

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
COMITÉ REGIONAL AFRICANO  
40<sup>a</sup> SESSÃO

Brazzaville, (Congo)  
5-12 de Setembro de 1990

RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL

Brazzaville  
Outubro de 1990

# ÍNDICE

## PARTE I

	<u>Página</u>
DECISÕES PROCESSUAIS .....	1
1. Composição da Comissão de Designações .....	1
2. Eleição do Presidente, Vice-presidentes e Relatores .....	1
3. Composição da Comissão de Verificação de Poderes .....	1
4. Verificação de poderes .....	2
5. Escolha de tema das discussões técnicas para 1991 .....	2
6. Designação do Presidente das discussões técnicas .....	2
7. Ordem do dia da 41ª Sessão do Comité Regional .....	2
8. Incidências regionais das ordens do dia da 87ª Sessão do Conselho Executivo e da 44ª Assembleia Mundial da Saúde ....	2
9. Método de trabalho e duração da 44ª Assembleia Mundial da Saúde .....	2
10. Designação de representantes da Região Africana na Comissão de Gestão do Programa Mundial de Luta contra a SIDA (GPA) .....	4
11. Designação de representantes da Região Africana na Comissão Consultiva sobre a Gestão do Programa de Acção relativo aos medicamentos essenciais .....	4
12. Designação de Representantes da Região Africana como membros da categoria 2 da Comissão de Orientação e de Coordenação do Programa Especial de Investigação e Formação em Reprodução Humana .....	4
13. Datas e locais da 41ª e da 42ª Sessões do Comité Regional .....	4
14. Substituição dos membros do Subcomité do Programa .....	4
RESOLUCÕES .....	7
AFR/RC40/R1 A situação na Libéria .....	7
AFR/RC40/R2 Acelerar a melhoria da saúde materno-infantil .....	7
AFR/RC40/R3 Discussão da Resolução 44/211 da Assembleia Geral das Nações Unidas: actividades operacionais para o desenvolvimento.....	9

	<u>Página</u>
AFR/RC40/R4	Melhor utilização possível dos recursos da OMS análise da política regional de Orçamento/Programa .... 10
AFR/RC40/R5	Projecto de Orçamento/Programa para 1992-1993 ..... 12
AFR/RC40/R6	Programa de Prevenção combate a SIDA ..... 12
AFR/RC40/R7	Análise do programa de combate a tuberculose ..... 14
AFR/RC40/R8	Medicina tradicional ..... 16
AFR/RC40/R9	Cuidados de saúde mental ao nível comunitário baseados na estratégia do sistema distrital de saúde em Africa .. ..... 18
AFR/RC40/R10	Combate a oncocercose na Região Africana ..... 19
AFR/RC40/R11	Preparação e intervenção nas situações de emergência em Africa ..... 20
AFR/RC40/R12	Assistência aos países que acolhem refugiados e deslocados ..... 22
AFR/RC40/R13	Actividades da OMS em 1990 : Relatório Sucinto do Director Regional para 1989 ..... 23
AFR/RC40/R14	Moção de agradecimento .....23

## PARTE II

	<u>Parágrafos</u>
ABERTURA DA SESSÃO .....	1 - 23
ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS .....	24
DELIBERAÇÃO - PAPEL DA OMS NA REGIÃO AFRICANA, 1989: RELATORIO SUCINTO DO DIRECTOR REGIONAL .....	25 - 72
ANALISE DO PROGRAMA DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL SOBREVIVÊNCIA DA CRIANÇA E MATERNIDADE SEM RISCO .....	73 - 83
CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL A NÍVEL COMUNITÁRIO EM ÁFRICA, BASEADOS NA ESTRATÉGIA DO SISTEMA DISTRITAL DE SAÚDE .....	84 - 97
PREPARAÇÃO E INTERVENÇÃO NAS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA LIGADAS AS CATÁSTROFES NATURAIS E EPIDEMIAS EM ÁFRICA ....	98 - 105
PROGRAMA DE COMBATE A TUBERCULOSE NA REGIÃO AFRICANA (doc.AFR/RC40/7) .....	106 - 113
COMBATE A ONCOCERCOSE NA REGIÃO AFRICANA (doc. AFR/RC40/24) .....	114 - 121

RELATÓRIO DO PROGRAMA DE MEDICINA TRADICIONAL (doc. AFR/RC40/9) .....	122 - 127
ANÁLISE DO PROGRAMA DE COMBATE A SIDA (doc. AFR/RC40/5) .....	128 - 136
MODALIDADES DE IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DE INTERESSE REGIONAL APROVADAS PELA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE E PELO CONSELHO EXECUTIVO (doc. AFR/RC40/11) e AFR/RC40/11 Add.1 .....	137 - 142
INCIDENCIAS REGIONAIS DAS ORDENS DO DIA DA 85 <sup>a</sup> SESSÃO DO CONSELHO EXECUTIVO E DA 47 <sup>a</sup> ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE (doc. AFR/RC40/12) .....	143 - 146
MÉTODO DE TRABALHO E DURAÇÃO DA 44 <sup>a</sup> ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE (doc. AFR/RC40/13 e AFR/RC40/13 Corr.1) .....	147 - 150
DISCUSSÕES TÉCNICAS DURANTE A 44 <sup>a</sup> ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE: "ESTRATÉGIAS DE SAÚDE PARA TODOS PERANTE A URBANIZAÇÃO GALOPANTE" (documento AFR/RC40/14) .....	151 - 152
"DISCUSSÃO DA RESOLUÇÃO 44/211 DA ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS: "ATIVIDADES OPERACIONAIS PARA O DESENVOLVIMENTO" (documento AFR/RC40/15 e AFR/RC40/15 Add.1) .....	153 - 167
RELATÓRIO DO SUBCOMITE DO PROGRAMA (documento AFR/RC40/18) ...	168 - 195
APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DAS DISCUSSÕES TÉCNICAS (doc. AFR/RC40/19) .....	196
ESCOLHA DO TEMA DAS DISCUSSÕES TÉCNICAS PARA 1991 (doc. AFR/RC40/20) .....	197
DESIGNAÇÃO DO PRESIDENTE DAS DISCUSSÕES TÉCNICAS EM 1991 (documento AFR/RC40/12) .....	198
DATAS E LOCAIS DE REALIZAÇÃO DA 41 <sup>a</sup> e 42 <sup>a</sup> SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL EM 1991 e 1992 (documento AFR/RC40/22) .....	199 - 203
ENCERRAMENTO DA SESSÃO .....	204 - 208

ANEXOS

	<u>Página</u>
Anexo 1	Ordem do dia ..... 55 - 56
Anexo 2	Lista dos participantes ..... 57 - 73
Anexo 3	Alocação de Sua Excelência o Ministro da Saúde Pública do Níger, Tenente-Coronel Ousmane Gazere, Presidente da 39ª Sessão do Comité Regional ..... 74 - 75
Anexo 4	Alocação do Dr. G. L. Monekosso, Director Regional da OMS para a África ..... 76 - 79
Anexo 5	Mensagem de Sua Excelência Sr. Salim Ahmed Salim Secretário-Geral da Organização da Unidade Africana (OUA) ..... 80 - 84
Anexo 6	Alocação do Dr. F. J. C. Cambournac Ex-Director Regional da OMS para a África ..... 85 - 89
Anexo 7	Discurso de abertura de Sua Excelência o General Denis Sassou Nguesso, Presidente do Comité Central do Partido Congolês do Trabalho, Presidente da República e chefe do Governo ..... 88 - 90
Anexo 8	Alocação do Dr. Hiroshi Nakajima, Director Geral da Organização Mundial de Saúde ..... 91 - 97
Anexo 9	Relatório do Subcomité do Programa ..... 98 - 119
Anexo 10	Relatório da reunião do Subcomité do Programa realizada em 12 de Setembro de 1990 ..... 121 - 123
Anexo 11	Relatório das Discussões Técnicas ..... 124 - 141
Anexo 12	Ordem do dia provisória da 4ª sessão do Comité Regional Africano ..... 143 - 144
Anexo 13	Lista dos documentos ..... 145 - 147

PARTE I

## DECISOES PROCESSUAIS

1. Composição da Comissão de Designações

A Comissão de Designações reuniu-se na Quarta-feira, 5 de Setembro de 1990, sendo composta por representantes dos seguintes países: Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burquina Fasso, Burundi, Camaroes, Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, Comores e Congo. A Comissão elegeu a Senhora G. Lombilo da República Centrafricana como Presidente.

2a Sessao, 5 de Setembro de 1990

2. Eleição do Presidente, Vice-presidentes e Relatores

Depois de analisar o relatório da Comissão de Designações, o Comité Regional elegeu por unanimidade os seguintes membros:

Presidente: Dr. Ossebi Douniam  
Ministro da Saúde e dos Assuntos Sociais (Congo)

Vice-presidentes: Dr. Flávio Joao Fernandes  
Ministro da Saúde (Angola)

Sr. Zak Kaheru  
Ministro da Saúde (Uganda)

Relatores: Dr. António Pedro da Costa Delgado (Cabo Verde)

Dr. F. Mueke (Quénia)

Dr Bacar Ahmed (Comores)

Relatores das Discussões Técnicas

Sra. W. Manyeneng (Botsuana)

Dr. A. César Nogueira (Guiné-Bissau)

Dr. Dielem (Burquina Fasso)

3a Sessao, 5 de Setembro de 1990

3. Composição da Comissão de Verificação de Poderes

Em conformidade com o artigo 16º do Regulamento Interno, o Comité Regional nomeou uma Comissão de Verificação de Poderes, composta por representantes dos seguintes 12 Estados-membros: Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabao, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Lesoto, Madagáscar, Malawi e Quénia. O Subcomité elegeu o Dr. J.J. Séraphin (Madagáscar) para presidente.

3a Sessao, 5 de Setembro de 1990

#### 4. Verificação de poderes

O Comité Regional, sob proposta da Comissão de Verificação de Poderes, reconheceu a validade das credenciais apresentadas pelos representantes dos seguintes Estados-membros: Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burquina Fasso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Lesoto, Madagáscar, Malauí, Mali, Maurícia, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, Ruanda, S. Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, Suazilândia, Togo, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zaire, Zâmbia e Zimbabué.

A Comissão não pôde analisar as credenciais do Gana e Libéria.

5a Sessão, 7 de Setembro de 1990

#### 5. Escolha de tema das Discussões Técnicas para 1991

O Comité Regional confirmou o seguinte tema para as Discussões Técnicas da sua 41a Sessão: "Formação do Pessoal de Saúde: Mobilização de recursos humanos". Para 1992 foi escolhido o tema "Investigação sobre Saúde Pública".

7a Sessão, 11 de Setembro de 1990

#### 6. Designação do Presidente das Discussões Técnicas de 1991

O Comité Regional designou o Dr. M.A. Bankole (Nigéria) como Presidente das Discussões Técnicas da sua 41a Sessão.

7a Sessão, 11 de Setembro de 1990

#### 7. Ordem do dia da 41a Sessão do Comité Regional

O Comité Regional aprovou a ordem do dia provisória da sua 41a Sessão, proposta pelo Director Regional no Anexo 4 do documento AFR/RC40/12.

7a Sessão, 11 de Setembro de 1990

#### 8. Incidências regionais das ordens do dia da 87a Sessão do Conselho Executivo e da 44a Assembleia Mundial da Saúde

O Comité Regional tomou nota das ordens do dia provisórias da 87a Sessão do Conselho Executivo e da 44a Assembleia Mundial da Saúde, bem como das respectivas correlações com a ordem do dia provisória da 41a Sessão do Comité Regional.

#### 9. Método de trabalho e duração da 44a Assembleia Mundial da Saúde

##### Presidente da Assembleia Mundial da Saúde

- 1) A Região Africana nomeará um Presidente para a Assembleia Mundial da Saúde, em 1994. A última vez que a Região nomeou um Presidente para a Assembleia Mundial da Saúde foi em 1988.



Vice-presidente da Assembleia Mundial da Saúde

- 2) O Presidente da 40a Sessao do Comité Regional será proposto para uma das Vice-presidências da 44a Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 1991. Se por qualquer motivo o Presidente do Comité nao puder cumprir esse mandato, um dos Vice-presidentes do Comité substituí-lo-á, segundo a ordem indicada por sorteio (1o e 2o Vice-presidentes). No caso do Presidente do Comité e dos dois Vice-presidentes estarem impossibilitados de desempenhar o cargo de Vice-presidente da Assembleia Mundial da Saúde, os chefes de delegação dos países do Presidente do Comité Regional, do 1o e do 2o Vice-presidentes desempenharao, por esta ordem, o cargo de Vice-presidente da Assembleia.

Comissoes principais da Assembleia Mundial da Saúde

- 3) Antes de cada Assembleia Mundial da Saúde, o Director-Geral, em colaboração com o Director Regional, estudará quais os delegados dos Estados-membros da Regiao Africana que podem desempenhar, de modo eficaz, as funções de:
- i) Presidente de uma das comissoes principais (A ou B) (artigo 34o do Regulamento Interno da Assembleia);
  - ii) Vice-presidentes e Relatores das mesmas comissoes.

Membros habilitados a designar uma pessoa para o Conselho Executivo

- 4) O Estado-membro da Regiao Africana cujo mandato expira no termo da 44a Assembleia Mundial da Saúde é Moçambique.
- 5) O novo membro do Conselho Executivo será designado pela Serra Leoa. Manter-se-á a prática de seguir a ordem alfabética inglesa dos nomes dos Estados-membros.
- 6) Os membros habilitados a designar pessoas para o Conselho Executivo devem confirmar a sua disponibilidade, pelo menos um mês antes da Assembleia Mundial da Saúde.

Encerramento da 44a Assembleia Mundial da Saúde

- 7) O representante da Argélia falará em nome da Regiao na sessao de encerramento da 44a Assembleia Mundial da Saúde, em conformidade com a Decisao 6 (11) da 33a Sessao do Comité Regional Africano.

Reuniao informal do Comité Regional

- 8) O Director Regional convocará uma reuniao informal para Segunda-feira, 6 de Maio de 1991, às 10H00, no Palácio das Nações, em Genebra, para confirmar as decisoes tomadas pelo Comité Regional na sua 40a Sessao.

7a Sessao, 11 de Setembro de 1990

10. Designação de representantes da Região Africana na Comissão de Gestão do Programa Mundial de Luta contra a SIDA (GPA)

O Comité observou que o mandato da Zâmbia termina em finais de 1990. Em sua substituição, o Comité designou o Congo por um período de três anos, a começar em 1 de Janeiro de 1991, que se juntará ao Zimbabué para representar a Região na Comissão de Gestão do programa Mundial de Luta contra a SIDA (GPA).

8a Sessão, 11 de Setembro de 1990

11. Designação de representantes da Região Africana na Comissão consultiva sobre a Gestão do Programa de Acção relativo aos Medicamentos Essenciais

O Comité Regional designou o Uganda e o Zaire para representarem a Região Africana na Comissão Consultiva sobre a Gestão do programa de acção relativo aos Medicamentos Essenciais, começando o seu mandato em Janeiro de 1991. O Comité observou que o mandato do Uganda terminará em 31 de Dezembro de 1991, enquanto o do Zaire terminará em Dezembro de 1992.

O Comité expressou o seu agradecimento à Guiné e à Tanzânia que representaram a Região em 1990.

8a Sessão, 12 de Setembro de 1990

12. Designação de representantes da Região Africana como membros da Categoria 2 da Comissão de Orientação e de Coordenação do Programa Especial de Investigação e Formação em Reprodução Humana

O Comité Regional designou a Serra Leoa e a Suazilândia para representarem a Região Africana na Categoria (2) da Comissão de Orientação e de Coordenação do Programa Especial de Investigação e Formação em Reprodução Humana.

O Comité expressou o seu agradecimento aos Camarões e ao Ruanda, cujos mandatos expiraram em 31 de Dezembro de 1990, pelos contributos que, em nome da Região Africana, deram para as actividades da Comissão de Orientação e de Coordenação.

8a Sessão, 12 de Setembro de 1990

13. Datas e locais da 41a e da 42a Sessões do Comité Regional

O Comité Regional decidiu realizar a sua 41a Sessão em Bujumbura, no Burundi, em Setembro de 1991, e a sua 42a sessão em Brazzaville, em Setembro de 1992, de acordo com a resolução AFR/RC35/R10. Registrou os amáveis convites do Chade, da Suazilândia e do Botsuana para acolherem futuras sessões.

8a Sessão, 12 de Setembro de 1990

14. Substituição dos membros do Subcomité do Programa

Atendendo à expiração do calendário de substituições dos membros do Subcomité do Programa, que havia sido estabelecida pela Decisão no 8 da sua 34a Sessão, o Comité Regional decidiu elaborar o novo calendário que se encontra na página seguinte.

---

O Comité Regional agradeceu ao Lesoto, Mali, Mauritânia, Maurícia, Moçambique e Quênia, membros cessantes, as suas excelentes contribuições para o trabalho do Subcomité.

Em conformidade com a Resolução AFR/RC25/R10 e a Decisão no 14 da 40a Sessão do Comité, os seguintes 12 países passam a ser membros do Subcomité do Programa (1991-92): Camarões, Níger, Nigéria, Ruanda, Sao Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, Suazilândia, Togo, Uganda e Zaire.

COMITE REGIONAL - 40a SESSAO  
CALENDARIO DE SUBSTITUICAO DOS MEMBROS  
DO SUBCOMITE DO PROGRAMA

Ano de País selecção		1989	1990	1991	1992	1993	1994
			Mandato				
Argélia				1992/93			
Angola*				1992/93			
Benim				1992/93			
Botsuana							
Burquina Fasso					1993/94		
Burundi					1993/94		
Camaroes**			1991/92		1993/94		
Cabo Verde					1993/94		
República Centr.					1993/94		
Chade					1993/94		
Comores						1994/95	
Congo						1994/95	
Guiné-Equatorial						1994/95	
Etiópia						1994/95	
Gabao						1994/95	
Gâmbia						1994/95	
Gana							1995/96
Guiné							1995/96
Guiné-Bissau							1995/96
Côte d'Ivoire							1995/96
Quênia							1995/96
Lesoto							1995/96
Libéria							(1996/97)
Madagáscar							(1996/97)
Malauí							(1996/97)
Mali							(1996/97)
Mauritânia							(1996/97)
Maurícia							(1996/97)
Moçambique							(1996/97)
Namíbia							
Níger	1990/91						
Nigéria	1990/91						
Ruanda	1990/91						
Sao Tomé e P.	1990/91						
Senegal	1990/91						
Seychelles	1990/91						
Serra Leoa		1991/92					
Suazilândia		1991/92					
Togo		1991/92					
Uganda		1991/92					
Tanzânia			1992/93				
Zaire		1991/92					
Zâmbia			1992/93				
Zimbabue			1992/93				

\* Angola participou nas sessões de 1978/79 e o seu mandato terminou na sessão de 1985. O seu próximo mandato será em 1992.

\*\* Em 1979, quando se elaborou o primeiro calendário de substituição, os Camarões constavam da lista como República Unida dos Camarões (United Republic of Cameroon) e encontrava-se imediatamente antes da República Unida da Tanzânia (United Republic of Tanzania). Quando se elaborou o segundo calendário em 1984, os Camarões constava da lista como Camarões e encontrava-se imediatamente antes de Cabo Verde tendo por conseguinte, perdido a sua vez. Daí a sua eleição em 1990.

## RESOLUCOES

AFR/RC40/R1 A Situação na Libéria

Considerando a situação dramática, as privações e o agravamento de situação da população da Libéria, resultante da guerra civil contínua;

Consciente de que só o auxílio internacional pode minorar a perda de vidas humanas e o sofrimento das populações mais afectadas;

Tendo em conta os apelos recentes dos Chefes de Estado africanos, da OUA e da Comunidade Económica dos Estados da Africa do Oeste;

O COMITE REGIONAL,

1. LAMENTA a deterioração da situação na Libéria;
2. DA o seu mais profundo apoio moral ao povo da Libéria;
3. APELA SOLENEMENTE à comunidade internacional para que esteja especialmente atenta e proporcione socorros humanitários urgentes às pessoas carenciadas, em particular no interior da Libéria, bem como aos Liberianos refugiados nos países vizinhos.
4. SOLICITA aos Estados-membros da Região Africana que mobilizem a sua própria opinião pública, a fim de viabilizar auxílio humanitário, em especial alimentação e suprimentos médicos, para a população da Libéria.
5. INCITA as partes em conflito a permitirem o acesso de grupos de auxílio humanitário para que possam ajudar as populações necessitadas, em especial as mulheres e crianças.
6. SOLICITA ao Director-Geral e ao Director Regional da OMS que avaliem urgentemente a situação sanitária da população da Libéria e mobilizem apoio financeiro e técnico para acudir às necessidades de emergência.

7a Sessão, 11 de Setembro de 1990

AFR/RC40/R2 Acelerar a melhoria da saúde materno-infantil

Recordando as resoluções AFR/RC39/R3 sobre o Programa Alargado de Vacinação, AFR/RC39/R4 sobre a orientação futura dos programas de nutrição, AFR/RC39/R8 sobre a saúde materna e a maternidade sem riscos, WHA 43.3 sobre a protecção, a promoção e o apoio à amamentação e WHA 43.10 sobre as mulheres, as crianças e a SIDA;

Notando as numerosas actividades já em curso nos países em matéria de saúde materno-infantil, incluindo o planeamento familiar;

Considerando que a saúde da maioria das mulheres e crianças continua a deixar a desejar, a despeito dos esforços envidados pelos Estados-membros;

Preocupado com o aumento da prevalência das doenças sexualmente transmissíveis e da SIDA nas mulheres e do elevado risco de transmissão da SIDA da mãe infectada para o seu filho;

Tendo examinado o relatório do Director Regional sobre a sobrevivência da criança e a maternidade sem riscos na Região Africana (documento AFR/RC40/4/);

## O COMITE REGIONAL,

1. FELICITA o Director Regional pelo seu relatório sobre o programa de saúde materno-infantil.
2. APROVA os objectivos, estratégias e metas propostos para a promoção da saúde materno-infantil no documento AFR/RC40/4;
3. CONVIDA os Estados-membros a:
  - i) intensificar os programas de combate às doenças infecciosas das crianças, particularmente a nível comunitário;
  - ii) alargar as actividades de promoção do acompanhamento do crescimento a todos os serviços de saúde e a desenvolver a promoção do acompanhamento do crescimento a nível comunitário (para o qual já existem orientações), enquanto ponto de apoio das actividades de sobrevivência e desenvolvimento da criança;
  - iii) fixar metas nacionais para a sobrevivência e desenvolvimento da criança, bem como para a saúde materna, adaptadas às realidades do país;
  - iv) alargar e melhorar os serviços prestados antes, durante e após o parto, por forma a aumentar a cobertura da comunidade e favorecer as actividades baseadas na comunidade no mesmo sentido;
  - v) promover a amamentação e o planeamento familiar, por forma a assegurar um espaçamento suficiente das gravidezes e a protecção e promoção da saúde da mãe e da criança;
  - vi) promover programas destinados a melhorar a nutrição materna e infantil, particularmente a luta contra certas perturbações nutricionais: anemias, carência de iodo e avitaminose A, sempre que ocorrem;
  - vii) elaborar medidas enérgicas para a prevenção da SIDA, que se integrem nos serviços de SMI/PF a todos os níveis e que culminem numa acção comunitária eficaz;
  - viii) acelerar os programas de alfabetização e promover actividades geradoras de rendimentos que sejam viáveis e duradouras para todas as comunidades, enquanto meio de intensificar a plena participação das mulheres na saúde e no desenvolvimento;
  - ix) reforçar a formação básica e no emprego em SMI/PF, com particular realce para os meios de reduzir a mortalidade e a morbilidade maternas e infantis;
  - x) tomar em consideração as preocupações inerentes à saúde materno-infantil e planeamento familiar em todas as iniciativas de Saúde para Todos baseadas na comunidade e geridas a nível distrital;
  - xi) efectuar uma análise crítica das actividades e serviços nacionais de saúde materno-infantil/planeamento familiar/nutrição, a todos os níveis, desde a base (participação comunitária) até ao nível central, com vista a melhorar a gestão dessas actividades a todos os níveis do sistema de saúde.

## 4. SOLICITA ao Director Regional que:

- i) reforce o apoio a todos os países da Regiao nos domínios da saúde materno-infantil, planeamento familiar e nutrição;
- ii) elabore actividades regionais e sub-regionais para melhorar a gestao dos programas de saúde materno-infantil/planeamento familiar/nutrição, com particular realce para o planeamento, acompanhamento e avaliação dos programas;
- iii) reforce os programas de formação em saúde materno-infantil/planeamento familiar/nutrição na Regiao;
- iv) crie bancos de dados regionais sobre a situação e os programas de saúde materno-infantil/planeamento familiar, e desenvolva metodologias para programas nacionais similares;
- v) estimule e apoie uma investigação integrada orientada para a acção sobre os serviços de saúde materno-infantil, bem como sobre a reprodução humana;
- vi) continue a cooperar com os Estados-membros no reforço das suas actividades nacionais sobre "Mulheres, Saúde e Desenvolvimento" na Regiao;
- vii) intensifique a cooperação com o PNUD, o UNICEF, o FNUAP, a OIT, a FAO o Banco Mundial, e outras organizações de cooperação multilateral, bilateral e nao-governamentais, com vista a promover a maternidade sem riscos e a saúde da criança, como parte integrante do desenvolvimento socioeconómico geral.

7a Sessao, 11 de Setembro de 1990

AFR/RC40/R3 Discussao da Resolucao 44/211 da Assembleia Geral das Nações Unidas: actividades operacionais para o desenvolvimento

Tendo considerado a Resolucao 44/211 da Assembleia Geral das Nações Unidas e o documento de trabalho apresentado pelo Director Regional;

Notando o conteúdo da Resolucao 44/211 da AGNU sobre Actividades Operacionais para o Desenvolvimento do Sistema das Nações Unidas, em especial os parágrafos operacionais 12 a 34, e os muitos e úteis temas de desenvolvimento incluídos na Resolucao da ONU;

Concordando que os Estados-membros têm a responsabilidade exclusiva pela coordenação do auxílio externo e a responsabilidade principal pela sua concepção e gestao;

Acreditando que uma estratégia coordenada de auxílio externo para o desenvolvimento previsível e substancial, incluindo a assistência do sistema das Nações Unidas, resultaria num mais rápido progresso dos países;

Recordando as numerosas resoluções da Assembleia Mundial da Saúde e do Comité Regional que se referem à maioria dos pontos tratados na Resolucao 44/211 AGNU, incluindo a necessidade das iniciativas necessárias para reforçar o apoio económico aos países que enfrentam grandes problemas económicos;

Notando até que ponto vários dos principais temas e objectivos da Resolução da ONU correspondem a acções e estratégias já em curso de implementação pela OMS;

Reafirmando que a Organização Mundial de Saúde, como uma agência intergovernamental especializada com constituição própria, mandatada e financiada pelos Estados-membros e que trabalha em estreita colaboração com estes últimos, deverá continuar a manter a sua independência e as suas perspectivas de promover ainda mais o desenvolvimento sanitário, enquanto trabalha em estreita colaboração e harmonia com todo o sistema da ONU e com outros organismos de cooperação bilateral, multilateral e organizações não-governamentais;

Reconhecendo a valiosa colaboração da Organização Mundial de Saúde com os Estados-membros, na formulação e implementação de actividades sectoriais da Saúde, no contexto de um desenvolvimento total;

Notando que uma cooperação ainda maior com o sistema da ONU resultaria numa utilização mais produtiva do escasso auxílio externo;

Reafirmando que os mecanismos existentes na OMS para o desenvolvimento e implementação de programas e projectos estão em consonância com as aspirações nacionais e com os objectivos de desenvolvimento referidos na Resolução 44/211 da AGNU;

O COMITE REGIONAL,

1. AGRADECE ao Director-Geral e ao Director Regional da Organização Mundial de Saúde a respectiva colaboração técnica ao longo dos anos, apoiando aos Estados-membros na identificação das suas prioridades e na programação de objectivos no sector da saúde, em consonância com as necessidades nacionais, e a assistência prestada no fortalecimento das capacidades nacionais de administração e gestão do sector da saúde, através de programas como Análise da Situação Sanitária e das suas Tendências, Processo de Gestão para o Desenvolvimento Sanitário Nacional e outros;

2. SOLICITA ao Director Regional que chame a atenção do Director-Geral para a necessidade de criar um mecanismo adequado com participação regional, para um estudo aprofundado dos aspectos relacionados com o funcionamento da Organização dentro do sistema da ONU.

7a Sessão, 11 de Setembro de 1990

AFR/RC40/R4 Melhor aproveitamento possível dos recursos da OMS:  
análise da política regional de Orçamento/Programa

Considerando as resoluções AFR/RC36/R3 e AFR/RC37/R12 relativas à política regional de orçamento-programa;

Considerando os esforços envidados pelos Estados-membros e pelo Director Regional para definir melhor os domínios prioritários de cooperação com a OMS, particularmente mediante a criação dos programas prioritários e do programa de acção quinquenal para a implementação do Cenário de Desenvolvimento Sanitário, com particular incidência na gestão;



Tendo analisado o relatório do Director Regional sobre a implementação da política regional de orçamento-programa;

Tendo analisado o projecto de orçamento programa para 1992-1993;

O COMITE REGIONAL,

1. CONSTATA, com satisfação, que a elaboração do orçamento-programa para o biénio de 1992-1993 se insere na política regional de orçamento-programa, particularmente no que se refere à determinação das prioridades.
2. FELICITA os Estados-membros e o Director Regional pelas medidas concretas tomadas na implementação da política regional de orçamento-programa.
3. SOLICITA aos Estados-membros que:
  - i) prossigam os esforços já iniciados na implementação da política de orçamento-programa;
  - ii) reforcem ainda mais a implementação dos programas prioritários da Região Africana, bem como o programa de acção quinquenal, atendendo ao facto de que estes dois elementos complementares visam traduzir, em termos programáticos e de gestão, o Cenário do Desenvolvimento Sanitário em três fases;
  - iii) reforcem a utilização do sistema AFROPOC para tirar o melhor aproveitamento possível dos recursos da OMS, particularmente no que se refere às actividades programáticas.
4. SOLICITA ao Director Regional que:
  - i) reforce a colaboração da OMS com os países, em particular na implementação dos programas prioritários e na melhoria da utilização do sistema AFROPOC, para acompanhar a gestão das actividades técnicas e efectuar a respectiva avaliação;
  - ii) continue a apresentar ao Comité Regional, de dois em dois anos, um relatório sobre os progressos realizados e os problemas encontrados na implementação da política regional de orçamento-programa.
  - iii) analise os critérios e fórmulas aplicadas nos últimos dez anos para determinar a dotação para cada país e que tome, com base nessa análise, as medidas apropriadas.

7a Sessao, 11 de Setembro de 1990

AFR/RC40/R5 Projecto de Orçamento/Programa para 1992-1993

Tendo analisado pormenorizadamente o relatório apresentado pelo Subcomité do Programa sobre o Projecto de Orçamento/Programa para 1992-1993;

O Comité Regional,

1. NOTA que o Orçamento/Programa, o segundo a ser elaborado no âmbito do Oitavo Programa Geral de Trabalho, foi preparado em conformidade com as directrizes preceituadas na Política Regional de Orçamento/Programa e que uma taxa de crescimento zero em termos reais foi adoptada como base de elaboração do orçamento;
2. OBSERVA que a participação dos membros do Subcomité do Programa em Reuniões Regionais do Programa, com vista à elaboração do orçamento/programa, facilita o trabalho e as decisões do Comité Regional;
3. FELICITA o Director Regional e o seu Secretariado por terem concretizado na prática as orientações dadas pelos órgãos directivos;
4. APROVA o relatório do Subcomité do Programa, o qual aprovou o Projecto de Orçamento/Programa;
5. SOLICITA ao Director Regional que transmita o projecto de Orçamento/Programa para 1992-1993 ao Director-Geral, a fim de ser analisado e incluído no Projecto de Orçamento/Programa da Organização para 1992-1993.

