludismo explicou as várias metodologias usadas para definir o limiar de uma epidemia.
196. O Subcomité preparou um projecto de resolução a apresentar ao Comité Regional, para análise e aprovação.

APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA
(documento AFR/RC50/4)

197. Após ter analisado o documento e feito algumas emendas, o Subcomité do Programa aprovou o seu relatório.

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

198. O Subcomité do Programa decidiu que o seu Presidente, Dr. H. Attas, apresentaria o relatório ao Comité Regional e que, na eventualidade de o mesmo estar impedido de participar na sessão do Comité, o Vice-Presidente, Dr. J. Zinsou Amegnigan, apresentaria o relatório.

ENCERRAMENTO DA SESSÃO

199. O Presidente informou os participantes que os mandatos da Argélia, Tanzânia, Togo, Zâmbia e Zimbabué tinham expirado como membros do Subcomité do Programa.
200. Agradeceu aos membros por o terem eleito para a Presidência do Subcomité na sua ausência, e expressou a sua gratidão ao Director Regional e ao Secretariado pelo respectivo apoio durante a reunião.
201. Concluiu, agradecendo aos intérpretes pelo excelente trabalho que realizaram.

-
202. O Director Regional felicitou os membros do Subcomité do Programa pelos seus comentários e orientações, os quais melhoraram consideravelmente a qualidade dos documentos. Expressou particular apreço pelo facto de eles terem visitado as instalações do Escritório Regional, para verem as condições de trabalho reais do Secretariado.
203. No que respeita à questão do regresso do Escritório Regional a Brazzaville, o Director Regional informou que:
- O Governo da República do Zimbabué está a envidar todos os esforços no sentido de acomodar confortavelmente o pessoal. O Governo pôs recentemente à disposição do Escritório Regional a antiga residência e escritório do Governador-Geral colonial para escritórios adicionais, estando essas instalações em curso de renovação a expensas do Governo.
 - A Ministra da Saúde da Namíbia (Presidente da 49ª sessão do Comité Regional) e a Ministra da Saúde do Benim, acompanhados do Director da Administração e Finanças e de alguns membros do Secretariado, efectuariam uma visita a Brazzaville, para avaliar os progressos realizados na renovação das instalações da OMS, com vista a apresentar um relatório à 50ª sessão do Comité.
 - Na sequência dessa missão, esperava-se que os membros que a compõem aconselhem o Comité Regional sobre as medidas a tomar, tomando na devida conta o facto de que os membros do Secretariado e as respectivas famílias necessitam de segurança e de condições de conforto razoáveis para otimizar o respectivo desempenho.
204. Finalmente, agradeceu aos intérpretes pela respectiva compreensão e felicitou o pessoal pelo trabalho árduo realizado.
205. O Presidente declarou em seguida encerrada a reunião.

APÊNDICE 1: LISTA DOS PARTICIPANTES

1. Estados-Membros do Subcomité do Programa

ANGOLA

Dr. Augusto Rosa Mateus Neto
Director do Intercâmbio Internacional
Ministério da Saúde

ARGÉLIA

Dr Djamel Laraba
Conseiller Chargé des Relations Internationales
au Ministère de la Santé et de la Population

BENIM

Dr Jonathan Zinsou Amegnigan
Directeur National de la Protection Sanitaire

BOTSUANA

Dr Winnie Gasefele Manyeneng
Assistant Director/Primary Health Care

BURKINA FASO

Dr Jean Maria Yameogo
Directeur des Etudes et Planification
Ministère de la Santé

BURUNDI

Dr Louis Mboneko
Inspecteur général de la Santé Publique

CAMARÕES

Dr Cécile Bomba Mkolo
Chef de Division de la Coopération
Ministère de la Santé Publique

REPÚBLICA UNIDA DA TANZÂNIA

Dr Ali A. Mzige
Director, Preventive Services
Ministry of Health

Dr Hassan A. Attas
Director General
Ministry of Health (Zanzibar)

TOGO

Dr KossiBawè Narafei
Directeur des Etablissements de soins

UGANDA

Dr Alex Opio
Ag. Commissioner for Health Services
Ministry of Health

ZÂMBIA

Mr Vincent Musowe
Director of Planning and Development

ZIMBABUÉ

Dr P.L.N. Sikosana
Secretary for Health & Child Welfare
Ministry of Health

2. **MEMBROS DO
CONSELHO EXECUTIVO**

CHADE

Dr Mbaiong Malloum Eloi (1999-2002)
Directeur général Adjoint du Ministère de la
Santé Publique

COMORES

Dr Mbaé Toyb (1999-2002)
Directeur général de la Santé

3. **CCAID Chairman,
AACHRD Président,
Presidente CCAIDS**

Dr Beyene Petros

APÊNDICE 2: PROGRAMA DE TRABALHO

1º DIA: SEGUNDA-FEIRA, 24 DE JULHO DE 2000

1ª Sessão	Pontos 1, 2 e 3 da ordem do dia
10h00-10h10	Ponto 1: Abertura da sessão
10h10-10h20	Ponto 2: Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relatores
10h20-10h30	Ponto 3: Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC50/18/Rev.1)
10h30-11h00	Intervalo
2ª Sessão	Ponto 4 da ordem do dia
11h00-12h30	Ponto 4: Saúde para Todos no Século XXI, na Região Africana: Agenda 2020 (documento AFR/RC50/8)
12h30-14h00	Almoço
14h00-15h30	Ponto 4 (cont.)
15h30-16h00	Intervalo
16h00-17h00	Ponto 4 (cont.)

2º DIA: TERÇA-FEIRA, 25 DE JULHO DE 2000

3ª Sessão	Ponto 5 da ordem do dia
09h00-10h30	Ponto 5: Orçamento-Programa para 2002-2003 (documento AFR/RC50/3)
10h30-11h00	Intervalo
11h00-12h30	Ponto 5 (cont.)
12h30-14h00	Almoço
4ª Sessão	Ponto 5 da ordem do dia
14h00-15h30	Ponto 5 (cont.)
15h30-16h00	Intervalo
16h00-17h00	Ponto 5 (cont.)

3º DIA: QUARTA-FEIRA, 26 DE JULHO DE 2000

5ª Sessão	Ponto 6 da ordem do dia
09h00-10h30	Ponto 6: Promoção do papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC50/9)

10h30-11h00	Intervalo
11h00-12h30	Ponto 6 (cont.)
12h30-14h00	Almoço
6ª Sessão	Ponto 7 da ordem do dia
14h00-15h30	Ponto 7: Doenças não-transmissíveis: Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC50/10)
15h30-16h00	Intervalo
16h00-17h30	Ponto 7 (cont.)

4º DIA: QUINTA-FEIRA, 27 DE JULHO DE 2000

7ª Sessão	Ponto 8 da ordem do dia
09h00-10h30	Ponto 8: Estratégia anti-HIV/SIDA na Região Africana: Quadro de implementação (documento AFR/RC50/11)

10h30-11h00	Intervalo
11h00-12h30	Ponto 8 (cont.)
12h30-14h00	Almoço

8ª Sessão	Ponto 9 da ordem do dia
14h00-15h30	Ponto 9: Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo" na Região Africana: Quadro de implementação (Documento AFR/RC50/12)

15h30-16h00	Intervalo
16h00-17h30	Ponto 9 (cont.)

5ª DIA: SEXTA-FEIRA, 28 DE JULHO DE 2000

Manhã Finalização do relatório

9ª Sessão	Pontos 10, 11 e 12 da ordem do dia
15h00	Ponto 10: Aprovação do relatório
	Ponto 11: Atribuição de responsabilidades
	Ponto 12: Encerramento da sessão.

APÊNDICE 3: ORDEM DO DIA

1. Abertura da sessão
2. Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relatores
3. Adopção da ordem do dia (documento AFR/RC50/18)
4. Política de Saúde para Todos no Século XXI, na Região Africana : Agenda 2020
(documento AFR/RC50/8)
5. Orçamento-Programa para 2002-2003 (documento AFR/RC50/3)
6. Promoção do papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde : Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC50/9)
7. Combate às doenças não-transmissíveis : Estratégia para a Região Africana (documento AFR/RC50/10)
8. Estratégia anti-HIV/SIDA na Região Africana : Quadro de implementação (documento AFR/RC50/11)
9. Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo" na Região Africana : Quadro de implementação (documento AFR/RC50/12)
10. Adopção do relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC50/4)
11. Apresentação do Relatório do Subcomité do Programa ao Comité Regional
- Atribuição de responsabilidades
12. Encerramento da sessão

ANEXO 4

RELATÓRIO DAS DISCUSSÕES TÉCNICAS

Reduzir a mortalidade materna na Região Africana : Um desafio para o Século XXI

INTRODUÇÃO

1. As Discussões Técnicas realizaram-se em Ouagadougou, Burkina Faso, a 31 de Agosto de 2000, no decorrer da 50ª sessão do Comité Regional, nelas tendo participado representantes dos Estados-Membros. A Mesa foi constituída do seguinte modo:

Presidente : Professor Kelsey Atangamuerimo Harrison (Nigéria)

Vice-Presidente : Professora Maria do Rosário de Fátima Madeira Rita (Angola)
2. A lista dos participantes consta do Apêndice.
3. Após comentários introdutórios pelo Professor B. Nasah, Coordenador da Divisão da Saúde Familiar e Reprodutiva no Escritório Regional Africano da OMS, o Presidente das Discussões Técnicas, o Professor Kelsey Atangamuerimo Harrison, apresentou o documento de trabalho (AFR/RC50/TD1).
4. Usando uma série de diapositivos, o Presidente explicou que, na Região Africana, a mortalidade materna média - 870 óbitos por 100.000 nados-vivos - é a mais elevada do mundo.
5. De entre os factores determinantes desta situação dramática, são de realçar: a precaridade da situação sanitária, incluindo a epidemia do HIV/SIDA; a crise económica, a pobreza e as persistentes baixas taxas de alfabetização; os efeitos devastadores das catástrofes naturais ou provocadas pelo Homem, bem como das guerras e dos conflitos civis. O documento supramencionado incidia sobre o seguinte: uma visão de conjunto das estratégias a considerar nos esforços para reduzir a mortalidade materna, com particular incidência nos princípios fundamentais que devem estar na base dos programas de maternidade segura; a

importância primordial de um sistema de cuidados de saúde que funcione bem, prestando cuidados de qualidade a todos os níveis e integrando sistemas de referência eficientes; a necessidade de assegurar que as mulheres tenham acesso a serviços para prevenção das gravidezes não planeadas e a cuidados especializados durante a gravidez, o parto e o período pós-parto, incluindo o acesso a cuidados obstétricos de emergência no caso de complicações; a necessidade de reforçar a participação comunitária na concepção, execução e avaliação dos programas.