7a Sessao, 11 de Setembro de 1990

AFR/RC40/R6 Programa de Prevenção combate a SIDA

Tendo analisado o relatório do Director Regional contido no documento AFR/RC40/5;

Considerando a Declaração da Assembleia-Geral das Nações Unidas que confirma o papel de direcção atribuído à OMS na concepção, organização e coordenação da luta contra a SIDA, a nível mundial;

Notando, com satisfação, a implementação das resoluções WHO40.2, WHA41.24, AFR/RC37/R5, AFR/RC38/9 e AFR/RC39/R7;

Apreciando a adesão, sem reservas, dos Estados-membros à estratégia mundial de luta contra a SIDA e à execução das actividades, tanto a nível da Região como a nível dos países;

Notando, com satisfação, os múltiplos esforços envidados pela comunidade internacional num ímpeto de solidariedade sem precedentes para combater a pandemia da SIDA;

Considerando que a rápida progressão desta pandemia faz dela um dos problemas de saúde mais preocupantes do mundo, em geral, e da Região Africana, em particular;

Preocupado com a ameaça particular que paira sobre os jovens, resultante da forte prevalência da infecção e da doença no seio deste grupo, e com o impacto negativo de tal situação sobre o desenvolvimento socioeconómico e o equilíbrio demográfico dos países da Região;

Reconhecendo a importância de que revestem para o êxito dos programas de luta contra a SIDA, questões como a vigilância epidemiológica, a integração das actividades nos cuidados primários de saúde, a gestão, a descentralização e a investigação;

Recordando que, em conformidade com a repartição de tarefas e funções aos diferentes níveis da Organização, o apoio directo aos programas nacionais e a coordenação das actividades regionais são da competência da Sede Regional;

Consciente da importância dos factores socio-culturais para a organização da luta contra a SIDA;

Convencido de que, em consequência, a Sede Regional é a que está em melhores condições para garantir a coordenação e um acompanhamento adequado, baseados nas especificidades da Região, com vista a elaborar e pôr em prática uma estratégia de luta apropriada;

O COMITE REGIONAL,

1. FELICITA o Director Regional pelo seu relatório;
2. FELICITA o Director-Geral pelo esforço intensivo de mobilização de recursos e pela pertinência dos programas desenvolvidos nos países, bem como pelo esforço envidado no sentido de descentralizar efectivamente as actividades de luta contra a SIDA, em conformidade com os princípios dos cuidados primários de saúde e as disposições preceituadas na resolução AFR/RC39/R7;
3. AGRADECE à comunidade internacional o apoio prestado à luta contra a SIDA nos países da Região;
4. CONVIDA os Estados-membros a:
  - i) usar a estratégia dos cuidados primários de saúde, continuar a intensificar e a acelerar o processo de integração, inscrever a luta contra a SIDA na lista de prioridades dos seus programas respectivos de desenvolvimento socioeconómico e sanitário, descentralizar as actividades de luta contra a SIDA a nível periférico, de acordo com o Cenário Africano de Desenvolvimento Sanitário, em três fases, e tirar o melhor aproveitamento possível dos recursos nacionais disponíveis;
  - ii) promover e desenvolver as actividades de informação, de educação e de comunicação (IEH), para combater mais eficazmente a SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis;
  - iii) prosseguir a colaboração com a OMS e os outros parceiros, bem como com os países da Região, num espírito de diálogo franco e de troca aberta de informações;
  - iv) prestar uma atenção particular à protecção das crianças e dos adolescentes;
  - v) intensificar as medidas necessárias para proteger os agentes de cuidados de saúde;
  - vi) reforçar os programas nacionais de prevenção e combate à SIDA, particularmente nos seguintes domínios:

- a) definição de uma política nacional em matéria de transfusão sanguínea, incluindo a criação de um serviço nacional coordenado de transfusão sanguínea;
  - b) utilização de um plano a médio prazo para os programas nacionais de prevenção e combate à SIDA, para facilitar a aplicação das estratégias vocacionadas para a prevenção do risco de transmissão do VIH pelo sangue e pelos produtos sanguíneos;
  - c) vigilância epidemiológica;
  - d) integração das actividades nos cuidados primários de saúde;
  - e) melhoria da gestão a todos os níveis do sistema nacional de saúde;
  - f) descentralização baseada na estratégia distrital;
  - g) promoção da investigação/desenvolvimento, tendo em conta as regras de ética estabelecidas aos níveis nacionais e mundial;
- vii) tomar as medidas necessárias para proteger os direitos do Homem e a dignidade das pessoas infectadas pelo VIH e dos doentes da SIDA;
5. SOLICITA ao Director-Geral que continue o processo de descentralização dos programas, já iniciado, a fim de criar estruturas apropriadas para prestar um apoio eficaz e para assegurar o acompanhamento dos programas nacionais em curso;
6. SOLICITA ao Director Regional que:
- i) continue a apoiar os Estados-membros na implementação dos programas nacionais de luta contra a SIDA, no âmbito do Cenário de Desenvolvimento Sanitário em três fases;
  - ii) reforce, graças à nomeação de pessoal suplementar, as Equipas Interpaíses de Desenvolvimento Sanitário e as Representações da OMS, com vista a ajudar os países a integrar progressivamente os programas de luta contra a SIDA nos cuidados primários de saúde;
  - iii) continue a mobilizar, em colaboração com o Director-Geral, recursos complementares para apoiar os programas nacionais e as actividades regionais;
  - iv) garanta que os pedidos dos países sejam rapidamente satisfeitos, nomeadamente no que respeita ao equipamento, suprimentos e reagentes essenciais;
  - v) apresente um relatório à 41ª sessão do Comité Regional sobre a situação da SIDA na Região e sobre a implementação da presente resolução.

7a Sessão, 11 de Setembro de 1990

AFR/RC40/R7 Análise do programa de combate a tuberculose

Considerando as resoluções WHA27.54, WHA33.36 e WHA36.30 da Assembleia Mundial da Saúde, que exortam aos Estados-membros a criar programas nacionais de combate à tuberculose com serviços de diagnóstico, de tratamento e de prevenção, que cubram o conjunto da população e que estejam integrados nos serviços gerais de saúde e nos cuidados primários de saúde;

Considerando as resoluções AFR/RC23/R8 e AFR/RC28/R9 do Comité Regional Africano da OMS, que insistem no reforço da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis e no planeamento dos programas de combate;

Considerando a aceitação, pelos Estados-membros, do Cenário de Desenvolvimento Sanitário, enquanto quadro estrutural e orgânico para acelerar a instauração da SAUDE PARA TODOS NO ANO 2000;

Considerando as várias recomendações da Uniao Internacional contra a Tuberculose e das diversas comissoes de peritos sobre as tecnologias de combate à tuberculose, em especial as que dizem respeito à despistagem pela baciloscopia e aos diferentes esquemas terapêuticos;

Reconhecendo que a tuberculose continua a ser um importante problema de saúde pública nos países da Regiao;

Preocupado com o impacto da infecção pelo VIH e da SIDA sobre a evolução da tuberculose;

Notando que o declínio verificado nos padroes de vida afectou negativamente a situação relativa à tuberculose;

Tendo analisado, com interesse, o relatório do Director Regional;

O COMITE REGIONAL,

1. AGRADECE ao Director Regional o seu excelente relatório, que constitui igualmente uma base para a elaboração dos programas nacionais de combate à tuberculose;

2. EXORTA os Estados-membros a:

- i) tomar todas as medidas apropriadas para analisar a situação da tuberculose em cada país, a fim de conhecer o exacto perfil epidemiológico, em particular a distribuição da tuberculose na população, bem como o impacto da infecção pelo VIH e da SIDA no alastramento da doença;
- ii) formular ou reformular programas nacionais de combate, que tenham em conta o Cenário em três fases como quadro estrutural e orgânico, e que cubram todas as populações dos países, com uma repartição das actividades a todos os níveis do sistema de saúde e entre os diferentes parceiros do desenvolvimento sanitário;
- iii) sistematizar e reforçar a baciloscopia como método de diagnóstico e aprovar esquemas terapêuticos estandardizados para utilização em todas as unidades sanitárias;
- iv) assegurar a formação do pessoal de saúde, em particular no que se refere aos elementos técnicos e operacionais do programa, particularmente o rastreio, a baciloscopia, o tratamento, o acompanhamento dos doentes em tratamento e a detecção dos contactos;
- v) integrar as actividades de combate à tuberculose nos cuidados primários de saúde desde a fase de planeamento, tendo particularmente em conta o combate à lepra e à SIDA;
- vi) mobilizar os recursos locais e externos para o programa;

- vii) aproveitar os recursos mobilizados no quadro do combate à SIDA para reforçar as actividades de luta contra a tuberculose;
3. LANCA UM APELO às organizações internacionais, governamentais e nao-governamentais, bem como às fundações privadas sem fins lucrativos, para que prestem apoio às actividades de combate à tuberculose, na Regiao Africana;
4. SOLICITA ao Director Regional que:
- i) preste o apoio técnico necessário aos Estados-membros na elaboraçao dos seus programas nacionais de combate à tuberculose, e na respectiva integraçao nos cuidados primários de saúde;
  - ii) organize actividades de formaçao técnica e de gestao destinadas aos responsáveis nacionais do combate à tuberculose, bem como seminários que favoreçam o intercâmbio de experiências e a promoçao do programa aos níveis distrital, nacional e regional;
  - iii) difunda todas as informações disponíveis e pertinentes em matéria de combate à tuberculose;
  - iv) mobilize recursos suplementares para apoiar os programas nacionais.
5. SOLICITA ao Director Regional que apresente um relatório à 42a sessao do Comité Regional, sobre os progressos realizados na criaçao de programas nacionais de combate à tuberculose.

8a Sessao, 12 de Setembro de 1990

AFR/RC40/R8 Medicina tradicional

Consciente do papel importante desempenhado pela medicina tradicional na prestaçao de serviços de saúde em Africa, e que, na generalidade, mais de um quarto de todas as prescriçoes médicas se baseiam em substâncias originárias de plantas e que o valor económico de tais produtos é elevado e está a subir rapidamente;

Recordando as resoluções precedentes da Assembleia Mundial da Saúde (WHA22.54, WHA31.33, WHA40.33 e WHA41.19) e do Comité Regional Africano AFR/RC28/R3, AFR/RC33/R3 e AFR/RC36/R9) sobre a medicina tradicional e os cuidados de saúde modernos, especialmente sobre a utilizaçao de plantas medicinais no sistema de saúde;

Consciente de que os interesses económicos e de desenvolvimento tendem a ser preferidos em detrimento das necessidades de saúde e que um certo número de países está a ficar cada vez mais dependente do apoio externo em matéria de fornecimento dos seus medicamentos essenciais;

Considerando indispensável a necessidade de tomar medidas práticas e eficazes para reforçar os sistemas tradicionais de medicina, particularmente o potencial económico desses sistemas e as suas capacidades para satisfazer as necessidades em medicamentos básicos da população;

Tendo presente o facto de que muitas espécies de plantas medicinais estão ameaçadas pelas alterações ecológicas e ambientais em todo o mundo;

Tendo analisado, com satisfação, o relatório do Director Regional sobre a medicina tradicional;

O COMITE REGIONAL,

1. FELICITA o Director-Regional pelo seu relatório;
2. APRECIA o interesse contínuo manifestado pelo Director Regional neste campo, particularmente pela designação de um responsável regional encarregado da medicina tradicional;
3. TOMA NOTA, com satisfação :
  - i) dos esforços envidados por alguns países da Região, neste domínio;
  - ii) da realização em Niamey (Níger), entre 13 e 16 de Fevereiro de 1989, da primeira reunião dos centros colaboradores da OMS no campo da medicina tradicional da Região Africana;
  - iii) da realização em Arusha (Tanzânia), entre 19 a 23 de Fevereiro de 1990, da Conferência internacional dos peritos dos países em desenvolvimento sobre as plantas medicinais;
4. INCENTIVA os Estados-membros a prosseguir os seus esforços no sentido de promover e desenvolver os seus sistemas de medicina tradicional, especialmente a componente "plantas medicinais";
5. EXORTA todos os governos a :
  - i) elaborar, no contexto dos seus sistemas nacionais de saúde, políticas e legislação apropriadas, para reforçar o desenvolvimento das actividades nacionais de medicina tradicional;
  - ii) mobilizar activamente os fundos necessários à promoção de medicina tradicional;
  - iii) designar, se necessário, um responsável para as actividades nacionais de medicina tradicional;
6. SOLICITA ao Director Regional que :
  - i) continue a intensificar os seus esforços para mobilizar os recursos extra-orçamentais adequados, com vista a reforçar as actividades do programa de medicina tradicional;
  - ii) tome as medidas apropriadas para promover estudos sobre temas específicos de medicina tradicional;

- iii) reforce a cooperação e o intercâmbio de experiências no desenvolvimento e aplicação da estratégia de utilização das plantas medicinais, incluindo a cooperação técnica entre países em desenvolvimento e países desenvolvidos.
- vi) apresente um relatório à 42a sessão do Comité Regional sobre os progressos realizados na execução deste programa.

8a Sessão, 12 de Setembro de 1990

AFR/RC40/R9      Cuidados de saúde mental ao nível comunitário baseados na estratégia do sistema distrital de saúde em Africa

Recordando a resolução AFR/RC38/R1, relativa à prevenção das perturbações mentais, neurológicas e psicossociais;

Apreciando os progressos registados quanto à criação e/ou reforço de Grupos Nacionais de Coordenação em matéria de Saúde Mental e a formulação de programas nacionais de saúde mental em 24 Estados-membros;

Tendo tomado conhecimento de que uma avaliação crítica revelou que os problemas de saúde mental representam uma proporção importante dos problemas de saúde e que os cuidados de saúde mental estão em geral separados do sistema nacional de cuidados de saúde, situação que é agravada pelo elevado custo dos psiquiatras e outros especialistas de saúde mental;

O COMITE REGIONAL,

1. APRECIA os esforços envidados pelos Estados-membros no que respeita à criação de Grupos Nacionais de Coordenação em matéria de Saúde Mental;
2. AGRADECE ao Director Regional a elaboração do documento "Cuidados de saúde mental a nível comunitário, baseados na estratégia do sistema distrital de saúde" em Africa (documento AFR/RC40/10);
3. CONVIDA os Estados-membros a:
  - i) assegurar a sua ampla divulgação em todos os distritos dos seus países;
  - ii) providenciar no sentido de estudar as modalidades da sua aplicação;
  - iii) elaborar uma estratégia de saúde mental que integre os cuidados de saúde mental nos cuidados primários de saúde e facilite a sua aplicação por intermédio da pirâmide sanitária dos países;
  - iv) designar um funcionário superior no ministério da saúde como responsável pela coordenação do desenvolvimento e implementação de um programa nacional de saúde mental;
  - v) elaborar programas nacionais de saúde mental completos que também incluam o combate ao alcoolismo e abuso de drogas;
4. SOLICITA AINDA ao Director Regional que:
  - a) distribua este documento a todos os Estados-membros;



- i) promover e apoiar a colaboração e cooperação entre países, através do mecanismo da CTPD;
  - ii) apoiar o desenvolvimento de uma rede regional de instituições de formação;
  - iii) promover e apoiar a investigação destinada a encontrar soluções para os problemas de saúde mental e elaborar métodos e meios eficazes para a sua prevenção e tratamento;
  - iv) prestar um apoio técnico aos países na elaboração dos seus programas nacionais de saúde mental e nas actividades de avaliação do impacto desses programas na saúde em geral;
  - v) mobilizar recursos extra-orçamentais para os cuidados de saúde mental, especialmente os cuidados aos grupos de risco;
- c) apresente um relatório sobre os progressos realizados neste programa à 43a sessão do Comité Regional;

8a Sessao, 12 de Setembro de 1990

AFR/RC40/R10 Combate a oncocercose na Região Africana

Referindo-se às resoluções AFR/RC25/R16, de 1975, e AFR/RC28/R8, de 1978, do Comité Regional Africano da OMS;

Reconhecendo que:

- i) se registaram, durante a última década, imensos progressos na zona da África Ocidental abrangida pelo Programa de Combate à Oncocercose, onde se estima que 12,5 milhões de pessoas foram protegidas contra a infecção e onde cerca de 7 milhões de crianças nascidas na zona abrangida pelo Programa, desde o início do combate, têm vivido, até agora, isentas do risco de infecção;
- ii) se observaram poucos progressos e existe pouca informação sobre a verdadeira amplitude e gravidade da oncocercose em várias zonas endémicas importantes, não abrangidas pelo PCO original, com elevadas taxas de cegueira;
- iii) recentes inquéritos num certo número de países revelaram um número de pessoas infectadas mais elevado do que o número anteriormente observado e que, por conseguinte, seria inferior aos números reais o número total estimado de 17,5 milhões de pessoas infectadas, e de aproximadamente 340.000 pessoas cegas ou sofrendo de uma acuidade visual reduzida e/ou de campos visuais limitados;
- iv) os países abrangidos pelo PCO chegaram a um ponto, nas suas actividades de combate à oncocercose, em que se torna urgente a integração de determinadas actividades no sistema nacional de cuidados primários de saúde (devolução), sendo necessários maiores esforços nos países não abrangidos pelo PCO para avaliar a amplitude e a gravidade da oncocercose;

O COMITE REGIONAL,

1. AGRADECE ao Director Regional o seu relatório e os seus esforços no sentido de apoiar os países abrangidos pelo PCO para que planifiquem e executem melhor as suas actividades de devolução, bem como os países não abrangidos pelo PCO para que elaborem os seus programas nacionais, utilizando a ivermectina para a quimioterapia da oncocercose, a nível de comunidade.

2. SOLICITA aos Estados-membros afectados pela oncocercose que:

- i) elaborem ou actualizem os seus planos nacionais de acção para o combate à oncocercose, incluindo a avaliação epidemiológica e a informação das populações e educação para a saúde;
- ii) aproveitem a disponibilidade da ivermectina (que é um microfilaricida) para a quimioterapia da oncocercose, a nível de comunidade, e tentem satisfazer as condições dos fabricantes do medicamento para uma avaliação satisfatória do custo-eficácia do medicamento nos programas nacionais de combate à oncocercose;

3. SOLICITA ao Director Regional que :

- i) continue a apoiar os países abrangidos pelo PCO na implementação dos seus planos de devolução e que continue a prestar apoio técnico aos países não abrangidos pelo PCO na avaliação epidemiológica da sua situação relativa à oncocercose, e no planeamento das actividades de combate utilizando a ivermectina;
- ii) fomente as consultas intra e interpaises, para assegurar a troca de informações e a promoção de estratégias que já deram bons resultados, bem como a investigação no âmbito da CTPD;
- iii) dê apoio à formação em combate às doenças parasitárias, incluindo a oncocercose, mediante seminários práticos e teóricos e cursos especiais;
- iv) envide todos os esforços possíveis para mobilizar recursos orçamentais adicionais, destinados a apoiar as actividades de combate à oncocercose;
- v) apresente um relatório sobre os progressos registados no combate à oncocercose na Região, durante a 42<sup>a</sup> Sessão do Comité Regional.

5. SOLICITA ao Director-Geral que fomente a investigação tendente a desenvolver um microfilaricida seguro e eficaz de baixo custo.

8a Sessão, 12 de Setembro de 1990

AFR/RC40/R11 Preparação e intervenção nas situações de emergência em Africa

Recordando as resoluções da Assembleia Mundial da Saúde, WHA34.26, 38.29 e 42.16, a resolução da OUA, CM/RES/1253 (LI) e as resoluções da Assembleia Geral da Nações Unidas, 42/169 e 44/236, bem como a resolução AFR/RC38/R25;

Consciente do grande impacto das catástrofes na infra-estrutura sanitária e no desenvolvimento económico dos países africanos;

Reconhecendo as medidas tomadas pelo Secretário-Geral das Nações Unidas, ao declarar os anos noventa como Década Internacional para a Redução das Catástrofes Naturais (DIRCN), e a criação do Secretariado da Década, bem como do Fundo Fiduciário para essa Década;

Apreciando o relatório do Director Regional sobre "Preparação e Intervenção nas Situações de Emergência em Africa", Documento AFR/RC40/8;

O COMITE REGIONAL,

1. LANCA UM APELO às agências interessadas do sistema das Nações Unidas, que trabalham na Região, para que cooperem, colaborem e harmonizem os seus esforços com a Sede Regional Africana e o Centro Panafricano para Preparação e Resposta às Situações de Emergência, no sentido de reduzir o impacto negativo das catástrofes nos Estados-membros.

2. RECOMENDA aos Estados-membros que :

- i) ponham em prática as partes pertinentes do relatório;
- ii) apresentem, com regularidade, relatórios sobre a incidência das catástrofes nos seus respectivos países, à Sede Regional Africana e/ou ao Centro Panafricano para Preparação e Resposta às Situações de Emergência, sediado em Adis Abeba;
- iii) reforcem a cooperação entre o sector da saúde e outros sectores implicados;
- iv) apoiem a execução das actividades integradas na Década Internacional para a Redução das Catástrofes Naturais (DIRCN).

3. RECOMENDA ao Director Regional que:

- i) coopere e colabore com o Secretariado Geral da OUA bem como outros órgãos e instituições pertinentes para a implementação da resolução CM/1253 (LI) da OUA sobre a organização de uma reunião, a nível da Região, relativa às catástrofes em Africa, a fim de identificar os projectos prioritários de relevância nacional, sub-regional e regional;
- ii) organize seminários teóricos e práticos e cursos de formação, destinados a técnicos, gestores de nível médio e responsáveis pela tomada de decisões africanos;
- iii) coopere com o Secretariado da DIRCN para implementar os objectivos e as metas pertinentes da Década, através de esforços comuns e propostas concretas de projectos a executar durante a Década;
- iv) reforce a rede existente de centros colaboradores para a redução das catástrofes na Região;
- v) mobilize as verbas necessárias para apoiar os países africanos nos seus esforços para a preparação e intervenção nas situações de catástrofe.

AFR/RC40/R12 Assistência aos países que acolhem  
refugiados e deslocados

Tendo analisado o Relatório do Director Regional (AFR/RC40/8/Rev.1) sobre a preparação e intervenção nas situações de emergência ligadas às catástrofes naturais e às epidemias em Africa, e considerando as consequências similares resultantes de situações de conflito;

Apreciando os esforços envidados pelos Organismos Internacionais de Ajuda e de Socorro e pelos governos que apoiam numerosas populações de refugiados, na prestação de socorros de emergência eficazes aos refugiados;

Notando o impacto negativo que o influxo de refugiados tem na economia, no sector da saúde e nos programas de desenvolvimento sanitário desses governos;

Considerando os efeitos nocivos que tais influxos de deslocados têm nos serviços de saúde, especialmente nos sistemas distritais de cuidados de saúde dos distritos que acolhem refugiados e deslocados;

O COMITE REGIONAL,

1. AGRADECE ao Director Regional o seu relatório sobre preparação e intervenção nas situações de emergência;
2. AGRADECE aos Estados-membros que acolheram refugiados e deslocados os seus esforços no sentido de lhes prestar cuidados de saúde;
3. INSTA os Estados-membros e as organizações internacionais a apoiar os esforços dos governos que acolhem refugiados para prestar cuidados de saúde aos refugiados e aos deslocados;
4. EXORTA os Estados-membros e as organizações internacionais, de acordo com as suas capacidades, a prestar o apoio necessário aos programas nacionais de saúde, que tenham sido afectados em consequência do impacto dos refugiados no sector da saúde;
5. SOLICITA ao Director Regiona1 que:
  - i) utilize os fundos regionais do orçamento ordinário da OMS para ajudar os governos a superar os problemas de saúde, especialmente nos distritos que acolhem actualmente refugiados e deslocados;
  - ii) assista a mobilizar recursos financeiros, materiais e técnicos junto dos organismos e dos governos doadores, para reforçar os serviços de saúde dos governos que acolhem refugiados e deslocados;
  - iii) apresente, à 42a sessão do Comité Regional Africano, um relatório sobre os progressos realizados na implementação desta resolução.

8a Sessão, 12 de Setembro de 1990

AFR/RC40/R13 Actividades da OMS em 1989: Relatório Sucinto do Director Regional para 1989

Tendo analisado o relatório sucinto do Director Regional para 1989;

Notando que a sua apresentação está conforme à resolução AFR/RC25/R2;

Reconhecendo a gravidade da actual situação financeira da Organização e os seus efeitos negativos na implementação do programa;

O COMITE REGIONAL,

1. APROVA o relatório do Director Regional;
2. FELICITA o Director Regional pela excelência e clareza do documento;
3. EXORTA os Estados-Membros a:
  - i) tomar medidas apropriadas para pôr em prática o Cenário de desenvolvimento sanitário, a fim de acelerar a instauração da SPT/2000, com particular incidência nas actividades a nível local;
  - ii) reforçar o desenvolvimento dos sistemas nacionais de saúde baseados nos cuidados primários de saúde, utilizando como quadro de referência o plano de acção vocacionado para a implementação do Cenário e dando uma atenção particular à gestão dos serviços de saúde, à formação do pessoal de saúde e à investigação sobre saúde pública, em conformidade com os programas prioritários e com os programas específicos escolhidos pelos diversos países;
4. SOLICITA ao Director-Regional que:
  - i) prossiga, sem desfalecimento, os seus esforços para promover a cooperação intersectorial no âmbito das estruturas existentes aos vários níveis do sistema de desenvolvimento: local, intermédio e central;
  - ii) tome medidas apropriadas para mobilizar os fundos extra-orçamentais necessários para apoiar os cuidados primários de saúde, especialmente ao nível local.

8a Sessao, 12 de Setembro de 1990

AFR/RC40/14 Moção de agradecimento

Considerando os enormes esforços envidados pelo Povo e pelo Governo da República Popular do Congo para assegurar o êxito da 40a Sessao do Comité Regional Africano da OMS que se realizou em Brazzaville, entre 5 e 12 de Setembro de 1990;

Apreciando a calorosa e fraternal recepção do Povo e do Governo do Congo;

Considerando o empenho político e a determinação dos responsáveis nacionais na implementação das suas estratégias nacionais de SPT/2000, por intermédio dos cuidados primários de saúde;

O COMITE REGIONAL,

1. AGRADECE a sua Excelência, o General Denis Sassou Nguesso, Presidente do Comité Central do "Parti Congolais du Travail" Presidente da República e Chefe do Estado:
  - i) por se ter dignado honrar com a sua presença a cerimónia de abertura da 40a Sessao do Comité Regional;
  - ii) a sua pertinente e estimulante alocução que incidiu, sobretudo, nos problemas de saúde em Africa e, nomeadamente, no papel da melhoria da gestao na instauração da SAUDE PARA TODOS NO ANO 2000;
2. EXPRIME a sua gratidao ao Governo e ao Povo da República Popular do Congo pela sua calorosa hospitalidade;
3. SOLICITA ao Presidente da 40a Sessao do Comité Regional que transmita esta moção de agradecimento a Sua Excelência, o General Denis Sassou Nguesso, Presidente do "Parti Congolais du Travail", Presidente da República e Chefe do Estado.

8a Sessao, 12 de Setembro de 1990

PARTE II

## ABERTURA DA SESSAO

1. A quadragésima sessão do Comité Regional Africano da Organização Mundial de Saúde foi aberta a 5 de Setembro de 1990, por sua Excelência o General Denis Sassou-Nguesso, Presidente do Comité Central do Partido Congolês do Trabalho, Presidente da República e Chefe do Governo da República Popular do Congo. Estiveram também presentes na cerimónia de abertura o Tenente-Coronel Dr. Ousmane Gazere, Presidente da trigésima-nona sessão do Comité Regional, Sr. Wawa O. Leba, representante de Sua Excelência Ahmed Salim Salim, Secretário-Geral da Organização da Unidade Africana, professor Cambournac, que foi o primeiro Director Regional da Sede Africana da OMS, Dr. G.L. Monekosso, actual Director Regional da OMS em Africa, delegações de Estados-membros e representantes de organizações internacionais, inter-governamentais e não-governamentais, bem como do corpo diplomático.
2. No seu discurso de abertura, o Tenente-Coronel Dr. Ousmane Gazere, agradeceu ao Chefe do Estado do Congo por honrar a cerimónia com a sua presença e também pelos apoios que ele e o seu governo têm concedido à Sede Regional e às delegações dos Estados-membros. Agradeceu igualmente aos cidadãos de Brazzaville pelo seu caloroso, fraternal e entusiástico acolhimento.
3. Realçou que, apesar dos poucos recursos e da disseminação da SIDA, o nosso objectivo comum continuava a ser a instauração da Saúde para Todos no Ano 2000 e a superação do sub-desenvolvimento, da ignorância e da doença. Tendo a gestão sido identificada como a maior fraqueza dos nossos sistemas sanitários, será dada ênfase especial ao reforço das capacidades de gestão a todos os níveis dos sistemas de saúde, entre 1990 e 1994, e à obtenção de recursos adequados para os programas de saúde materno-infantil, combate às doenças e abastecimento de água potável e saneamento básico.
4. Na sua alocução de abertura, o Dr. G.L. Monekosso, Director Regional da OMS em Africa, acolheu calorosamente o Presidente da República Popular do Congo, o representante do Secretário-Geral da OUA, a delegação da Namíbia, em particular e todos os convidados presentes.
5. O Director Regional da OMS em Africa notou que, embora estejamos na última década do segundo milénio, no decurso da qual tínhamos a esperança de conseguir a Saúde para Todos no Ano 2000, a saúde era um dos sectores mais afectados pela crise económica. Em face de tal situação, achou ser necessário que pugnássemos na comunidade das Nações, aproveitando as nossas potencialidades para o desenvolvimento do Continente Africano.
6. A realização deste objectivo, disse, exigia actividades de desenvolvimento sanitário baseadas nas comunidades, que deverao ser geridas adequadamente e supervisadas por uma comissão distrital de gestão sanitária, bem como apoiadas aos níveis intermédio e central. Mas o Dr. Monekosso acentuou que era o esforço combinado de todos e cada um que, conduziria ao bem-estar-geral. Para tal, portanto, apelava à mobilização das comunidades e dava particular relevo à gestão rigorosa dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis - sendo a gestão o tema central desta quadragésima sessão do Comité Regional.
7. Um instrumento importante para a implementação da nossa estratégia colectiva de desenvolvimento sanitário era o Fundo Especial para a Saúde em Africa proposto em Adis-Abeba a 7 de Julho de 1990, cuja finalidade era mobilizar as comunidades para a auto-suficiência com vista a ultrapassar os obstáculos económicos aos cuidados de saúde.



8. O Dr. Monekosso concluiu afirmando a sua crença numa Africa forte e saudável, capaz de assumir o seu lugar de direito na comunidade das Nações.
9. Falando em nome de Sua Excelência Salim Ahmed Salim, que nao pode estar presente, o Senhor Wawa O. Leba, transmitiu a mensagem e os cumprimentos do Secretário Geral da OUA a todos os presentes e prosseguiu analisando as dificuldades que a Africa tem enfrentado nos campos políticos económicos e social, registando que eles eram tao graves como os do sector da saúde. Neste contexto, perguntava qual seria o futuro para a Africa, e concluiu que, se tinham sido obtidas vitórias sobre a varíola e no campo da vacinação, havia motivos para ter esperanças no futuro - esperança baseada na política da OMS, que encoraja a participação dos indivíduos, das famílias e das comunidades no seu próprio desenvolvimento sanitário. Os Chefes de Estado e do Governo tinham afirmado a importância da saúde para o desenvolvimento nacional na sua declaração (1987) sobre "Saúde-Base do desenvolvimento". O Senhor Wawa O. Leba garantiu aos presentes o apoio da OUA, especialmente por já terem sido dados passos no sentido da expansao das actividades de saúde e por existir o quadro institucional para o aumento da cooperação entre a OMS e a OUA.
10. Salientou que a OUA atribuía grande importância a uma maior cooperação com a OMS, visto que era provável que o apoio político da OUA fosse de grande valor para a implementação dos programas sanitários da OMS. No entanto, essa cooperação, para ser produtiva, teria de se basear em projectos específicos concretos.
11. A mensagem do Secretário-Geral da OUA, terminou com um apelo a todos os países africanos para promoverem contribuições ao capital inicial do Fundo Especial para a Saúde em Africa, e que o fizessem o mais brevemente possível.
12. O quarto orador na sessao de abertura da quadragésima sessao do Comité Regional foi o Professor F.J. Cambournac, primeiro Director Regional, eleito, da OMS em Africa, de 1954 a 1964, traçou a história da Sede Regional desde o seu início em 1953 até a altura em que deixou a Organização. Prestou homenagem a todos aqueles que tinham ajudado a manter a Sede Regional - nomeadamente, os governos Francês e Congolês, o Dr. Quenum e o Professor Monekosso - e concluiu apelando ao apoio dos doadores, que se devem libertar da ideia que a saúde é sector de consumo, nao produtivo; isso nao é verdade, porque produz uma população dinâmica e saudável.
13. No seu discurso, o Presidente Sassou Nguesso agradeceu ao Director-Geral e ao Director Regional da OMS os esforços que têm feito para o desenvolvimento sanitário em Africa numa altura em que os orçamentos para os serviços sociais têm sofridos cortes. As armas para o combate aos flagelos, notou o Presidente, tinham sofrido uma quebra correspondente. Acentuou a gestao dos sistemas de saúde como base para o êxito dos nossos programas de saúde e, considerou o cenário de desenvolvimento sanitário em três fases como o quadro apropriado para se conseguir a saúde para todos. O Presidente da República disse que o Congo estava a fazer progressos no sentido da implementação dos cuidados primários de saúde, e concluiu dizendo que a situação económica desfavorável na Regiao e noutros pontos tornava necessária a solidariedade internacional para que o Congo pudesse aceitar os vários flagelos. Declarou finalmente aberta a quadragésima sessao do Comité.
14. O Presidente da trigésima nona sessao agradeceu depois o presidente do Congo ter usado da palavra perante o Comité e ter tao gentilmente aceitado estar presente na cerimónia de abertura.

Discurso do Director-Geral da OMS

15. O Director-Geral da OMS, no seu discurso de abertura, apresentou as suas desculpas ao Comité Regional pela sua chegada tardia. Estivera a participar, em Paris, numa reuniao sobre os países menos desenvolvidos, cujas deliberações eram importantíssimas para a Africa, que contém dos 42 países menos desenvolvidos do mundo. As discussões tinham-se centrado no desenvolvimento humano - tema de recentes e importantes estudos do PNUD e do Banco Mundial.
16. Afirmou que quase todos os Chefes de Estado tinham destacado a saúde como uma componente-chave do desenvolvimento, acrescentando que à OMS competia um papel de liderança na actual Década do Desenvolvimento. As estatísticas mostravam que uma elevada mortalidade infantil e a SIDA atingem de modo especial os países menos desenvolvidos. Calculou-se que na Africa ao Sul do Sara uma em 40 pessoas seria seropositiva para a infecção pelo VIH.
17. O Director-Geral congratulou-se por se encontrar em Brazzaville por outra razão: a presença da Namíbia como nação independente. Espera que ela contribua para a saúde em Africa e entre a sua população.
18. Considerou que a análise do orçamento/programa é uma responsabilidade crucial numa organização descentralizada como é a OMS. Disse que o orçamento/programa para 1992-1993 contribuía em muito para o incremento da descentralização e esperava que os países demonstrassem coerência e consenso nas suas propostas e recomendações.
19. Continuando, o Director-Geral considerou que as novas tendências da economia da década de 1990 apontavam para dívidas e crises, pobreza e desastres. Apesar disso, vislumbrava esperança e novas oportunidades, nascidas do combate renovado contra a doença e a pobreza. Encarou o fornecimento de cuidados de saúde como um problema complexo exigindo novas abordagens, em especial nas áreas prioritárias. Os cuidados primários de saúde, a gestão dos sistemas de saúde e o paludismo foram referidos como áreas que exigem atenção especial.
20. O Director-Geral identificou cinco áreas prioritárias para o próximo biénio: a saúde do homem num meio em mutação, nutrição e produtos alimentares adequados, combate integrado às doenças, divulgação da informação e aumento do apoio aos países menos desenvolvidos. Estão a ser dados mais recursos aos cuidados primários de saúde, nutrição, salubridade do meio ambiente, paludismo e combate integrado às doenças. Louvou a iniciativa do Fundo Especial para a Saúde em Africa que, juntamente com o Genário africano de desenvolvimento sanitário em três fases, constituíam meios significativos para auxiliar os países com sérias dificuldades económicas.
21. Afirmou que as tendências demográficas e as alterações do comportamento humano a nível mundial não podiam ser ignorados na organização dos cuidados de saúde. O mundo teria 6000 milhões de habitantes no ano 2000, o que constituiria um problema de fornecimento alimentar, sobretudo em Africa. O crescimento demográfico deverá ser controlado através de medidas culturalmente aceitáveis. Era necessário, por isso, desenvolver uma acção imediata relativamente à inocuidade dos produtos alimentares, planeamento familiar, saúde materno-infantil, incluindo investigação sobre reprodução humana, maternidade sem riscos e o papel da mulher como receptora e fornecedora de cuidados de saúde.

22. O Dr. Nakajima declarou que males como o alcoolismo e o abuso de drogas, as doenças sexualmente transmissíveis e a SIDA tinham de ser encarados de frente, com o auxílio de tecnologias eficazes, apropriadas e acessíveis. O nosso meio ambiente e todo o ecossistema estavam em perigo e precisávamos de trabalhar muito para beneficiarmos tanto do desenvolvimento como da saúde; precisávamos de reestruturar as nossas economias para tornar o desenvolvimento produtivo e duradouro.

23. Continuando, o Director-Geral da OMS afirmou que os programas técnicos da OMS estavam preparados para ajudar os países a resolver os seus problemas. Mas era importante compreender melhor o papel da OMS, que é uma organização técnica e não financeira. O seu papel era fornecer orientações sobre políticas, coordenação, investigação e transferência de tecnologia adequada. Concluiu o seu discurso apelando a todos os Estados-membros para que com ele partilhassem os êxitos, problemas e soluções.

#### ORGANIZACAO DOS TRABALHOS

24. A ordem do dia aprovada pelo Comité Regional consta do Anexo 1. A lista de participantes encontra-se no Anexo 2. A eleição dos membros da mesa para a sessão e a nomeação dos relatores das discussões técnicas constam da decisão processual no 2.

#### DELIBERACOES

PAPEL DA OMS NA REGIAO AFRICANA, 1989:

RELATORIO SUCINTO DO DIRECTOR REGIONAL (documento AFR/RC40/3 e AFR/RC40/3 Add.1)

#### Apresentação

25. Apresentando o seu relatório, o Director Regional assinalou que o relatório sucinto, elaborado em anos alternados, não contém as actividades detalhadas por país. Este é o primeiro ano de um novo ciclo trienal de discussões técnicas, concentradas na "gestão dos sistemas de saúde" em 1990, seguindo-se a formação de pessoal de saúde (1991) e a investigação sobre saúde pública (1992).

26. O ano de 1989 presenciou, pela primeira vez, o trabalho da organização dentro da Namíbia.

27. A Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário (CCADS) subscreveu três grandes áreas programáticas prioritárias: saúde materno-infantil/planeamento familiar/nutrição; abastecimento de água e salubridade do meio; e combate às doenças. As reuniões sub-regionais para o desenvolvimento sanitário incidiram sobre a implementação cuidadosa dos planos do orçamento/programa para 1990-1991 e sobre alguns problemas específicos de relevância para algumas sub-regiões - oncocercose; maternidade sem riscos; aspectos sanitários das urgências.

28. Foi reforçada a colaboração com diversos parceiros, especialmente com o Banco Africano de Desenvolvimento, Banco Mundial, PNUD, UNICEF e FNUAP.

29. Algumas novas iniciativas sobre informação das populações e educação para a saúde incluíram uma série de brochuras simples, uma das quais foi "As Aventuras do Senhor dos Germes". Foram criados a Biblioteca e o Centro de Documentação das Ciências da Saúde e, em breve, serão estabelecidas ligações informatizadas com as representações da OMS nos países.

30. Apoio aos sistemas nacionais de saúde: prosseguiu-se a tarefa de acompanhamento dos progressos da saúde para todos, ao nível comunitário e dos distritos. Organizaram-se vários seminários sobre investigação sobre sistemas de saúde e foram distribuídos vários módulos de formação. Continua a dedicar-se um grande esforço ao apoio aos recursos humanos para a saúde. Os programas de medicamentos essenciais receberam apoio em vários países, e na Nigéria e Zimbabué ficaram operacionais dois novos laboratórios sub-regionais para o controlo da qualidade dos medicamentos.

31. Promoção e protecção da saúde: desenvolveram-se actividades de vasto alcance no campo da nutrição, particularmente no que respeita à vigilância nutricional, controlo da deficiência em sais de iodo e anemia na gravidez. Foi proclamada uma década internacional (1990) da alimentação e nutrição na Região Africana. Reforçaram-se os programas de saúde materno-infantil, em colaboração com o FNUAP, com ênfase na iniciativa da maternidade sem risco. O Centro Regional para Formação e Investigação sobre Saúde Familiar em Kigali ficou operacional. Desenvolveram-se novas actividades no campo da saúde dos adolescentes, incluindo um seminário sub-regional. No que respeita ao abastecimento de água às comunidades, o progresso foi bom nas áreas urbanas, mas insuficiente nas áreas rurais. A Década Internacional da Água Potável e do Saneamento precisa de ser prolongada. Novas actividades para a salubridade do meio incluem estudos sobre poluição das águas costeiras na África Central e Ocidental. Em três países foi reforçada a legislação sanitária. Seminários e cursos sobre saúde bucodentária foram organizados no Centro Interpaíses para a Saúde Bucodentária em Jos, Nigéria.

32. Combate às Doenças: sendo um dos três programas regionais prioritários, foram destacados os progressos conseguidos durante o ano anterior na vacinação infantil, luta contra os vectores, combate ao paludismo e outras doenças parasitárias, às doenças diarreicas, às infecções agudas das vias respiratórias, à lepra, à tuberculose e à síndrome de imunodeficiência adquirida.

33. Na sequência dos progressos satisfatórios realizados na obtenção de altas taxas de cobertura, desde meados dos anos 80, especialmente após o esforço notório levado a cabo no Ano da Vacinação da Criança Africana, em 1986, a tónica é posta agora na vigilância eficaz das doenças-alvo e no apoio contínuo aos programas nacionais.

34. Foi sublinhada a gravidade do paludismo enquanto grande problema de saúde pública. Foram descritos os esforços visando a formação em malariologia e a planificação do programa de combate ao paludismo. O combate a outras doenças parasitárias, tais como a tripanossomíase, a esquistossomíase, a oncocercose e a dracunculose é também considerado prioritário. As actividades visando a erradicação da dracunculose têm progredido satisfatoriamente desde 1988.

35. O apoio aos programas nacionais de combate às doenças diarreicas tem continuado, enquanto que se inicia a colaboração no combate às infecções agudas das vias respiratórias. Muitos países adoptaram uma terapia multi-medicamentosa no combate à lepra, a qual tem sido apoiada por fundos extra-orçamentais mobilizados com o apoio da Sede Regional. A incidência da tuberculose tem aumentado em toda a Região.

36. Programa de Apoio: um serviço de facsimile foi criado na Sede Regional. Alargou-se o uso de microcomputadores na Sede Regional e nos escritórios dos representantes da OMS e foram grandemente ampliadas as instalações e as actividades dos serviços de informática.

#### Discussao

37. No debate que se seguiu, participaram delegados de 27 países. Todos eles felicitaram o Director Regional pela clareza da sua apresentação e pelo relatório, bem como pela qualidade do trabalho empreendido durante 1989. Além disso, saudaram a presença da Namíbia nesta reunião.

38. As difíceis circunstâncias socioeconómicas e ambientais constituem reais dificuldades na maior parte dos países. Problemas comuns são o pagamento de dívidas, diminuição dos recursos humanos e financeiros, os conflitos militares, a deslocação das populações, a seca, as inundações e o rápido crescimento demográfico. Nestas circunstâncias, é essencial manter os serviços e as infra-estruturas de saúde. Oito países referiram a necessidade de reforçar a sua preparação para as situações de emergência e saudaram a criação de um Centro Regional de Formação. Foi expresso o desejo da criação de um centro de expressão francesa.

39. O Comité salientou a grande importância do papel da educação geral como meio de promoção da saúde.

40. O Cenário Africano de Desenvolvimento Sanitário foi considerado por muitas delegações como um útil instrumento do desenvolvimento sanitário. A importância das questões de gestão foi referida por sete países e em vários países estão a ser dados importantes passos para o aperfeiçoamento da gestão, especialmente ao nível de distrito.

41. Em muitos dos países, continua a ser feita progressivamente a descentralização dos programas de saúde. Foi apreciada pelos países a mobilização de recursos através da OMS, aos níveis regional e nacional, mas são precisos mais esforços porque esta questão constitui um sério obstáculo à maior parte dos programas. Vários países estão a tentar encontrar novas vias e meios de financiar os seus sistemas de saúde e de desenvolver esses sistemas, em especial o financiamento comunitário.

42. Um dos delegados referiu que não deveria haver conflitos entre hospitais e cuidados primários de saúde; o Cenário Africano de Desenvolvimento Sanitário constituía o quadro apropriado para permitir aos hospitais fornecer aos Cuidados Primários de Saúde o apoio requerido.

43. Várias delegações referiram a importância de se dispôr de instrumentos apropriados de medição dos progressos realizados na instauração da Saúde para Todos e da operacionalidade dos distritos sanitários. Algumas delegações mostraram interesse em receber cooperação da OMS/AFRO para a criação e/ou desenvolvimento dos seus sistemas de informação sanitária.

44. Alguns países manifestaram o seu apreço pelo Programa de Investigação sobre Sistemas de Saúde e outros manifestaram o seu interesse por esse programa.

45. Relativamente ao desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde, os países apreciaram a cooperação existente ao mesmo tempo que manifestavam o desejo de alargar essa cooperação, particularmente no campo da gestão sanitária e da saúde pública. A Tanzânia anunciou a criação de um centro de formação em Cuidados Primários de Saúde, para o qual o Director Regional prometeu o apoio da OMS. Sua Excelência, o Ministro da Saúde de Angola, anunciou a inauguração, antes do final do ano, do Instituto Superior de Estudos de Enfermagem em Luanda, para servir os países de língua oficial portuguesa.

46. O projecto de materiais didácticos para a saúde foi especialmente apreciado pelas suas realizações e algumas delegações manifestaram o desejo de aderir ao programa, enquanto outras achavam que as suas actividades deviam ser expandidas.

47. Vários delegados mencionaram a importância do programa sobre Vacinas e Medicamentos Essenciais, em especial o controlo de qualidade dos medicamentos, e elogiaram os esforços da OMS nesse campo.

48. Os programas de Saúde Materno-Infantil e Planeamento Familiar foram referidos por vários países como prioritários, frequentemente com a colaboração do FNUAP. Foi expresso o apoio à ideia de uma Década Internacional da Nutrição e Alimentação. Foi assinalado que o Abastecimento de Água e Saneamento eram programas prioritários em muitos países e tinham sido enfrentados novos riscos, como, por exemplo, os produtos químicos tóxicos.

49. O Comité sublinhou a importância dos programas de combate às doenças transmissíveis. O debate sobre estes programas incidiu sobre o paludismo, a tuberculose e o programa alargado de vacinação.

50. Acordou-se por unanimidade que, apesar dos esforços dos países, muitas vezes apoiados pela OMS, todos os parâmetros epidemiológicos do paludismo prenunciavam uma situação alarmante. Todos os países em que esta doença era endémica estavam a sofrer um aumento, em alguns casos dramático, da incidência do paludismo e das taxas de mortalidade. Outros países notificaram epidemias. O aumento da resistência do plasmodium aos antipalúdicos tornava a solução ainda mais difícil. O mesmo era válido para a resistência dos vectores aos insecticidas.

51. O Comité Regional reconheceu a recrudescência de outras doenças parasitárias, em especial da tripanossomíase. A oncocercose, a esquistossomíase e a dracunculose continuam a constituir também uma grande preocupação. Foi solicitado ao Director Regional que proporcionasse o apoio da OMS aos países, para elaboração dos programas de combate às doenças integrados nos CPS e para a mobilização de recursos extra-orçamentais.

52. O Comité reconheceu igualmente um aumento muito nítido de casos de tuberculose e solicitou ao Director Regional e aos Estados-membros que elaborassem estratégias regionais e nacionais e atribuíssem recursos suficientes a este programa para remediar a situação.

53. O Programa Alargado de Vacinação continua a ocupar um lugar de primeira prioridade, tanto a nível regional como a nível nacional. O Comité congratulou-se com os progressos realizados pelos países, mas, para os consolidar, tinham de ser intensificadas as actividades de cobertura vacinal, a vigilância das doenças-alvo e a formação do pessoal.

54. O Comité Regional apreciou a evolução do programa de combate às doenças diarreicas e apelou para novas acções no combate às infecções respiratórias agudas.

55. A ocorrência regular de epidemias, nomeadamente a cólera, a meningite meningocócica, a febre amarela e a peste era causa de preocupação. O Comité pediu ao Director Regional que prosseguisse e reforçasse o apoio da Sede Regional aos países interessados.

56. O representante do Banco Africano de Desenvolvimento (BAD) evocou as reuniões de vários programas de cooperação do Banco e da OMS com países, nomeadamente na Côte d'Ivoire, Gana, Nigéria e Zaire. O BAD também contribuiu para o programa de oncocercose. O representante apelou a uma maior cooperação directa BAD/OMS, tanto ao nível regional como ao nível nacional, por forma a aumentar o apoio do BAD aos países no sector da saúde. O BAD acolherá favoravelmente propostas para apoiar os programas prioritários, quer directamente quer através da Sede Regional.

57. Seguidamente, o representante da OUA tomou a palavra para acentuar o facto de que a OUA se apoia na OMS para toda a cooperação técnica no âmbito da saúde. A OUA está a negociar com a Sede Regional um acordo que contempla vários programas de cooperação nos domínios do desenvolvimento sanitário e social.

58. O representante da Federação Internacional das Associações de Fabricantes Farmacêuticos fez um resumo da natureza da Federação que agrupa os produtores de mais de 80 por cento dos medicamentos receitados em todo o mundo. A Federação tem projectos vocacionados para o desenvolvimento das indústrias farmacêuticas e da capacidade de investigação nos países em desenvolvimento.

59. O representante da divisão africana da Rede Internacional de Acção para a Alimentação Infantil sublinhou o trabalho que esta rede leva a cabo em Africa. Há 26 grupos nacionais da rede em 18 países. Estes grupos trabalham na promoção da amamentação e controlo da comercialização dos substitutos do leite materno, em conformidade com o Código Internacional de Comercialização da OMS. Além disso, promovem a melhoria das práticas de desmame, a educação nutricional e a formação, bem como a situação social das mulheres. O representante realçou que a amamentação continua a diminuir em Africa, especialmente nas cidades e centros urbanos. Práticas prejudiciais à amamentação continuam a ser cada vez mais aplicadas nos serviços de maternidade. A rede promove, em colaboração com a OMS e outras agências, a aprovação de códigos nacionais de comercialização dos substitutos do leite materno, bem como a formação de profissionais de saúde em práticas correctas de alimentação dos lactentes.

60. O representante da Comissão Interafricana sobre as Práticas Tradicionais que afectam a Saúde das Mulheres referiu-se à resolução AFR/RC39/R9 e realçou a necessidade de aplicar esta e outras resoluções, relacionadas com a excisão feminina, as práticas nutricionais e outras, que têm efeitos nocivos na saúde das mulheres e das crianças. A conferência anual da Comissão Interafricana está prevista para Brazzaville, em Outubro de 1990, com algum apoio da OMS.

61. O representante do Programa dos Voluntários das Nações Unidas fez um resumo da origem e desenvolvimento do programa, que começou em 1971, assinalando que a sua sede se encontra em Genebra. O programa propicia oportunidades aos voluntários para prestarem serviço nos países em desenvolvimento, ao nível operacional. Mais de dois terços dos voluntários são originários de países do terceiro mundo. Actualmente, há voluntários envolvidos em actividades de saúde em nove países, aos quais quatro outros se juntarão, incluindo a Namíbia que solicitou 21 médicos.

62. O representante da FAO abordou a crescente colaboração entre a FAO e a OMS em diversas áreas da Região, e referiu a necessidade de estudar as ligações mutuamente benéficas que se poderiam estabelecer entre os programas de saúde e da agricultura. Questões relacionadas com produtos químicos para agricultura, resíduos de pesticidas e inocuidade dos alimentos são muito importantes para a saúde. Há programas agrícolas, tais como a irrigação, que podem ter efeitos negativos sobre a saúde. Por outro lado, os agentes de desenvolvimento agrícola podem contribuir para a promoção da saúde e deverão preocupar-se mais com os produtores e os consumidores do que apenas com as colheitas. A vigilância nutricional assume um papel importante nos programas de preparação para as situações de emergência. Os trabalhadores da saúde e da agricultura devem ser encorajados a encarar o processo de desenvolvimento numa perspectiva conjunta e mais vasta.

63. A Dra. M. Racelis, Directora Regional do UNICEF para a África Central e Austral, dirigiu-se à assembleia e sublinhou a íntima cooperação entre o UNICEF e a OMS no que toca à saúde materno-infantil, especialmente a nível dos países. Esta colaboração foi particularmente frutuosa no programa alargado de vacinação; vários países atingiram, nos últimos anos, os níveis de cobertura fixados. Sublinhou a importância de se conseguir o empenhamento das pessoas e das comunidades. Mencionou a brochura "Factos da Vida", traduzida em mais de 100 línguas. Dá-se presentemente uma atenção especial à saúde da mulher - ao longo da vida, e não apenas durante a gravidez. Referiu-se à próxima cimeira mundial sobre a criança, na qual participarão muitos Chefes de Estado africanos, esperando que a mensagem seja captada e que todos os governos adoptem, como objectivo essencial, o lema "primeiro as crianças".

64. O Director Regional da OMS, respondendo aos comentários, agradeceu a todos os Delegados que intervieram e assegurou-lhes que todos os pontos focados mereceriam a atenção do Secretariado. Agradeceu em especial à OUA, ao UNICEF e ao Banco Africano de Desenvolvimento pela colaboração com os governos e a OMS, na promoção da saúde. Fez notar que alguns países deviam negociar com eventuais fontes de apoio, de modo a garantir que o apoio fornecido corresponda às necessidades e à situação socioeconómica específica dos seus países. Lembrou ao Comité que compete aos países garantir a manutenção de programas como a vacinação - este programa, em especial, deve ser prioritário, pois a nossa responsabilidade primeira vai para a próxima geração. Cada família deve ter consciência disso e assumir a respectiva responsabilidade.

65. Esclareceu em seguida que a ICO (cooperação internacional) é mais um mecanismo de apoio substancial aos países do que um programa específico de apoio. Uma vez que a magnitude do apoio é limitada, usaram-se critérios de selecção para atribuir esse apoio aos países mais carenciados.

66. Os membros do Secretariado comentaram aspectos de pormenor. Foi referido que existem, em permanente disponibilidade, stocks de emergência de medicamentos seleccionados e vacinas em três depósitos: Dacar, Brazzaville e Nairobi. Em relação ao papel dos hospitais no sistema de saúde, foram referidos os documentos (por exemplo "Acelerar a implementação da Saúde para Todos os Africanos no Ano 2000"), nos quais se descrevem as ligações entre os hospitais, a níveis diferentes, e as suas ligações horizontais com os serviços de saúde pública, os sectores não-sanitários e as organizações não-governamentais.



67. Relativamente aos acidentes, foi observado que os esforços feitos no sentido da sua prevenção nao eram proporcionais ao problema. O Secretariado informou o Comité de que se tinham realizado, em 1989, duas reunioes interpaíses sobre segurança rodoviária, uma em Brazzaville e outra em Adis-Abeba. O programa estava em curso, com um funcionário regional por ele responsável, mas nenhum país tinha pedido apoio orçamental para este programa particular em 1990/91 ou em 1992/93.

68. Foram fornecidas informacoes pormenorizadas sobre o Programa Internacional para a Segurança dos Produtos Químicos, que tem a sua base em Genebra. Nenhum país africano está lá representado, mas os documentos que tratam dos riscos para a saúde inerentes ao meio ambiente e de orientações de segurança, sao regularmente recebidos e distribuídos através dos Representantes da OMS, aos Ministérios da Saúde. Os países podem obter os documentos e/ou aderir ao programa escrevendo-lhe directamente ou através da Sede Regional.

69. Relativamente ao paludismo, foi referido que os requisitos básicos eram os seguintes:

- i) apoio técnico aos países para a análise da situação e preparação de programas nacionais integrados nos CPS;
- ii) formação de pessoal de saúde a todos os níveis, dando particular relevo ao nível de distrito e a uma abordagem integrada; esta formação deverá incluir:
  - malariologistas principais (foram recentemente feitos três cursos);
  - formação de formadores a nível intermédio (como já se fez em oito países);
  - tratamento de casos de paludismo, incluindo os casos complicados ou graves, bem como todos os aspectos do paludismo nas mulheres grávidas;
  - aspectos de combate aos vectores de relevância para a situação local;
  - desenvolvimento de material de formação para formadores ao nível de distrito;
- iii) mobilização de recursos extra-orçamentais, nomeadamente junto da USAID-CCCD, do PNUD e da AGFUND.

70. Relativamente às doenças parasitárias, foi salientado que a estratégia recomendada para o combate eficaz a estas doenças é a sua integração progressiva nos sistemas nacionais dos cuidados primários de saúde. A colaboração da OMS tem consistido em serviços consultivos, para a planificação de programas nacionais de luta, formação de pessoal para o tratamento e em técnicas de diagnóstico e na recolha e divulgação, na Região Africana, de informação sobre o combate às doenças.

71. Encerrando a discussao geral, o Director Regional da OMS informou o Comité das várias medidas que têm sido tomadas para reforçar as delegações nacionais da OMS, com vista a ampliar o apoio ao processo de SPT a nível nacional. A este respeito destacou o papel e a importância das equipas nacionais da OMS para a estratégia SPT/2000 e chamou a atenção dos

participantes para um documento informativo sobre este assunto, no seu ficheiro (documento AFR/RC40/INF.Doc/3): "Implementação do Cenário de Desenvolvimento Africano - equipas nacionais da OMS para SPT/2000...", que apresenta a concepção, composição e mecanismo de funcionamento destas equipas. O Director Regional acentuou o facto de que este mecanismo oferecia uma oportunidade para envolver os países no processo de cooperação técnica da OMS, permitindo-lhes familiarizar-se com a organização, de acordo com a orientação dada pelo próprio Comité Regional. O processo tornava ainda possível a identificação de técnicos altamente qualificados a nível nacional, os quais podiam ser usados como consultores em outros países, desse modo intensificando o TCDC.

72. O Director-Geral fez então algumas observações finais. Defendeu que, enquanto a Região Africana da OMS não é uma entidade geográfica nítida e cada país tem a sua especificidade, há, no entanto, aspectos culturais e socio-políticos comuns. Os países africanos deveriam tentar desenvolver o seu próprio estilo particular de sistema de saúde, que deveria ser um sistema sustentável. Relativamente à SIDA, os países têm de decidir se algumas estratégias são aceitáveis ou não, por exemplo, o uso de preservativos. Devem ser identificados medicamentos sintéticos ou tradicionais, que, pelo menos, prolonguem a vida; a investigação neste sentido seria justificada. Para o combate ao paludismo têm de ser identificadas novas estratégias que podem ser integradas nos CPS. Os mosquiteiros impregnados podem ser significativamente eficazes. Tem de se rever os sistemas de saúde, à luz da actual situação económica; novos modos de financiamento das comunidades e de cooperação com os sectores tradicionais e privados podem ser exequíveis. A abordagem ICO é holística e visa criar um desenvolvimento sanitário sustentável. São necessários processos de avaliação mais rigorosos e a OMS está a tentar elaborá-los; temos de procurar indicadores de impacto e não simplesmente indicadores de resultados. Ao desenvolver sistemas de saúde devemos olhar especialmente para critérios de equidade. Não há desenvolvimento se não se estreitar a distância que separa os ricos dos pobres.

ANALISE DO PROGRAMA DE SAUDE MATERNO-INFANTIL,  
SOBREVIVENCIA DA CRIANCA E MATERNIDADE SEM RISCO  
(documento AFR/RC40/4)

#### Exposição introdutória

73. O documento AFR/RC40/4 foi apresentado pela Dra L. Barry (Secretariado), em nome do Director Regional na sequência da resolução AFR/RC39/R8, "para ajudar os Estados-membros a analisar os serviços de cuidados maternos existentes". O documento subdivide-se em duas partes: saúde da criança e saúde da mãe.

74. Saúde da criança. Como se refere nos parágrafos 7 a 16, o estado nutricional é insatisfatório. Prova-o a elevada incidência de falta de peso à nascença e a forte prevalência de atraso crónico no crescimento. A carência de iodo, a avitaminose A e a anemia são afecções correntes nas crianças com menos de 5 anos. Foi possível evitar as doenças - alvo do PAV numa proporção encorajadora. No entanto, as crianças continuam a ser vítima de afecções respiratórias agudas, diarreias e paludismo.

75. Programas integrados, visando a sobrevivência e o desenvolvimento da criança, foram recentemente formulados e implementados. A OMS e outras instituições cooperantes tinham estabelecido os objectivos para promover a saúde da criança e fixado metas para o ano 2000.

76. Saúde materna. Constata-se que os dados sobre a saúde materna são escassos e nem sempre fiáveis ou recentes. No entanto foi possível tirar conclusões dos poucos estudos que tinham sido realizados nos países. A análise do estado nutricional mostra uma sub-alimentação materna disseminada, uma grande prevalência de anemia nas grávidas e uma prevalência significativa da avitaminose A e da carência de iodo. A taxa de fertilidade tinha permanecido a um nível constante, em média cerca de 6. A prática e a prevalência da contracepção continuaram muito baixas, inferiores a 5% e limitadas às zonas urbanas. Estudos sobre a idade de casamento e o nível de instrução tinham sido feitos em alguns países, evidenciando a inter-relação directa que existe entre estes factores e o estado de saúde das mulheres.

77. A informação disponível sobre cuidados maternos era limitada, mas permitia ver claramente que a proporção das mães atendidas durante a gravidez por pessoal formado continuava baixo.

78. A descrição do programa regional referiu-se às actividades efectuadas em colaboração com os países e a Sede Mundial e às de outras organizações. Foram elas o apoio à gestão dos programas de SMI/PF, estando a tónica sobretudo na introdução/integração do planeamento familiar, no apoio à formação e à investigação. A Iniciativa da Maternidade sem Riscos da Sede Mundial e o Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação para a Reprodução Humana foram particularmente úteis para a formação e a investigação.

#### Discussão

79. O Comité Regional regozijou-se pela clareza e pela excelência do documento. Insistiu sobre a importância do assunto abordado.

80. O Comité reconheceu que se realizaram progressos notáveis no domínio da saúde infantil, mas devem-se envidar muitos esforços para reduzir a prevalência e a incidência do paludismo, malnutrição, infecções respiratórias agudas, tuberculose e doenças diarreicas. A este propósito, o Comité Regional solicitou ao Director Regional que tomasse as medidas adequadas visando o combate ao paludismo, em especial nas mulheres grávidas, lactantes e nas crianças com menos de 5 anos de idade, bem como visando o desenvolvimento das actividades de combate às infecções respiratórias agudas.

81. O Comité solicitou que seja dada uma ênfase especial à protecção e promoção da amamentação materna, devido à sua tendência para diminuir, especialmente nas áreas urbanas.

82. A discussão relacionada com a saúde materna incidiu sobre a necessidade de melhorar a informação respeitante à saúde da mulher. Os problemas ligados às práticas tradicionais prejudiciais à saúde da mulher deverão continuar a ser analisados para se tomarem medidas vigorosas.

83. Após discussão, o Comité Regional emendou e aprovou o projecto da resolução AFR/RC40/R2.

CUIDADOS DE SAUDE MENTAL A NIVEL COMUNITARIO EM AFRICA,  
BASEADOS NA ESTRATEGIA DO SISTEMA DISTRITAL DE SAUDE  
(documento AFR/RC40/10)

#### Apresentação

84. Este documento, apresentado pelo Dra. Aboo-Baker, elaborado como seguimento da Resolução AFR/RC38/R1, aprovada pelo Comité Regional na sua 38ª sessão, sobre a necessidade de acelerar a prestação de cuidados de saúde mental a nível comunitário para todos os africanos.

85. A primeira parte do documento, sob o título Introdução (parágrafos 1 a 3), e Cenário de Desenvolvimento Sanitário em Três Fases: Estrutura para uma acção com incidência nos Cuidados de Saúde Mental (parágrafos 4 a 9), estuda as diversas deficiências dos sistemas existentes de saúde mental e recomenda, enfaticamente, a integração da Saúde mental nos cuidados primários de saúde não só para pôr um ponto final à situação de descuido para a qual foi relegado há muito tempo e em muitos Estados-membros este importante componente da Saúde, mas também para reformar ou eliminar leis arcaicas, discriminatórias e punitivas. Além disso, analisou-se a necessidade do apoio operacional por parte do nível distrital, do apoio técnico por parte do nível intermédio e das directrizes políticas emitidas pelo nível central.

86. O capítulo subsequente, relativo aos Cuidados de Saúde Mental a Nível da Comunidade (parágrafos 10 a 21), contém directrizes para os cuidados de saúde mental a nível da comunidade em Africa, que dependem do apoio e da participação activos da família e da comunidade. A tónica é colocada no emprego dos agentes de saúde em geral para a prevenção (primária, secundária e terciária) das perturbações mentais e neurológicas e sublinha-se o lugar dos serviços de evacuação na prestação de cuidados de saúde mental. A gestão dos problemas de saúde mental a este nível será limitada ao tratamento da epilepsia convulsiva generalizada simples com fenobarbitona, das perturbações mentais com clorpromazina e das perturbações do sono e da ansiedade com diazepam, em conformidade com uma política firme de evacuação destas e outras condições mais complexas, a nível distrital.

87. O capítulo intitulado Saúde Mental ao Nível Distrital (parágrafo 22) define as actividades do centro de saúde de distrito em PAV, ARI, e CDD, assim como na redução das complicações mentais e neurológicas de doenças sistémicas. A tónica é posta, também, na mobilização dos outros sectores, designadamente, educação, finanças, comunicações, polícia, jurídico, grupos sociais, etc., para educar a população e assim habilitá-la a cuidar melhor da sua saúde.

88. O capítulo Cuidados de Saúde Mental a Nível Intermédio (parágrafos 25-38) relata as actividades deste nível, incluindo a colocação à disposição do nível distrital de tecnologias seleccionadas para o distrito, o apoio à evacuação e a utilização dos recursos financeiros afectados pelo nível central. Os hospitais mais complexos proporcionam um nível mais elevado de atenção para condições complicadas, formação contínua para agentes de saúde e afins e apoio em matéria de investigação para uma melhor gestão dos problemas de saúde mental da comunidade.

89. O capítulo seguinte, Cuidados de Saúde Mental a Nível Central (parágrafos 39 a 47) põe em realce a preparação da política nacional de saúde mental, a mobilização de recursos, os meios para o desenvolvimento de recursos humanos e a elaboração de legislação apropriada. O desenvolvimento da Saúde mental necessitará uma abordagem multisectorial, graças à utilização do Grupo Nacional de Coordenação da Saúde Mental integrado por representantes dos Ministérios, grupos de apoio, líderes religiosos, ONG, etc.

90. O último capítulo Conclusão (parágrafos 48 e 49) destaca o papel da prevenção (primária, secundária e terciária) das perturbações mentais e neurológicas através da educação e informação.

91. As actividades de saúde mental a diferentes níveis estão resumidas nos Anexos 1 a 5.

Discussao

92. Onze delegados de países e o Representante do UNICEF tomaram a palavra para comentar o documento AFR/RC40/10. Os delegados manifestaram a sua satisfação pelo documento. Apreciaram especialmente o modo como foi proposta uma estratégia para a integração da saúde mental em todos os três níveis de Sistema Nacional de Cuidados de Saúde.

93. No entanto, os delegados sublinharam que esta componente de saúde mental dos cuidados de saúde devia ter em conta o possível contributo dos praticantes de medicina tradicional para resolver os problemas de saúde mental.

94. Muitos delegados assinalaram que, nos seus países, tinham sido disponibilizadas camas, a nível dos hospitais distritais, para o tratamento a curto prazo dos doentes do foro mental e neurológico. No entanto, existia nos países a necessidade urgente de criar programas eficientes de formação em saúde mental para trabalhadores de saúde e de conseguir fundos para efectuar essa formação, tendo sido dirigido à OMS um apelo para que auxiliasse na procura de tais fundos.

95. Vários delegados referiram-se a problemas específicos dos seus países provocados, por exemplo, pelo ressurgimento de doenças parasitárias, com menção especial também ao alcoolismo, epilepsia e esquizofrenia.

96. Foi assinalado que o UNICEF acrescentara a palavra "protecção" aos seus objectivos para a sobrevivência e o desenvolvimento da criança, tendo o representante insistido na necessidade de tomar em consideração as medidas preventivas para as crianças e as mulheres, no âmbito dos programas comunitários de saúde mental. As crianças da rua e os que começam a trabalhar com pouca idade foram apontados como estando em alto risco. O representante entendia que a estratégia, tal como vem delineada no documento, estava adaptada a uma situação normal, estável e harmoniosa, mas desejava que se prestasse atenção às crianças que podem sofrer traumatismos devido perturbações sociais ou à guerra.

97. Após discussão, o projecto de resolução "Cuidados de Saúde Mental a Nível Comunitário em Africa, baseados na Estratégia do Sistema Distrital de Saúde" (tal como vem no documento AFR/RC40/10 Corr.2), foi aprovado sem emendas (AFR/RC40/R9).