6. O Professor Harrison chamou a atenção para a elevada mortalidade materna entre as "urgências não programadas", ou seja, mulheres que não recebem cuidados pré-natais adequados e chegam ao hospital com complicações. Assinalou que um estudo efectuado sobre os partos em regime hospitalar em Zaria, na Nigéria, no decorrer do período compreendido entre 1976 e 1979, revelou que o rácio da mortalidade materna (isto é, o número de óbitos maternos por 100.000 nados-vivos) nessas mulheres se elevava a 2.884, ou seja, cerca de 70 vezes mais do que nas mulheres que beneficiaram de cuidados pré-natais e continuaram saudáveis durante a gravidez (rácio de mortalidade materna de 44). Esta situação ilustra, entre outras coisas, a importância dos cuidados pré-natais na detecção das complicações (e transferência atempada para os serviços competentes). Obviamente, os cuidados pré-natais só serão eficazes se forem apoiados por estruturas bem organizadas e bem equipadas para tratar das complicações.
7. Considerou que a pobreza, a falta de educação formal e a debilidade do PNB eram os factores indirectos mais importantes responsáveis pela mortalidade materna. Concluindo, o Professor Harrison exortou os participantes a encarar as coisas de maneira positiva e alertou contra o fatalismo. Fez notar que, embora a redução da mortalidade (e morbilidade) materna fosse um desafio, havia vários exemplos claros de países, incluindo em África, que conseguiram reduzir os seus níveis de má saúde materna.

ORGANIZAÇÃO E MÉTODO DE TRABALHO

8. A Professora Maria do Rosário de Fátima Madeira Rita, Vice-Presidente, descreveu a organização e o método de trabalho das Discussões Técnicas. Os participantes foram convidados a discutir os sucessos, insucessos e obstáculos que entravaram a redução da mortalidade materna desde 1987, e a fazer recomendações aos Estados-Membros, à OMS e aos parceiros na área do

desenvolvimento. Foram distribuídos por três grupos: grupo de língua inglesa, grupo de língua francesa e grupo trilingue (francês, inglês e português). Os três grupos reuniram-se em separado e cada um deles elegeu um Presidente e um Relator, designadamente:

Grupo de língua inglesa:	Presidente :	Dr.W.G.Manyeneng (Botsuana)
	Relator :	Dr.L. K.Shodu (Zimbabué)
Grupo de língua francesa	Presidente :	Prof. K.Bohoussou (Cotê d'Ivoire)
	Relator :	Dr. S. Kaba (Guiné)
Grupo trilingue :	Presidente :	Dr.F.Songane (Moçambique)
	Relator :	Dr.E.Traoré (Benim)

9. Foi referido que as Discussões Técnicas não fazem parte dos trabalhos do Comité Regional. No entanto, o Presidente das discussões apresenta um relatório ao Comité, no ponto 11 da ordem do dia (documento AFR/RC50/1.Rev.2).
10. Em plenário, os participantes fizeram os comentários que se seguem.

SUCESSOS

11. Na sequência do lançamento da Iniciativa de Maternidade Segura, em 1987, verificou-se uma consciencialização acrescida sobre a questão dos óbitos maternos, tema até então considerado tabu. Aumentou o conhecimento acerca da magnitude do problema e as suas causas subjacentes foram mais claramente identificadas e quantificadas. Assim, alguns aspectos das actividades para a maternidade segura estão presentemente a ser implementados na maioria dos países. No entanto, se a utilização dos serviços pré-natais registou um aumento, a qualidade dos cuidados diminuiu na maioria dos locais. Na globalidade, os avanços alcançados até à data têm sido fragmentários e limitados a determinados países. Esses avanços são : elaboração de políticas/protocolos/directrizes e formação de profissionais de saúde em técnicas para salvar vidas e em cuidados pós-aborto; intensificação das actividades de planeamento familiar; organização dos sistemas de referência; formação e reciclagem de parteiras tradicionais, onde

as mesmas existem. Além disso, raros são os países onde a comunidade participa no financiamento e transporte para o hospital das futuras parturientes necessitadas.

12. Num país, os chefes de uma determinada comunidade decidiram suprimir as práticas tradicionais perigosas, como o casamento precoce e as mutilações genitais femininas, e encorajar a escolarização das raparigas.

INSUCESSOS E OBSTÁCULOS

13. Os participantes identificaram uma ampla gama de factores que têm entravado os progressos no sentido de diminuir a mortalidade materna, os quais foram classificados nas seguintes categorias:

Factores sócio-económicos e políticos

- Pobreza extrema das populações, em particular das mulheres
- Analfabetismo
- Estatuto sócio-económico das mulheres
- Incapacidade para implementar planos mundiais a nível dos países
- Imposição de pagamento aos utentes dos serviços de saúde, o que dissuade as mulheres de utilizá-los
- Os decisores não tomam em consideração os pontos de vista da comunidade
- Recursos insuficientes para fazer face à amplitude dos problemas
- Globalização que agrava a injustiça nos termos de intercâmbio

Sistemas de saúde

- Em geral, baixa taxa de partos em regime hospitalar

-
- Inexistência de mecanismos para recolher dados das comunidades sobre os óbitos maternos
 - Debilidade dos programas destinados às parteiras tradicionais, em termos de gestão, apoio e supervisão
 - Distribuição desigual dos profissionais de saúde
 - Atitude negativa dos profissionais de saúde
 - Debilidade dos sistemas de saúde que não conseguem prestar cuidados obstétricos, incluindo cuidados obstétricos de emergência
 - Serviços que não dão ênfase suficiente à monitorização, avaliação e supervisão
 - Demasiada ênfase posta na prevenção (cuidados pré-natais e planeamento familiar)
 - Normas e protocolos nacionais insuficientemente desenvolvidos ou actualizados, ou não usados onde existem

Factores culturais

- Falta de participação dos homens
- Mulheres negligenciadas a nível institucional
- Persistência de práticas tradicionais perigosas

Outros factores

- Elevadas taxas de desgaste dos profissionais de saúde
- Falta de empenhamento político; enquanto alguns países podem ter verdadeiros problemas de recursos, outros não parecem apoiar as declarações feitas com uma dotação de recursos correspondente

-
- Colaboração intersectorial inadequada
 - Inadequação do enquadramento político: legislação e regulamentos sobre questões como o seguro de saúde para as famílias e os abortos.

RECOMENDAÇÕES E PERSPECTIVAS

14. À luz dos sucessos, insucessos e obstáculos acima identificados, os participantes nas Discussões Técnicas fizeram as seguintes recomendações, para análise pelo Comité Regional:

Ao Governo:

a) Empenhamiento político

- A redução da mortalidade materna tem de ser parte integrante da estratégia de redução da pobreza.
- É crucial melhorar a alfabetização, em particular entre as mulheres.
- Com base nas recomendações da 49^a sessão do Comité Regional, o orçamento consagrado ao sector da saúde não deve ser inferior a 15% do orçamento de Estado.
- Os conflitos devem ser resolvidos, atendendo aos seus efeitos negativos, em particular nas mulheres.
- É preciso criar um enquadramento legislativo, para melhorar o estatuto das mulheres.
- Devem ser criados mecanismos que integrem considerações éticas, para fazer face às necessidades dos pobres.
- É necessário promover uma estreita cooperação e colaboração entre países, com vista a partilhar as informações e os limitados recursos.

b) Melhoria da acessibilidade e da qualidade dos cuidados

- Os sistemas de saúde têm de ser reforçados para melhorar os cuidados maternos e neonatais, melhorando as competências dos prestadores, fornecendo equipamento adequado e estabelecendo incentivos para reter o pessoal.
- É preciso recolher dados fiáveis e utilizá-los, incluindo dados resultantes da investigação baseada nos distritos, que possam ser usados na formulação de políticas e programas.
- Atendendo à baixa taxa de partos em regime hospitalar, a formação, o apoio e a supervisão das parteiras tradicionais devem continuar nos países onde já existem.
- Os indicadores de monitorização e avaliação têm de ser harmonizados.
- É necessário prevenir as gravidezes não planeadas, em particular nas adolescentes.

c) Envolvimento das comunidades

- As comunidades têm de ser envolvidas em todo o processo de planeamento, implementação e avaliação.
- As comunicações via rádio e os transportes, bem como as iniciativas comunitárias, devem ser reforçados.
- É preciso reforçar as actividades conducentes à eliminação da mutilação genital feminina e doutras práticas tradicionais perigosas.
- Deve promover-se o envolvimento dos homens.
- As intervenções em IEC devem ser reforçadas.

À OMS

- Facilitar o intercâmbio, entre países, de informações e das melhores práticas.

-
- Harmonizar e coordenar os programas, especialmente nos domínios da formação, definição de normas e padrões.
 - Prestar apoio técnico e financeiro, e fornecer equipamento para os cuidados obstétricos de emergência.

Aos parceiros na área do desenvolvimento

- O apoio dos parceiros deve basear-se nas necessidades dos países, por exemplo, incidindo sobre o reforço dos sistemas de saúde, em vez de ser concentrado apenas nas actividades de IEC e de mobilização social.
- Os benefícios decorrentes do perdão da dívida devem ser canalizados para os sectores sociais (saúde e educação).
- Os empréstimos para projectos de saúde devem ser isentos de juros.
- Os parceiros devem cooperar em programas coordenados a nível nacional.

PRIORIDADES REGIONAIS PROPOSTAS

15. Atendendo a que 75% dos óbitos maternos ocorrem durante o parto e durante o período imediato que se lhe segue, é necessário pôr a tónica no seguinte:
 - Cuidados obstétricos essenciais, formação, reciclagem e qualidade dos cuidados.
 - Eliminação dos "três atrasos", o que implica sistemas de referência funcionais, apoiados por comunicações via rádio.
 - O envolvimento das comunidades desde o início do processo, para assegurar a liderança, a sustentabilidade e a eficácia.
 - A recolha de informações para garantir que as intervenções sejam baseadas em dados factuais.