PREPARACAO E INTERVENCAO NAS SITUTACOES DE EMERGENCIA LIGADAS AS CATASTROFES NATURAIS E AS EPIDEMIAS EM AFRICA (documento AFR/RC40/8 Rev. 1)

98. O relatório do Director Regional sobre Preparação e Intervenção nas Situações de Emergência ligadas às Catástrofes Naturais e às Epidemias em Africa (documento AFR/RC40/8 Rev. 1) foi apresentado pelo Dr. Calvani.

99. Foram analisadas as várias catástrofes naturais e epidemias que afectam mais de 100 milhões de pessoas em Africa. Observou-se que a Declaração das Nações Unidas sobre a Década Internacional para a Redução das Catástrofes Naturais 1990-2000, visava chamar a atenção dos países para estes problemas e melhorar as suas capacidades de os enfrentar. Solicitou-se aos governos dos Estados-membros que desempenhassem um papel de liderança na gestão e redução das catástrofes naturais e epidemias, pedindo recursos às Nações Unidas e a outros países, destinados à prevenção, detecção e gestão de emergências, bem como aos preparativos para as enfrentar. Sublinhou-se que o papel do programa da OMS, de Preparação e Resposta às Situações de Emergência, era orientar e apoiar os Estados-membros, de modo a torná-los capazes de tratar especificamente os aspectos sanitários dessas catástrofes, através da organização de programas de gestão de situações de emergência, destinados a minimizar os seus efeitos adversos.

100. Algumas delegações sublinharam o facto de que o primeiro ano do Centro Panafricano de Preparação e Resposta às Situações de Emergência (EPR) tinha sido dedicado principalmente a actividades de documentação, formação e recolha de informação nos países anglófonos. Foi sugerido que um leque semelhante de actividades fosse organizado nos países francófonos.

101. Em resposta, o Secretariado informou que já estavam em andamento negociações sobre essas actividades com os Organismos de cooperação franceses, canadianos e belgas, com o propósito de iniciar tal programa no Centro de Estudos Superiores de Administração e Gestão (CESAG) de Dacar, e que se esperava que essas actividades se iniciassem em princípios de 1991.

102. Um dos delegados, falando em nome do Subcomité do Programa, sublinhou a avaliação muito positiva do relatório feita pelo Subcomité do Programa; esta opinião foi secundada por várias delegações.

103. Outro delegado, numa declaração escrita, deu o seu aval a três pontos específicos do relatório sobre a inclusão das actividades de preparação e resposta às situações de emergência no processo normal de gestão e formação dos CPS por parte dos governos dos países. Para além disso, acentuou a estreita ligação existente entre a preparação para as emergências e o desenvolvimento sanitário geral bem como a meta da saúde para todos até o ano 2000.

104. A República Centrafricana solicitou ao Director Regional apoio para um seminário nacional, com o objectivo de preparar um plano nacional de emergências.

105. O Comité Regional aprovou em seguida o relatório e a Resolução AFR/RC40/R11 com pequenas emendas, tal como proposto pelo Subcomité.

#### PROGRAMA DE COMBATE A TUBERCULOSE NA REGIAO AFRICANA (documento AFR/RC40/7)

##### Apresentação

106. Este assunto foi apresentado pelo Dr. Barakamfitye (Secretariado), que ressaltou a importância do combate à tuberculose na nossa Região.

107. A situação epidemiológica da tuberculose na Região foi submetida do seguinte modo:

- elevado risco anual de infecção situando-se a percentagem entre 1,5 e 6% por ano;
- uma incidência avaliada, entre 100 e 300 novos casos por 100.000 habitantes;
- a faixa etária dos 15 aos 45 anos, a mais produtiva do ponto de vista económico e social é mais afectada e é também a mais exposta à infecção pelo VIH e SIDA;
- o impacto da epidemia da infecção pelo VIH e SIDA sobre a tuberculose, o qual se traduz nomeadamente por um aumento do número absoluto de casos de tuberculose e pela aceleração da passagem das formas latentes às clínicas.

108. Do ponto de vista operacional a situação caracteriza-se por uma taxa de detecção e de notificação de tal modo baixa que não possibilita nem o conhecimento relativamente correcto da dimensão do problema, nem o controlo da endemia.

109. O Director Regional propôs aos responsáveis nacionais e seus parceiros, uma orientação susceptível de servir de base para elaborar, redinamizar ou reorientar os seus programas de combate à tuberculose. A orientação adaptada-se ao programa de desenvolvimento sanitário aprovado pelo Comité Regional há já seis anos e ao cenário de desenvolvimento sanitário da Região. É um exemplo da sua aplicação a um programa técnico específico e da implementação do programa quinzenal de desenvolvimento sanitário.

#### Discussão

110. Reconheceu-se que a tuberculose está a assumir proporções inquietantes. Muitos países registaram um grande aumento na incidência da tuberculose. O impacto da infecção por VIH e SIDA sobre a incidência actual da tuberculose foi sublinhado pela maioria dos Membros do Comité; o mesmo aconteceu com o problema do elevado custo dos medicamentos usados nos esquemas terapêuticos de curta duração.

111. Foi dada uma ênfase especial à necessidade de aumentar os fundos do orçamento ordinário e de mobilizar fundos extra-orçamentais. Os fundos afectados às actividades de combate à SIDA devem ser também utilizados no combate à tuberculose, dada a interacção crescente entre as duas doenças. Foi referido que alguns países integraram o combate à tuberculose no combate à lepra. Reconheceu-se que é necessário ter em conta os novos padrões epidemiológicos da tuberculose sempre que se pretenda integrar as actividades de combate à tuberculose em outros programas.

112. Certos delegados realçaram a necessidade de avaliar a dimensão do problema posto pela tuberculose, nomeadamente por meio de inquérito, a fim de elaborar programas pertinentes.

113. Finalmente, o Comité Regional aceitou as directivas do Director Regional para a elaboração e implementação dos programas nacionais e aprovou a resolução AFR/RC40/R7.

#### COMBATE A ONCOCERCOSE NA REGIAO AFRICANA (documento AFR/RC40/24)

114. O documento AFR/RC40/24 foi apresentado pelo Dr. Samba, Director do Programa de Combate à Oncocercose. Resumiu a situação actual do combate à oncocercose nos países abrangidos pelo programa, realçando o papel do combate ao vector e a importância crescente da nova utilização da quimioterapia com a ivermectina, numa base comunitária.

115. Foi destacada a importância de se integrarem as actividades remanescentes do Programa de Combate à Oncocercose (PCO) no sistema de cuidados primários de saúde. Foi descrito o apoio que a OMS/AFRO e o PCO têm prestado aos países, no combate à oncocercose; as directivas gerais encontram-se no anexo ao documento.

116. O apoio da OMS/AFRO aos países não abrangidos pelo PCO foi descrito resumidamente.

117. Nove delegações usaram da palavra para felicitar o Director Regional pelo documento e solicitaram à Sede Regional que apoiasse os seus países no planeamento das suas actividades de devolução e nos programas nacionais de combate à oncocercose.

118. Foi levantado o problema da actual situação e do papel de combate ao vector nos programas nacionais de oncocercose. Foi explicado que, embora o combate ao vector tenha sido descrito como o método mais eficaz de luta, uma análise recente da situação sugeria que tal afirmação fosse rectificadora, de modo a incluir o tratamento com a ivermectina numa base comunitária.

119. Respondendo ao pedido de mais auxílio externo para as actividades de devolução, foi realçado que, embora se não devessem acelerar as actividades de devolução de combate à oncocercose, cada país deveria esforçar-se por dar início à implementação do seu plano de devolução.

120. Os países não abrangidos pelo PCO receberam a garantia do apoio da OMS/AFRO na organização e implementação dos seus programas nacionais de combate à doença.

121. No termo da discussão, o Comité Regional aprovou a resolução AFR/RC40/R10.

#### RELATORIO DO PROGRAMA DE MEDICINA TRADICIONAL (documento AFR/RC40/9)

122. Ao apresentar este ponto, o Director Regional observou que a medicina tradicional era considerada como um alargamento dos cuidados primários de saúde, parte através dos praticantes tradicionais e parte através das plantas medicinais. Não se trataria de modo algum de substituir a medicina tradicional pelas práticas tradicionais de valor não provado nem de continuar as práticas tradicionais perniciosas.

123. Em seguida, sublinhou a importância das plantas medicinais tanto para a economia como para a medicina. Uma Conferência Internacional tinha sido recentemente realizada, sobre este assunto, em Arusha, em Maio de 1990 patrocinada pelo Governo da Tanzânia, OMS, PNUE, PNUD e Comissão Sul-Sul. Estas plantas medicinais deveriam ser protegidas, estudadas e, eventualmente, exploradas pelos próprios países africanos.

124. O Dr. Koumaré, funcionário regional para o programa da medicina tradicional, apresentou o documento AFR/RC40/9, que resume as várias investigações e as outras actividades já levadas a cabo na Região, e esboça os tipos de actividades previstas para os níveis nacional e regional.

125. O Dr. O. Akerele, coordenador de programa, em Genebra, fez em seguida uma apresentação sobre a "Medicina Tradicional e SIDA; enfrentando o desafio" (documento AFR/RC40/INF.Doc/6(a)). Esboçou o papel potencial da medicina tradicional no tratamento da SIDA em África.

126. Na discussão subsequente, os representantes sublinharam a importância deste programa, felicitando o Director Regional por o ter submetido à Comissão Regional, para deliberação. Alguns delegados realçaram a importância de afectar mais recursos regionais, necessários para o apoio do programa.

127. Vários representantes expressaram preocupações pertinentes aos seus próprios países. Uma emenda foi proposta ao projecto de resolução AFR/RC40/R8.

#### ANALISE DO PROGRAMA DE COMBATE A SIDA (documento AFR/RC40/5)

##### Apresentação

128. O Dr. S. Butera, coordenador interino da equipa do Programa Mundial sobre a SIDA, AFRO apresentou este ponto da ordem do dia com uma breve introdução sobre os antecedentes do combate à SIDA na Região e fez uma referência especial à resolução AFR/RC39/R7 do 39º Comité Regional, que encorajava a descentralização das actividades da OMS de combate à SIDA da Sede Mundial para o nível Regional.



129. O orador prosseguiu, destacando as medidas tomadas desde a aprovação dessa Resolução. Essas medidas incluíam o envolvimento directo do Director Regional e do Director-Geral no desenvolvimento de uma estratégia exequível para a descentralização das actividades GPA/OMS, enquanto se continuava a garantir o mesmo ou melhor nível de serviços prestados pela OMS aos programas nacionais correspondentes. O Dr. Butera referiu os oito países já descentralizados e explicou os passos dados aos níveis Regional, sub-regional e nacional para reforçar a capacidade da OMS para fazer face a esta descentralização. Finalmente, o orador salientou as cinco principais linhas de orientação das actividades para o combate à SIDA, tal como eram identificadas pela Sede Regional, para uma concentração de actividades pelos Estados-membros e que eram:

- Vigilância Epidemiológica
- Inocuidade do sangue e dos produtos sanguíneos
- Mobilização das mulheres
- IEC e aconselhamento
- Papel da comunidade nos cuidados aos doentes

130. O Director Regional usou da palavra por breves instantes para lembrar aos delegados que o foco deste debate deveria ser o tema da descentralização do Programa de Combate à SIDA para os níveis nacional, regional e distrital e que haveria mais oportunidades para debater outras questões técnicas do combate à SIDA durante a 5ª Conferência Internacional sobre SIDA e Cancros Associados em Africa, a realizar em Quinxasa, em Outubro, assim como durante o Seminário Regional dos gestores do Programa da SIDA a realizar logo a seguir à Conferência de Quinxasa.

#### Discussões

131. Foi então aberto o debate e 24 delegados e observadores fizeram os seus comentários e levantaram questões sobre o relatório em apreciação. As delegações referidas agradeceram ao Director Regional e à equipa GPA/AFRO o seu relatório e ao Director-Geral e ao GPA/OMS por contribuírem com o encorajamento e apoio necessários ao combate à SIDA em geral e ao processo de descentralização em particular. Algumas delegações intervieram para fornecer informações actualizadas sobre a gravidade da pandemia da SIDA nos seus países.

132. A maioria das delegações intervenientes louvaram o processo de descentralização como passo necessário nos esforços em curso para melhorar a reacção mundial à pandemia geral. Alguns oradores fizeram notar a necessidade da continuação do processo de descentralização, não só para a Sede Regional mas também para as Representações da OMS, de modo a garantir a resposta a necessidade e situações nacionais específicas. Alguns delegados alertaram para a necessidade de precaução, expressando a esperança de que se fizesse tudo o que fosse necessário para assegurar o melhor nível possível de apoio constante aos programas nacionais de combate à SIDA. Tanto o Dr. Merson, Director do GPA/OMS como o Director Regional garantiram aos delegados que o foco do processo de descentralização é e continuará a ser constituído pelos programas nacionais e que se faria todo o possível para lhes assegurar o apoio necessário no combate à SIDA.

133. Verificou-se com satisfação que um certo número de países já começaram a descentralizar os seus programas nacionais para o nível provincial e, em alguns casos, para o distrital. Dadas as vastas implicações da SIDA no tecido de base de muitas sociedades, deu-se relevo à necessidade de transformar o combate à SIDA, passando-o de uma perspectiva unicamente sanitária para uma perspectiva multisectorial, ou mesmo supra-sectorial que envolvesse todos os sectores da nação. Vários oradores fizeram-se eco da necessidade de empenhar as comunidades em todos os esforços susceptíveis de resultados significativos. A SIDA tornou-se um problema social muito sério em bastantes países, sendo necessária uma liderança global e muito alargada de todos os sectores e níveis da sociedade, para coordenar uma luta eficaz contra as implicações da pandemia de SIDA.

134. Vários delegados abordaram também questões relacionadas com a transmissão da SIDA. Repetidas vezes, vários delegados dos países, bem como o Director do Programa Mundial contra a SIDA/Sede Mundial (GPA/OMS), insistiram no sentido de se associar mais estreitamente o combate à SIDA com os esforços da luta contra outras doenças sexualmente transmissíveis. Alguns delegados alertaram os seus pares para o facto de a transmissão sexual ser ainda responsável pela maioria esmagadora dos casos de infecção por VIH em todo o mundo, e na Região Africana, continua a ser necessário envidar esforços para incentivar as práticas sexuais seguras em toda a Região. É necessário avançar na investigação sobre práticas sexuais para definir modos aceitáveis e eficazes de alterar o comportamento mais íntimo das pessoas em toda a Região, de modo a proporcionar-lhes a protecção de que carecem. Estes esforços devem ser especialmente orientados para os jovens e os adolescentes acabados de entrar na idade sexualmente activa.

135. Um certo número de delegados mostrou interesse pela situação actual no que toca ao desenvolvimento de medicamentos potenciais ou de possíveis vacinas para o tratamento e/ou prevenção da infecção pelo VIH e SIDA. O Director do GPA/OMS forneceu aos delegados extensa informação sobre as medidas que estão a ser tomadas internacionalmente quanto ao desenvolvimento de medicamentos eficazes e na testagem de possíveis vacinas. Até à data foi aceite um medicamento (AZT) pela comunidade mundial, como tratamento da SIDA; no entanto, o seu custo actual torna-o impraticável na maioria dos países em desenvolvimento. Sete vacinas possíveis contra vários estágios de desenvolvimento de VIH estão actualmente nas fases preliminares de ensaios clínicos, mas será necessário mais tempo para que se possam tirar conclusões válidas. Pelo que toca ao KEMRON, os delegados foram informados pelo Director Regional e pelo Director do GPA/OMS de que é um medicamento potencial, que se deve considerar ainda em fase experimental. Serão necessários mais ensaios clínicos bem concebidos e executados para definir a eficácia exacta de doses reduzidas de "alfa interferon" no tratamento da SIDA. Será necessário aguardar os resultados desses estudos para retirar mais conclusões respeitantes ao KEMRON.

136. No que respeita ao projecto de resolução, muitos delegados deram a sua aprovação ao texto apresentado. Alguns delegados informaram que proporião alterações mínimas ao texto apresentado, mas exprimiram a sua aprovação da resolução AFR/RC40/R6, na globalidade.

MODALIDADES DE IMPLEMENTACAO DAS RESOLUCOES  
DE INTERESSE REGIONAL APROVADAS PELA  
ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAUDE E PELO CONSELHO EXECUTIVO  
(documento AFR/RC40/11 e AFR/RC40/11 Add.1)

137. O Dr. Williams, membro do Conselho Executivo, apresentou os pontos 7.1 a 7.5 da Ordem do dia provisória. Apresentando o documento AFR/RC40/11, Relatório do Director Regional, relativo às Resoluções de interesse Regional aprovadas pela 43ª Assembleia Mundial de Saúde e pela 85ª Sessão do Conselho Executivo, declarou que em conformidade com a resolução AFR/RC30/R12, o Director Regional submetia este relatório à apreciação do Comité Regional e convidava este último a dar directivas para a aplicação das resoluções e recomendações a transmitir ao Conselho Executivo.

138. Essas resoluções de interesse regional contêm uma gama variada de propostas e foram agrupadas pelo Director Regional nos programas, de acordo com a lista ordenada do Oitavo Programa Geral de Trabalho, a saber:

- Organos directivos
- Desenvolvimento e administração do conjunto dos programas
- Desenvolvimento dos sistemas de saúde
- Promoção e desenvolvimento da investigação, incluindo a investigação sobre os comportamentos saudáveis
- Promoção e protecção da saúde em geral
- Promoção e protecção da saúde mental
- Promoção da salubridade do meio ambiente
- Tecnologia de diagnóstico, terapêutica e de reabilitação
- Prevenção e combate à doença

139. O Dr. Williams apresentou, em pormenor, as disposições de cada resolução, bem como informações sobre a situação e as propostas de medidas a tomar pelo Director Regional, as quais constam do documento de referência, tendo afirmado que o texto completo das resoluções podia ser posto à disposição dos delegados. O Comité foi convidado a dar directivas ao Director Regional.

140. O Delegado da Zâmbia chamou a atenção do Comité Regional para o facto de que a resolução WHA43.14 "Luta de libertação na Africa Austral - Assistência aos Estados da linha da frente, ao Lesoto e a Suazilândia" não tinha sido incluída no relatório, o que a seu ver era uma lacuna de monta.

141. O Director Regional declarou que a não inclusao dessa resolução no documento AFR/RC40/11 se devia a um lapso do Secretariado e que tal seria imediatamente corrigido (documento AFR/RC40/11 Add.2).

142. O Comité Regional aprovou o documento.

INCIDENCIAS REGIONAIS DAS ORDENS DO DIA DA 85a SESSAO  
DO CONSELHO EXECUTIVO E DA 47a ASSEMBLEIA MUNDIAL DE SAUDE  
(documento AFR/RC40/12)

143. O Dr. Williams referiu que, em conformidade com o Artigo 50o da Constituição da OMS, com a resolução WHA33.17 da Assembleia Mundial de Saúde e com a resolução AFR/RC30/R6 do Comité Regional, com o objectivo de permitir a coordenação das ordens do dia dos órgãos directivos da OMS aos níveis mundial e regional, o Director Regional apresentava à apreciação do Comité Regional as ordens do dia provisórias da 47a sessão do Conselho Executivo e da 44a Assembleia Mundial de Saúde.

144. Solicitou a atenção do Comité para os pontos das ordens do dia provisórias desses dois órgãos directivos a nível mundial, que se revestem de interesse para a Região, nomeadamente:

- i) Relatórios dos Directores Regionais sobre todos os factos dignos de nota no plano Regional, incluindo questões de interesse para os Comités Regionais (resolução WHA33.17).
- ii) Projecto de Orçamento/Programa 1992-1993
- iii) Estratégia mundial de combate à SIDA (Relatório de actividades) (resoluções WHA40.26 e WHA41.24).
- iv) Colaboração no interior do sistema das Nações Unidas: resolução 44/211 da Assembleia Geral das Nações Unidas.
- v) Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial de Saúde.

145. Foi também submetida à apreciação da presente sessão do Comité Regional um projecto de ordem do dia da 41a sessão do Comité Regional.

146. O Comité Regional verificou com satisfação a correspondência entre as ordens do dia dos órgãos directivos a nível mundial e regional e aprovou o relatório do Director Regional.

METODO DE TRABALHO E DURACAO DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAUDE  
(documento AFR/FC40/13 e AFR/RC40/13 Corr.1)

147. O Dr. Williams declarou que a 44a Assembleia Mundial de Saúde seria aberta ao meio-dia de segunda-feira, dia 6 de Maio de 1991, em Genebra, seguida da reunião da Comissão de Designações, a qual, em conformidade com o artigo 25o do Regulamento Interno da Assembleia Mundial de Saúde, apresentará propostas a fim de que as eleições tenham lugar na segunda-feira, na parte da tarde.

148. O Dr. Williams declarou ao Comité que a duração da Assembleia deveria aproximar-se tanto quanto possível das duas semanas, para permitir uma condução eficaz dos trabalhos, em conformidade com a resolução WHA36.16.

149. Para facilitar os trabalhos da Assembleia e visando uma melhor preparação dos seus trabalhos pelo Comité Regional, o Director Regional apresentaria ao Comité Regional propostas concretas relativas aos seguintes pontos:

- i) eleição do Presidente e do Vice-Presidentes da Assembleia;
- ii) eleição dos Presidentes, Vice-Presidentes e Relatores das Comissões A e B;

- iii) eleição dos membros habilitados a designar uma pessoa para tomar assento o Conselho Executivo;
- iv) cerimónia de encerramento da 44a Assembleia Mundial da Saúde;
- v) reunião informal do Comité Regional antes da abertura da Assembleia.

150. O Comité aprovou a Decisão Processual No 9.

DISCUSSOES TECNICAS DURANTE A 44a ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAUDE:  
"ESTRATEGIAS DE SAUDE PARA TODOS PERANTE A URBANIZACAO GALOPANTE"  
(documento AFR/RC40/14)

151. O tema das discussões técnicas da 44a Assembleia Mundial da Saúde, tem grande importância para a Região dado o rápido crescimento das populações urbanas e os difíceis problemas sanitários com que se confrontam.

152. Foi decidido que os Estados-membros da Região deveriam dar um contributo activo para estas discussões.

"DISCUSSAO DA RESOLUCAO 44/211 DA ASSEMBLEIA GERAL DAS NACOES UNIDAS:  
"ACTIVIDADES OPERACIONAIS PARA O DESENVOLVIMENTO"  
(documento AFR/RC40/15 e AFR/RC40/15 Add.1)

#### Apresentação

153. O Dr. Williams afirmou que esta resolução de amplo alcance foi aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em Dezembro de 1989, após um longo debate da sua análise trienal das actividades operacionais para o desenvolvimento do sistema das Nações Unidas.

154. Esta resolução tinha implicações directas no funcionamento das diversas agências do sistema das Nações Unidas, incluindo a OMS, a FAO, a OIT, a UNESCO, etc.. No caso de esta resolução ser respeitada e aplicada na íntegra em todo o sistema das Nações Unidas ter-se-ia efectuado uma tentativa extremamente importante para reorientar o sistema das Nações Unidas e a sua abordagem da cooperação para o desenvolvimento.

155. Esta resolução referia-se a muitos assuntos desde o papel da mulher e da criança no processo de desenvolvimento até à aquisição de equipamento nos países em vias de desenvolvimento. Os seus pontos mais importantes eram, porém, os seguintes:

- i) Que os governos sejam as agências executoras de projectos, com a correspondente responsabilidade pela coordenação, concepção e gestão de todo o apoio externo;
- ii) Que o PNUD seja a agência central de financiamento e o principal (se não o único) parceiro dos países nas actividades de cooperação técnica, e que as outras agências proporcionem conselhos técnicos e serviços de apoio;
- iii) A reestruturação do sistema das Nações Unidas a nível de país para reflectir o papel predominante de liderança do Coordenador Residente das Nações Unidas.

156. O texto integral da Resolução 44/211 tinha sido enviado ao Director-Geral da OMS e aos directores executivos das agências especializadas, instituições e programas do sistema das Nações Unidas, em fins de Janeiro de 1990. Na sua carta de acompanhamento, o Director-Geral para o Desenvolvimento e Cooperação Económica Internacional (DG/DIEG) solicitara-lhes cooperação para assegurar a implementação total, coordenada e oportuna de todas as modificações necessárias às políticas e procedimentos globais.

157. Na sua resposta, o Director-Geral da OMS disse que as questões levantadas requeriam a atenção dos órgãos directivos, designadamente dos Comités Regionais, do Conselho Executivo e, finalmente, da Assembleia Mundial da Saúde. Assim, os comentários dos Comités Regionais seriam reunidos e estudados pelo Conselho Executivo, em Janeiro de 1991, sendo em seguida levados à atenção da Assembleia Mundial da Saúde, durante a sua 44a sessão, em Maio de 1991. Seguidamente, o Director-Geral informaria o DG/DIEG sobre a posição da Organização, relativamente à implementação da referida resolução.

158. O Director Regional aguardava, portanto, os pontos de vista e os comentários do Comité Regional para incluí-los num relatório integral a apresentar ao Conselho Executivo, em Janeiro de 1991 e, subseqüentemente, à Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 1991.

159. Salientou-se que, em grande medida, vários dos principais pontos e objectivos da resolução correspondiam às acções e às estratégias actualmente em implementação pela OMS, cujas modalidades de trabalho podiam ser consideradas em harmonia com a orientação das actividades de desenvolvimento propostas pela Assembleia Geral. Por exemplo, o nosso sistema AFROPOC de planificação permite que os governos sejam contrapartes idóneas no programa de cooperação da OMS.

160. Por outro lado, certas áreas exigiam maiores estudos, tais como a maneira pela qual o mandato constitucional da OMS para actuar como autoridade de direcção e coordenação do trabalho sanitário internacional, seria inserido no novo papel previsto para o Coordenador Residente do PNUD. A proposta de que a OMS desempenhe um papel menos relevante na prestação de apoio exigiria uma apreciação cuidada.

161. O Comité Regional foi convidado a expressar as suas opiniões sobre estes e os demais pontos do documento e a analisar uma resolução da OMS que já foi apresentada à Sede Regional e seria apresentada a todos os outros Comités Regionais.

#### Discussão

162. Um delegado especificou que não gostaria que os fundos da OMS fossem colocados à disposição do programa nacional do PNUD. O PNUD trabalha com o Ministério do Planeamento e submeter a OMS ao PNUD criaria um grande obstáculo e substancial atraso no processo de cooperação técnica no domínio da saúde entre a OMS e o Ministério da Saúde.

163. Um delegado considerou que haveria duplicação de esforços, superposição de funções e desperdício de recursos se o PNUD estivesse a discutir cooperação em saúde com o Ministério da Saúde. Considerou igualmente que a OMS deveria continuar a ser o parceiro privilegiado do governo em questões de saúde, com acesso directo ao Ministério da Saúde.

164. Muitos delegados apoiaram a posição de que a OMS deveria continuar a manter a sua identidade própria, porque os economistas não tinham sensibilidade para as questões de saúde e não estavam qualificados para avaliar e definir prioridades de saúde. Um delegado narrou uma experiência negativa resultante do erro crasso de economistas na avaliação da prioridade de um problema de doença do sono.

165. O Representante Residente do PNUD interveio no debate, afirmando que havia uma excelente cooperação entre o PNUD e a OMS na Região Africana. A Resolução da Assembleia Geral da ONU era menos um projecto do que uma tentativa de introduzir uma abordagem programática nas actividades de desenvolvimento dos países e de harmonizar as actividades das várias agências, para garantir um desenvolvimento ordenado. No momento, existia uma boa coordenação inter-agências tanto nas questões técnicas como nas financeiras.

166. O Director Regional da OMS sublinhou que, na realidade existia uma boa cooperação entre a OMS e o PNUD, na maioria das localidades da Região Africana. As excepções ocorriam onde os representantes de uma ou de ambas as organizações não conseguiam racionalizar os diferentes métodos de trabalho nem as estratégias das duas organizações. Durante os dez últimos anos a OMS tinha adoptado uma abordagem programática para a sua cooperação técnica. Tinhamo-nos, portanto, antecipado à intenção da resolução. Por outro lado, a OMS precisava de estudar cuidadosamente o possível impacto financeiro se simplesmente desempenhasse um papel de apoio. A resolução da ONU pedia às agências que racionalizassem os seus comportamentos, o que seria muito desejável.

167. Depois da discussão o Comité Regional aprovou a proposta de Resolução AFR/RC40/R3 da OMS sobre este ponto.

#### RELATORIO DO SUBCOMITE DO PROGRAMA (documento AFR/RC40/18)

168. O principal relatório do Subcomité do Programa, que se reuniu de 3 a 4 de Setembro de 1990, foi apresentado pelo Dr. J. Otete do Quênia. Relatórios sobre pontos específicos foram apresentados pelo Sr. L. Chomera, relator e pela senhora M. Pragassen, Vice-presidente.

169. A principal tarefa do Subcomité foi a análise do projecto de orçamento/programa, em nome do Comité Regional. O Subcomité dedicou um dia e meio da sua reunião de dois dias ao exame pormenorizado do documento orçamental AFR/RC40/2. Em consequência da análise, o Subcomité fez certas propostas ao Comité Regional, sobre o assunto.

170. O Subcomité considerou também, quatro outros pontos, em nome do Comité Regional, designadamente:

- i) A melhor utilização possível dos recursos da OMS
- ii) Relatório sobre as Reuniões Regionais para o Programa realizadas em 1990.
- iii) Relatório da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário
- iv) Preparação e Intervenção nas Situações de Emergência em Africa

171. O Presidente informou que o Subcomité do Programa fizera uma análise crítica do documento do orçamento, capítulo a capítulo, e, realmente, dedicara a maior parte dos dois dias da sua reunião à discussão do projecto de orçamento para 1992-1993. Os membros fizeram muitas perguntas e procuraram esclarecimentos, tendo o Presidente tido o prazer de informar que o Secretariado, sob a orientação pessoal do Director Regional, respondera às perguntas e dera esclarecimentos inteiramente satisfatórios aos delegados.

172. Ao preparar o orçamento, o Director Regional tinha considerado inúmeros factores e realidades e tentado fornecer recursos à maior parte dos programas. Alguns programas, no entanto, apresentavam redução de verbas, porque um número menor de países os escolhera ou reduzira as verbas que lhes eram destinadas. Outra razão para algumas reduções foi a possibilidade de se tornarem disponíveis fundos extra-orçamentais durante o biénio.

173. As actividades regionais apresentavam um aumento superior ao das actividades nacionais, em virtude dos recentes aumentos dos gastos com o pessoal e da aplicação de um ajuste cambial nas despesas da Sede Regional. Os aumentos reais de gastos atribuídos, inicialmente, pelo Director Regional foram de 11% para as actividades dos países e de 12% para as actividades regionais e interpaíses. Se os aumentos de custos excederem essas percentagens durante a implementação dos programas, terao de ser ajustados por uma redução real das actividades programáticas.

174. O documento do orçamento incluía a atribuição esperada de fundos extra-orçamentais aos programas nacionais de luta contra a SIDA, devido ao actual processo de descentralização. A atribuição, em 1992-1993, de recursos extra-orçamentais tinha sido feita apenas para fundos razoavelmente garantidos. Como sempre esperava-se mais fundos ao aproximar-se o biénio ou no seu decurso.

175. A dotação orçamental para cada um dos países tinha sido feita de acordo com as fórmulas preparadas por um grupo de peritos em 1978-1979 e aprovadas pelo Comité Regional. Uma vez que as fórmulas tinham sido concluídas muitos anos antes e o quadro sanitário e económico dos países africanos se tinha alterado, o Comité Regional foi convidado a considerar a nomeação de uma nova equipa que propusesse uma nova fórmula que tivesse em conta as realidades actuais.

176. O relatório do Subcomité do Programa, documento AFR/RC40/18, mostrava os pontos mais importantes do debate que se realizou sobre o orçamento na globalidade e sobre as dotações específicas para os programas.

177. Em resultado de uma discussão exaustiva e das explicações satisfatórias fornecidas pelo Secretariado, o Subcomité do Programa fez as seguintes recomendações ao Comité Regional:

- i) Que o Comité Regional peça ao Director Regional que faça uma revisão dos critérios e das fórmulas que são utilizadas para determinar a dotação de cada país e que tome as medidas necessárias com base nessa revisão.
- ii) Que o Comité Regional solicite ao Director Regional que reveja o financiamento de alguns dos programas dos países, visto que o presente financiamento simbólico não é satisfatório, e
- iii) Que o Comité Regional aceite a proposta de Orçamento/Programa e aprove a resolução pedindo ao Director Regional que a transmita ao Director-Geral."



178. Em virtude da estreita ligação existente entre o Orçamento/Programa de 1992-1993 e a análise da Política de Orçamento/Programa, o Dr. Otete resolveu apresentar ambos ao mesmo tempo.

179. Disse que, com relação à Melhor Utilização Possível dos Recursos da OMS, o documento AFR/RC40/6 representava um exame da Política Regional de Orçamento/Programa. O documento apresentava as Metas da política regional do orçamento/programa aprovada pelo Comité Regional em 1986. Observou que o Comité Regional tinha decidido analisar, todos os anos, a utilização dos recursos da OMS durante o ano anterior e os progressos feitos pelos Estados-membros na implementação da política orçamental colectivamente acordada.

180. O documento indicava que cada Estado-membro tinha estado a implementar o Cenário do Desenvolvimento Sanitário em Três Fases em colaboração com a OMS, como base para reforçar o nível operacional dos seus sistemas de saúde, para acelerar a implementação das estratégias de Saúde para Todos. Neste quadro e para evitar a dissipação dos esforços e dos recursos da OMS, foram aprovados três programas prioritários como núcleo da cooperação e inscrição orçamental da OMS.

181. A Sede Regional tinha instituído um sistema de coordenação das operações do programa chamado AFROPOC para acompanhar e avaliar a implementação dos programas e o uso dos recursos atribuídos aos programas. O sistema funcionou por um ciclo de um ano.

182. Para tratar das fraquezas estruturais dos sistemas de saúde, tinha sido elaborado um Plano de Desenvolvimento Sanitário Quinquenal no decurso de conversações entre os países e a OMS - por exemplo, nas Reuniões Regionais para os Programas.