-
- Um estudo sobre os óbitos maternos a nível da comunidade e aos vários níveis de cuidados, e investigação para melhorar o desempenho.
 - Envolvimento dos homens em todas as actividades.
 - A maternidade segura deve ser parte integrante dos planos de desenvolvimento.

CONCLUSÃO

16. Todos os países têm de elaborar os seus próprios programas baseados em dados factuais, tirando partido de avaliações das condições prevalentes e das necessidades da comunidade, efectuadas com base numa participação alargada. O elevado nível prevalente de injustiça social na Região entrava os progressos, sendo necessário envidar esforços para a sua redução.

APÊNDICE

Grupo I

<i>País/Organização</i>	<i>Nome</i>
1. África do Sul	Dr. Roland Edgar Mhlanga
2. Angola	Dr. Augusto Rosa A. Neto
3. Angola	Dra. Adelaide de Carvalho
4. Benim	Prof. E. Alihonou
5. Benim	Dra. Esther Traoré
6. Burundi	Dr. Ntahobali Stanislas
7. Camarões	Dr. Basile Kolo
8. Cabo Verde	Dra. Alicia Wahnnon
9. Cabo Verde	Dra. Rosa Lopes
10. República Centrafricana	Dr. Emmanuel Ngembi
11. República Centrafricana	Dra. Augustine Marthe Kirimati
12. Etiópia	Mr. Mequaneny Tesfu
13. Guiné	Dr. Naby Moussa Balde
14. Guiné-Bissau	Sra. Ivonne Menezes Moreira
15. Moçambique	Dr. Francisco Songane
16. Moçambique	Dr. Martinho Dge Dge
17. Nigéria	Dr. Adenike A. Adeyemi
18. Ruanda	Dr. Mucabo Maria
19. Ruanda	Dr. Bucagu Maurice
20. Zâmbia	Dr. Gavin Silwamba
21. Seychelles	Mr. Jean Nyininkwaya
22. UNICEF	Dr. El Abassi A.
23. OMS/Burkina Faso	Dr. Francis Monet

Grupo II

<i>País/Organização</i>	<i>Nome</i>
1. Botsuana	Dr. Winnie G. Manyeneng
2. Eritreia	Dr. Solomon Ghebreysus
3. Gâmbia	Dr. Yankuba Kassama
4. Gana	Dr. Henrietta Odoi-Agyarko
5. Lesoto	Dr. M. Moteetee
6. Libéria	Dr. Bernice Dahon

7.	Malawi	Sra. NO. Gama
8.	Malawi	Dr. Richard Pendame
9.	Namíbia	Sra. E. K. Shihepo
10.	Quénia	Mrs. Kandie
11.	Quénia	Dr. Njau J.N.
12.	Serra Leoa	Dr. Noah Conteh
13.	Suazilândia	Dr. John M. Kumene
14.	Suazilândia	Sra. Doreen Dlamini
15.	Tanzânia	Dr. Theopista John
16.	Uganda	Dr. Sam Okware
17.	Zimbabué	Dr. Batsi Makunike
18.	Zimbabué	Dr. L. K. Shodu
19.	WAHO (ODAS)	Dr. Kabba T. Joiner

GRUPO III

País/Organização

	<i>Nome</i>	
1.	Burkina Faso	Prof. François Tall
2.	Burkina Faso/SAGO	Prof. Bibiane Koné
3.	Burkina Faso/ICM	Sra. Thiombiano Brigitte
4.	Chade	Dr. Garba Tchang Salomon
5.	Côte d'Ivoire	Prof. Bohoussou Kovadio
6.	Côte d'Ivoire	Dr. Aie-Tanoh Laure
7.	Côte d'Ivoire	Dr. Koumandi Coulibaly
8.	Comores	Dr. Toyb Mbaé
9.	República do Congo	Dr. André Enzanza
10.	República do Congo	Dr. Damase Bodzongo
11.	Guiné	Dr. Séré Kaba
12.	Guiné Equatorial	Dr. Abia Nseng S.
13.	Mauritânia	Dr. Kane Amadou Racine
14.	Mali	Dr. Salif Samaké
15.	Mali	Prof. Amadou Dolo
16.	Níger	Dr. Karim Abdoulaye Maiga
17.	Níger	Dr. Gagara Magagi
18.	Senegal	Dr. Adama Ndoye
19.	Togo	Dr. Agbobli A. Eli
20.	OMS/AFRO	Dr. Khadidiatou Mbaye

21. OMS/Burkina Faso

Dr. Azama Bamba

Secretariado da OMS:

Prof. B. Nasah
Dr. Paul Van Look
Dr. Y. A. Kalilani
Dr. K. Mbaye
Dr. F. R. Zawaira
Mme E. Hoff

ANEXO 5: ALOCUÇÃO DE BOAS-VINDAS DO DR. ALAIN LUDOVIC TOU, MINISTRO DA SAÚDE DO BURKINA FASO, PRESIDENTE DA COMISSÃO NACIONAL DE LUTA CONTRA A SIDA/IST

Excelentíssimo Senhor Presidente do Burkina Faso,
Excelentíssimo Senhor Primeiro-Ministro,
Excelentíssimos Senhores ex-Chefes de Estado do Burkina Faso,
Senhores Chefes das Instituições,
Senhores Membros do Governo,
Senhores Ministros da Saúde dos Países da Região Africana da OMS,
Senhora Directora-Geral da OMS, Dra. Gro Harlem Brundtland,
Senhora Directora Executiva da UNICEF, Rimah Salah,
Senhores Membros do Corpo Diplomático,
Senhores Representantes das Organizações Internacionais e Interafricanas,
Senhores Membros do Parlamento,
Senhores Representantes da Câmara Baixa do Parlamento,
Senhor Alto Comissário da Província de Kadiogo,
Senhor Arcebispo de Ouagadougou, Jean Marie Compaoré,
Vossa Alteza, Moro Naaba Baongo,
Caros Colegas,
Distintos Convidados,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

É com prazer e grande alegria que vos dou as boas-vindas a Ouagadougou, por ocasião da 50ª sessão do Comité Regional Africano da OMS.

Em particular, gostaria de dar as boas-vindas, ao nosso país, à Dra. Gro Harlem Brundtland e aos nossos distintos convidados.

A vós, meus caros colegas, gostaria de vos dizer "FOFO", o que significa "bem-vindo ao Burkina Faso", numa das línguas locais.

Excelentíssimo Senhor Presidente do Burkina Faso,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Os Estados-Membros da Região Africana da OMS, confiantes na hospitalidade lendária do Burkina Faso, no acolhimento caloroso característico do seu bravo povo e na determinação política do seu Governo, decidiu confiar-nos a organização desta reunião regional. Gostaria de aproveitar esta oportunidade para expressar a nossa gratidão pela

sua confiança. Assim, a OMS convidou-vos a vir a este país, o qual, para alguns de vós, é uma savana longínqua, e para outros, um lugar muito familiar, para discutir, debaixo de alguns aguaceiros, as actividades da OMS, que é nossa organização comum.

Distintos Convidados,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Em nome da Comissão Nacional de Organização e em meu nome próprio, gostaria de vos pedir desculpa por qualquer imperfeição que possam verificar nas disposições tomadas para a vossa estadia neste país. Gostaria de assegurar-vos que não pouparemos esforços no sentido de cumprir a nossa tradição de hospitalidade africana, fazendo com que se sintam à vontade durante toda a vossa estadia no Burkina Faso.

No que me respeita, eu e os meus colaboradores, tudo faremos para vos garantir uma agradável estadia.

Caros Colegas,

Este ano, analisaremos como habitualmente o Relatório Bienal do Director Regional sobre as actividades da OMS na Região Africana, em 1998-1999. Também analisaremos, entre outras coisas, a correlação entre os trabalhos dos vários órgãos directivos da OMS, designadamente, o Comité Regional, o Conselho Executivo e a Assembleia Mundial da Saúde. Além disso, analisaremos o relatório do Subcomité do Programa e muitas outras questões técnicas.

Tenho esperança em que, apesar de um programa relativamente sobrecarregado que nos espera durante os próximos dias, tenham tempo para apreciar a calorosa hospitalidade da nossa capital, visitando alguns locais turísticos da cidade e dos seus arredores.

No Burkina Faso, no âmbito da luta contra a doença, empreenderam-se várias acções, das quais as mais importantes são as seguintes:

- Elaboração de um plano de relançamento da luta contra a dracunculose, o que contribuiu para reduzir consideravelmente o número de casos de dracunculose, cuja erradicação está prevista para 2001.
- Elaboração de um plano de luta contra a leishmaníase, com o fornecimento de 15.000 doses de medicamentos.

-
- Intensificação das Jornadas Nacionais de Vacinação que registaram um sucesso retumbante, com uma taxa de cobertura de mais de 95% para a vitamina A e a vacina antipoliomielítica oral.
 - A elaboração de uma política de assistência aos doentes com SIDA.
 - Criação de um Fundo de Solidariedade nacional para os doentes com SIDA, com um subsídio do Estado no valor de 100 milhões de francos CFA.
 - Disponibilização de medicamentos para tratamento das infecções oportunistas nos doentes com SIDA.
 - Integração da dimensão IST/SIDA no pacote mínimo de actividades dos distritos sanitários.
 - Elaboração de um plano nacional multisectorial de luta contra a SIDA, para o período compreendido entre 2000 e 2005.
 - Elaboração de programas de luta contra as doenças não-transmissíveis (saúde oral, cancro, cegueira e doenças cardiovasculares) que, doravante, são motivo de grande preocupação em termos de saúde pública.
 - Reforço do sistema de abastecimento de medicamentos essenciais genéricos, tendo sido adoptado um plano director farmacêutico nacional. Num futuro próximo, está prevista a inauguração do nosso grande laboratório de controlo de qualidade dos medicamentos e doutros produtos de consumo corrente, a fim de evitar o consumo de produtos de má qualidade.
 - Finalmente, está em curso de elaboração um plano nacional de desenvolvimento sanitário, que deve sistematizar a implementação das grandes orientações. Foi criado um Secretariado técnico para levar a cabo esta actividade de primeiro plano.