183. Os orçamentos/programas para 1991-1992 e 1992-1993 mostravam que os países tinham concentrado os recursos oferecidos pela colaboração da OMS num número mais reduzido de programas, assegurando assim um maior impacto.

184. O documento concluía que os países e o Director Regional tinham feito um considerável esforço para implementarem a política regional de orçamento/programa. Os países começaram a concentrar-se em prioridades bem definidas, o que tinha contribuído para a melhor utilização possível dos recursos da OMS.

185. Após estudar o documento, o Comité Regional foi convidado a analisar o projecto de resolução que lhe estava anexado. Um dos pontos salientes desta resolução era que o Comité Regional faria a revisão deste assunto de dois em dois anos em vez de anualmente. A análise do projecto de orçamento/programa sugeria que eram mais indicadas as análises bienais do que as anuais.

186. O Sr. L. Chomera (Moçambique) resumiu a metodologia e os resultados da reunião regional do programa, que se realizou em três fases, aos níveis regional, sub-regional e nacional. O tema principal foi a operacionalidade do desenvolvimento sanitário de distrito. Pareceu tratar-se de uma metodologia útil, que contribuiu para a desconcentração de responsabilidades para o nível nacional.

187. A Sra. M. Pragassen (Seychelles) apresentou os cinco temas discutidos pela Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário, que reuniu em Brazzaville, em Junho de 1990.

Discussao

188. O Comité aceitou a proposta de orçamento/programa para 1992-1993 mas concordou que as fórmulas e critérios para a determinação das dotações aos países deviam ser revistos.

189. Foi expresso o apoio à escolha da gestão como área prioritária de acção nos próximos anos.

190. Vários delegados mostraram o seu apreço pela cooperação que se está a desenvolver entre a OMS/AFRO e o Banco Mundial sobre a formulação de políticas de saúde. Na realidade, as abordagens dos dois organismos não foram coordenadas no passado, o que tem criado pressões geradoras de conflitos nos países. Por esse motivo, a cooperação Banco Mundial/AFRO será muito bem recebida.

191. Um dos delegados sublinhou a importância da investigação e desenvolvimento dos sistemas de saúde e expressou a sua concordância com a sugestão contida no relatório do Subcomité do Programa e que cada país deveria designar um coordenador para a investigação sobre sistemas de saúde no Ministério da Saúde. O Director Regional considerou que isto era um mínimo que "ninguém se poderia dar ao luxo de não fazer".

192. Um dos delegados observou que, enquanto o orçamento de 38.000.000 de dólares para a SIDA constituía uma proporção adequada do orçamento total disponível (239.000.000 de dólares), as verbas para a SIDA constituíam quase metade do orçamento disponível a nível nacional.

193. O Director Regional disse que a mais importante recomendação do Subcomité era aquela que pedia a revisão das fórmulas para a atribuição de verbas aos países e disse que esta revisão seria levada a cabo com a participação de ministros da saúde.

194. Também concordou, conforme foi observado pelo Subcomité do Programa, que alguns programas mais pequenos mas importantes não beneficiavam de fundos ou tinham uma insuficiente dotação orçamental a nível nacional e/ou regional. Isto era, em parte, resultado da concentração recomendada de um número limitado de programas, que não excedia, normalmente, dez por país. A nível mundial, foram levantadas algumas questões sobre as aparentemente pequenas quantias atribuídas a alguns programas. Deveriam ser tomadas medidas, com cada um dos países, para identificar os programas insuficientemente financiados e tentar encontrar uma solução a partir do orçamento ordinário ou de fontes extra-orçamentais.

195. O Director Regional expressou a opinião de que a SIDA era, realmente, um problema social de grandes dimensões que tinha, por vezes, chamado para as questões sanitárias uma maior atenção de autoridades alheias ao sector da saúde. Os fundos da SIDA, usados conscienciosamente, poderão também reforçar os serviços gerais de saúde. O Comité aprovou as resoluções AFR/RC40/R4 e AFR/RC40/R5.

APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DAS DISCUSSÕES TÉCNICAS (documento AFR/RC40/19)

196. O Relatório das Discussões Técnicas sobre a Gestão dos Sistemas de Saúde foi apresentado pelo Dr. L.C. Sarr, Presidente das Discussões Técnicas. O relatório está reproduzido no Anexo 11.

## ESCOLHA DO TEMA DAS DISCUSSOES TECNICAS PARA 1991 (documento AFR/RC40/20)

197. O Comité Regional confirmou a sua decisao tomada em Setembro de 1988, na sua 38a Sessao, e aprovou o seguinte tema para as discussoes técnicas da sua 41a Sessao em 1991: "Formação do Pessoal de Saúde: Mobilização de recursos humanos para a saúde".

DESIGNACAO DO PRESIDENTE DAS DISCUSSOES TECNICAS EM 1991  
(documento AFR/RC40/12)

198. O Comité Regional designou o Dr. M.A. Bankole da Nigéria para Presidente das Discussoes Técnicas da sua 41a Sessao em 1991.

DATAS E LOCAIS DE REALIZACAO DA 41a e 42a SESSOES DO COMITE REGIONAL  
EM 1991 e 1992 (documento AFR/RC40/22)

199. Em nome do Director Regional, o Sr. D. Miller (Secretariado) apresentou o documento AFR/RC40/22, que convidava o Comité Regional a confirmar a sua decisao de realizar a sua 41a sessao em Bujumbura, no Burundi, e a sua 42a sessao em Brazzaville, em conformidade com a resolução AFR/RC35/R10, que estipula que se realizem alternadamente sessoes do Comité Regional na Sede Regional, em Brazzaville.

200. A delegação do Burundi confirmou o seu convite no sentido da sessao do Comité Regional se realizar em Bujumbura, em 1991, o que foi aceite.

201. Outros convites para realizar sessoes do Comité Regional serao bem acolhidas e o Director Regional indicou que existe um acordo normalizado que será assinado entre a OMS e o Estado-membro que acolhe uma sessao do Comité Regional. Esse acordo pode ser posto à disposiçao dos Estados-membros que desejem acolher sessoes do Comité Regional.

202. A realizacão de uma sessao do Comité Regional fora de Brazzaville acarreta custos suplementares, em particular de transporte e de ajudas de custo para o Secretariado. A periodicidade de realizacão das sessoes do Comité Regional fora de Sede Regional deveria ser objecto de análise. A Organizacão estaria em melhores condições de suportar os custos em três sessoes do Comité Regional, duas se realizassem na Sede Regional. Nas outras Regioes da OMS e na OUA, os países anfitriões suportam os custos de transporte e as ajudas de custo do Secretariado. Qualquer país que deseje suportar estes custos suplementares pode oferecer-se, em qualquer momento, para acolher um Comité Regional. Sugeriu-se que uma estimativa dos custos de realizacão de uma sessao do Comité Regional nos Estados-membros fosse enviada aos países para que estes últimos tenham perfeita consciência das implicações financeiras, antes de assumirem os seus compromissos. O Secretariado nao pode calcular os custos internos a nível nacional, que dependem do que é fornecido e das instalaçoes que já se encontram disponíveis.

203. A delegação do Chade manteve o seu convite para acolher a 43a sessão do Comité Regional, em N'Djamena. A Suazilândia e o Botsuana reiteraram igualmente os seus convites para acolher sessões futuras, cujas datas serão estabelecidas em conformidade com a resolução AFR/RC35/R10 (Decisão processual no 13).

#### ENCERRAMENTO DA SESSAO

204. O chefe da delegação da Namíbia dirigiu-se à reunião em nome de todos os delegados. Manifestou a sua satisfação por participar na sessão do Comité Regional pela primeira vez, enquanto membro de pleno direito. Eram do passado os dias em que apenas podia falar e não votar. Manifestou a sua esperança de que na revisão da dotação orçamental pelo Comité Regional fosse dedicada à Namíbia uma atenção particular, atendendo à situação prevalecente. Em seguida felicitou:

- o Director Regional pela excelência dos documentos apresentados;
- os delegados pela alta qualidade das suas intervenções;
- os intérpretes e todos os que trabalharam nos bastidores para o êxito da sessão do Comité Regional.

205. O delegado da Namíbia solicitou ao Presidente do Comité Regional que transmitisse os agradecimentos de todos os delegados a Sua Excelência, o General Denis Sassou Nguesso, pela generosidade e hospitalidade que ele próprio e o povo congolês propiciaram a todos os delegados, tornando agradável a sua estada na República Popular do Congo.

206. O ilustre representante da República da Namíbia propôs, em nome de todas as delegações presentes, uma moção de agradecimento ao Presidente da República do Congo, pela sua participação e alocução na cerimónia de abertura da 40a sessão do Comité Regional Africano, e ao Governo e ao Povo da República Popular do Congo pela sua hospitalidade calorosa (resolução AFR/RC40/R14). A resolução foi aprovada por unanimidade.

207. O Director Regional, Dr. G.L. Monekosso, agradeceu calorosamente ao Presidente e aos outros membros da Mesa da 40a sessão, bem como aos representantes da OUA, da ONU e das outras organizações presentes, os respectivos contributos para a sessão. O Dr. Monekosso manifestou o seu optimismo para que através das nossas lutas comuns a situação sanitária da Região Africana possa passar da mediocridade à excelência. Por último, manifestou o seu empenho total nos esforços da Africa para concretizar o seu nobre destino.

208. O Presidente manifestou a sua satisfação, na conclusão de uma árdua semana de trabalho. Agradeceu calorosamente a todos os que o ajudaram a executar a sua tarefa, tendo expressado os seus especiais agradecimentos aos seus colegas da Mesa, ao Director-Geral e ao Director Regional pelos respectivos contributos, bem como à OUA e ao Presidente da República Popular do Congo pelas suas participações activas. O Presidente manifestou orgulho na unanimidade de vozes verificadas durante a sessão e na convicção comum de que os cuidados primários de saúde nos conduziram a uma vida melhor em Africa.

**ANEXOS**

## ORDEM DO DIA

1. Abertura da 40a sessao (documento AFR/RC40/INF/01)
2. Aprovação da ordem do dia provisória (documento AFR/RC40/1 Rev.1)
3. Constituição da Comissão de Designações
4. Eleição do Presidente, Vice-presidente e Relatores
5. Designação da Comissão de Verificação de Poderes
6. Actividades da OMS na Região Africana em 1989
  - 6.1 Relatório sucinto do Director Regional (documento AFR/RC40/3 e AFR/RC40/3 Add.1)
  - 6.2 Saúde materno-infantil : sobrevivência da criança e maternidade sem riscos (relatório de actividades) (documento AFR/RC40/4)
  - 6.3 Análise do programa de prevenção e combate à SIDA (documento AFR/RC40/5)
  - 6.4 Melhor utilização possível dos recursos da OMS : análise da política regional de orçamento/programa (documento AFR/RC40/6)
  - 6.5 Análise do programa de prevenção e combate à tuberculose (documento AFR/RC40/7)
  - 6.6 Preparação e intervenção nas situações de emergência ligadas as catástrofes naturais e as epidemias em África (documento AFR/RC40/8 Rev. 1)
  - 6.7 Análise do programa de medicina tradicional (documento AFR/RC40/9)
  - 6.8 Cuidados de saúde mental a nível comunitário em Africa, baseados na estratégia do sistema distrital de saúde (documentos AFR/RC40/10 e AFR/RC40/10 Corr. 1 e 2)
  - 6.9 O combate à oncocercose na Região Africana (documento AFR/RC40/24)
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 regional aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo: Relatório do Director Regional (documentos AFR/RC40/11 e AFR/RC40/11 Add.1)
  - 7.2 Incidências regionais das ordens do dia da 87a sessao do Conselho Executivo e da 44a Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC40/12)
  - 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde decisao WHA40/10) (documentos AFR/RC40/13 e AFR/RC40/13 Corr. 1)
  - 7.4 Discussões técnicas da 44a Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC40/14)

- 7.5 Discussao da Resolucao 44/211 da Assembleia Geral das Nações Unidas: (documentos AFR/RC40/15 e AFR/RC40/15 Add.1)
8. Análise do relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC40/18)
  - 8.1 Projecto de Orçamento/Programa para 1992-1993 (documento AFR/RC40/2)
  - 8.2 Relatório sobre a Reuniao Regional para o Programa (RPM, a,b,c) (documento AFR/RC40/16)
  - 8.3 Relatório da Comissao Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário (CCADS) (documento AFR/RC40/17)
9. Discussoes técnicas : "Gestao dos sistemas de saúde" (documentos AFR/RC40/TD/1 e AFR/RC40/TD/1 Add.1)
  - 9.1 Apresentação do relatório das discussoes técnicas : (documento AFR/RC40/19)
  - 9.2 Escolha do tema das discussoes técnicas para 1991 (documento AFR/RC40/20)
  - 9.3 Designação do Presidente e do Presidente suplente das discussoes técnicas para 1991 (documento AFR/RC40/20)
10. Designação dos representantes africanos para o Conselho Executivo, para as várias Comissoes da Assembleia Mundial da Saúde e para outros orgaos.
11. Datas e locais da 41a e 42a Sessoes do Comité Regional em 1991 e 1992 (documento AFR/RC40/22)
12. Aprovação do relatório do Comité Regional (documento AFR/RC40/23)
13. Encerramento da 40a sessao.

LIST OF PARTICIPANTS  
LISTE DES PARTICIPANTS  
LISTA DOS PARTICIPANTES

1. REPRESENTATIVES OF MEMBER STATES  
REPRESENTANTS DES ETATS MEMBRES  
REPRESENTANTES DOS ESTADOS MEMBROS

ALGERIA  
ALGERIE  
ARGELIA

Dr Mustapha Kamel Graba  
Directeur de la Prévention au Ministère de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr Ouchfoun Abdelkrim  
Directeur général de l'Institut national de Santé publique

ANGOLA

Dr Flávio Fernandes  
Ministro da Saúde  
Chefe da delegação

Dr F. Chicola  
Delegado Provincial de Saúde, Provincia do Zaire

Dr Antonica Francisco R. Costa Hembe  
Chefe do Sector Nacional de Saúde infantil do Departamento  
de Saúde Materno-infantil

Dra Ana Maria Carreira  
Conselheira na Embaixada de Angola no Congo

Sra Juliana Diogo De Jesus Gonçalves  
Secretária do Ministro da Saúde

BENIN

Dr (Mme) M. Véronique Lawson  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr (Mme) G. Dossou  
Directrice adjointe  
Cabinet du Ministre de la Santé publique



BOTSWANA  
BOTSOUANA

Hon. Mr Kebatlamang P. Morake  
Minister of Health  
Leader of delegation

Mrs W. G. Manyeneng  
Assistant Director of Health Services/PHC

Dr John K. M. Mulwa  
Deputy Permanent Secretary/Director of Health Services

BURKINA FASO

Dr Naboho Kanidoua  
Ministre de la Santé et de l'Action Sociale  
Chef de délégation

Dr D. Kielem  
Chef du Service Planification  
Direction des Etudes et de la Planification  
Ministère de la Santé et de l'Action sociale

BURUNDI

Dr E. Maregeya  
Directeur général de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr P. Kantabaze  
Directeur, Gestion et Formation des Personnels  
Ministère de la Santé publique

CAMEROON  
CAMEROUN  
CAMAROES

Prof. J. Mbede  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr E. Temgoua Saounde  
Conseiller technique au Ministère de la Santé publique

Dr R. Owona Essomba  
Directeur de la Médecine préventive et rurale

CAPE VERDE  
CAP VERT  
CABO VERDE

Dr Antonio Pedro Da Costa Delgado  
Director-Geral de Saúde  
Chefe da delegação

Dr José Manuel Monteiro D'Aguiar  
Delegado de Saúde de S. Vicente

CENTRAL AFRICAN REPUBLIC  
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE  
REPUBLICA CENTRAFRICANA

Mme G. Lombilo  
Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales  
Chef de délégation

Dr F. Sobela  
Directeur général de la Santé publique

Dr E. Kpizingui  
Directeur des Etudes, de la Planification et des Statistiques

CHAD  
TCHAD  
CHADE

M. G. Kotiga  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr Daouya Granga  
Médecin-Chef du Secteur No 1 de la Médecine préventive et  
de la Santé rurale à N'Djamena

Dr H. Mahamat Hassan  
Directeur des Soins de Santé primaires

COMOROS  
COMORES

M. Mohamed A. Taki Mboreha  
Ministre de la Santé publique et de la Population  
Chef de délégation

Dr Ahmed Bacar  
Médecin-Chef du Service de Pédiatrie, Hôpital Hombo (Anjouan)

M. Hamidi Ahmed Elharif  
Directeur des Affaires administratives et financières

CONGO

Dr Ossebi Douniam  
Ministre de la Santé et des Affaires sociales  
Chef de délégation

Prof. J. R. Ekoundzola  
Directeur général de la Santé publique

Mme Ph. Fouty-Soungou  
Directrice générale des Affaires sociales

Dr H. F. Mayanda  
Conseiller sanitaire du Ministre de la Santé et des Affaires sociales

Dr J. M. Niaty-Benze  
Conseiller Médico-social du Chef de l'Etat

Dr A. Enzanza  
Directeur de la Médecine curative

Dr R. Cobby Zitsamele  
Directeur de la Médecine préventive

Mme B. Fila  
Directrice Protection sociale

Dr P. Ngouomba  
Directeur des Soins de Santé primaires

Prof. S. Nzingoula  
Directeur de la Santé de la Famille

Dr P. Mpele  
Directeur du Programme national de Lutte contre le SIDA

Dr G. Madzou  
Directeur de l'Hygiène et du Génie sanitaire

M. A. Ndinga  
Directeur des Pharmacies et Laboratoires

Dr J. Miehakanda  
Directeur du Laboratoire national de Santé publique

M. H. Mobonda  
Conseiller Socio-culturel du Premier Ministre

M. R. D. Maboundou  
Chef de Section des Organisations internationales  
Ministère des Affaires étrangères et de la Coopération

Mme C. Lipiti  
Chef du Service du Secteur tertiaire (M.P.E.)  
Ministère du Plan et de l'Economie

#### COTE D'IVOIRE

M. E. Ezan  
Directeur de Cabinet du Ministre de la Santé publique et de la Population  
Chef de délégation

Prof. G. K. Guessend  
Directeur de la Santé publique et de la Population

Dr Bouffard A. Bella  
Directeur des Relations régionales et internationales  
au Ministère de la Santé publique

EQUATORIAL GUINEA  
GUINEE EQUATORIALE  
GUINE EQUATORIAL

Dr Sima Oyana  
Directeur général de la Santé

ETHIOPIA  
ETHIOPIE  
ETIPIA

Dr G. Tadesse  
Vice-Minister of Health  
Leader of delegation

Mr Hailu Metche  
Head of the Ministry's Planning and Programming Department

GABON  
GABAO

Dr L. Adandé Menest  
Inspecteur général de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr R. Mavoungou  
Directeur général de la Santé

Dr J. Zue N'Dong  
Conseiller du Ministre de la Santé

THE GAMBIA  
GAMBIE  
GAMBIA

Mr Boubacar M. Baldeh  
Parliamentary Secretary  
Ministry of Health  
Leader of delegation

Dr Melville Omorlabie George  
Director of Health Services

GHANA\*  
GANA

---

\* Unable to attend/N'a pas pu participer/Nao pôde participar.

GUINEA  
GUINEE  
GUINE

Dr Ousmane Bangoura  
Secrétaire général du Ministère de la Santé publique et de la Population  
Chef de délégation

Dr. Mohamed Sylla  
Conseiller au Ministère de la Santé publique et de la Population

Dr Pogba Gbanacé  
Directeur de la Division Médecine traditionnelle

GUINEA-BISSAU  
GUINEE-BISSAU  
GUINE-BISSAU

Dr Henriqueta Godinho Gomes  
Ministro da Saúde Pública  
Chefe da delegação

Dr Juliao Cesar Nogueira  
Director de Cuidados de Saúde Primarios

Dr Augusto Paulo José da Silva  
Director  
Ministério da Saúde Pública

KENYA  
QUENIA

Hon. Tobias Ochola-Ogur, M.P.  
Assistant Minister for Health  
Leader of delegation

Dr J. Otete  
Senior Deputy Director of Medical Services

Dr Frank M. Mueke  
Senior Deputy Director of Medical Services

Mr Danson G. A. Omolo  
Assistant Chief Nursing Officer

Mr James K. Ndegwa  
Senior Assistant Secretary for Health

LESOTHO  
LESOTO

Hon. Mrs Anna M. Hlalele  
Assistant Minister for Youth and Women's Affairs  
Leader of delegation

Mrs M. K. Matsau  
Chief Health Planner

## LIBERIA\*

## MADAGASCAR

Dr J. J. Séraphin  
Ministre de la Santé  
Chef de délégation

M. R. Fari  
Inspecteur au Ministère de la Santé

## MALAWI

Hon. Mr E. C. Katola Phiri  
Minister of Health  
Leader of delegation

Dr P. Chimimba  
Chief of Health Services

Mr B. W. Gidala  
Under Secretary for Health

## MALI

Dr Zakaria Maiga  
Conseiller technique du Ministère de la Santé publique  
et des Affaires sociales  
Chef de délégation

Dr Mamadou Adama Kane  
Directeur national adjoint de la Santé publique

---

\* Unable to attend/N'a pas pu participer/Não pôde participar.

## MAURITANIA

## MAURITANIE

M. Mohamed Abderrahmane Ould Moine  
Ministre de la Santé et des Affaires sociales  
Chef de délégation

Dr Dah Ould Cheikh  
Directeur, Hygiène et Protection sanitaire

## MAURITIUS

## MAURICE

## ILHA MAURICIA

Mr S. Subramanien  
Principal Secretary, Ministry of Health  
Leader of delegation

Mr Djamil Fareed  
WHO National Representative

## MOZAMBIQUE

## MOCAMBIQUE

Dr Leonardo Santos Simao  
Ministro da Saúde  
Chefe da delegação

Sr Jeremias Lucas Chomera  
Director Nacional Adjunto de Saúde

Sra Margarida Matsinhe  
Chefe do Departamento do P.A.V.

## NAMIBIA

## NAMIBIE

Dr S. Natangue Amadhila  
Permanent Secretary of Health and Social Services  
Leader of delegation

Ms L. Dessa Onesmus  
Nurse (Delegation, Ministry of Health and Social Services)

Mr Andrew-John Fudge  
Pharmacist in Rundu Region

## NIGER

Médecin Lieutenant-Colonel Ousmane Gazéré  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

M. Abdoulaye Sabbou Maïga  
Secrétaire général Adjoint du Ministère de la Santé publique

Dr Yahaya Amadou  
Directeur départemental de la Santé de Tillabéri

## NIGERIA

Hon. Prof. Olikoye Ransome-Kuti  
Minister of Health  
Leader of delegation

Dr G. A. Williams  
Director of Disease Control and International Health  
Federal Ministry of Health

Dr A. O. O. Sorungbe  
Director of Primary Health Care

Dr (Mrs) O. O. Dokunmu  
Deputy Director, Management, Monitoring and Evaluation/PHC Division

Mr C. A. B. Sule  
Assistant Director

Mr E. A. Oniyide  
Personal Assistant to the Minister

RWANDA  
RUANDA

Dr P. Ngendahayo  
Ministre de la Santé  
Chef de délégation

Dr J. B. Kanyamupira  
Directeur général de santé

SAO TOME AND PRINCIPE  
SAO TOME ET PRINCIPE  
SAO TOME E PRINCIPE

Dr A. Vaz de Almeida  
Ministro de Saúde, Trabalho e Segurança social  
Chefe da delegação

Dr A. Soares Marques de Lima  
Director do Hospital Dr Ayres de Menezes

## SENEGAL

M. Assane Diop  
Ministre de la Santé publique et de l'Action Sociale  
Chef de délégation

Médecin Commandant Lamine Cissé Sarr  
Directeur de la Santé publique

Dr Fodé Diouf  
Conseiller technique du Ministre de la Santé publique  
et de l'Action Sociale



SEYCHELLES  
ILHAS SEYCHELLES

Hon. Mr Ralph Adam  
Minister of Health  
Leader of delegation

Mrs M. Pragassen  
Director General - PHC Division

SIERRA LEONE  
SERRA LEOA

Hon. Dr Wiltshire S. B. Johnson  
Minister of Health  
Leader of delegation

Dr Ibrahim I. Tejan-Jalloh  
Deputy Chief Medical Officer

SWAZILAND  
SOUAZILAND  
SUAZILANDIA

Dr Fanny Friedman  
Minister of Health  
Leader of delegation

Mr Chris M. Mkhonza  
Principal Secretary

Dr R. Ndlangamandla  
Medical Officer

TOGO

Dr Komla Siamevi  
Directeur général de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr E. Batchassi  
Médecin-Chef, Subdivision Sanitaire - CHR, Kara

UGANDA  
OUGANDA

Mr Zak Kaheru  
Minister of Health  
Leader of delegation

Dr E. G. N. Muzira  
Director of Medical Services

Dr G. W. Imani  
Director, Urban and Rural Health Services  
Ministry of Local Government

UNITED REPUBLIC OF TANZANIA  
REPUBLIQUE UNIE DE TANZANIE  
REPUBLICA UNIDA DA TANZANIA

Hon. Mr C. Kabeho  
Minister of Health  
Leader of delegation

Prof. P. Hiza  
Chief Medical Officer

Dr. J. M. V. Temba  
Assistant, Chief Medical Officer (Preventive)

ZAIRE

M. Lengelo Muyangandu  
Ministre de la Santé publique  
Chef de délégation

Dr Musinde Sangwa  
Conseiller médical du Ministre de la Santé publique

Dr Duale Sambe  
Directeur du Projet Soins de Santé primaires en Milieu rural (SANRU)

Dr Mbona-Riba Makamba  
Médecin-Directeur du Projet Santé pour Tous - Kin

M. Tshioni Kalamba  
Conseiller chargé de la Coopération internationale

M. Mulembwe N'Sapidi Lubwese  
Secrétaire particulier du Ministre de la Santé publique

ZAMBIA  
ZAMBIE

Hon.(Mrs) Mavis L. Muyunda  
Minister of Health  
Leader of delegation

Dr Sam L. Nyaywa  
Deputy Director of Medical Services (PHC)

Dr Ruth A. K. Mwansa  
Provincial Medical Officer

ZIMBABWE  
ZIMBABUE

Hon. Dr Swithun T. Mombeshora  
Minister of State for Local Government, Urban and Rural Development  
Leader of delegation

Dr G. Sikipa  
Principal Medical Director

2. OBSERVERS INVITED IN ACCORDANCE WITH RESOLUTION WHA27.37  
 OBSERVATEURS INVITES CONFORMEMENT A LA RESOLUTION WHA27.37  
 OBSERVADORES CONVIDADOS EM CONFORMIDADE COM A RESOLUCAO WHA27.37

African National Congress (ANC)  
Congrès national africain  
Congresso Nacional Africano

Dr R. Mgijima  
 Secretary for Health  
 P.O. Box 31791  
Lusaka  
 Zambia

Dr K. S. Chetty  
 26, Wolsey Road  
 Rondebosch East  
Cape Town  
 South Africa

3. REPRESENTATIVES OF THE UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES  
 REPRESENTANTS DES NATIONS UNIES ET DES INSTITUTIONS SPECIALISEES  
 REPRESENTANTES DAS NACOES UNIDAS E SUAS INSTITUICOES ESPECIALIZADAS

Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO)  
Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation (FAO)  
Organizaçao das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO)

M. M. Ibra N'Gom  
 Représentant Résident de la FAO  
 B.P. 972  
Brazzaville  
 République populaire du Congo

Mr W. Clay  
 Nutrition Officer  
 Nutrition Division (FAO)

World Meteorological Organization (WMO)  
Organisation météorologique mondiale (OMM)  
Organizaçao Meteorológica Mundial

M. A. Lebvoua  
 Intermédiaire du Représentant permanent du Congo auprès de l'OMM  
 Direction de la Météorologie  
 B.P. 208  
Brazzaville  
 Congo

United Nations Development Programme (UNDP)  
Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)  
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)

M. A. Ouedraogo  
Représentant Résident a. i.  
PNUD  
B.P. 465  
Brazzaville  
République populaire du Congo

M. A. Nkouka  
Chargé des Programmes  
B.P. 465  
Brazzaville  
République populaire du Congo

United Nations Volunteer Programme (UNV)  
Programme des Volontaires des Nations Unies

Mr Jérôme Madingar  
c/o PNUD  
P.O. Box 7248  
Kinshasa  
Zaïre

United Nations Children's Fund (UNICEF)  
Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (FISE)  
Fundos das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)

Dr Mary Racelis  
Regional Director, UNICEF Eastern and Southern African Region  
P.O. Box 44145  
Nairobi  
Kenya

Dr Gladys E. Martin  
Senior Officer Health  
UNICEF  
B.P. Box 44145  
Nairobi  
Kenya

M. Mukalay Mwilambwe  
Représentant de l'UNICEF  
B.P. 2110  
Brazzaville  
République populaire du Congo

United Nations Fund for Population (UNFPA)  
Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP)  
Fundos das Nações Unidas para a População (FNUAP)

M. J. Fransen  
 Directeur FNUAP, Congo  
 s/c PNUD  
 B.P. 465  
Brazzaville  
 République populaire du Congo

African Development Bank (ADB)  
Banque Africaine de Développement (BAD)

Dr R. Wanji Ngah  
 Expert Santé publique  
 Banque africaine de Développement  
 B.P. V316  
Abidjan  
 Côte d'Ivoire

4. REPRESENTATIVES OF OTHER INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS  
 REPRESENTANTS D'AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES  
 REPRESENTANTES DAS OUTRAS ORGANIZACOES INTERGOVERNAMENTAIS

Organization of African Unity (OAU)  
Organisation de l'Unité Africaine (OUA)  
Organizaçao da Unidade Africana (OUA)

M. Wawa-Ossay Leba  
 Directeur du Département ESCAS  
Addis Abeba  
 Ethiopie

Organization for Coordination and Cooperation  
in the Control of Major Endemic Diseases  
Organisation de Coordination et de Coopération pour la Lutte  
contre les Grandes Endémies (OCCGE)

Dr E. Akinocho  
 Secrétaire général de l'OCCGE  
 01 B.P. 153  
Bobo-Dioulasso  
 Burkina Faso

West African Health Community (WAHC)  
Communauté sanitaire d'Afrique occidentale (CSAO)  
Comunidade Sanitaria da Africa Ocidental (CSAO)

Dr A. K. Abashiya  
 Executive Director/Head of Mission  
 West African Health Community, Edmund Crescent  
 6 Taylor Drive  
 P.M.B. 2023  
 Yaba, Lagos  
 Nigeria

5. REPRESENTATIVES OF NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS  
 REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES  
 REPRESENTANTES DAS ORGANIZACOES NAO-GOVERNAMENTAIS

International Committee of Military Medicine and Pharmacy (ICMMP)  
Comité international de Médecine et de Pharmacie militaires (CIMPM)  
Comité internacional de Medicina e de Farmácia Militares

Médecin Colonel J. B. Mayoulou-Niamba  
 Chef de la Division technique, Service Santé Militaire  
 Hôpital militaire  
 B.P. 864  
 Brazzaville  
 République populaire Congo

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA)  
Fédération internationale de l'Industrie du Médicament (FIIM)  
Federação Internacional da Indústria Farmacêutica

M. C. M. Pintaud  
 11 bis, rue César Franck  
 75015 Paris  
 France

Solidarity and Development  
Solidarité et Développement  
Solidariedade e Desenvolvimento

M. Jos Orenbuch  
 Président de Solidarité et Développement  
 16, rue Commone  
 B 1325 Chaumont-Gistoux  
 Belgique

6. OBSERVERS  
OBSERVATEURS  
OBSERVADORES

World Federation for Medical Education (WFME)  
Fédération mondiale pour l'Education médicale (FMEM)  
Federação Mundial de Educação Médica (FMEM)

Prof. K. Mukelabai  
President, Association of Medical Schools in Africa (AMSA)  
Dean, School of Medicine  
University of Zambia  
P.O. Box 50110  
Lusaka  
Zambia

International Baby Food Action Network (IBFAN)  
Réseau d'action international concernant l'Alimentation des nourrissons  
Rede de Acção Internacional de Alimentos para Lactentes

M. G. J. Bagui  
Coordinator, Francophone Africa Network  
IBFAN-AFRICA Regional Office  
P.O. Box 34308  
Nairobi  
Kenya

African Medical and Research Foundation (AMREF)  
Fondation internationale pour la Médecine et la Recherche en Afrique

M. Ongewe Deborah  
Director, Planning, Overall Management, Marketing  
P.O. Box 30125  
Nairobi  
Kenya

Inter-African Committee (IAC)  
Traditional Practices Affecting The Health of Women and Children in Africa  
Comité Inter-Africain (CI-AF)  
Pratiques Traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants  
en Afrique

Dr (Mrs) Olayinka A. Kosso-Thomas  
National President of Sierra Leone Committee of  
IAC on Traditional Practices affecting the Health  
of Women and Children in Africa  
P.O. Box 1069  
Freetown  
Sierra Leone

---

Center on Integrated Rural Development for africa (CIRDAFRICA)

Mr Mussa-Nda Ngumbu  
Ag. Director General  
CIRDAFRICA  
P.O. Box 6115  
Arusha  
Tanzania

Africa Médecine et Santé

Mme T. Lethu  
11, rue de Téhéran  
75008 Paris  
France



ALOCUCAO DE SUA EXCELENCIA  
O MINISTRO DA SAUDE PUBLICA DO NIGER,  
TENENTE-CORONEL OUSMANE GAZERE,  
PRESIDENTE DA 39a SESSAO DO COMITE REGIONAL

Senhor Presidente da República Popular do Congo,  
Senhores Membros do Governo,  
Senhor Director Regional  
Senhoras e Senhores Ministros,  
Senhores Embaixadores,  
Senhores Representantes das Organizações Internacionais  
Regionais e Não-governamentais,  
Distintos Delegados,  
Minhas Senhoras e Meus Senhores

Na minha qualidade de Presidente da trigésima-nona sessão do Comité Regional, que se realizou de 6 a 13 de Setembro de 1989 em Niamey, tenho a honra, o privilégio e o agradável dever de usar da palavra perante esta augusta assembleia, reunida por ocasião da cerimónia solene de abertura da quadragésima sessão do Comité Regional Africano da OMS, nesta circunstância convocada para a bela cidade do Djoué.

Seja-me em primeiro lugar permitido desincumbir-me do dever de veicular as saudações fraternas e cordiais do Presidente da República, Chefe de Estado, o General de Brigada ALI SAIBOU e do povo Nigerino; em segundo lugar, desejo a V. Excelência as boas vindas a esta quadragésima sessão do Comité Regional Africano da OMS.

Senhor Presidente,

A presença de V. Excelência nesta cerimónia de abertura oficial da quadragésima sessão do Comité Regional Africano da OMS é, mais uma vez, um verdadeiro apoio moral para a Sede Regional e para as delegações dos Estados-membros da Região, empenhados na busca de solução para os problemas de saúde das populações africanas.

Todas estas sessões do Comité Regional efectuadas no Djoué beneficiaram do indefectível apoio de V. Excelência, ainda mais apreciável graças aos sábios conselhos que houve por bem prodigalizar. Estamos-lhe profundamente reconhecidos e aproveitamos esta oportunidade para exprimir a V. Excelência toda a nossa gratidão e os mais vivos agradecimentos.

Senhor Presidente,  
Senhor Director Regional,  
Minhas Senhoras e meus Senhores,

A crise económica mundial que, neste momento, atinge duramente os nossos países, tem como corolário a redução significativa dos já magros recursos afectados aos programas de desenvolvimento socioeconómico e sanitário (Educação, Saúde, etc). A isso acresce a pandemia galopante da SIDA, para a qual não existem por enquanto nem vacina nem medicamentos eficazes. Desde 1987 que a SIDA impõe um duro tributo às nossas populações jovens e activas.

Face a tal situação, o objectivo "Saúde para Todos os Africanos", que nos impusemos, permaneça como o nosso ideal comum na luta contra o subdesenvolvimento, a ignorância e a doença. Quanto a estratégia, optámos pelo Cenário de desenvolvimento sanitário em três fases, aprovado aquando da 35ª sessão do Comité Regional em Setembro de 1985 em Lusaca, na Zâmbia, o qual todos os nossos Estados têm em execução.

Assim, no decurso das discussões técnicas em 1987, em Bamaco, tratou-se de analisar o apoio operacional ao nível periférico; em 1988, em Brazzaville, o apoio técnico ao nível intermédio e recentemente, em Niamey, em 1989, na 39ª sessão do Comité Regional, examinámos o apoio estratégico ao nível central, no contexto deste cenário de desenvolvimento sanitário. Nessa mesma sessão decidimos, por consequência, dar uma ênfase bem especial ao reforço da capacidade gestonária de todos os níveis do sistema de saúde, no decurso dos próximos cinco anos do 8º Programa Geral de Trabalho, de 1990-1994. Por outro lado, identificámos programas prioritários, tais como :

- a saúde materno-infantil, incluindo o planeamento familiar;
- o combate às doenças;
- o abastecimento de água potável e o saneamento básico do meio-ambiente.

Esperamos que a estes programas sejam afectados recursos consentâneos, de modo a promover a saúde materna e a sobrevivência infantil, e a garantir a redução das taxas de morbidade e mortalidade, causadas pelas numerosas endemias da Região. Enfim, eles permitirão melhorar o acesso das nossas populações à água potável e às medidas de saneamento básico do meio-ambiente.

Ao Senhor Director Regional da OMS em Africa, o Exmo Sr. Dr. G.L. MONEKOSSO e à sua equipa, aproveitamos esta oportunidade para lhes renovar os protestos da nossa satisfação face ao trabalho realizado, face à dedicação e disponibilidade de que constantemente dão provas, e enfim pelo apoio incessante que dispensam aos nossos países, a despeito da conjuntura difícil e desfavorável.

Seja-me permitido, para terminar a minha intervenção, renovar o meu muito expressivo agradecimento a Sua Excelência o Presidente da República do Congo, o General DENIS SASSOU NGUESSO, por ter honrado com a sua presença esta cerimónia; e também às autoridades administrativas, pelo acolhimento fraterno e tao caloroso e pelas atenções de que temos sido alvo durante esta nossa permanência no Congo.

Viva a Cooperação Internacional.

Viva a OMS.

Muito obrigado pela Vossa amável atenção.

ALOCUCAO DO DR. G. L. MONEKOSSO, DIRECTOR REGIONAL  
DA OMS PARA A AFRICA

Sua Excelência, Senhor Presidente da República Popular do Congo,  
Exmos. Senhores Membros do " Bureau " Político,  
Exmo. Senhor Representante do Director-Geral da OMS,  
Exmos. Senhores Ministros da Saúde e Chefes de Delegação,  
Exmos. Senhores Embaixadores e Chefes de Missoes Diplomáticas,  
Minhas Senhoras e meus Senhores,

A cerimónia de abertura desta Quadragésima Sessão do Comité Regional Africano da OMS dá-me a oportunidade de vos desejar, em nome do pessoal da Sede Regional e em meu próprio nome, as nossas saudações calorosas e as boas-vindas à zona do Djoué. Gostaria, mais particularmente, para além da nossa respeitosa deferência, de manifestar os nossos sinceros agradecimentos a Sua Excelência, o General Denis Sassou-Nguesso, Presidente da República do Congo, por ter aceite realçar o brilho desta cerimónia.

Senhor Presidente da República, a presença de Vossa Excelência entre nós, a despeito das vossas árduas e múltiplas responsabilidades, honra-nos e encoraja-nos a preservar no combate em que estamos empenhados, ou seja, o da Saúde para Todos os Africanos.

A Sede Regional Africana da OMS agradece ao Governo de Vossa Excelência a solicitude de que dele sempre beneficiou, em todos os momentos.

Gostaria igualmente, em vosso nome, Excelentíssimos Senhores Ministros da Saúde e Chefes de Delegação, de saudar o Representante do Secretário-Geral da OUA, Sua Excelência Salim Ahmed Salim, o Dr. Cambournac, primeiro Director Regional da OMS para a Africa e o conjunto dos convidados que se dignaram participar connosco neste grande forum de reflexao sobre a saúde das populações africanas.

E escusado dizer aqui que estamos totalmente empenhados, no seio da OMS, na defesa da dignidade do homem africano, que começa pela restituição da sua completa soberania, da sua total responsabilidade e do seu estado de completo bem-estar físico, mental e social, isto é, do seu estado de saúde.

Nao posso deixar de dizer uma palavra especial de boas-vindas à delegação da República da Namíbia que, após uma luta digna de respeito, obteve finalmente o seu lugar na comunidade das Nações Livres.

Sua Excelência, Senhor Presidente da República,  
Minhas Senhoras e meus Senhores,

A presente sessão do nosso Comité Regional será inscrita em letras de ouro nos anais da nossa Sede Regional. Trata-se, com efeito, da nossa Quadragésima Sessão, a idade reveladora da maturidade.

E igualmente a primeira sessão desta última década do segundo milénio, que nós escolhemos para instaurar a SAUDE PARA TODOS.

Com efeito, o nosso planeta é agitado de todos os lados por convulsões violentas. Por toda a parte, os povos interpelam-se e questionam-se sobre o seu devir. No nosso continente, após a euforia e as esperanças suscitadas pelas independências a que acedeu a maioria dos países nos anos sessenta, a hora é hoje de balanço.

Com efeito, as infra-estruturas sanitárias sofreram uma degradação contínua. A situação sanitária geral do continente é alarmante. As afecções mais benignas continuam a matar, sobretudo as crianças. O paludismo continua a grassar, mais ameaçador do que nunca. A SIDA avança a passos de gigante. E o desespero por toda a parte. A crise económica e sanitária é tao profunda e tao dramática no nosso continente que alguns teóricos alarmistas deixaram de dar qualquer possibilidade de sobrevivência à Africa.

Chegou agora o momento de reagir, de tomar consciência das nossas responsabilidades e de nos afirmarmos na comunidade das nações.

A Africa deveria mobilizar-se; A Africa deveria tratar-se; A Africa deveria autogerir-se. E por isso que nos dirigimos à juventude africana; nos dirigimos aos indivíduos, às famílias, às comunidades africanas; nos dirigimos a todas as populações das aldeias e das zonas rurais; nos dirigimos à mulher africana, à mae africana, sobre quem repousa em grande parte o bem-estar do homem africano e da família.

Para enfrentar esta situação, vós elaborastes, Senhores Ministros da Saúde, um quadro orgânico e estrutural apropriado. Esse quadro privilegia as acções de desenvolvimento sanitário centradas na comunidade. O desafio inerente à SAUDE PARA TODOS OS AFRICANOS exige que as actividades sejam executadas nas aldeias ou nas comunidades das zonas rurais e urbanas, no seio de distritos bem definidos, com vista a promover o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Estas actividades devem ser convenientemente geridas e supervisionadas por uma comissao de gestao sanitária do distrito. Tais actividades devem, enfim, beneficiar do apoio dos níveis provincial e central. E esta a trama do Cenário Africano de Desenvolvimento Sanitário em três fases, adoptado em 1985, no auge da crise.

O quadro de desenvolvimento sanitário assim definido, faz do distrito a pedra angular da implementação da estratégia dos cuidados primários de saúde. Nesta estratégia, a mobilização comunitária com vista a uma participação efectiva de todos, é a condição "sine qua non" do sucesso.

E isto porque a saúde é, acima de tudo, um assunto pessoal. A saúde nao se dá. A saúde conquista-se graças a acções conscientes e responsáveis. Os governos nao podem oferecer a saúde às comunidades, às famílias e aos indivíduos. Cada qual deve, de maneira responsável, colaborar com as autoridades e trabalhar para preservar a sua saúde.

Os cuidados primários de saúde que nós adoptámos como estratégia conducente à SAUDE PARA TODOS, assentam nesta auto-responsabilidade dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Aliás, nem poderia ser de outro modo. Para evitar as afecções buco-dentárias, por exemplo, cada indivíduo deve lavar os dentes. Ninguém poderá fazê-lo em seu lugar.

Para garantir a higiene da aldeia, cada família deve varrer à volta da sua casa. E a conjugação dos esforços de uns e outros que fará o bem-estar de todos.

Se todas estas tarefas individuais e colectivas forem executadas, os centros de saúde e os hospitais, cuja gestao é tao onerosa, tornar-se-ao meras "oficinas de reparação" de eventuais acidentes de percurso e nao locais de gestao de óbitos, como infelizmente ainda é muitas vezes o caso.

Sua Excelência, Senhor Presidente da República,  
Minhas Senhoras e meus Senhores,

O nosso futuro não está comprometido para sempre. Antes pelo contrário, numerosos exemplos marcam o nosso percurso e demonstram que, mobilizadas, organizadas e enquadradas, as populações africanas são capazes de decidir do seu destino. Os resultados do Ano da Vacinação em África, lançado em 1986, constituem neste contexto um testemunho eloquente. Na maioria dos países, as taxas de cobertura vacinal contra as doenças-alvo que eram da ordem dos 5 a 10%, alcançaram ou excederam 50 por cento desde o primeiro ano. Estes resultados devem-se à mobilização geral que pôde ser efectuada e, sobretudo, ao empenhamento dos nossos Chefes de Estado que, eles próprios, com a seringa na mão, conduziram as operações no terreno.

E pois um apelo à mobilização comunitária que nós lançamos hoje. Nós queremos um novo tipo de parceria entre os povos e os seus governos, na procura comum de um desenvolvimento sanitário duradouro.

O desenvolvimento sanitário, à semelhança das outras empresas humanas, exige uma gestão judiciosa dos recursos disponíveis : humanos, materiais e financeiros. As insuficiências de gestão foram justamente identificadas como a causa principal dos nossos reveses. E por isso que vós adoptastes, Senhores Ministros da Saúde, um programa de trabalho destinado a melhorar as nossas capacidades de gestão durante o período compreendido entre 1990 e 1994.

A gestão constitui justamente o tema central das discussões técnicas desta 40ª sessão do nosso Comité Regional. Este programa, que foi lançado este ano, está a desenrolar-se favoravelmente, e a Sede Regional não poupará esforços para a sua consecução.

Por outro lado, nós fixámos as metas que temos de alcançar a curto e a médio prazos. Trata-se, mais particularmente, da erradicação da poliomielite e da eliminação do tétano neonatal e da dracunculose, que nós desejamos ver desaparecer do panorama sanitário africano antes do ano 2000. Trata-se de uma aposta que nós estamos determinados a vencer, custe o que custar.

Nós estamos conscientes de que no nosso caminho surgirão obstáculos, sobretudo económicos, para entravar a nossa marcha.

Para os superar, e sob recomendação expressa dos Chefes de Estado e do Governo da OUA, criou-se um Fundo Especial para a Saúde em África.

Oficialmente lançado a 7 de Julho de 1990, no decorrer da 52ª Sessão do Conselho de Ministros da OUA, em Adis Abeba, o Fundo Especial é uma fundação autónoma que apela a todos os homens de boa vontade, desejosos de prestar o seu apoio às populações africanas mais necessitadas.

A fim de levar a cabo esta iniciativa, altos quadros africanos, que assumem funções a nível internacional, foram responsabilizados a título pessoal.

O Fundo apela sobretudo a nós próprios, africanos, que devemos dar o exemplo antes que a comunidade internacional adira ao Fundo.

Trata-se igualmente de um desafio que devemos vencer a todo o custo. Nós temos confiança no futuro, pois já se levantaram vozes através da África para saudar esta iniciativa. Resta concretizar esta adesão através de uma participação maciça.

O Fundo Especial constitui um instrumento indispensável à implementação da estratégia de desenvolvimento sanitário que nós adoptámos para os anos noventa, e que assenta na mobilização e na participação comunitárias.

Para além do contributo financeiro, o Fundo visa a mobilização das comunidades com vista à respectiva auto-responsabilidade. Trata-se de encorajar as numerosas comunidades que, através do continente, já começaram a organizar sistemas de entreaajuda e de solidariedade, cobrindo todos os domínios da vida.

Lanço por conseguinte um apelo à comunidade africana e internacional para se juntar a nós nesta grande empresa em favor da saúde das nossas populações.

O combate pela saúde é um combate pelo desenvolvimento, pois como se sabe a saúde é a pedra angular do desenvolvimento. Para que a Africa seja forte e saudável, as suas populações devem trabalhar tanto para a saúde como para o desenvolvimento. E assim que nós poderemos combater a actual pandemia da SIDA, superar as dificuldades económicas que entravam os cuidados de saúde e preservar o nosso património económico, cultural e espiritual. Nós temos o dever de fazer recuar a morte, de promover a saúde e de preservar as riquezas do nosso continente. Eis o desafio que nos lança a última década deste século. Nós estamos persuadidos e esperamos que uma Africa forte e saudável, livre da ignorância, da fome e da doença, ocupará o lugar que lhe pertence na comunidade das Nações.

Desejo pleno êxito aos nossos trabalhos.

Muito obrigado.

MENSAGEM DE SUA EXA. SR SALIM AHMED SALIM  
SECRETARIO-GERAL  
DA ORGANIZACAO DA UNIDADE AFRICANA (OUA)

Exmo Senhor Presidente da República Popular do Congo  
Exmos. Senhores e Senhoras Ministros e Chefes da Delegação  
Sr. Director Regional da OMS em Africa  
Distintos Delegados

Lamento muito nao poder participar pessoalmente nem fazer-me representar por um dos meus adjuntos, políticos eleitos, na 40a sessao do Comité Regional Africano da Organizaçao Mundial da Saúde que se realiza em Brazzaville, capital da República Popular do Congo e cidade rica de gloriosos acontecimentos para a libertação da Africa.

Com efeito, face à rápida evolução da situação na Africa do Sul, o Presidente em exercício da Organizaçao da Unidade Africana, Sua Excelência o Presidente da República do Uganda, Yoweri Kaguta Museveni, decidiu convocar para Kampala, no próximo dia 8 de Setembro, data em que tinha planeado estar entre vós, a reuniao do Comité ad hoc dos Chefes de Estado e Governo sobre a questao da Africa Austral, reuniao em que a ausência deste vosso servidor nao poderia ser justificada.

Assim, encarreguei o Sr. Wawa O. Leba, Director do Departamento ESCAS, de vos levar a minha mensagem e de me fazer um relatório, nao apenas sobre o decorrer da vossa reuniao mas também sobre todas as questoes que exijam a minha intervençao pessoal.

Em primeiro lugar, gostaria de exprimir a minha profunda gratidao a Sua Exa. o General Denis SASSOU NGUESSO, Presidente da República Popular do Congo, pelo amável convite que me dirigiu para visitar oficialmente o seu país na altura da vossa reuniao.

Terei oportunidade de lhe manifestar pessoalmente o meu sentimento de gratidao por esse sinal de distinçao e simpatia.

Entretanto, cumpre-me saudar, em nome da Organizaçao da Unidade Africana, os esforços que ele próprio, o seu povo e o seu governo têm desenvolvido para promover a paz, a libertação da Africa e o desenvolvimento económico e social do continente.

Permitam-me, nesta ocasio, transmitir-vos, Exmos. Ministros da Saúde e Chefes de Delegação, as mais calorosas saudações do Secretariado Geral da Organizaçao da Unidade Africana.

Desde a minha tomada de posse, à frente do Secretariado Geral da OUA, em Setembro de 1989, tenho vindo a acompanhar com o maior interesse as actividades da OMS. Seria também com verdadeiro prazer que me encontraria entre vós, tanto mais que a presente reuniao é a primeira ocasio que se me ofereceria desde a minha nomeação, de conviver pessoalmente convosco.

Finalmente, gostaria de agradecer do fundo do coração ao meu amigo e irmão, o Professor G. L. Monekosso, o seu honroso convite para partilhar convosco esses intensos momentos de reflexao sobre a situacao sanitária do Continente, para se encarar o futuro com optimismo.

Excelências

Minhas Senhoras e meus Senhores,

Encontramo-nos há já alguns meses na última década do segundo milénio. Aguarda-nos um novo século, com surpresas que, sem dúvida, exigirão daqueles que trabalham no domínio da saúde tanta coragem e dedicacao, tantas competências e conhecimentos como os que são exigidos aos astronautas para a conquista do espaço.

Nove anos apenas nos separam da entrada no ano 2000. Isso significa que chegou o momento de olhar para trás e constatar que, à vista de todos os acontecimentos que marcaram os anos oitenta, nos assiste o direito de perguntar que face apresentará o Continente no limiar do terceiro milénio.

Pergunta angustiante, se se considerar a face que apresenta actualmente o mundo, em geral, e a Africa em particular !

No plano político, a luta intensa que travámos contra o colonialismo permitiu libertar a quase totalidade dos países do Continente, no qual apenas há ainda uma mancha negra: a Africa do Sul, onde, de resto, as coisas começaram a mexer a sério desde a libertação histórica do Camarada Nelson Mandela. E por esse motivo que nos congratulamos com a primeira participação na sessão do Comité Regional da OMS de Sua Excelência o Ministro da Saúde do Estado Independente da Namíbia.

Os êxitos obtidos no plano político são o testemunho de que unidos, solidários e decididos, os povos africanos conseguiram assumir o seu destino.

No plano económico, o futuro não é tão prometedor. Na verdade, o preço dos produtos essenciais, principal fonte de rendimentos dos nossos países, sofreram e continuam a registar uma quebra vertiginosa, tendo em conta a relação de forças que nos conduz ao paradoxo de ser o comprador a fixar os preços. A diminuição dos recursos que daí resultou provocou reduções drásticas nos orçamentos dos sectores sociais, em especial no da saúde e da educação.

Tratando-se de produtos essenciais, como sabem, a Conferência de Chefes de Estado e de Governo da OUA tinha, no decurso da sua 24ª sessão realizada em Adis Abeba em 1988, pedido ao Secretário-Geral das Nações Unidas, através da sua resolução AHG/Res. 177 (XXIV), que criasse um grupo de peritos de alto nível, encarregado de estudar o problema dos produtos essenciais africanos. A Assembleia Geral tinha ratificado essa decisão através da sua resolução 43/27. O grupo de peritos do Secretário-Geral, presidido por Malcolm Fraser, acaba de entregar o seu relatório.

A Comissão Plenária de Redacção do Projecto de Tratado para a criação da Comunidade Económica Africana analisou esse relatório, bem como outros documentos, com vista à elaboração de uma posição comum africana sobre produtos essenciais, posição que será apresentada em Nova Iorque no decurso deste mês.

Até agora apenas referi um problema ao qual é preciso associar os problemas relativos ao fardo da dívida externa, bem como do seu pagamento. E que dizer do clima de conflitos e sofrimentos de todos os tipos que caracteriza a Africa no plano social: conflitos armados, catástrofes naturais, degradação do ambiente, arrastando na sua esteira problemas de refugiados, de fome e outras provações ?



No plano sanitário, em que nao me deterei muito porque vós sois, Exmos. Senhores e Senhoras Ministros, mais qualificados do que eu nessa matéria, a situação nao é nada melhor. As populações africanas e, muito em especial, as camadas mais vulneráveis, constituídas por mulheres e crianças, continuam a sucumbir a doenças que, noutras paragens, nao sao senao recordações distantes. Assim, as doenças diarreicas, as infecções respiratórias e até as doenças contra as quais existem, vacinas eficazes, como o tétano neonatal, o sarampo, a tuberculose, a poliomielite, a difteria, etc., continuam a dizimar as nossas crianças. O paludismo é ainda um enorme flagelo, com cerca de um milhao de vítimas por ano.

Assiste-se mesmo à recorrência de algumas endemias que se tinham conseguido eliminar durante os anos sessenta e setenta. Em consequência, a esperança de vida, que hoje se situa à volta dos 51 anos em média, no continente, aponta-nos neste domínio, um atraso de mais de vinte anos em relação aos países mais favorecidos do planeta.

Por outro lado, com uma taxa de mortalidade infantil da ordem dos 106 por 1000, a Africa regista um recorde pouco elogioso.

Nem vale a pena falar da SIDA que continua o seu avanço inexorável num terreno aparentemente permeável e ainda mais fragilizado pelas recessões da crise económica.

Num contexto como este, qual é entao o futuro do Continente ? Sombrio, responderao os observadores externos, que nao preveem qualquer possibilidade de sucesso para a Africa, que, segundo eles, chegará ao ano 2000 de joelhos.

Pelo que nos diz respeito, longe de nós a ideia de dar crédito a essa visao das coisas. Se é verdade que a Africa sofreu muitos dissabores no decurso da última década, nao é menos verdade que também assinámos numerosas vitórias significativas, nomeadamente no domínio público.

No domínio da saúde, como sabeis, os resultados do ano africano da vacinação, lançado em 1986, mostram bem que a Africa nao está para sempre condenada. Por outro lado, a erradicação da varíola constitui outro exemplo que nos fornece razoes para ter esperança numa melhor situação nos anos vindouros.

Por isso, aderimos completamente ao programa lançado pela OMS para a erradicação da poliomielite, a eliminação do tétano neonatal e da dracunculose ou verme da Guiné, antes do ano 2000. Estou convencido de que, com uma mobilização geral de todas as nossas forças, esses objectivos serao atingidos e conseguiremos, assim, salvar milhares de vidas humanas.

Excelências,  
Minhas Senhoras e Meus Senhores,

Nao há hoje sombra de dúvida de que falar da saúde em Africa equivale a falar do desenvolvimento económico do continente. Os Chefes de Estado e de Governo da OUA tinham, eles próprios, no decurso da sua 23a sessão, em Julho de 1987, reafirmado a interdependência entre a saúde e o desenvolvimento, quando adoptaram a importante declaração ARG/DECL.1 (XXIII), intitulada: "Saúde, Base do Desenvolvimento".

A crise económica que os nossos países atravessam põe, mais do que nunca, em evidência esta íntima ligação entre saúde e desenvolvimento. Se a redução dos recursos compromete a implementação dos programas de saúde, a deterioração da situação sanitária das populações priva a economia das suas forças produtivas. Apenas uma mão-de-obra saudável pode garantir a produção e edificar a economia do país.

Congratulamo-nos por testemunhar os esforços incansáveis que a Sede Regional Africana da OMS tem incessantemente desenvolvido para pôr em prática as orientações desta declaração dos nossos Chefes de Estado e de Governo.

E a OMS, que é a primeira a reconhecer, na sua constituição, o perigo que para todos constitui o desenvolvimento desigual da promoção da saúde e do combate às doenças, pegou o touro de caras.

Na verdade, o quadro organizacional proposto por esta Sede, aprovado pelo conjunto dos Ministros da Saúde da Região Africana e conhecido pela designação de Cenário africano de desenvolvimento sanitário em três fases, que dá ênfase ao distrito, parece-nos bastante ponderado.

De facto, ele ajusta-se à realidade socio-económica do nosso continente.

As estratégias verticais adoptadas até essa altura e que faziam das comunidades simples receptores passivos de esmolas, revelaram todas as suas limitações. A política actual da Sede Regional que privilegia as actividades baseadas nas comunidades, com uma participação activa e responsável das respectivas populações, é uma política de esperança; não se pode fazer a saúde das pessoas contra a sua vontade. A experiência, com efeito, mostra que apenas as acções desenvolvidas com o pleno consentimento e a participação dos beneficiários, podem gerar resultados duradouros.

Foi, de resto, neste contexto que a 26a Cimeira de Chefes de Estado e de Governo realizada ultimamente em Adis-Abeba, ratificou a resolução CM/Res.1286 (LII) do Conselho de Ministros que aprovava a carta africana de participação popular no desenvolvimento e transformação, de Arusha, em 1990.

Neste nobre combate, podeis contar com o apoio incondicional da OUA. Neste momento, já nos prontificámos a pôr em prática a Resolução CAMH/RES.1 (III) aprovada pela terceira sessão da Conferência de Ministros da Saúde da OUA, realizada em Kampala, de 3 a 5 de Maio de 1990, a qual solicita nomeadamente ao Secretário-Geral que reforce o Gabinete de Saúde da OUA em meios humanos, materiais e financeiros, de modo a permitir-lhe responder ao alargamento das actividades da OUA, no campo da Saúde. Neste sentido, foram já tomadas disposições práticas a partir de agora.

Congratulamo-nos igualmente com a iniciativa empreendida pelo Director Regional da OMS em Africa, no sentido de reforçar o Gabinete de Ligação da OMS com a OUA, em Adis-Abeba. Com estas duas estruturas, dispostos assim, futuramente, do quadro institucional necessário a uma maior cooperação. Não deve ser esquecida a frutuosa colaboração entre a OMS/AFRO e a Comissão Científica, Tecnológica e da Investigação da OUA em Lagos, cujas actividades conjuntas com a OMS no campo da oncologia, do inventário das plantas medicinais africanas e publicação da primeira farmacopeia africana são o orgulho do continente. Esta unidade na acção será intensificada no combate à Dracunculose ou verme da Guiné.

Desejamos muito uma cooperação cada vez mais estreita entre as nossas duas organizações, visto que a vontade política que a OUA consegue mobilizar pode representar um suporte indispensável à execução dos programas de saúde da OMS. Bastar-me-iam como ilustração as actividades empreendidas no âmbito do ano africano de vacinação, em 1986. Os países cujos Chefes de Estado e de Governo, bem como os responsáveis políticos, se empenharam pessoalmente, conseguiram resultados mais espectaculares do que os daqueles países em que a vontade política não esteve à altura do entusiasmo e da boa vontade dos responsáveis da Saúde.

Excelências,  
Minhas Senhoras e Meus Senhores,

Para que seja eficaz, a colaboração entre as nossas diferentes organizações deve basear-se em projectos concretos e específicos. E nisto que nos empenhamos, ao nível da OMS e da OUA. O Fundo Especial para a Saúde em Africa, que tive o privilégio de criar em 7 de Julho de 1990, durante a 52a Sessão Ordinária do Conselho de Ministros da OUA, a cujo Conselho de Administração tenho a honra de presidir, é disso um exemplo muito promissor.

Gostaria de aproveitar esta ocasião solene para reiterar o apelo lançado pelo Conselho dos Ministros da OUA sobre este assunto, na resolução CM/Res. 1300 (LII), convidando nomeadamente os Estados-membros a empreenderem campanhas de promoção de Fundos e a criarem os mecanismos nacionais indispensáveis à mobilização dos recursos e sua distribuição pelas comunidades beneficiárias.

Isto significa que, aqueles que entre nós ainda não deram a sua contribuição mínima de 1000 dólares USA para a criação de um capital inicial, são convidados a desempenharem, o mais brevemente possível, esse nobre dever.

Excelências,  
Senhoras e Senhores,

O nosso caminho para a saúde é ainda extenso, sinuoso e semeado de escolhos. O combate pela saúde é uma árdua tarefa. É um compromisso de cada um de nós e de todos, ao mesmo tempo. Unamo-nos como um só homem. Conjuguemos os nossos esforços para construir um mundo que possa satisfazer os nossos descendentes e que eles se orgulhem de herdar no século vinte e um. Trabalhemos em conjunto para atingir o objectivo da saúde para todos os Africanos no ano 2000.

E com estas palavras de esperança que desejo pleno êxito às vossas deliberações.

MUITO OBRIGADO.

ALOCUCAO DO DR. F.J.C. CAMBOURNAC  
EX-DIRECTOR REGIONAL DA OMS PARA A AFRICA

Sua Excelência, Senhor Presidente da República  
Popular do Congo,

Tenho a imensa honra, Senhor Presidente da República, de apresentar a Vossa Excelência os meus respeitos e cumprimentos.

Quase 30 anos após um longo período durante o qual eu tive a honra de exercer as funções de Director Regional da Sede Regional da OMS, regresso novamente aqui, tendo a grande satisfação de tornar a ver a República Popular do Congo, as belezas de Brazzaville e o seu considerável desenvolvimento.

E com grande emoção que recordo no meu espírito essa época tao feliz que jamais poderei esquecer.

Senhor Presidente da República, formulo os meus mais ardentes votos de felicidade e de prosperidade para Vossa Excelência e para a República Popular do Congo e todo o seu povo.

Senhor Presidente,  
Ilustres delegados,  
Minhas Senhoras,  
Meus Senhores,

Nao poderia continuar esta alocução sem, antes de tudo o mais, agradecer ao Exmo. Senhor Dr. Gottlieb Monekosso a honra do seu convite para estar presente na cerimónia de abertura da 40a Sessao do Comité Regional Africano da Organizaçao Mundial de Saúde, desejando aproveitar este momento para manifestar o meu contentamento por poder exprimir os meus pensamentos em Português, como resultado da presença, nesta Assembleia, das Delegações dos Países de Expressao Oficial Portuguesa.

A honra de me encontrar na presença do Director Regional e dos ilustres membros das Delegações dos Países da Regiao Africana da OMS, traz-me, também, ao espírito a lembrança dos trabalhos realizados em 1946, na Conferência Internacional de Saúde, efectuada em Nova Iorque, na qual foi criada a Organizaçao Mundial de Saúde, tendo assinado a sua Constituição como representante do Governo português, com a sua regionalização, e todo um seguimento de factos relacionados com a época em que a OMS iniciava as suas actividades.

Lembro os primeiros passos dados para o começo das actividades da OMS, em Africa, com a Conferência sobre Malária, realizada em Kampala, em Novembro de 1950, na preparação da qual me foi dado entrar em contacto com todos os Governos da Regiao e respectivos Serviços de Saúde, esforçando-me por tornar mais e melhor conhecida a nova Organizaçao.

A criação da Regiao Africana, em 1952, e a escolha de Brazzaville, para ali se instalar a sua respectiva Sede, tendo a satisfação de sugerir Brazzaville, quando lhe foi solicitado pelos Estados-membros da Regiao, atentando à situação social, à amabilidade do seu povo, à sua localização geográfica naquele Continente, seus meios de comunicação e tantos outros predicados que muito influenciaram a sua selecção.

A minha eleição para Presidente da Sessão do Comité Regional, realizada em Monróvia, em 1952, e a minha eleição para Director Regional, nesta mesma Sessão sendo, nesta altura, Director Geral da OMS, o Dr. Brock CHISHOLM, assim como a resolução do Conselho Executivo honrando-me com a espera de 2 anos para eu poder entrar em funções, a 1 de Fevereiro de 1954.

Recordo a pequena casa onde esteve instalada a Sede Regional naquele mesmo ano e a construção do novo edifício, começada em 1955 e gentilmente oferecida pelo Governo Francês à OMS, que iniciou a sua utilização em 1957.

A minha reeleição para Director Regional na Reunião do Comité Regional, novamente realizada em Monróvia, em 1958, sendo Director Geral da OMS, o Dr. Marcolino CANDAU.

Recordo com saudade os tempos que ao serviço da OMS exerci as minhas funções na Região Africana, tentando empregar os meus melhores esforços para que das actividades da Sede Regional, em colaboração com os Governos da Região pudesse resultar verdadeira melhoria para a saúde e bem estar das suas populações e consequente desenvolvimento económico e social. Lembro todo o pessoal da Sede Regional que tanto me ajudou no desempenho das minhas actividades.

Enfim, a chegada do limite de idade, em 1964, e considero um verdadeiro privilégio a graça de poder dirigir-vos a palavra, neste momento, depois de passados tantos anos.

Durante todo aquele período sofri muitas vezes por serem escassos os meios financeiros como não podia deixar de ser e tive, outras vezes, grandes satisfações mas, de tudo o que de mais belo aprendi, destaque, sem qualquer dúvida: gostar cada vez mais dos povos africanos; gostar cada vez mais da Organização Mundial de Saúde, que tive a dita de ver nascer.

Tive o grande privilégio de assistir à evolução social do Continente Africano, com a independência da maioria dos Países da Região Africana e de promover as adaptações necessárias na estrutura da Sede Regional para dar possibilidade ao seu desenvolvimento respectivo e progresso constantes. Na ocasião em que terminei as minhas funções estavam preparados os planos para construir o actual edifício.

O número de projectos em curso nos países membros passou de 15 em 1954, ano em que comecei a exercer as minhas funções, para 199, e com cerca de 350 bolsas de estudo, em 1964.