O Burkina Faso presta particular atenção à medicina e à farmacopeia tradicionais. Neste contexto, empreenderam-se numerosas acções para a valorização e a promoção deste sector, estando em curso de elaboração uma política nacional. Além disso, foi criada, no início do corrente ano, uma comissão nacional de medicina e farmacopeia tradicionais.

No âmbito da promoção deste sector, o Ministério da Saúde, em colaboração com o Centro Médico de Saint Camille, efectua, desde há algum tempo, a avaliação terapêutica dos medicamentos utilizados na medicina tradicional para tratar as pessoas que vivem com o HIV.

Excelências,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Estamos conscientes de que as acções empreendidas não poderão resolver totalmente os múltiplos problemas de saúde com que a nossa população está confrontada. Mas, sem sombra de dúvida, contribuirão para melhorar significativamente o seu estado de saúde.

Excelências,
Minhas Senhoras e meus Senhores,
Caros Colegas,

Não posso concluir a minha intervenção sem manifestar os meus agradecimentos a todos aqueles que nos ajudaram a organizar esta 50ª sessão do Comité Regional. Em particular, gostaria de agradecer à Organização Mundial de Saúde, à República Popular da China, à Holanda e a todas as empresas e companhias locais pelo apoio material e financeiro que nos prestaram.

Desejo pleno êxito às vossas deliberações.

Muito obrigado.

**ANEXO 6: ALOCUÇÃO DA DRA. LIBERTINA AMATHILA,
PRESIDENTE DA 49ª SESSÃO DO COMITÉ
REGIONAL**

Excelentíssimo Senhor Presidente do Burkina Faso, Blaise Compaoré,
Senhora Directora-Geral da OMS, Dra. Harlem Brundtland,
Senhor Director Regional da OMS para África, Dr. Ebrahim Malick Samba,
Senhores Ministros,
Senhores Membros do Corpo Diplomático,
Senhores Representantes das Agências das Nações Unidas,
Distintos Delegados,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Bem-vindos à quinquagésima sessão do Comité Regional Africano da OMS.

A eleição do novo presidente porá um termo ao meu mandato de Presidente da 49ª sessão deste Comité. Gostaria de agradecer muito sinceramente a confiança que depositaram em mim e a enorme cooperação que me deram durante o ano transacto.

Sinto-me altamente privilegiada e honrada em dar as boas-vindas, em vosso nome, ao Presidente do Burkina Faso, Sua Excelência Blaise Compaoré, que mui atenciosamente aceitou acolher a 50ª sessão deste Comité e procedeu à sua abertura oficial. Gostaria de expressar a nossa profunda gratidão ao Governo e ao Povo do Burkina Faso pela respectiva hospitalidade desde a nossa chegada e pelas excelentes instalações postas à nossa disposição para esta reunião.

Gostaria, igualmente, de dar calorosas boas-vindas à Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora-Geral da OMS, cuja presença nas nossas sessões dá testemunho do seu especial interesse pela Região Africana.

Distintos Ministros,

Podemos olhar para o ano transacto com orgulho e satisfação, devido aos progressos significativos realizados no sentido da Saúde para Todos na Região Africana. Tal só foi possível graças aos nossos esforços conjuntos, aos níveis nacional, regional e mundial.

A 49ª sessão do Comité Regional decorreu numa atmosfera muito participativa e pacífica. Elegemos o Director Regional, confiando um segundo mandato ao Dr. Ebrahim M. Samba, e adoptámos resoluções pertinentes e exequíveis, muitas das quais foram ou estão a ser implementadas pelo Secretariado da OMS em África.

Durante o meu mandato, a Região Africana teve o privilégio de presidir à 53ª Assembleia Mundial da Saúde. Esta foi um encontro extraordinário, dado que incidiu sobre as necessidades de saúde do nosso continente, com particular referência para o HIV/SIDA. O empenhamento e a determinação que caracterizaram as nossas deliberações são louváveis. De entre as decisões dignas de nota, é de assinalar o apelo lançado a todas as companhias farmacêuticas para que reduzam o preço dos medicamentos anti-retrovirais, a fim de os pôr à disposição e a um preço acessível dos africanos, que são os que mais deles precisam.

No âmbito dos nossos esforços para lutar contra a pandemia do HIV/SIDA, é igualmente de realçar a 4ª Conferência Internacional sobre o HIV/SIDA, em Durban, a qual contou com uma participação significativa de todos os países. Nessa ocasião, foi lançado um forte apelo à solidariedade entre países africanos e entre estes e outros países, para lutar contra este flagelo devastador. O HIV/SIDA também esteve em lugar de destaque na agenda do Conselho de Segurança das Nações Unidas e da Organização da Unidade Africana.

Não nos esquecemos da perda contínua de vidas e de bens causada pelo paludismo. Donde a realização da Cimeira de Chefes de Estado para Fazer Recuar o Paludismo, em Abuja, na Nigéria, na qual todos os Chefes de Estado presentes assinaram uma declaração e um plano de acção para fazer recuar o paludismo.

O papel de liderança desempenhado pela OMS no controlo das cheias em Moçambique não pode deixar de ser realçado. É escusado dizer que a OMS e os vários parceiros levaram a cabo essa tarefa de uma forma eficiente sem precedentes.

Todos estes esforços dão testemunho do nosso empenhamento no desenvolvimento humano na nossa Região, usando a saúde como porta de entrada.

Em vosso nome, e conjuntamente com a Ministra da Saúde da República do Benim e representantes do Secretariado, efectuei uma missão a Brazzaville, para avaliar o estado das obras de reabilitação do Escritório Regional, no Congo. O relatório dessa missão será apresentado mais tarde, no decorrer da presente reunião.

Apesar das realizações supramencionadas, numerosos desafios esperam-nos no futuro. Os conflitos em Angola, na República Democrática do Congo, entre a Eritreia e a Etiópia, e na Serra Leoa, constituem um importante fardo suplementar para os nossos poucos recursos em saúde. Temos necessidade e devemos procurar soluções duradouras para esses desafios.

Devemos continuar a lutar contra o HIV/SIDA, a tuberculose, o paludismo e a mortalidade materna e infantil nos nossos países, mas também na Região. Os nossos sistemas de saúde devem começar a responder eficazmente às necessidades das nossas populações, para cumprir a nossa missão de instaurar a saúde para todos.

Distintos Ministros,

Gostaria de terminar agradecendo mais uma vez a Vossas Excelências, ao Director Regional, Dr. Ebrahim M. Samba, e ao Secretariado, pela vossa cooperação durante o meu mandato. Foi para mim uma grande honra servir este grande continente que é o nosso. Gostaria de apelar para que o mesmo tipo de cooperação seja propiciado ao meu sucessor.

Muito obrigada pela vossa atenção.

**ANEXO 7: ALOCUÇÃO DO PROF. COUAOVI A.L. JOHNSON
DIRECTOR, DEPARTAMENTO DA EDUCAÇÃO,
CIÊNCIA, CULTURA E ASSUNTOS SOCIAIS, DA
ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE AFRICANA**

Excelentíssimo Senhor Presidente do Burkina Faso e Presidente do Conselho de Ministros,

Excelentíssimo Senhor Primeiro Ministro e Chefe do Governo,

Senhora Presidente da 49ª Sessão do Comité Regional,

Senhora Directora-Geral da OMS,

Senhor Director Executivo da ONUSIDA,

Senhor Director Regional da OMS,

Senhor Ministro da Saúde do Burkina Faso,

Senhores Ministros e Senhoras Ministras,

Senhores Chefes de Delegação

Senhores Participantes,

Distintos Convidados,

Cabe-me a honra de usar da palavra perante esta ilustre assembleia, em nome da Organização da Unidade Africana e do seu Secretário-Geral, Dr. Salim Ahmed Salim, para vos comunicar a honra que sentimos por poder estar presentes nesta 50ª sessão do Comité Regional. O Secretário-Geral tinha preparado tudo para estar convosco neste momento mas, mais uma vez, não conseguiu vir, devido a afazeres de última hora. Encarregou-me, por isso, de vos comunicar o seu pesar e de vos apresentar o seu desejo de que os vossos trabalhos se revistam de pleno êxito.

Senhor Presidente,

Minhas Senhoras e meus Senhores,

Neste mesmo momento em que estamos reunidos, a cada hora, talvez a cada minuto que passa, um homem, uma mulher ou uma criança morre algures no nosso continente, quer de paludismo, quer de SIDA ou tuberculose ou qualquer outra doença infecciosa. Abstenho-me de referir números. Outras vozes mais autorizadas fá-lo-ão por mim. Mas, se a situação estagna ou se degrada ainda mais nos nossos países, não é por falta de esforços por parte dos governos ou de instituições como a OMS ou a OUA.

A conjugação de um certo número de factores negativos como o aumento da pobreza, a degradação ou a estagnação das economias dos nossos Estados, o crescimento demográfico, as catástrofes e as calamidades naturais e provocadas pelo Homem, os conflitos com o seu cortejo de refugiados e deslocados, a fuga de cérebros e de competências no domínio da saúde, etc., são outras tantas causas de progressão das doenças em África. Se não se fizer nenhum esforço para atacar o mal pela raiz, as acções sectoriais terão poucas possibilidades de êxito e ficarão mesmo votadas ao fracasso.

Minhas Senhoras e meus Senhores,

Não me cabe a mim dizer-vos hoje aqui que a situação é alarmante - vós sois, na maioria, profissionais de saúde - ao ponto de se assistir ao ressurgimento, nos nossos países, de doenças que já tinham sido declaradas erradicadas.

Numa era em que, noutros pontos do globo, se assiste a um desperdício de fundos preciosos na conquista de outros planetas, nós, em África, procuramos os meios financeiros necessários para tratar, educar e alimentar as nossas populações. Não temos que nos envergonhar disso; são os ditames da história. Depois de ter servido para desenvolver outros continentes, a África encontra-se hoje abandonada à sua própria sorte e marginalizada. Mas não há razão para não sairmos desta situação.

Dado que as doenças, a pobreza e as catástrofes não conhecem fronteiras, os países africanos devem organizar-se e travar o combate contra o subdesenvolvimento metodicamente, em estruturas mais amplas de integração de todos os esforços e segundo as prioridades definidas em conjunto.