Julgo que, neste momento, me será permitido exprimir o meu mais sincero reconhecimento pelo apoio dado à OMS aqui em Brazzaville, primeiramente pelo Governo Francês, culminando com a oferta de toda a zona do Djoué e do Edifício da Sede Regional oferecido à OMS, em cerimónia realizada em Abril de 1965, depois da independência, pelo Governo da República Popular do Congo, concedendo-nos toda a ajuda e as maiores facilidades que sem desfalecimento sempre nos proporcionou, constituindo requisitos indispensáveis para que o nosso trabalho se tivesse podido realizar em perfeita harmonia e nas melhores condições, não só na Sede Regional como em todas as zonas da Região.

Assim, também, os Governos de todos os Países da Região Africana, quer antes, quer depois das respectivas independências, quero prestar homenagem de muita sentida gratidão, por toda a ajuda de ordem variada, sempre incondicionalmente posta à disposição da OMS, para que a sua obra se pudesse desenvolver cada vez mais no sentido de promover e melhorar a saúde e o bem-estar dos seus povos e, consequentemente, melhoria das condições económicas e sociais dos respectivos Países.

No que respeita a mim próprio será difícil traduzir por palavras adequadas todo o meu reconhecimento e gratidão pelo apoio que sempre me foi prestado e pelas provas de consideração de que sempre fui alvo no exercício do meu cargo.

Se mais não fiz, não foi por não ter sempre ajuda e apoio incondicional da parte dos Governos de todos os Países, sem excepção, para poder empregar os meus esforços aos serviços das actividades regionais.

Depois de terminadas as minhas funções na Sede Regional Africana, em 1964, fiel aos meus sentimentos afectivos e às minhas convicções, segui continuamente os progressos alcançados, resultantes das actividades da OMS na sua acção mundial, tendo mesmo, em várias ocasiões, exercido funções de consultadoria em várias zonas do Mundo.

Nunca deixei, todavia, de observar, o mais atentamente possível, o desenvolver constante da obra em curso na Região Africana, tendo também exercido funções de cooperação em vários países deste continente.

Conheço, pois, os difíceis problemas que têm existido em várias zonas mas sem que, apesar disso, o desenvolvimento da situação, na sua generalidade, deixasse de continuar sempre a passos agigantados.

Faço votos para que o futuro nos traga ainda maior celeridade na evolução desejada.

O continente Africano, melhor dizendo, a África Tropical, é, sem dúvida, uma das regiões do Mundo, se não mesmo a região do Mundo onde os problemas relacionados com o desenvolvimento económico e social oferecem maiores dificuldades devido aos difíceis problemas de saúde ali existentes, que afligem as suas populações, apesar dos povos africanos serem dos povos do Mundo que mais se interessam pela luta contra as doenças.

Neste Continente, as doenças, sobretudo ainda as doenças transmissíveis, constituem, certamente, um dos maiores, se não o maior obstáculo ao seu desenvolvimento económico e social, sendo enorme a tarefa da Sede Regional da OMS para ajudar e coordenar as actividades a desenvolver para a resolução de todos os problemas que tal situação acarreta.

Deve, também, dar-se relevo aos problemas causados pelas doenças que aqui assumem características peculiares e às novas enfermidades que agora estão a ser melhor conhecidas e que, dadas as suas características epidemiológicas aumentam a sua gravidade e estendem, cada vez mais, a sua área de distribuição.

Desejo, neste momento, prestar homenagem ao labor realizado pela OMS em África a avaliar pelos excelentes relatos constantemente publicados e uma palavra de muito apreço e consideração para os meus sucessores, Dr. Quenum em especial, para o Dr. Gottlieb Monekosso, com o louvor merecido pela excelência do seu trabalho.

Não vou, certamente, referir em pormenor o que se tem feito e o que sabemos que se vem fazendo no domínio da saúde e da luta contra a doença neste Continente ou lembrar mesmo aspectos especiais de epidemiologia das entidades mórbidas aqui presentes por falta de tempo à minha disposição.

Não posso deixar de lembrar, no entanto, alguns deles, tais como a doença do sono, a febre amarela, o paludismo com a sua gravidade e as particularidades referentes à distribuição geográfica do seu agente etiológico e a versatilidade de comportamento do seu principal vector, as viroses, sobretudo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), incluindo os dois tipos de vírus seus causadores.

Basta referir além das doenças transmissíveis, os assuntos indicados na Ordem do Dia desta 40a Sessão do Comité Regional; para se ter uma ideia da situação.

Por outro lado, não é necessário encarecer as necessidades de cooperação entre os Governos dos respectivos Países para tornar possível a resolução de todos estes problemas no mais curto espaço de tempo, considerando de igual modo os seus custos dentro dos limites da maior economia e sem prejuízo da qualidade da sua execução.

Sabemos todos quão necessários são os esforços para moldar e desenvolver os serviços respeitantes à formação adequada de todo o pessoal a considerar, ou para desenvolver a pesquisa ou a investigação no domínio da epidemiologia, da terapêutica e da prevenção, ou quando relacionados com um meio ambiente para que este possa contribuir para que o mais alto nível da saúde possa ser alcançado, ou ainda, para estimular a cooperação das instituições científicas e da indústria, no sentido de que possa ser dada contribuição indispensável à possibilidade de pôr em prática, com celeridade, metodologia e técnicas conhecidas, mais dispendendo verbas comparáveis com os recursos existentes.

Devo aqui indicar o meu contentamento por saber que em várias instituições está sendo referido que se não estão a usar, convenientemente, muitas das aquisições já postas à nossa disposição para solucionar problemas que constituem, por vezes, algumas das nossas maiores preocupações.

Em várias ocasiões foi-me dado observar que esta deficiência está ligada, por vezes, à incompetência individual ou institucional, impedindo que se pudesse ter alcançado mais.

Apesar disso, os últimos 25 anos podem considerar-se espectaculares, no que respeita à saúde internacional com melhoramentos dos índices de saúde que se não poderiam, anteriormente, prever.

Para tal efeito é, todavia, necessário que o financiamento daquelas acções possa ser facilmente conseguido e que aqueles que usufruem a felicidade de possuir disponibilidades as ponham com facilidade e justiça à disposição dos mais necessitados o que, aliás, muitas vezes traz, como contrapartida, ainda grandes benefícios para os dadores.

Julgo ser de boa lógica que toda esta situação seja imparcialmente considerada.

Todavia, será sempre da maior prevalência não perder de vista que as entidades financiadoras têm sempre em consideração, como aliás é lógico, que os custos se justifiquem pelos benefícios deles resultantes.

A este respeito é do maior interesse mencionar as palavras recentemente proferidas pelo Dr. Hiroshi NAKAJIMA, Director-Geral da Organização Mundial de Saúde: "Nous devons avant tout nous débarasser de l'idée selon laquelle le secteur de la santé serait seulement consommateur. Il s'agit en réalité d'un secteur productif: ce qu'il produit c'est une population saine, animé de l'énergie et de la volonté indispensables pour faire avancer l'économie du pays".

Faço votos sinceros para que o Director da Sede Regional Africana da OMS possa ter sempre à sua disposição todos os meios necessários para que a acção directa ou coordenadora da OMS na Região Africana possa progredir constantemente, alcançando o maior êxito possível no que respeita à melhoria da saúde e do Bem-Estar dos povos dos seus respectivos Países, para satisfação de todos nós.

Para a Organizaçao Mundial de Saúde vao os meus desejos sinceros de prosperidade, bem indispensável para que os Povos do nosso Planeamento possam usufruir os beneficios dos requisitos fundamentais da saúde, tal como está bem expresso na sua "Constituição" e chegar à meta programada:

"SAUDE PARA TODOS NO ANO 2000"

Neste momento, quero aproveitar esta oportunidade para apresentar as minhas homenagens a todos os Ilustres Membros das Delegações aqui presentes e desejar as maiores venturas a todos os Estados-membros da Regiao Africana, agradecendo toda a ajuda e provas de consideração que, sem cessar, recebi dos respectivos Governos, durante todo o tempo em que exerci as funções de Director Regional.

Nao poderia deixar de confirmar, uma vez mais neste momento, a minha gratidao pelo pergaminho que guardo com o maior afecto, assinado pelos 32 Chefes de Delegação dos Estados-membros da Regiao Africana, que me foi entregue depois de realizada a Sessao do Comité Regional, em 1969, e no qual me está endereçada uma mensagem que termina com estas palavras:

".... en l'assurant que son nom restera toujours  
attaché à la Région....."

Recordar é viver.

Vivo, assim, novamente, e guardo na minha memória com a maior satisfação, os factos relacionados com a evolução da Regiao Africana, a que tive a graça de assistir e o privilégio de os poder mencionar nesta occasiao.

Para terminar, desejo uma vez mais apresentar os meus agradecimentos muito sinceros ao Senhor Doutor Gottlieb Monekosso, pelo honroso convite para estar presente nesta Sessao do Comité Regional e desejar-lhe as maiores facilidades no desempenho de tao difícil cargo de Director Regional de Africa da Organizaçao Mundial de Saúde.

Bem haja Doutor Monekosso por me ter proporcionado reviver, agora, um dos períodos mais felizes da minha vida.



DISCURSO DE ABERTURA DE SUA EXCELENCIA O GENERAL DENIS SASSOU NGUESSO,  
PRESIDENTE DO COMITE CENTRAL DO PARTIDO CONGOLES DO TRABALHO,  
PRESIDENTE DA REPUBLICA E CHEFE DO GOVERNO

Senhor Presidente da trigésima-nona sessão  
do Comité Regional Africano,  
Senhores Ministros,  
Senhor Director Regional da OMS,  
Senhoras e Senhores Delegados,  
Minhas Senhoras e Meus Senhores,

No contexto em que vivemos, a tarefa da Organização Mundial da Saúde assemelha-se a uma aposta. Com efeito, a crise económica impõe uma contenção, por vezes drástica, dos orçamentos sociais e, conseqüentemente, a redução dos meios de combate, enquanto que os flagelos se mantêm, tomando mesmo, por vezes, uma amplitude dramática, dado que são menos combatidos. Pior ainda: novos flagelos surgem, com o seu cortejo de desgraças e os olhares voltam-se para a Organização Mundial de Saúde. E este o paradoxo: pedir-se mais quando menos se pode dar.

Todavia, tal situação não nos desmobiliza. Pelo contrário: ela encontra em nós ainda maior empenho e determinação. Cumprimo aqui felicitar o Dr. Hiroshi NAKAJIMA, Director-Geral da Organização Mundial da Saúde e todos os seus colaboradores, por todas as qualidades humanas, intelectuais e técnicas que investem na sua missão. Gostaria de lhes assegurar toda a nossa confiança e pôr à sua disposição a completa disponibilidade do Governo da República Popular do Congo.

Congratulo-me por render uma homenagem bem merecida ao Doutor LOBE MONEKOSSO, Director Regional da Organização Mundial de Saúde, que não se cansa de empregar a sua energia e as suas qualidades de tenaz combatente, no desenvolvimento sanitário da Africa.

Gostaria de lhe oferecer a minha total confiança e a estreita colaboração do meu governo.

Senhor Presidente,  
Senhores Ministros,  
Senhoras e Senhores,

A Africa enfrenta, presentemente, numerosas calamidades: fome, guerras, secas; e as nossas populações continuam a pagar um pesado tributo à maioria das endemo-epidemias. Bastam apenas alguns exemplos para ilustrar esta dramática situação:

- O paludismo continua a representar um grave problema de saúde pública, na maioria dos países da nossa Região, onde ocupa o primeiro lugar entre as cinco principais causas de morbidade e mortalidade: registam-se, por ano, 88 milhões de casos, sendo um milhão de óbitos em crianças.
- A disseminação da SIDA na Região está a tomar um rumo inquietante. O número de casos notificados à Organização Mundial de Saúde pelos Estados-membros tem subido em flecha, passando de 8.576 casos, em 1987, para 37.723 casos, em 1989.

- A lepra, com uma prevalência média de um (1) doente por mil (1000) habitantes, constitui uma das prioridades da Regiao Africana.
- O recrudescimento da tuberculose nos últimos anos, deveria alertar a nossa consciência para uma luta mais eficaz.

Senhoras e Senhores,

Todos sabemos que o desenvolvimento sanitário se encontra intimamente ligado à melhoria da salubridade do meio-ambiente. Porém, forçoso é constatar que, na nossa Regiao, as condições de higiene do meio continuam ainda precárias. A eliminação dos detritos sólidos e tóxicos efectua-se em más condições, sendo ainda insalubres um grande número de habitações.

A poluição do meio representa um problema real para a saúde pública. O fornecimento de água potável é ainda insuficiente.

Sao estes os factores que constituem graves obstáculos à nossa marcha decidida em direcção ao objectivo da saúde para todos no ano 2000.

A resolução dos numerosos problemas de saúde das nossas populações exige a criação de sistemas de saúde coerentes e geridos racionalmente.

Eis o momento de considerar o tema escolhido para os vossos trabalhos: "Gestao dos Sistemas de Saúde".

A gestao dos sistemas de saúde nos diversos países deve, com efeito, constituir uma base indispensável ao desenvolvimento das medidas integradas que deverao, a nosso ver, apoiar-se em iniciativas individuais e colectivas. Por isso, a organização e gestao dos nossos sistemas de saúde representam as condições essenciais ao êxito dos nossos programas sanitários, os quais devem responder às necessidades reais e fundamentais dos nossos povos.

Foi por isso que os nossos governos aderiram à Declaração de Alma-Ata sobre os cuidados primários de saúde, de 1978, ratificada, em 1980, pela Carta Africana do Desenvolvimento Sanitário.

E premente acelerar o desenvolvimento sanitário da Regiao Africana. O Cenário em três fases (níveis central, intermédio e local) que garantiu o êxito e continuidade das actividades sanitárias a nível comunitário, constitui uma via adequada para esse efeito.

Por seu turno, a República Popular do Congo continua a implementar os cuidados primários de saúde. Assim o demonstra a aprovação da Iniciativa de Bamaco, abordagem apropriada ao reforço da gestao e financiamento das actividades de cuidados primários ao nível local.

Várias experiências sao conduzidas pelo Governo e organizações nao-governamentais: têm-se conseguido resultados encorajadores em LINZOLO, ITOUMBI, MOSSENDO, no centro rural de LEKANA, no distrito de MINDOULI, etc...

Assim, apesar da conjuntura desfavorável que grassa no nosso país, e tendo em consideração a nossa determinação e vontade de agir, poderemos vencer a ignorância, a recusa e a importância, face a todos estes flagelos.

Mantenho-me convicto que as vossas análises e reflexões constituirão um passo significativo, para a conjugação dos nossos esforços e meios, com vista ao bem-estar dos nossos povos.

E, para terminar, gostaria de lembrar que a solidariedade internacional em matéria de saúde não é um dever teórico, uma simples exigência moral. O mal que atinge uns, também atingirá os outros; por conseguinte, ajudar a combatê-lo é simultaneamente proteger-se a si próprio.

Desejando que os vossos trabalhos tenham o êxito que deles esperam as populações, declaro aberta a quadragésima sessão do Comité Regional Africano da Organização Mundial da Saúde.

Agradeço a vossa atenção.

ALOCUCAO DO DR HIROSHI NAKAJIMA  
DIRECTOR GERAL DA ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAUDE

Sr. Presidente,  
Excelências,  
Ilustres Representantes,  
Caros colegas,  
Minhas Senhoras e meus Senhores

E para mim um prazer reencontrá-los em Brazzaville, por ocasião desta Sessão do Comité Regional Africano.

A ordem do dia desta sessão é bastante ampla, com muitos pontos importantes, de entre os quais se destaca a análise do projecto de Orçamento/Programa regional para o exercício financeiro de 1992-1993. A análise do projecto de Orçamento/Programa regional é uma responsabilidade capital numa Organização descentralizada como a nossa, posto que mais de dois terços dos recursos do orçamento ordinário são previstos, afectados e geridos nas regiões e nos países. O Dr. Monekosso e eu próprio contamos com os vossos pareceres, conselhos e apoio, para a elaboração do projecto de Orçamento/Programa para 1992-1993.

Através da resolução EB79.R9, o Conselho Executivo solicitou-me que "providenciasse para que todos os Estados-membros tivessem a possibilidade de participar de maneira adequada no processo de cooperação que permita chegar a um acordo sobre os orçamentos/programas regional e mundial". Tento fazê-lo, primeiramente, através de uma consulta contínua e de uma programação conjunta Governo/OMS na Região e, em segundo lugar, respeitando a sequência das análises pelo Comité Regional, o Conselho Executivo e a Assembleia da Saúde. A resolução EB79.R9 insta os comités regionais "a analisarem os projectos do orçamento/programa regional num espírito harmonioso de cooperação, com vista a obter um consenso sobre as suas recomendações ao Director-Geral".

Ao nível mundial, o Director-Geral tem a responsabilidade, ao estabelecer o projecto de orçamento/programa, de assegurar a coerência e direcção globais do trabalho da OMS, a todos os níveis da Organização e em todas as Regiões. A minha eficácia no exercício dessa responsabilidade depende muito da qualidade da análise do programa a nível dos países, nas Sedes Regionais e, aqui, no Comité Regional Africano. Num período de restrição económica, é ainda mais premente a necessidade de concentrar-se em prioridades. O Conselho solicitou-me que "continuasse a preparar e submetesse ao Conselho Executivo projectos de orçamento/programa que utilizam da maneira mais eficiente possível os recursos da OMS aos níveis nacional, regional e mundial e assegurem para o futuro previsível um crescimento zero do orçamento em valores reais".

Quando me dirigi ao Comité Regional Africano no ano passado e, subsequentemente, ao Conselho Executivo e à Assembleia Mundial da Saúde, denunciei repetidas vezes as consequências funestas para a saúde e para o desenvolvimento de uma série de novas tendências que se manifestam em todo o mundo nos sectores económico, demográfico, social e político, assim como da degradação do ambiente natural. Esse quadro acaba de ser confirmado pelo Banco Mundial no seu Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial-1990, que acaba de ser publicado. Para a maioria dos países em vias de desenvolvimento, os anos 80 foram, em muitos aspectos, uma "década perdida", marcada pelo alargamento do fosso entre ricos e pobres.

Continuarao essas tendências? Já se prevê que os anos 90 serao a "década da dívida e da pobreza", dos anos de crise e de catástrofes. Nós esperamos, no que nos diz respeito, que sejam anos de reabilitação, de reconstrução e da recuperação. Eu preferiria chamá-los, desde agora, "década de todas as oportunidades". Mas, para que essas esperanças se materializem, o desenvolvimento económico e o desenvolvimento sanitário e social devem avançar par a par. E necessária toda a energia e vontade de uma população saudável para desenvolver a economia de um país. Assim, a nossa estratégia de luta contra a pobreza no mundo deverá estar associada a um crescimento eficiente, com grande abundância de mão-de-obra e prestação adequada de serviços sociais, incluindo a educação de base, assim como os cuidados primários de saúde e os serviços de planeamento familiar, se quisermos que a uma década perdida se suceda a década de todas as oportunidades.

A saúde é parte integrante do desenvolvimento socioeconómico e utiliza meios complexos e interdependentes. Os sistemas de cuidados da saúde do futuro deverao satisfazer três critérios: 1) o melhoramento constante da eficácia e da eficiência das intervenções técnicas; 2) a compatibilidade com o sistema político-social e a integração no desenvolvimento económico comunitário, nacional, regional e mundial; 3) o respeito dos direitos do homem, designadamente, o de ser informado e o da integridade do indivíduo, incluindo o seu livre arbítrio, assim como a observância dos princípios da justiça social e da equidade. Essas características deverao igualmente orientar a acção da OMS no apoio aos Estados-membros.

Os grandes problemas dos anos 90, suas incidências e suas soluções exigirao uma acção interdependente e solidariedade aos níveis local, nacional e mundial. As estratégias e as soluções aplicadas a cada nível terao repercussões sobre as estratégias e as soluções requeridas a todos os demais níveis. E por esse motivo que a OMS deverá dar mostras da mesma solidariedade e da mesma coesão no atendimento aos Estados-membros em todas as Regiões e a todos os níveis orgânicos. Talvez tenha chegado o momento de rever e reforçar as medidas estratégicas de apoio mútuo e os mecanismos operacionais da nossa Organização aos níveis nacional, regional e mundial.

As grandes orientações da acção da OMS, em matéria de infra-estrutura sanitária e de desenvolvimento de recursos humanos, de promoção da saúde e de luta contra doenças, continuarao a ser seguidas nos anos 90, mas novas estratégias deverao ser empreendidas em novas áreas prioritárias. A OMS poderia abordar essas prioridades com maior facilidade se pudesse contar com um aumento dos recursos do orçamento ordinário. Mas, tendo em conta o clima político e económico actual, não haverá, sem dúvida, nenhum aumento. Assim, pela quinta vez consecutiva, o orçamento/programa da OMS para 1992-1993 foi preparado em conformidade com uma política de crescimento zero em valores reais.

Para aplicar novas iniciativas, será necessário reduzir as actividades de certos programas ou poder contar com contribuições voluntárias extra-orçamentais, ou ambos, ao mesmo tempo. Ao iniciar a preparação do projecto de orçamento/programa para 1992-1993, eu tomei a decisão de reduzir as dotações inicialmente previstas no orçamento ordinário para os programas mundiais e inter-regionais em 2%, em valores reais, para redistribuir recursos às novas actividades programáticas prioritárias, visando, especialmente, intensificar o apoio aos países que mais o necessitam. Os programas que, assim, beneficiarao de recursos suplementares, são os seguintes: organização de sistemas de saúde baseados nos cuidados primários de saúde, nutrição, promoção da salubridade do ambiente, paludismo e luta integrada contra as doenças.

Cabe-nos agora, juntos, chegar a um consenso sobre essas prioridades e, nessa base, elaborar um projeto de orçamento/programa efectivo que atenda verdadeiramente as necessidades das populações dos Estados-membros. A situação de cada Região e de cada país é, sem dúvida, específica. Não obstante, após ter ouvido atentamente as preocupações manifestadas pelos Estados-membros, em todas as partes do mundo, e recolhido os pareceres dos Directores regionais, dos Comités Regionais, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde em decidir privilegiar, a nível mundial, durante o próximo biénio, cinco áreas prioritárias.

Essas áreas são as seguintes: 1) a saúde do homem num ambiente em mutação; 2) alimentação e nutrição apropriadas para uma vida sã e um desenvolvimento sadio; 3) luta integrada contra as doenças no contexto do desenvolvimento de conjunto dos cuidados da saúde e do ser humano; 4) difusão de informação em prol da saúde e com fins educativos, de gestão e científicos, e em todos os sectores 5) intensificação do desenvolvimento sanitário e do apoio aos países, particularmente aos que mais necessitam ou que estão mais afectados pela situação económica actual. O projecto de orçamento/programa regional submetido à vossa apreciação contempla essas áreas prioritárias. É importante que V.Exas. indiquem o que esperam da OMS nessas áreas, tanto a nível dos países como aos níveis regional e mundial.

A Região Africana está particularmente afectada pela crise económica mundial. Em 1990, nós constatámos uma clara diminuição da produtividade e dos investimentos e uma queda brutal do preço da maioria das matérias-primas exportadas. Essa situação é agravada pela seca e outras catástrofes naturais, assim como pelos conflitos político-militares que debilitam a capacidade dos governos para satisfazer as necessidades fundamentais das suas populações. O Dr Monekosso apresentou o Cenário de desenvolvimento sanitário em três fases, que recebeu a aprovação do Comité Regional. A OMS dedica uma maior atenção e consagra recursos adicionais ao desenvolvimento sanitário em África. O Fundo Especial para a Saúde em África, cujo capital inicial terá de se constituir, é um dos meios de que dispomos para atrair recursos.

Como se sabe, a 43ª Assembleia Mundial da Saúde adoptou a resolução WHA 43.17 sobre o reforço do apoio técnico e económico aos países confrontados com graves dificuldades económicas. Os recursos recuperados graças à redução de 2% nas dotações consagradas aos programas mundiais e inter-regionais servirão para reforçar a acção das Sedes Regionais e das Representações nos países, a fim de intensificar o apoio aos países que dele mais necessitam ou que estão mais gravemente afectados pela crise da dívida e que se encontram numa situação socioeconómica difícil. Com esse propósito, missões de avaliação conjuntas deslocaram-se ao Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Malawi, República Centrafricana e Chade. Outras missões estão previstas em outros dez países da Região Africana.

A OMS continua resolutamente empenhada no objectivo SAUDE PARA TODOS, através dos cuidados primários de saúde. Mas ao entrarmos nos anos 90, é necessário redefinir o objectivo que ela procura atingir e promover, designadamente, o "direito fundamental" à Saúde para Todos. Desigualdades inaceitáveis de toda a natureza existem entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento e até mesmo entre certos grupos de população de um mesmo país. Ora, a equidade é uma das pedras angulares da política sanitária. Ao mesmo tempo, os direitos do indivíduo e os da comunidade devem ser tomadas em conta. Cabe a cada nação encontrar o equilíbrio correcto entre o que está ao alcance da população, o que os indivíduos têm direito e os interesses da sociedade que devem ser protegidos. Ao estabelecer os sistemas nacionais de saúde, deve tomar-se em consideração o interesse relativo, para a sociedade e para o indivíduo, de cuidados que tratam sintomas e são mais acessíveis

financeiramente, e cuidados de alta tecnologia que permitem às vezes salvar vidas mas que são muito mais caros. Devemos determinar quanto é que a sociedade está disposta a pagar para prolongar a vida e assegurar a sua qualidade e tomar as decisões que tenham em conta a eficácia, a eficiência e o custo, garantindo ao mesmo tempo que os serviços sejam de qualidade aceitável.

O mundo já não pode ignorar as realidades das tendências demográficas e das mudanças de comportamento, que se podem observar em todos os lugares à nossa volta. Até ao final desta década, a população mundial terá ultrapassado a barreira dos 6 mil milhões, aumentando a um ritmo que ameaça ultrapassar a disponibilidade dos alimentos e serviços essenciais existentes. Isto significa que o mundo vai receber, durante esta década, mil milhões de pessoas suplementares, das quais cerca de 20%, ou sejam 200 milhões, na África do Sul do Sara. Os problemas que isso acarretará não se resolverão por si sós. É necessário que se tomem, a partir de agora, medidas para estabilizar o crescimento demográfico, graças a métodos de planeamento familiar culturalmente aceitáveis e ao espaçamento apropriado de nascimentos. A OMS deve continuar a trabalhar pela saúde materno-infantil, bem como para a investigação em reprodução humana e planeamento familiar, colocando a tónica na maternidade sem riscos e no crescimento normal das crianças.

Será dedicada uma nova atenção ao papel da mulher não só como beneficiária dos cuidados de saúde mas também como prestadores desses cuidados e responsável pela tomada de decisões no sector do desenvolvimento sanitário.

Não se pode ignorar o trágico desperdício de recursos humanos num número demasiado elevado de sociedades, onde as pessoas idosas são esquecidas e a vida das jovens é destruída pelo álcool, pelas drogas e pela violência. Certas condições de má saúde, entre as quais as doenças sexualmente transmissíveis e o crescente problema da SIDA, estão ligadas a comportamentos de risco. É necessário abordar estes problemas com maior franqueza e honestidade. Se os preservativos forem parte da solução, não se deve ter medo de dizê-lo. A educação sanitária é essencial para dissipar o medo e os mal-entendidos e promover a adopção de meios de vida saudáveis e a utilização de uma tecnologia apropriada, eficaz e de custo acessível. Atendendo às tendências actuais de estrutura etária das nossas populações e ao nosso empenhamento constitucional em favor de uma vida longa e produtiva, nós temos que redobrar os esforços para obter a útil participação dos mais idosos no desenvolvimento da saúde e do bem-estar da comunidade a que eles pertencem.

Quer nos países desenvolvidos quer nos países em desenvolvimento, assiste-se, desde há algumas décadas, à destruição desenfreada do meio ambiente natural pelo homem. Este é um problema mundial. Se não agirmos brevemente, haverá poucas possibilidades de conseguirmos evitar que o ecossistema e a saúde do homem sejam afectados por danos irreversíveis. Nós não estamos perante uma escolha que seria "a saúde ou o desenvolvimento". Ambos são-nos indispensáveis. Um desenvolvimento saudável, eis o nosso objectivo. Nós temos necessidade de ajuda para compreender os problemas que isso implica. E por isso que a Comissão de Saúde e Meio Ambiente, presidida pela Senhora Simone Veil, se reuniu em Junho passado, para elaborar o seu plano de trabalho. A Comissão dividiu-se em quatro grupos, correspondentes às quatro vertentes do desenvolvimento, a saber: 1) as necessidades em matéria de energia; 2) a urbanização, o crescimento demográfico e os movimentos de populações; 3) a alimentação e a agricultura; 4) a indústria. As suas conclusões ajudar-nos-ão a compreender as relações complexas que existem entre o desenvolvimento, o meio ambiente e a saúde da população, e a instaurar um desenvolvimento duradouro. O resultado dos trabalhos da Comissão constituirá o contributo da OMS para a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, que se realizará em Junho de 1992. Serão necessários recursos suplementares para aplicar as recomendações da Comissão e apoiar os países que delas têm mais necessidade.

A soluçao dos problemas transcende o âmbito da saúde e dos limites tradicionais daquilo que é conhecido por "sector da saúde". Assim, a economia mundial deverá ser reestruturada de modo a permitir e favorecer o desenvolvimento económico e social duradouro. Será talvez necessário ajustar os sistemas de fixação dos preços dos produtos básicos, tendo em conta as despesas requeridas para a protecção do meio ambiente. Será talvez necessário fixar certos limites ao desenvolvimento, para permitir à economia mundial adaptar-se progressivamente a formas de desenvolvimento mais duradouras do ponto de vista ecológico. Terao de tomar-se decisoes fundamentais relativas ao papel do sector público e do sector privado nos domínios da economia e do desenvolvimento sanitário e social. Cabe a cada país decidir como os custos dos serviços essenciais de saúde, de educação, etc., devem ser partilhados. Será necessário proceder a escolhas reflectidas, como, por exemplo, entre diversos meios de financiamento dos serviços de saúde: imposição ao nível nacional, sistema de seguro e remuneração por prestação de serviços. Será necessário envidar esforços para evitar o aparecimento de serviços paralelos (ou mercado negro) e as diferenças em matéria de custo e de serviço, que aumentam o fosso existente entre os ricos e os pobres. Ao mesmo tempo que procuramos assegurar a "segurança alimentar" das populações, nós devemos zelar pela "segurança" de todos.

E conveniente explorar todas as fontes possíveis de financiamento suplementar. Nós sabemos que, em numerosos países desenvolvidos e em desenvolvimento, sao despendidas somas enormes para fins que nada têm a ver com a saúde. Assim, nos países em desenvolvimento, o montante das despesas militares é, frequentemente, cinco vezes superior ao das ajudas ao desenvolvimento que esses países recebem de todas as fontes externas. E é precisamente no momento em que começávamos a ver afastar-se o espectro da guerra fria entre o Este e o Oeste que se assiste a um recrudescência dos conflitos regionais, como a crise do Golfo, que têm consequências mundiais e sao dispendiosos para o desenvolvimento. Se se obtivessem "dividendos da paz" resultantes de uma reduçao dos armamentos, o que deixou de ser uma certeza, as economias realizadas deviam servir para promover a saúde e um desenvolvimento socioeconómico satisfatório do ponto de vista ecológico, em particular nos países menos avançados.

Se houvesse uma guerra nuclear, ninguém triunfaria. Uma tal guerra só poderia levar à destruição total dos intervenientes no conflito e dos espectadores, bem como do meio ambiente. Mesmo a utilização pacífica da energia nuclear, dos combustíveis fósseis e dos produtos químicos deve ser rodeada de todas as medidas de segurança necessárias, como nos foi recordado pelos recentes acidentes de Bhopal e de Tchernobyl. As consequências de tais acidentes transcendem amplamente as fronteiras locais, regionais, nacionais ou sectoriais.

Uma outra das nossas preocupações essenciais diz respeito ao modo de alimentação e à "segurança alimentar" para usufruir uma vida longa, saudável e produtiva. Uma boa alimentação e um estilo de vida sadio durante a juventude constituem a melhor garantia de uma boa saúde durante a velhice. Nós devemos assegurar a produção local, a disponibilidade e o consumo de alimentos de qualidade necessários a uma alimentação equilibrada, a um preço acessível, devendo ao mesmo tempo gerir o nosso solo, a nossa água e os nossos recursos biológicos. Em certas sociedades, o problema que se levanta é o de uma sobrealimentação e de uma alimentação mal equilibrada. Outras sociedades, em contrapartida, continuam a ter falta de alimentos de base e sofrem de carências nutricionais evitáveis, como, por exemplo, de iodo e de vitamina A. Neste contexto, tomei medidas para organizar, ao nível mundial, um programa alimentar e nutricional que agrupe novas actividades e as actividades em curso nos domínios da nutrição, da ajuda alimentar e da inocuidade dos produtos alimentares, com vista a prestar uma melhor colaboração e um melhor apoio às



regioes e aos países, para a elaboração e a aplicação de uma nova estratégia neste domínio. Em colaboração com a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura e outras instituições do sistema das Nações Unidas, a OMS realizará, em Dezembro de 1992, uma conferência internacional sobre a nutrição, destinada a fazer tomar consciencia do problema no mundo inteiro.

A OMS deve continuar a dedicar uma prioridade elevada ao combate à doença, prestando particularmente atenção à situação excepcionalmente difícil dos países tropicais. É necessário, por exemplo, sensibilizar mais a opiniao pública para o problema do paludismo e esse é objectivo da cimeira que tencionamos organizar. Nós nao dispomos de meios para combater separadamente todas as doenças. Embora devamos reconhecer a especificidade biomédica de cada uma das doenças, nós temos de elaborar métodos de combate à doença que sejam racionais, que se apoiem mutuamente, que sejam mais integrados e que se insiram no âmbito de uma estratégia de desenvolvimento sanitário e socioeconómico geral.