Actualmente, a primeira prioridade, no domínio que hoje aqui nos reúne, é uma reforma profunda do sector da saúde, para o adaptar às reais necessidades das populações; tal foi reconhecido na reunião do Cairo, no Egipto, no mês de Outubro de 1999, em que se pediu a elaboração de um Plano de Acção para esse efeito. Aqui mesmo, no mês de Maio deste ano, no quadro da sessão especial sobre o HIV/SIDA, essa necessidade foi reiterada e os Chefes de Estado, na Declaração de Lomé sobre a SIDA, em Julho de 2000, deram-vos ouvidos e confirmaram o vosso apelo. Portanto, é preciso agir rapidamente a partir de agora, pois toda e qualquer abordagem sectorial de solução para as doenças que devastam o nosso continente está votada ao fracasso; a abordagem a adoptar deve ser global e integrada. Mas que fazer enquanto se espera? As doenças, essas, continuam a avançar e as bases para a acção existem. No passado mês de Maio,

nesta mesma sala, haveis adoptado os 'COMPROMISSOS DE OUAGADOUGOU PARA A INTENSIFICAÇÃO DA LUTA CONTRA A SIDA EM ÁFRICA'. Depois disso, os nossos Chefes de Estado e de Governo na sua 'DECLARAÇÃO DE LOMÉ SOBRE O HIV/SIDA', em Julho de 2000, comprometeram-se a apoiar as vossas acções. Antes, em Abuja, tinham adoptado também um 'PLANO DE ACÇÃO SOBRE O PALUDISMO'. Agora é preciso passar à acção.

A primeira tarefa consiste em implementar estratégias para a acção, a segunda em mobilizar recursos financeiros, tanto nacionais como adicionais externos. Temos de nos envolver todos: Governos, Parceiros Sociais e Instituições Internacionais. Para o efeito, a OUA tenciona reforçar a sua colaboração com a OMS e os outros parceiros.

É este o lugar indicado para saudar a colaboração franca e sincera que existe entre as nossas duas Instituições, tanto com a Sede, em Genebra, como com o Escritório Regional, primeiro em Brazzaville e depois em Harare, e também com o Escritório da EMRO, em Alexandria, que passará brevemente para o Cairo. Gostaria de expressar os meus agradecimentos à Senhora Directora-Geral, Dra. Gro Harlem Brundtland, pela nova visão e dinamismo que actualmente imprime à OMS, assim como aos Directores Regionais, Dr. Ebrahim M. Samba e Dr. Hussein A. Gezairy, pelos seus incansáveis esforços na procura de soluções duradouras para os múltiplos problemas de saúde que existem no nosso continente. Finalmente, apraz-me registar o cada vez mais importante papel desempenhado pelo Escritório de Ligação da OMS junto da OUA em Adis Abeba, e pelo seu responsável, Sr. N. Correia, no sentido de consolidar ainda mais esses laços de colaboração.

A Organização da Unidade Africana, que vai passar progressivamente para União Africana, na sequência da adopção, em Lomé, no passado mês de Julho, do Acto Constitutivo da União, que integrará progressivamente os Estados-Membros num agrupamento federativo mais amplo e mais poderoso, continuará a privilegiar a sua colaboração e cooperação com a OMS, cada uma no seu ou seus domínios de competência, com as suas vantagens comparadas, para atingir os objectivos previamente fixados, com vista à melhoria da situação sanitária no continente.

Minhas Senhoras e meus Senhores,

Actualmente essa colaboração já produz frutos: permitiu sensibilizar os decisores políticos ao mais alto nível, os nossos Chefes de Estado e de Governo que, no espaço de um ano, decidiram realizar duas cimeiras sucessivas sobre as duas doenças mais devastadoras do momento no nosso continente, o Paludismo e o HIV/SIDA. Depois de Abuja, no ano passado, sobre o Paludismo, eis de novo Abuja, no próximo ano, para uma Cimeira sobre a SIDA. Apenas nos podemos regozijar com esta tomada de consciência que, indubitavelmente, continuará a produzir os seus frutos. A presença do Presidente do Burkina Faso hoje entre nós é disso a prova evidente. Ela contribuirá, sem qualquer espécie de dúvida, para conceder ao sector da saúde um lugar privilegiado nos Planos Nacionais de Desenvolvimento dos nossos países. Uma redistribuição mais criteriosa dos recursos financeiros dos orçamentos de Estado para os domínios sociais e do desenvolvimento seria um primeiro contributo para a solução.

São esses os nossos sinceros votos e continuaremos regularmente a desenvolver esforços nesse sentido, para o bem-estar das populações africanas.

Desejo-vos pleno êxito nos trabalhos desta 50ª sessão do Comité Regional e agradeço a vossa amável atenção.

**ANEXO 8: ALOCUÇÃO DO DR. EBRAHIM MALICK SAMBA,
DIRECTOR REGIONAL DA OMS PARA ÁFRICA**

Excelentíssimo Senhor Presidente do Burkina Faso,
Excelentíssimo Senhor Primeiro-Ministro
Senhora Presidente do Comité Regional,
Senhora Directora-Geral da OMS,
Vossa Alteza Real, o MORO-NABA BAONGO,
Senhoras e Senhores Ministros, altos responsáveis e população deste belo país que é o Burkina Faso,
Senhoras e Senhores Ministros e Chefes das delegações dos 46 Estados-Membros da Região Africana da OMS,
Senhoras e Senhores membros do corpo diplomático,
Senhor Representante do Secretário-Geral da OUA,
Senhoras e Senhores Representantes do Sistema das Nações Unidas, bem como das organizações multilaterais, bilaterais e não-governamentais,
Distintos delegados,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

É para mim uma grande honra e um enorme orgulho encontrar-me entre vós, por ocasião da quinquagésima sessão do Comité Regional Africano, num país que é de certo modo o meu, já que aqui passei 14 anos da minha vida, entre 1980 e 1994, na direcção do Programa de Controlo da Oncocercose; deixei nesse programa colegas de trabalho e criei, com o povo burquinabês, laços de amizade, de fraternidade e familiares.

Esta visita é oportuna e tem a sua importância. Ela distingue-se dos outros Comités Regionais pelo facto de ser o primeiro Comité do Século XXI, surgindo na sequência da minha eleição em 1995 e ocorrendo no primeiro ano do meu segundo mandato. Desejo, aliás, exprimir respeitosamente, mais uma vez, os meus sentimentos de gratidão e endereçar sinceros agradecimentos a todos os Chefes de Estado Africanos, em especial ao meu Presidente, o da Gâmbia, por terem proposto a minha candidatura e me terem eleito, para que me fosse possível estar ao serviço da África e dar um pouco do meu humilde contributo para o desenvolvimento sanitário das populações do nosso querido continente africano.

O meu primeiro mandato foi um período de recolha de informações e de aprendizagem. Contudo, a meio desse primeiro mandato, fomos fortemente atingidos pelas catástrofes de Brazzaville e forçados a procurar refúgio em Harare, Zimbabué, onde, para nosso grande gáudio, o governo e a população nos acolheram muito bem. Graças ao caloroso acolhimento dos zimbabueanos e à competência e dedicação dos membros do pessoal, ao fim de 3 anos quase duplicámos as actividades de colaboração da OMS com os 46 Estados-Membros da Região Africana.

Quando saímos de Brazzaville, os efectivos do pessoal totalizavam 240 pessoas mas, actualmente, somos mais de 400. Também a colaboração com os doadores e a Sede da OMS se viu multiplicada.

Gostaríamos, pois, de manifestar os nossos sinceros agradecimentos ao Governo do Zimbabué. Não podemos, no entanto, deixar de mencionar alguns dos elementos da nossa equipa do Escritório Regional, que tanto contribuíram para o sucesso das nossas actividades com a sua dedicação e o seu trabalho de nível excepcional, em circunstâncias tanta vez peculiares e muito difíceis.

Excelentíssimo Senhor Presidente do Burkina Faso, gostaria de, respeitosamente, exprimir aqui o meu reconhecimento a esses funcionários da Organização e ao Governo do Zimbabué. Para o efeito, gostaria de remeter uma prenda especial e certificados:

- ao Dr. Parirenyatwa, Representante do Zimbabué, reiterando a nossa gratidão ao Governo do Zimbabué (prenda e certificado)
- ao Dr. William ALDIS (certificado)
- ao Dr. Dios Dado NSUE-MILANG (certificado)
- ao Sr. Ibrahima N'GAIDE (certificado).

Minhas Senhoras e meus Senhores, muito obrigado pela vossa atenção.

**ANEXO 9: COMUNICAÇÃO DA DRA. GRO HARLEM
BRUNDTLAND, DIRECTORA-GERAL DA
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE**

Excelentíssimo Senhor Presidente,
Senhores Ministros,
Dr. Samba,
Excelências,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

É com enorme prazer que me encontro entre vós, neste brioso e vigoroso país. Todos estamos gratos ao Governo do Burkina Faso por acolher esta sessão do Comité Regional da OMS.

Acontece, com frequência, que os grandes momentos de viragem só se detectam *a posteriori*. Factos que podem parecer importantes quando ocorrem, somem-se rapidamente no olvídio, enquanto que sucessos de grande magnitude começam por passar despercebidos. Só passados anos se pode divisar um padrão capaz de explicar qual o ponto de partida para certas mudanças fundamentais.

Permitam-me que esta minha comunicação comece por explicar brevemente o motivo pelo qual julgo ser este ano um desses grandes pontos de viragem, para uma melhor saúde em África.

Sempre foi minha convicção que dificilmente se introduzem verdadeiras mudanças numa sociedade, a menos que os decisores tenham plena consciência da dimensão económica que elas possam assumir. Foi graças a isso que o ambiente deixou de ser um cavalo de batalha de grupos ecologistas, marginais ou convictos, para se tornar num tema que merece, por parte dos principais intervenientes, uma verdadeira atenção no plano social.

Quando da nossa última reunião em Maio, em Genebra, já se notavam sinais promissores de que o mundo se vai consciencializando de que a saúde é um factor essencial do desenvolvimento económico e social. A melhoria da saúde é a chave que quebra o ciclo debilitante da pobreza.

Desde então, temos recebido sinais de que o mundo está pronto a agir e desejoso de o fazer. Em Julho, a Conferência de Durban definiu, como norma, que qualquer pessoa vivendo com HIV/SIDA, em qualquer parte do mundo, deve ter acesso a cuidados adequados, e que também as actividades de prevenção devem ser universais.

Ainda em Durban, a Comissão Europeia anunciou uma nova forma de encarar a luta contra o HIV/SIDA, o paludismo e a tuberculose. Posteriormente, no mesmo mês, em Okinawa, os países do G8 acordaram em metas específicas para a redução do fardo do paludismo, do HIV/SIDA, da tuberculose e das doenças da infância, até ao ano de 2010.

Estes anúncios são o fruto do árduo trabalho executado por vós, pelos vossos dirigentes políticos e por milhares de outros profissionais de saúde nesta Região antes, durante e na sequência da conferência de Abuja sobre o paludismo, em Abril, da sessão da OUA em Lomé e da Conferência Internacional de Durban, em Julho. Gostaria de prestar uma homenagem especial ao Presidente Obasanjo, da Nigéria, pela sua acção incansável no sentido de incluir a causa da saúde africana na agenda internacional.

Senhor Presidente,

Enquanto os problemas de saúde vinham dominando os títulos das notícias, a África ia-se serenamente aproximando da concretização de uma espantosa vitória. A campanha "Chutar a Pólio para fora de África", lançada em 1996, reduziu para o mais baixo nível de todos os tempos o número de casos de poliomielite nos nossos países.

Esta doença, até há poucos anos uma das principais causas de incapacidade, encontra-se presentemente quase erradicada, com apenas 30 países afectados em todo o mundo. No entanto, 18 dos países em mais alto risco encontram-se na África Ocidental e Central. Poderemos chegar à erradicação plena se unirmos esforços para sincronizar as nossas Jornadas Nacionais de Vacinação (JNV) neste Outono e, novamente, em 2001. Devemos também assegurar que elas atinjam o máximo de qualidade, chegando até todas as crianças.

Por razões de ordem logística e epidemiológica, no ano corrente, as semanas de 16 de Outubro e de 20 de Novembro serão a ocasião óptima para esta ronda de JNV. A nossa liderança conjunta, nos próximos meses, será fundamental se quisermos travar para sempre a transmissão da poliomielite em África.

No meu discurso à Assembleia Mundial da Saúde, em Maio, considerei a Aliança Global para as Vacinas e a Vacinação - GAVI - o primeiro exemplo de um novo modelo de parcerias para a saúde a nível internacional. Durante a Assembleia, os delegados de 74

países seleccionáveis receberam linhas de orientação para apresentação de propostas ao Fundo Mundial para as Vacinas das Crianças, tendo eu estimulado uma resposta rápida, para que os apoios pudessem chegar aos países até ao fim do ano em curso.

O apelo à rapidez teve eco - e de que modo! Vinte e quatro países apresentaram propostas ao Secretariado da GAVI dentro do reduzidíssimo prazo concedido. Face a essas propostas, uma comissão independente de análise considerou que 13 países - nove dos quais africanos - estavam prontos a receber vacinas e/ou apoio financeiro directo, com o desembolso a ter início já em Setembro. Os restantes apresentarão informações adicionais para a próxima ronda, para também poderem ser apoiados logo que possível. E espera-se que mais cerca de 20 países apresentem propostas durante a próxima análise, em Outubro.

A rapidez da resposta dos países justifica um grande optimismo. Nunca dantes fora tentado este género de abordagem - lançar um apelo público aos países seleccionáveis e deixar que eles próprios concebessem os seus programas. Nunca dantes se assistiu a tanto apoio internacional para uma nova abordagem tão promissora.

Tendo arrancado com um investimento inicial de 750 milhões de dólares da Fundação Bill and Melinda Gates, o Fundo garantiu ainda compromissos de contributos substanciais dos Governos da Noruega, Estados Unidos e Reino Unido. Outros governos - por exemplo, da Holanda e do Canadá - manifestaram também interesse em contribuir para o Fundo, de cujos recursos actuais cerca de 98% irão directamente para os países.

A despeito da abordagem pouco ortodoxa, está a ser possível manter a sustentabilidade e a sinergia com outras componentes sanitárias, como, por exemplo, a iniciativa de erradicação da poliomielite. Os parceiros da GAVI estão plenamente empenhados no esforço de erradicar a poliomielite. Nos países onde ainda existe o vírus selvático da poliomielite, é importante manter a pressão, de modo a que os esforços de erradicação continuem a ter prioridade. Por esse motivo, acrescentámos uma nova fase de análise de propostas, para Janeiro de 2001; desse modo, os países com JNV planificadas para o Outono terão mais tempo para prepararem as propostas a apresentar à GAVI.

Um dos aspectos mais fascinantes e encorajadores da GAVI encontra-se no seu processo, e não apenas nos resultados finais. Tem-nos sido dito pelos países que o processo de preparação das respectivas propostas está a dar-lhes a oportunidade de fazerem uma

avaliação crítica dos seus serviços actuais e de identificarem estratégias para adopção de abordagens mais colaboradoras e sustentáveis, para integração das actividades de vacinação nos serviços de saúde. Muitos parceiros da GAVI nos países encaram o processo das propostas para a GAVI como uma oportunidade para retomarem e reactivarem o seu contributo financeiro e técnico para os serviços de vacinação dos países.

Se prosseguir nesta senda encorajadora, a GAVI poderá preparar o terreno para uma extensa reforma no financiamento do desenvolvimento, uma reforma que confere claramente a liderança aos países e os põe a controlar os seus programas e as futuras oportunidades de financiamento e apoio.

Nos últimos meses, foram intensificadas as actividades no sentido de fazer passar das palavras aos factos o acesso aos cuidados de saúde por parte de um maior número de pessoas vivendo com HIV/SIDA.

Na sequência da Assembleia Mundial da Saúde, em Maio, a ONUSIDA, a OMS e outras agências das Nações Unidas avançámos no nosso diálogo com a indústria farmacêutica. Um grupo de contacto, cuja primeira reunião se realizará no próximo mês, irá congregiar os Estados-Membros, as agências da Nações Unidas e os representantes da indústria e das ONG, naquilo que esperamos venha a ser uma frutuosa troca de informações e pontos de vista.

Esta iniciativa está a ser harmonizada com a Parceria Internacional contra a SIDA em África. Vários países indicaram o seu interesse em participarem numa primeira série de experiências, num esforço inicial colectivo para melhorar drasticamente o acesso aos cuidados.

O nosso objectivo é lançar estes projectos concretos nos países até Novembro e estamos confiantes de que conseguiremos progredir rapidamente na direcção de reais alterações.

Notam-se também progressos na área da transmissão mãe-filho. Em Outubro, faremos uma análise dos novos dados sobre a transmissão mãe-filho do HIV/SIDA e sobre a eficácia e a segurança dos regimes terapêuticos opcionais. Esperamos que dessa reunião saiam recomendações quanto ao uso de medicamentos e a práticas alimentares, capazes de reduzir substancialmente os níveis de transmissão na África. Já não é sem tempo. Não podemos atrasar-nos, se quisermos salvar milhões de bebés da infecção por HIV.

Na África, a cegueira dos rios está a ser eliminada, enquanto problema de saúde pública e obstáculo ao desenvolvimento sócio-económico, pelos dois programas interpaíses executados pela OMS: o Programa de Controlo da Oncocercose na África Ocidental, que terminará em 2002, e o Programa Africano de Controlo da Oncocercose, previsto para continuar até 2007.

Gostaria de sublinhar que o êxito destes dois programas não teria sido possível sem o envolvimento activo dos países participantes. À medida que o Programa de Controlo da Oncocercose se aproxima do fim, esse envolvimento assume uma importância fundamental, no que toca à vigilância contínua para detecção e controlo de qualquer surto recorrente da doença. Do mesmo modo, os países que participam no Programa Africano de Controlo da Oncocercose necessitarão eventualmente de tomar medidas para reforçar a vigilância e o controlo da recrudescência da doença, após terem alcançado a fase de eliminação.

Aproveito esta oportunidade para sublinhar a importância dessa vigilância e controlo contínuos, e não duvido de que os países envolvidos têm disso plena consciência; portanto, todos juntos poderemos garantir que a oncocercose continuará a ser, no continente africano, apenas uma doença do passado.

No ano findo, a OMS procurou novos caminhos para obter progressos reais na luta contra as principais doenças infecciosas: HIV/SIDA, paludismo, tuberculose e várias doenças da infância.

O ponto de partida é evidente: as doenças infecciosas são presentemente responsáveis por cerca de 45% da mortalidade nos países em desenvolvimento. Cerca de metade da mortalidade por doenças infecciosas pode ser atribuída apenas a três infecções - HIV/SIDA, tuberculose e paludismo. Estas infecções são a causa de mais de 300 milhões de doenças e de mais de 5 milhões de óbitos todos os anos, não existindo para nenhuma delas uma vacina eficaz que impeça as infecções nas crianças e nos adultos.

As comunidades pobres são penalizadas, visto que a pobreza é perpetuada através da perda de trabalho, desistência escolar, menor investimento financeiro e maior instabilidade social - com custos sociais e económicos muito elevados. Por exemplo, um estudo recente revelou que o PIB anual da África seria hoje 100 mil milhões de dólares mais elevado se o paludismo tivesse sido eliminado há 30 anos.

Nós dispomos de medicamentos que podem curar o paludismo, a tuberculose e as infecções oportunistas associadas ao HIV. Temos mosquiteiros e preservativos que podem prevenir o paludismo e a infecção pelo HIV. Contudo, para demasiadas pessoas, especialmente para os pobres, estes instrumentos vitais não são acessíveis ou são usados de maneira imprópria.

Ao mesmo tempo, alguns dos fármacos de que dispomos estão a perder a sua eficácia - lenta mas firmemente - devido ao desenvolvimento progressivo da resistência antimicrobiana. As perspectivas para a cura destas infecções estão, por isso, a fechar-se. Os canais da investigação e do desenvolvimento não conseguem fazer face às necessidades e os novos medicamentos e vacinas apenas lentamente aparecem no mercado.

A OMS preocupar-se-á com a necessidade de melhorar o acesso aos medicamentos essenciais e aos métodos de prevenção, tais como os mosquiteiros e os preservativos. Continuamos empenhados em trabalhar com os governos e com os nossos parceiros na área do desenvolvimento para explorar todos os mecanismos possíveis para alargar o financiamento, garantir a disponibilidade e promover o uso eficaz dos medicamentos essenciais e das tecnologias preventivas de saúde.

É urgentemente necessária uma acção imediata e alargada. Existem diferentes estratégias e abordagens para o HIV, tuberculose e paludismo. No entanto, para cada uma delas o local de prevenção e tratamento é mais frequentemente a casa - não os estabelecimentos de saúde. Os governos têm um papel fundamental a desempenhar na criação de um ambiente propício e no fornecimento de liderança. Mas para diminuir estas três doenças, serão necessários os esforços e a inovação de uma mais vasta gama de parceiros.

Para atingir os objectivos de reduzir em 50% a mortalidade por HIV/SIDA e tuberculose e em 25% a infecção por HIV, necessitamos de um novo mecanismo que implemente intervenções eficazes e com provas dadas.

É um imenso desafio para todos nós, mas a recompensa também é promissora. Significa que temos de encontrar novas linhas de pensamento, fazer novas alianças e melhorar o nosso desempenho. Temos ainda de colher as melhores lições das experiências existentes, tais como a GAVI e as iniciativas para travar a tuberculose e fazer recuar o paludismo, bem como os sucessos contra a poliomielite, oncocercose, lepra, dracunculose e filiaríase linfática.

Ainda mais significativo é o facto de esta onda de interesse pela melhoria do desempenho oferecer uma oportunidade única a muitos Estados-Membros para avaliarem o futuro dos seus sistemas de saúde e os esforços que poderão fazer para a melhoria do seu desempenho.

A OMS tem consciência de que não existem respostas rápidas e fáceis. Sabemos também que, mesmo quando há acordo à volta de certas orientações políticas de base, como, por exemplo, o alargamento do sistema de pré-pagamento, a sua implementação na prática pode ser difícil.

Respondendo a numerosas solicitações, a OMS colaborará estreitamente com alguns Estados-Membros numa Iniciativa para Melhorar o Desempenho dos Sistemas de Saúde, para aplicar o novo quadro de avaliação da OMS aos níveis nacional e local; para usar esta análise como apoio à formulação de políticas nacionais; e para agir em conjunto, no sentido de facilitar mudanças positivas. No seio da Região Africana, há já 5 países a participar nesta Iniciativa.

Na África, o centro da nossa atenção incide claramente sobre o HIV/SIDA, o paludismo e outras doenças infecciosas. No entanto, a rápida mudança, quanto ao fardo das doenças, das infecciosas para as não-transmissíveis, constitui um sério desafio para os sistemas de cuidados de saúde no futuro próximo, e haverá que tomar decisões difíceis.

Na maioria dos casos, há um desfasamento entre a exposição aos riscos e os resultados visíveis, mas presentemente exigem-se decisões políticas para enfrentar esta mudança no fardo das doenças. Os dados indicam que a luta global contra o tabaco é uma área-chave prioritária. Nos próximos 12 meses, preocupar-nos-emos também com uma área da saúde pública largamente negligenciada. Refiro-me à saúde mental.

A saúde mental será, no próximo ano, o tema do Dia Mundial da Saúde, a 7 de Abril. Não há países nem comunidades imunes às perturbações mentais, cujo impacto é enorme em termos psicológicos, sociais e económicos. Contudo, as sociedades levantam obstáculos tanto ao tratamento como à reintegração das pessoas com doenças mentais. O que confere uma dupla urgência à nossa acção é o facto de não haver razões para não agir - muito menos para excluir. O Dia Mundial da Saúde, a Assembleia Mundial da Saúde de 2001 e o Relatório da Saúde no Mundo em 2001 irão todos incidir na saúde mental. Em conjunto, havemos de encontrar soluções e energia para as mudanças necessárias.

No que toca ao tabaco, estamos a fazer avançar as coisas. A OMS encontra-se na linha da frente desta luta pela saúde pública de âmbito mundial. Não estamos interessados em guerras do tabaco. Queremos soluções para o tabaco.

Em Outubro, daremos início às negociações no âmbito da Convenção-Quadro para a Luta Antitabágica; será a primeira vez que a comunidade da saúde pública vai liderar uma negociação deste tipo. O processo que lançámos já suscitou um debate de âmbito global, obrigando os países e as companhias tabaqueiras a repensar as suas actividades, numa perspectiva de saúde pública. O sucesso da Convenção-Quadro dependerá da nossa capacidade para associar dados factuais a decisões bem ponderadas.

Haverá primeiro dois dias de audições públicas em Genebra. Ouviremos os pontos de vista de todas as partes interessadas, incluindo os produtores de tabaco e a indústria tabaqueira, enquanto preparamos a redacção das regras da luta contra o tabaco a nível mundial. Esta é uma oportunidade para todos os interessados darem o seu contributo para um instrumento da saúde pública no mundo.

Senhor Presidente,

Face aos desafios com que nos deparamos todos - governos e agências técnicas - que respostas poderemos dar e que podereis vós, os nossos Estados-Membros, esperar da OMS?

À OMS continua a caber um papel único. Procuramos permanentemente o melhor interesse dos que representamos - a optimização da saúde de todas as populações dos nossos 191 Estados-Membros.

Em cada momento, tentamos assegurar-nos de que nos orientamos segundo os melhores dados disponíveis - apoiando-nos numa cuidadosa análise das experiências e nos resultados da investigação revelante.

A melhor prova do modo como a OMS está a evoluir para melhor servir os Estados-Membros é o próximo orçamento, que ireis discutir mais tarde, nesta semana. O Orçamento Programa para 2002-2003 é um instrumento-chave para fazer avançar o processo de mudança e de reforma da OMS. Tanto pelo conteúdo como pelo modo como está a ser preparado, ele constitui uma significativa diferença em relação aos biénios anteriores.

O orçamento reflecte a nova estratégia institucional da OMS, que define o modo como o Secretariado da Organização pretende enfrentar os desafios da rápida evolução da saúde no mundo. Para cada área de actividade, o programa e o orçamento foram elaborados conjuntamente por funcionários dos Escritórios Regionais e da Sede de Genebra, segundo um processo comum a toda a Organização.

Para o conjunto da Organização, foram identificadas 35 áreas de actividade, que constituem as nossas estruturas de base comuns. Ao longo do processo identificámos claramente as 11 prioridades aprovadas pelo Conselho Executivo e afectámos recursos adicionais a essas prioridades.

Foi proposto um aumento substancial dos fundos destinados à Região Africana, o que reflecte as grandes necessidades da Região. Ao ler o orçamento, no entanto, é importante ter presente que a OMS não é um fundo, mas sim uma instituição ao serviço da saúde.

A nova abordagem para a orçamentação e o planeamento tem uma importância especial para a nossa actividade nos países. Desejamos facilitar uma abordagem estratégica para o desenvolvimento da cooperação da OMS com os países. Uma clara definição das prioridades ajudará a garantir uma melhor correspondência entre as necessidades dos países e as estratégias acordadas a nível mundial. Discutiremos também com os países os métodos para desenvolver mais a cooperação com eles.

Senhor Presidente,

Estamos a testemunhar uma mudança nas percepções. A saúde é um tema prioritário. A saúde é aceite como elemento central e imprescindível para reduzir a pobreza e garantir o crescimento económico e o progresso social. Há, entre os doadores, uma tendência para destinar mais dinheiro às intervenções de luta contra as doenças. Cresce a consciência de que necessitamos de acordos e de colaboração internacionais para combater certas ameaças à saúde, como o tabaco. Em resumo: a saúde foi colocada no centro da agenda para o desenvolvimento.

A primeira década deste século pode vir a ser aquela em que dois mil milhões dos pobres mais pobres do mundo vão ter o seu quinhão na revolução da saúde.

Mas nada é irreversível neste processo. Temos de continuar a trabalhar arduamente para mantermos esta dinâmica. O mais pequeno sinal de fraqueza pode transformar o papel central da saúde no desenvolvimento em pouco mais do que uma teoria que esteve na moda este ano.

Estamos à beira de testemunhar conquistas reais e substanciais na saúde dos mais carenciados mas, para tal, precisamos de uma percepção realista do que poderemos alcançar e do que será necessário para o atingir.

Antes de mais, temos todas as razões para pedir, mas seria irrealista esperarmos, aumentos substanciais no apoio ao desenvolvimento, por parte dos principais doadores do mundo. A mudança quanto aos recursos pode ser mais uma reafecção, ou um ligeiro crescimento, nos orçamentos existentes, do que uma chuva de benesses proveniente da cada vez maior riqueza dos países com mais recursos.

Em segundo lugar, haverá uma exigência impiedosa de mais eficácia e de resultados mensuráveis. Quem não conseguir provar que o aumento das actividades resultou em melhores indicadores num período relativamente curto, virá a descobrir que o financiamento se esgota.

Em terceiro lugar, como é evidente, o desafio vai ser enorme para os próprios países em desenvolvimento. Uma nova atenção dedicada à saúde implicará mais exigências quanto ao financiamento pelos próprios países, à melhoria das capacidades de absorção e à governação. As próprias populações e os seus governos hão-de ser as principais locomotivas na via para um progresso substancial e duradouro na saúde.

Vamos trabalhar em conjunto para agarrar esta oportunidade. Vamos fazer com que esta seja a década que impulsionará a revolução da saúde para todos.

Muito obrigada.

ANEXO 10: DISCURSO DE ABERTURA DE SUA EXCELÊNCIA, SR. BLAISE COMPAORÉ, PRESIDENTE DO BURKINA FASO

Senhora Directora-Geral da OMS,
Senhor Director Executivo da ONUSIDA,
Senhoras e Senhores Chefes das Delegações dos Estados-Membros,
Excelentíssimos Representantes das Organizações Interafricanas e Internacionais,
Distintos Convidados,
Senhoras e Senhores,

É com grande prazer que recebo em Ouagadougou a quinquagésima sessão do Comité Regional Africano da Organização Mundial de Saúde, a qual se realiza num momento excepcionalmente difícil para os sistemas de saúde do nosso continente, que enfrentam actualmente numerosos obstáculos.

Em primeiro lugar, gostaria de, em nome do governo e do povo burquinabês, dar as boas-vindas a todos os nossos ilustres convidados. Gostaria também de saudar especialmente a presença da Dra. Gro Harlem Brundtland, eficaz coordenadora das actividades da Organização Mundial de Saúde. Saúdo igualmente as importantes iniciativas levadas a efeito pelo Dr. Samba e pela sua equipa, bem como pelos Ministros da Saúde do continente africano.

Senhoras e Senhores,

Como dizia Georges PEROS - e passo a citar - a saúde "é o que serve para nos impedir de morrer, quando adoecemos gravemente".

No continente africano, devido aos complexos problemas de saúde que as nossas populações têm que enfrentar, é muitas vezes bastante difícil conseguir sobreviver quando se está gravemente doente.

É por isso que a mobilização social a favor da saúde dos africanos deve manter-se inabalável; é por isso que nos regozijamos com esta quinquagésima sessão do Comité Regional Africano da OMS, que irá abordar temas prioritários para resolver o défice sanitário do nosso continente.

A questão primordial que hoje se coloca aos dirigentes africanos e aos parceiros da África, é a forma de garantir o desenvolvimento económico com populações que diariamente estão confrontadas com doenças.

Consciente dos laços fundamentais existentes entre saúde e desenvolvimento, o Governo do Burkina Faso atribui regularmente cerca de 12% do seu orçamento operacional a actividades de saúde.

Senhoras e Senhores,

Nesta época de desafios para o sistema de saúde do nosso continente, faço questão de felicitar a Organização Mundial de Saúde pelo facto de, por um lado, ter ultrapassado as etapas decisivas para a melhoria da saúde de milhões de pessoas em todo o mundo e, por outro lado, ter inscrito a saúde dos africanos nos programas fundamentais.

Durante os últimos anos, realizaram-se grandes progressos no campo da saúde em África. A virtual eliminação da poliomielite em quase todos os países e os êxitos alcançados nestes últimos tempos na luta contra o poliovírus selvático constituem motivo de orgulho para os nossos países e para o nosso continente.

Para além disso, está em curso de criação um mecanismo duradouro para fazer recuar o paludismo.

Aos numerosos êxitos que podemos acrescentar ao quadro de honra da Organização há ainda a erradicação da varíola, que constitui um avanço considerável para a melhoria da saúde das populações. A tudo isto, há ainda a acrescentar as vitórias decisivas sobre a lepra, a dracunculose e a doença do sono.

Num mundo globalizante, caracterizado pelos progressos dos meios de comunicação, a OMS soube fazer da divulgação da informação sobre as doenças e as epidemias uma estratégia fundamental para a respectiva prevenção e controlo.

Senhoras e Senhores,

Os nossos sucessos são consideráveis, mas os obstáculos que nos esperam são enormes.

Com efeito, apesar das numerosas conquistas, a população mundial, em geral, e africana, em particular, está confrontada neste início de milénio com o drama do HIV/SIDA, que se tornou a primeira causa de óbito no continente, à frente do paludismo.

No continente africano, a pandemia do HIV/SIDA ceifou mais vidas do que as guerras. Em 15 anos, 11 milhões de africanos foram levados pela SIDA, cuja propagação está presentemente a pôr em risco a própria sobrevivência das populações. Reconhecemos, com a ONUSIDA, que o balanço de 1999 é inquietante com os seus 2 milhões e meio de mortos.

É importante que as concertações de todos os intervenientes prossigam e que se empreendam acções decisivas desde já, para evitar que os anos futuros sejam mais dolorosos para as populações africanas.

A presente sessão debruçar-se-á, entre outras coisas, sobre o acesso aos cuidados nos países do Sul, o que constitui certamente uma questão primordial não só para fazer face à epidemia do HIV, mas também ao conjunto dos problemas de saúde que afectam o planeta.

Sobre esse assunto, a proposta de criação de um fundo de solidariedade internacional para a compra de medicamentos e a limitação do direito dos detentores de patentes é interessante, ainda que possamos ir mais longe, encarando a possibilidade de soluções mais globais. Os cuidados de saúde não são mais do que um dos determinantes da saúde. É indispensável garantir, concomitantemente, às populações uma boa saúde, um rendimento adequado, uma educação satisfatória e um trabalho valorizador.

Distintos convidados,
Senhoras e Senhores,

Acalento a esperança de que esta 50^a sessão do Comité Regional Africano da OMS permita aos nossos países, com o apoio da Organização Mundial de Saúde, lançar estratégias eficazes para garantir a saúde das populações africanas.

Desejo pleno sucesso aos vossos trabalhos e declaro oficialmente aberta a quinquagésima sessão do Comité Regional Africano da Organização Mundial de Saúde.

Muito obrigado.

ANEXO 11: ORDEM DO DIA PROVISÓRIA DA QUINQUAGÉSIMA-PRIMEIRA SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL

1. Abertura da sessão
2. Constituição da Comissão de Designações
3. Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores
4. Aprovação da ordem do dia (documento AFR/RC51/1)
5. Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes
6. Actividades da OMS na Região Africana, em 2000 : Relatório anual do Director Regional (documento AFR/RC50/2)
 - Progressos realizados em determinadas áreas programáticas:
 - Estratégia regional de saúde mental
 - Vigilância integrada das doenças
 - Iniciativa de erradicação da poliomielite
 - Eliminação da lepra na Região Africana
 - Estratégia regional para as situações de emergência e ajuda humanitária
 - Atenção integrada às doenças da infância (AIDI)
 - Medicamentos essenciais na Região Africana da OMS
 - Situação do Escritório Regional Africano da OMS, em Brazzaville
7. Correlação entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde
 - 7.1 Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo
 - 7.2 Incidências regionais das ordens do dia da 109ª sessão do Conselho Executivo e da 55ª Assembleia Mundial da Saúde
 - 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde

-
8. Relatório do Subcomité do Programa
 - 8.1 Orçamento-Programa da OMS para 2002-2003 - Planos de execução para a Região Africana
 - 8.2 Trabalhar nos países e com estes : Estratégia de cooperação com os países
 - 8.3 Segurança do sangue : Estratégia para a Região Africana
 - 8.4 Saúde dos adolescentes : Estratégia para a Região Africana
 - 8.5 Alimentação dos lactentes e crianças pequenas
 - 8.6 Promoção da saúde : Estratégia para a Região Africana
 9. Mesas-Redondas
 - 9.1 Sistemas de saúde : Melhorar o desempenho (documento AFR/RC51/RT/1)
 - 9.2 Controlo das doenças : Papel da mobilização social (documento AFR/RC51/RT/2)
 - 9.3 Redução da pobreza : Papel do sector da saúde (documento AFR/RC51/RT/3)
 10. Relatório das Mesas-Redondas
 11. Escolha dos temas das Mesas-Redondas de 2002
 12. Decisões Processuais
 13. Datas e locais das 52ª e 53ª sessões do Comité Regional
 14. Aprovação do relatório do Comité Regional
 15. Encerramento da 51ª sessão do Comité Regional

ANEXO 12: LISTA DOS DOCUMENTOS

Referência	Título do documento
AFR/RC50/INF/01	- Boletim Informativo
AFR/RC50/1 Rev.2	- Ordem do dia
AFR/RC50/2	- Actividades da OMS na Região Africana em 1998-1999: Relatório Bienal do Director Regional
AFR/RC50/3	- Orçamento-Programa para 2002-2003
AFR/RC50/4	- Relatório do Subcomité do Programa
AFR/RC50/5	- Modalidades de implementação das resoluções de interesse para a Região Africana aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo
AFR/RC50/6	- Incidências regionais das ordens do dia da 107ª sessão do Conselho Executivo e da 54ª Assembleia Mundial da Saúde
AFR/RC50/7	- Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
AFR/RC50/8 Rev.1	- Política de Saúde para Todos no Século XXI, na Região Africana: Agenda 2020
AFR/RC50/9	- Promoção do papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde : Estratégia para a Região Africana
AFR/RC50/10	- Combate às doenças não-transmissíveis: Estratégia para a Região Africana
AFR/RC50/11	- Estratégia anti-HIV/SIDA na Região Africana: Quadro de implementação
AFR/RC50/12	- Iniciativa "Fazer Recuar o Paludismo" na Região Africana : Quadro de implementação
AFR/RC50/TD/1	- Discussões Técnicas: "Redução da Mortalidade Materna - Um desafio para o Século XXI"
AFR/RC50/TD/2	- Guia para a organização e condução das Discussões Técnicas
AFR/RC50/13	- Relatório das Discussões Técnicas
AFR/RC50/14	- Escolha do tema das Mesas-Redondas da 51ª sessão do Comité Regional, em 2001

AFR/RC50/15	-	Designação dos Presidentes e dos Presidentes substitutos das Mesas-Redondas em 2001
AFR/RC50/16	-	Datas e locais das 51ª e 52ª sessões do Comité Regional
AFR/RC50/17	-	Aprovação do relatório do Comité Regional
AFR/RC50/18 Rev.1	-	Ordem do dia do Subcomité do Programa
AFR/RC50/19	-	Lista dos participantes
AFR/RC50/20	-	Melhorar o acesso aos medicamentos anti-HIV/SIDA na Região Africana: Relatório dos progressos realizados
AFR/RC50/Conf.Doc./1	-	Alocação de boas-vindas do Dr. Alain L. Tou, Ministro da Saúde do Burkina Faso
AFR/RC50/Conf.Doc./2	-	Alocação da Dra. Libertina Amathila, Presidente da 49ª sessão do Comité Regional
AFR/RC50/Conf.Doc./3	-	Alocação do Prof. Couavi A.L. Johnson, Representante do Secretário-Geral da Unidade Africana
AFR/RC50/Conf.Doc./4	-	Alocação do Dr. Ebrahim M. Samba, Director da Região Africana da OMS
AFR/RC50/Conf.Doc./5	-	Comunicação da Dra. Gro H. Brundtland, Directora-Geral da Organização Mundial de Saúde
AFR/RC50/Conf.Doc./6	-	Discurso de abertura do Presidente da República do Burkina Faso, Sua Excelência Sr. Blaise Compoaré
AFR/RC50/Conf.Doc./7	-	Alocação do Presidente da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho
AFR/RC50/Conf.Doc./8	-	Alocação da Sra. Rima Salah, Directora Regional do UNICEF para África Central e Ocidental