Se damos ênfase ao combate à doença nos países tropicais é porque esses países sao, ao mesmo tempo, vítimas de certas doenças que se encontram entre as mais devastadoras e das piores condições socioeconómicas e ambientais. Nesses países, nós observamos as consequências nefastas da interacção entre a má gestao dos recursos naturais, a má utilização dos produtos químicos industriais e agrícolas, a explosao demográfica, a pobreza, a malnutrição e a existência de vectores de doenças infecciosas. As acções tendentes a remediar estas consequências requerem a participação de todos os sectores. O sector de saúde deve, só por si, fornecer uma tecnologia nova, medicamentos e vacinas eficazes e estratégias inovadores. Os programas técnicos da OMS estao dispostos a ajudar a coordenar e a reforçar a cooperação técnica prestada aos países, para contribuir para a resolução desses problemas.

É praticamente impossível combater eficazmente certos problemas de saúde sem nos preocuparmos com o respectivo contexto integral, tanto no domínio da saúde como no domínio socioeconómico. Perante a pandemia da SIDA, por exemplo, há que reconhecer que diversos factores relativos aos domínios do comportamento humano, da economia, do direito, dos direitos do Homem, da ética e da tecnologia médica, bem como dos serviços sociais, estao inextricavelmente ligados à origem do problema e à sua solução. O papel da OMS consiste em ajudar os países a enfrentar todos estes problemas complexos. Nao se trata simplesmente de distribuir parques créditos no âmbito de uma relação doador-beneficiário.

Alguns meios ainda estao provavelmente equivocados acerca do papel que a OMS desempenha no desenvolvimento sanitário. A OMS é uma organização técnica e nao um organismo de financiamento. A OMS nao presta serviços de saúde por conta dos países. As suas funções englobam a prestação de conselhos relativos à elaboração das políticas, a coordenação, a investigação, o desenvolvimento e a transferência da tecnologia apropriada, bem como a informação sanitária conexa. Esta tecnologia e esta informação devem ser apropriadas, integradas, adaptadas e utilizadas eficazmente pelos países, para o seu próprio desenvolvimento sanitário. Todos os níveis orgânicos da OMS devem trabalhar em conjunto para alcançar este objectivo. Atendendo ao carácter limitado dos recursos do orçamento ordinário da OMS, a Organização deve procurar recursos extra-orçamentais para alargar os seus programas e mobilizar recursos externos, sobretudo para os países que deles têm mais necessidade. Em última análise, o critério de eficácia da actividade da OMS é a sua utilidade para o desenvolvimento sanitário nacional nos países onde a Saúde para Todos deve ser instaurada.

E, pois, capital que os países, o Secretariado da OMS, as Sedes Regionais, o Conselho Executivo e a Assembleia Mundial da Saúde, efectuem uma análise eficaz do orçamento/programa. As actividades programáticas são duradouras e só deveriam ser mantidas se se provasse que se justificavam do ponto de vista técnico e financeiro, graças a um acompanhamento, uma avaliação e um controlo constante a todos os níveis, para assegurar uma implementação eficiente e eficaz.

E graças aos esforços de todos os que se encontram aqui reunidos hoje e de todo o pessoal de saúde que trabalha nos países e na OMS, que esta Região superou os obstáculos encontrados e que eles propicia tão grandes esperanças para a saúde das populações dos seus Estados-membros. Metamos um comum os nossos êxitos, os nossos problemas e as nossas soluções e trabalhemos em conjunto para uma causa comum. Não estabeleceram os Estados-membros fundadores, a Organização Mundial da Saúde "com a finalidade de cooperar entre eles e com todos os outros, para melhorar e proteger a saúde de todos os povos"? E esta a causa que nos reúne aqui hoje. Desejo pleno êxito aos vossos trabalhos.

## RELATORIO DO SUBCOMITE DO PROGRAMA

## INTRODUCAO

1. O Subcomité do Programa reuniu-se em Brazzaville, a 3 e 4 de Setembro de 1990, sob a presidência do Dr. J. Otete (Quénia), tendo sido eleitos como Vice-presidente a Sra. M. Pragassen (Seychelles) e como Relator o Sr. L. Chomera (Moçambique). A lista dos participantes consta do Anexo 1.
2. O Dr. G.L. Monekosso, Director Regional, deu as boas-vindas aos participantes e realçou o papel do Subcomité, tendo exortado o Subcomité a proceder a um estudo aprofundado dos documentos. O Director Regional sublinhou que o Subcomité deverá informar o Comité Regional das questões inscritas na ordem do dia, sendo essas informações muito úteis para o Comité Regional, especialmente a sua análise do projecto de Orçamento/Programa. Em seguida, o Director Regional desejou aos participantes uma agradável estada em Brazzaville.
3. O Presidente do Subcomité agradeceu ao Director Regional e ao seu Secretariado a excelente recepção de que os participantes foram alvo à sua chegada.
4. O Programa de Trabalho foi aprovado por unanimidade e figura como Anexo 2.

## PROJECTO DE ORCAMENTO/PROGRAMA PARA 1992-1993 (documento AFR/RC40/2)

Apresentação

5. O documento AFR/RC40/2, intitulado "Projecto de Orçamento/Programa para 1992-1993", foi apresentado ao Subcomité pelo Sr. D. E. Miller, Director do Programa de Apoio, em nome do Director Regional. O Sr. Miller declarou que o documento reflectia a ênfase dada às actividades a nível nacional e que todas as análises dos programas continham uma referência clara às incidências orçamentais do projecto de programa.
6. A dotação regional global revelou um aumento de 14,6 por cento relativamente a 1990-1991, o que eleva o orçamento ordinário para 1992-1993 a 137.230.000 dólares dos EUA. Este valor permanecerá no entanto provisório até que as propostas de orçamento da Organização no seu todo tenham sido ultimadas. Os aumentos dos custos que o Director Regional calculou por estimativa eram de 11% para as actividades dos países e de 12% para as actividades da Região, totalizando um aumento médio dos custos de 11,14%. No entanto, para as actividades da Região houve um aumento para o ajustamento da taxa cambial (ver parágrafo 7), que eleva o aumento total para 14,6%.
7. O Projecto de Orçamento/Programa foi preparado com base na taxa de câmbio em vigor na altura da preparação do Orçamento, em Março de 1990, de 285 francos CFA para 1 dólar dos EUA. Se a taxa de câmbio do dólar baixar para menos de 285 francos CFA, isso criará dificuldades na implementação dos programas. Por outro lado, se a taxa de câmbio aumentar para um valor superior a 285 francos CFA, os ganhos daí decorrentes reverterão a favor da OMS para ajudar a financiar o próximo orçamento bienal. No entanto, a resolução WHA39.4 permite à Sede Regional beneficiar do mecanismo de compensação das perdas resultantes da taxa de câmbio da OMS, que cobrirão parcialmente os efeitos negativos resultantes das flutuações da taxa de câmbio. Espera-se que estas disposições cubram o exercício de 1992-1993. A taxa de câmbio usada nas propostas de projectos de orçamento serão revistas e, se necessário, alteradas na Sede Mundial antes que o orçamento global seja finalizado.

8. O orçamento/programa teve em conta as componentes da estratégia da SAUDE PARA TODOS NO ANO 2000, mas como as habituais dificuldades orçamentais. Pelo terceiro biénio consecutivo, a dotação regional global foi fixada numa taxa de crescimento zero em termos reais, limitando por isso as possibilidades de novas actividades.

9. As dotações consagradas a cada país permanecerão provisórias e estarão sujeitas a revisão até que a Organização finalize o seu orçamento geral.

10. As verbas orçamentais indicadas na coluna "Outras fontes" são as que já estavam garantidas ou previstas no momento em que o documento foi elaborado. É provável que, mais perto do início do biénio 1992-93, haja fundos extra-orçamentais disponíveis, dado que várias agências financiadoras estão sujeitas a outros ciclos de programação/orçamentação.

#### Análise dos Programas Regionais

11. A apresentação do Orçamento/Programa para 1992-1993 realçou a importância da escolha das actividades pelos países, a natureza e a magnitude do empenho da OMS e a utilização dos recursos em relação às metas e objectivos dos programas nacionais de saúde. As análises dos programas regionais foram elaboradas com base nos relatórios dos países.

#### Discussão

12. Procedeu-se a uma análise pormenorizada, críticas e exaustiva dos vários programas, tendo sido fornecidas explicações aos Membros do Subcomité sobre os aumentos ou reduções existentes entre as dotações consagradas aos programas em 1990-1991 e as consagradas em 1992-1993.

13. No decorrer da análise do Projecto de Orçamento/Programa, discutiram-se as questões a seguir indicadas.

#### Notas explicativas e introdução

14. Um delegado solicitou esclarecimentos sobre aumentos "reais", aumentos de "custos" e "crescimento zero", que aparecem muitas vezes no texto. Foi explicado que o programa de actividades para 1992-93 era avaliado duas vezes, uma vez usando os antigos factores de custos de 1990-1991, e a segunda vez usando os novos factores de custo de 1992-1993, com outras grelhas salariais, outros preços de mercadorias, etc.. O custo total do programa de 1992-1993, usando os antigos factores de custo de 1990-1991 era comparado com o orçamento aprovado para 1990-1991, para o mesmo programa. Se o programa de 1992-93 custasse mais, nessa base de comparação, a diferença seria um aumento "real", se custasse menos seria uma diminuição "real". Se custasse o mesmo, representaria um "crescimento zero". Quando o custo total do programa de 1992-93, avaliado com base nos factores de custo de 1992-93, é comparado com o custo total do mesmo programa avaliado com base nos antigos factores de custo de 1990-91, se o custo baseado nos novos factores foi mais elevado, a diferença será encarada como um aumento de "custo". Uma explicação mais pormenorizada pode encontrar-se no parágrafo 22, página 6, do Projecto de Orçamento/Programa 1992-1993.

15. Um delegado inquiriu sobre o significado do gráfico da pág. 13 (fig. 7). Foi-lhe explicado que era uma acumulação da percentagem do orçamento global por actividades nos países, começando no programa maior e acrescentando os outros por ordem decrescente do valor monetário. O diagrama indicava que os 11 programas mais importantes tinham recebido uma dotação de 90% do orçamento e, entre estes, os primeiros seis programas tinham sido dotados com 80% do orçamento. Era um bom método para indicar que programas eram mais frequentemente escolhidos pelos países, o que significa uma indicação de prioridades.

16. Quanto ao quadro "Orçamento Ordinário por capítulos, pág. 23, um delegado levantou a questão do real significado de "infra-estrutura dos Sistemas de Saúde". Este grupo de programas recebeu 46,6% do orçamento total. Se o título significasse "infra-estruturas físicas", ele discordaria da orientação do orçamento, pois a prioridade deveria ir para os programas de Ciências e Tecnologias da Saúde, e não para investimentos em "infra-estruturas físicas".

17. Foi esclarecido que, de acordo com o 8o Programa Geral de Trabalho, sob o título "Infra-Estruturas dos Sistemas de Saúde" se englobavam os seguintes programas: a) Análise da situação sanitária e suas tendências; b) Organização dos Sistemas de Saúde baseados nos Cuidados Primários de Saúde; c) Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde; d) Informação das Populações e Educação para a Saúde; e) e também, na globalidade, as partes dos programas que apoiam o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países. O programa "Desenvolvimento dos Sistemas de Saúde" (pág. 23) era um programa múltiplo, compreendendo Avaliação da Situação Sanitária e suas Tendências (3.1), Processo de Gestão para o Desenvolvimento Sanitário Nacional (3.2), Investigação sobre Sistemas de Saúde (3.3) e Legislação Sanitária (3.4). Assim, "infra-estrutura" não tinha sido utilizado no sentido restrito de "infra-estrutura física". Foi também esclarecido que a "infra-estrutura física" estava abrangida nos cuidados primários de saúde. Finalmente, foi explicado que, uma vez que a Representação da OMS apoiava o processo de gestão a nível dos países, as despesas correntes da Representação da OMS eram incluídas no programa Processo de Gestão para o Desenvolvimento Sanitário Nacional, e, conseqüentemente, esse programa tinha uma dotação orçamental importante, a nível dos países.

18. O Director Regional acrescentou que, para evitar este tipo de confusões devidas à terminologia, na Região Africana esta área programática era considerada como o "Apoio aos Sistemas Nacionais de Saúde".

19. Um delegado inquiriu acerca dos critérios utilizados para determinar a dotação de cada país. Observou-se que a dotação total para as actividades nacionais estava distribuída pelos países em conformidade com os seguintes parâmetros : população, estado de saúde, cobertura sanitária, disponibilidade de pessoal, produto nacional bruto e se o país era um país que tinha recentemente acedido à independência, se era encravado, se era um Estado da linha da frente ou se era um país gravemente afectado pela crise económica. A fórmula para avaliar estes critérios foi determinada em 1979, por um grupo de peritos nomeados pelo Comité Regional.

Análise do orçamento por programa  
Gestão Informatizada (ISS) - Programa 2.6

20. O programa 2.6 (Gestão Informatizada) foi uma iniciativa bem recebida, que a OMS tomou para ajudar os países no domínio dos sistemas de informação sanitária, graças à informatização.

Processo de Gestão para o Desenvolvimento Sanitário Nacional  
(MPN) - Programa 3.2

21. Em relação ao programa MPN, o Presidente perguntou como eram estabelecidos os objectivos deste programa, especialmente em relação ao objectivo (ii) : "pelo menos 70% dos países terao implementado, aos níveis local, intermédio e central, o quadro de gestão definido no Cenário Africano de Desenvolvimento Sanitário". Quis saber qual é o estado actual da implementação do programa.

22. O Secretariado esclareceu que, na altura da produção do documento do orçamento, se calculava que 50% dos distritos da Região estivessem operacionais. Informou também que o estágio de implementação do Cenário fora discutido no Comité Regional de 1987 (a nível distrital), em 1988 (a nível intermédio e 1989 (nível central). Como resultado destas discussões, decidira-se desenvolver os critérios de operacionalidade dos distritos e definir critérios de operacionalidade dos outros níveis do sistema sanitário. Fora recrutado um consultor com essa finalidade, e o seu relatório continha propostas que se encontravam em estudo.

Legislação sanitária (HLE)  
Programa 3.4

23. Explicou-se que no âmbito do programa 3.4 (Legislação sanitária), a OMS podia dar aos países conselhos jurídicos sobre a elaboração da legislação sanitária e conselhos onde já existia legislação sobre tópicos particulares. Observou-se que as estratégias da SAUDE PARA TODOS requerem por vezes uma série de medidas jurídicas e que estas eram apoiadas no âmbito deste programa. O programa abrange igualmente a legislação relacionada com a SIDA, os medicamentos essenciais, o abuso de drogas e a protecção do meio ambiente.

Organização de Sistemas de Saúde  
Baseados nos Cuidados Primários (PHC) Programa 4

24. Em relação a este programa, o Presidente manifestou estranheza perante o facto de a dotação orçamental proposta acusar um aumento de apenas 6,5%, a nível dos países, e mais de 30% a nível da Região. Considerou que, sendo este programa essencialmente destinado a ser implementado a nível local, as actividades da Região não deviam merecer prioridade sobre as dos países.

25. O Chefe das Finanças e Orçamento explicou que estes números podiam dar origem a mal-entendidos, porque o elevado aumento percentual a nível regional resultava do facto de a dotação para 1990-91 ter sido muito pequena. Como a dotação orçamental a nível dos países ultrapassava 8 milhões de dólares USA em 1990-91, um aumento de cerca de 600 000 dólares USA representava apenas 6,5%.

26. O Director Regional esclareceu que uma parte importante das actividades de CPS era coberta pelo programa geral de desenvolvimento; por isso, e em relação à dotação por países, às quantias destinadas ao GPD deveriam adicionar-se as dos CPS, para se ter uma ideia das actividades da OMS nesta área.

Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde (HMD) - Programa 5

27. O programa proposto para 1992-1993 dá ênfase à informação dos países, à assistência técnica, à formação e ao apoio material aos países e às instituições.

28. Na sua intervenção, o Director Regional chamou a atenção dos delegados para a necessidade de uma utilização mais racional das bolsas de estudo, a fim de acelerar os progressos na instauração da Saúde para Todos (SPT). É indispensável assegurar uma melhor concordância entre as prioridades escolhidas e as bolsas solicitadas. Além disso, torna-se necessário criar um sistema coerente de gestão das bolsas. Um novo funcionário ocupar-se-á especialmente de melhorar, ao nível da Sede Regional, a gestão dos programas de bolsas de estudo da Organização.

29. Um delegado deu ênfase à formação em gestão, ainda insuficiente. Foi observado que a OMS investiu quantias importantes neste domínio, nomeadamente graças ao apoio que presta aos centros de formação, tais como os de Yaba (Nigéria), de Lomé (Togo) e de Maputo (Moçambique), cujos programas privilegiam a formação em gestão. Por outro lado, a Organização incentiva, desde há alguns anos, o reforço da formação em gestão nos programas de formação das escolas de ciências de saúde.

Informação das Populações e Educação para a Saúde (IEH)- Programa 6

30. Este programa reveste capital importância na estratégia de SPT, baseada nos CPS. O objectivo geral para 1992-93 é o reforço da IEH no quadro do Cenário Africano de Desenvolvimento Sanitário. Será dado apoio aos países membros, nos seguintes campos :

- formação de pessoal em IEH;
- planificação, implementação, acompanhamento e avaliação dos programas IEH, baseados sobretudo nos distritos.

31. A colaboração multisectorial, em especial com os meios de comunicação, organizações de mulheres e jovens e as ONG, continua a ser uma das estratégias de ponta a reforçar no campo da IEH. São considerados domínios prioritários a produção de material didáctico apropriado e a utilização dos meios tradicionais de comunicação.

32. No plano orçamental, nota-se um crescimento de 19,8% a nível regional, mas registou-se uma redução de 51,2% no orçamento/país. Isto não reflecte no entanto, uma falta de interesse por parte dos países nas actividades IEH, mas antes a tomada de consciência do facto da IEH ser uma actividade multisectorial beneficiando do auxílio de fontes como a Educação Nacional, as ONG, a Juventude, os Desportos, etc.

Promoção e desenvolvimento da investigação (RPD) - Programa 7

33. Na discussão do programa 7 (Promoção e desenvolvimento da investigação) foi explicado que a estratégia consistia em ter uma componente de investigação em todos os programas técnicos. O orçamento previsto neste programa cobre o custo de um funcionário na Sede Regional e em cada uma das equipas interpaíses do desenvolvimento sanitário.

Nutrição (NUT) - Programa 8.1

34. No decorrer da discussão do programa 8.1 (Nutrição), observou-se que os objectivos correspondem aos do programa mundial e que as actividades correspondem às aprovadas pelo Comité Regional, na resolução AFR/RC39/R4. Estes são necessários para prestar apoio técnico aos países no âmbito da Década Internacional da Alimentação e Nutrição da Região Africana, tal como proposto pelo Comité Regional e pelo Grupo Especial Africano para o Desenvolvimento da Alimentação e da Nutrição. Os pedidos de dotações orçamentais ao nível nacional sofreram uma redução neste biénio. No entanto, verbas extra-orçamentais equivalentes ou superiores às verbas do orçamento ordinário, estão a ser mobilizadas para apoiar várias actividades de subprogramas. O montante dessas verbas, que estará disponível em 1992-1993, ainda não é conhecido.

Saúde bucodentária (ORH) - Programa 8.2

35. O Programa 8.2 (Saúde-bucodentária) visa a colaboração com os Estados-membros no desenvolvimento das políticas e actividades de saúde buco-dentária, no âmbito do Cenário Africano de Desenvolvimento Sanitário, a fim de, graças ao aumento da cobertura da população por serviços de saúde bucodentária, parar a tendência negativa que se está a agravar rapidamente.

Tabaco ou saúde (TOH) - Programa 8.4

36. A Sede Regional continuará a apoiar a organização do Dia sem Tabaco e a elaboração da legislação anti-tabaco, a fim de combater o tabagismo positivo, nos recintos públicos fechados. A Sede Regional, em colaboração com a Sede Mundial, continuará a difundir informações sobre os malefícios para a saúde provocados pelo tabaco e orientações a seguir para encontrar actividades alternativas à cultura do tabaco.

37. Relativamente ao orçamento, nenhum país escolheu este programa para financiamento, mas a Sede Regional previu verbas para apoiar os esforços nacionais no campo da planificação de acções de informação e sensibilização das populações.

Saúde materno-infantil, incluindo planeamento familiar (MCH/PF) - Programa 9.1

38. O programa 9.1 - "Saúde materno-infantil, incluindo o planeamento familiar" continua a ser prioritário para a Região Africana. Prova disso é o facto de 21 países escolherem este programa para cooperação com a OMS. Além disso, os países que não utilizam fundos da OMS dispõem de recursos extra-orçamentais importantes para a "Saúde materno-infantil, incluindo o planeamento familiar" (SMI/PF).

39. Com base no programa a médio prazo para 1990-1995 e na implementação do Cenário de Desenvolvimento Sanitário (1990-1995), será necessário, entre outras coisas, proceder a uma análise quantitativa e qualitativa da situação da SMI/PF em todos os países da Região, a qual deve culminar na elaboração de planos nacionais de acção vocacionados para a redução da morbilidade e da mortalidade materna e infantil, de assegurar a formação inicial e em serviço do pessoal de SMI/PF em pelo menos 25 por cento dos distritos sanitários e de criar e/ou reforçar os serviços de referência em pelo menos 25 por cento dos distritos.



Saúde dos adolescentes (ADH) - Programa 9.2

40. Observou-se que o programa "Saúde dos adolescentes" não beneficiava de suficiente financiamento, embora fosse objecto de prioridade não apenas no âmbito do programa 9.2 (Saúde dos adolescentes), mas igualmente no âmbito do programa 9.1 (Saúde materno-infantil/planeamento familiar em relação com as gravidezes das jovens com menos de vinte anos de idade, no âmbito do programa 8.4 (Tabaco ou Saúde) e no âmbito do programa 13.13 (SIDA), no qual existe uma forte componente de educação para a saúde.

Saúde das pessoas idosas (HEE) - Programa 9.5

41. O programa "Saúde das pessoas idosas" foi objecto de atenção particular, devido ao facto da esperança média de vida à nascença estar a aumentar nesta Região.

Protecção e promoção da saúde mental - Programa 10

42. Este programa abrangia três sub-programas, a saber : 10.1 - Factores Psicológicos e de Comportamento na Promoção da Saúde e no Desenvolvimento Humano; 10.2 - Prevenção e combate ao alcoolismo e abuso de drogas; e 10.3 - Prevenção e Tratamento das Perturbações Mentais e Neurológicas.

43. Um delegado sugeriu que a "Juventude" devia ser o grupo-alvo para o programa do alcoolismo e abuso de drogas e que o "Tabaco ou Saúde" devia pertencer ao mesmo grupo.

44. O mesmo delegado observou que a saúde mental das maes jovens que eram acompanhadas durante a gravidez podia ser uma fonte de perturbações mentais e neurológicas para os filhos. A atenção dada à saúde materno-infantil tinha uma ligação directa com o problema das doenças neurológicas.

Abastecimento de água e saneamento (CWS) - Programa 11.1

45. Um delegado sugeriu que o programa 11.1 "Abastecimento de água e saneamento" dedicasse mais atenção às actividades de recolha e tratamento dos lixos sólidos, para completar o excelente trabalho já realizado pela OMS no domínio dos sistemas de esgotos e do tratamento dos resíduos líquidos.

46. Foi sugerido pelos participantes que, em função do país e do sistema institucional, se recorresse a órgãos interministeriais adequados, como sejam as comissões de acção nacional (estabelecidas em muitos países para a Década Internacional de Abastecimento de Água Potável e Saneamento), as divisões da salubridade do meio ambiente nos ministérios da saúde, os conselhos nacionais para a salubridade do meio ambiente, etc., para coordenar as actividades de Gestão dos Riscos para a Saúde Inerentes ao Meio Ambiente.

Avaliação dos riscos para a saúde inerentes aos produtos químicos potencialmente tóxicos (PCS) - Programa 11.3

47. Assinalou-se que as dotações para o programa sobre a avaliação dos riscos para a saúde inerentes aos produtos químicos potencialmente tóxicos tinham sido muito modestas relativamente às necessidades dos países. O Secretariado realçou as actividades levadas a cabo até à data ao nível regional, desde a inclusão deste objectivo no Oitavo Programa Geral de Trabalho. Os dois programas - "Avaliação dos riscos para a saúde inerentes aos produtos químicos potencialmente tóxicos" e "Combate aos riscos para a saúde inerentes ao meio ambiente" - foram administrados pelo mesmo funcionário da Sede Regional. A maior dotação para este último programa destinou-se à remuneração desse

funcionário. Empreendera-se actividades de informação, incluindo a distribuição de uma brochura informativa na 39ª sessão do Comité Regional e procedeu-se à recolha de legislações na Região e noutras partes para distribuição nos Estados-membros. Alguns nacionais foram formados com bolsas de estudos da OMS. Estes esforços precisam de tempo para se desenvolverem convenientemente. Actualmente, são essencialmente levadas a cabo actividades interpaíses.

#### Inocuidade dos produtos alimentares (FOS) - Programa 11.5

48. A importância dos fornecedores de alimentos e de tecnologias simples de conservação dos alimentos foi sublinhada durante a discussão do programa 11.5 "Inocuidade dos produtos alimentares". Este ponto de vista é partilhado pelo Secretariado, tal como indicado pela inclusão do tema relativo aos fornecedores de alimentos e aos vendedores ambulantes de alimentos num seminário. A informação sobre os métodos e tecnologias de conservação de alimentos seria recolhida com vista à sua difusão na Região. Foi sugerido por um dos membros do Subcomité que o orçamento regional para este programa fosse aumentado para assistir os países a participar em reuniões sobre o Codex Alimentarius. O Secretariado sugeriu que tal participação fosse suportada pelos orçamentos/países.

#### Tecnologia clínica, laboratorial e radiológica (CLR) - Programa 12.1

49. Durante a discussão deste programa, um dos membros do Subcomité solicitou que a Sede Regional concentrasse os seus esforços sobre:

- i) a uniformização do equipamento e a produção local de reagentes;
- ii) a criação de centros regionais de formação.

Foi realçado que este ponto de vista era partilhado pela Sede Regional que:

- i) já enviou a alguns países peritos para os ajudar a elaborar estratégias para a uniformização do equipamento;
- ii) já começou a implantar dois centros regionais de produção de reagentes de imunodiagnóstico, em Ibadan e Iaundé;
- iii) no que se refere aos centros regionais de formação, já foram empreendidos contactos a fim de obter recursos extra-orçamentais para levar a cabo esta actividade onde o orçamento ordinário é insuficiente.

#### Medicamentos essenciais e vacinas (EDV) - Programa 12.2

50. Salientou-se o aumento do orçamento regional. A aparente diminuição na dotação orçamental a nível dos países, devendo-se ao facto de estes estarem a receber apoio directamente da Sede Mundial da OMS e das outras agências e organizações.

51. O Secretariado informou o Subcomité de que, na altura da elaboração do documento do orçamento, só estavam concedidos 33.000 dólares USA, para 1990/1991, a nível regional. No entanto a Sede Regional, em colaboração com a Sede Mundial, conseguiu garantir cerca de 470.000 dólares USA, para 1990. Estavam em curso negociações visando uma quantia igual, ou superior, para 1991, havendo boas razões para crer que os fundos ainda aumentariam em 1992-1993.

52. Um delegado informou os outros membros do Subcomité dos bons resultados que o seu país estava a obter, com a adesão ao programa EDV, e manifestou a sua satisfação.

Qualidade, inocuidade e eficácia dos medicamentos e vacinas (DSE) - Programa 12.3

53. O Subcomité foi informado dos esforços desenvolvidos pela Sede Regional para apoiar a instalação e desenvolvimento de quatro laboratórios sub-regionais de controle de qualidade nos Camarões, Gana, Níger e Zimbabué, respectivamente.

54. Um membro insistiu no facto de que devia ser dada a mais elevada prioridade ao programa 12.3 - "Qualidade, inocuidade e eficácia dos medicamentos e vacinas". Disse que um país que conhecia bem estava confrontado com graves problemas devido a medicamentos falsos e que não correspondem às normas (particularmente medicamentos antipalúdicos e antibióticos). Sugeriu que a OMS devia facilitar o intercâmbio de informações sobre estas questões. Além disso, sugeriu que a OMS prestasse ajuda, mediante a difusão de informação sobre medicamentos falsos e igualmente prestando assistência técnica para a criação de métodos simples de controlo de qualidade, que pudessem ser utilizados sem equipamento sofisticado.

Medicina tradicional (TRM) - Programa 12.4

55. Tendo lido o documento antes do Comité, um participante deseja saber se a mensagem a levar para os países é a da integração da medicina tradicional na moderna. A resposta foi que os peritos da Região crêem que o termo "integração" pode originar confusões. Na sua interpretação do termo, a medicina tradicional integra o sistema nacional de saúde, ao mesmo nível que a medicina moderna.

56. O Subcomité foi informado de que o Director Regional é altamente favorável à investigação sobre plantas de medicina tradicional praticada num qualquer país, é sempre necessária uma legislação que contemple o assunto.

Reabilitação (RHB) - Programa 12.5

57. As actividades da OMS sobre o programa 12.5 - "Reabilitação", estão orientadas a nível dos países para a promoção da reabilitação baseada na comunidade, identificação das situações e elaboração de programas nacionais de reabilitação integrados nos cuidados primários de saúde.

Prevenção e combate as doenças - Programa 13

58. A Prevenção e combate às doenças, é um dos três programas prioritários escolhidos pela Região. Em muitos países da Região Africana, continuam a ser notificadas epidemias de doenças transmissíveis, e assiste-se a uma recrudescência de outras doenças, nomeadamente o paludismo e a tuberculose. Em conformidade com o Oitavo Programa Geral de Trabalho, há 18 programas que foram incluídos separadamente no Orçamento/Programa para 1992-1993. As metas e as actividades propostas para o biénio estão indicadas e são acompanhadas de quadros orçamentais.

59. No decorrer das discussões, o Subcomité do Programa analisou as metas e as actividades propostas para o biénio de 1992-1993, em particular para os seguintes programas: vacinação, paludismo, outras doenças parasitárias, investigação sobre doenças tropicais, infecções respiratórias agudas, tuberculose e outras doenças transmissíveis.

60. O Subcomité do Programa realçou em seguida o problema da gravidade do paludismo na Regiao Africana. O Subcomité tomou nota, com satisfacao, dos esforços envidados pelo Director Regional para mobilizar recursos extra-orçamentais para o programa e recomendou que esses esforços continuassem.

61. No que respeita às outras doenças transmissíveis, as discussões incidiram sobre os aspectos relativos à utilização da vacinação para combater a febre amarela, a meningite meningocócica e a hepatite B. Indicou-se que, em muitos países, a integração da vacina contra a febre amarela no Programa Alargado de Vacinação já é uma realidade, ao passo que estão a ser levados a cabo projectos pilotos para introduzir a vacina contra a hepatite B no PAV e para avaliar essencialmente a sua viabilidade económica e operacional.

#### Vacinação - (EPI) - Programa 13.1

62. O programa 13.1 - "Vacinação", incidiu sobre as doenças-alvo do PAV e a respectiva redução ou erradicação: a eliminação do tétano neonatal foi fixada para 1995, a erradicação da poliomielite fixada para o ano 2000 e a redução da morbilidade devida ao sarampo fixada em pelo menos 50 por cento para 1995. Antes disso, as actividades do PAV tinham incidido no aumento da cobertura vacinal. Em finais de 1989, a cobertura por BCG era de 60 por cento, por 3ª dose da tríplice de 47%, por 3ª dose da vacina antipoliomielítica oral de 47%, por vacina contra o sarampo de 45 por cento e por 2ª dose da anatoxina tetânica de 25 por cento.

63. Lamentou-se o facto de as verbas afectadas ao nível nacional para o PAV terem diminuído. Foi sublinhado que isso se devia sobretudo ao facto de cinco países não terem incluindo o PAV nos seus orçamentos.

64. Foi levantada uma questão sobre a experiência, até a data, no uso de refrigeradores a energia solar para a cadeia de frio. Em resposta, explicou-se que a utilização de energia solar para a cadeia de frio seria avaliada pelo programa regional em 1990/1991 e que a OMS formaria técnicos em dois cursos a realizar em finais do ano.

65. Os membros do Subcomité levantaram a questão dos injectores sem agulhas a vacinação em massa em relação à SIDA. Em resposta foi dito que não havia provas de que esses injectores transmitissem o VIH, mas que a questão estava a ser analisada mais aprofundadamente. A utilização de seringas e agulhas reutilizáveis, após a respectiva esterilização a vapor, foi recomendada pelo programa. Os injectores sem agulhas podem ser utilizados para a vacinação em massa, especialmente em epidemias, se a situação exigir a vacinação de um grande número de pessoas, num curto período de tempo.

#### Paludismo - Programa 13.3

66. Somente 13 países escolheram o programa de combate ao paludismo como programa prioritário no biénio de 1992-1993. No entanto, o paludismo continua a ser um importante problema de saúde pública e um enorme obstáculo ao desenvolvimento socioeconómico na Regiao. A recente emergência e alastramento de parasitas resistentes aos medicamentos agravou a situação. Os recentes surtos epidémicos graves ocorridos em diversos países, particularmente em zonas de transmissão sazonal, acentuou a urgência da situação. O problema está a ser reconhecido a nível mundial e o Director Regional não poupará esforços para obter verbas extra-orçamentais para este programa.

67. Foi levantada uma questao sobre os esforços que estavam a ser envidados para acelerar a investigaçao sobre vacinas contra o paludismo. Explicou-se que foi constatado que a vacina esporozoita nao era o antigénio que se esperava. Está a ser levada a cabo investigaçao sobre a variedade sintética e pensa-se que alguns produtos melhorados podem estar disponíveis para testes dentro de cinco anos.

#### Investigação sobre doenças tropicais - Programa 13.5

68. A maioria das actividades do programa de investigaçao sobre doenças tropicais (TDR) estao a ser geridas pela Sede Mundial da OMS. Consequentemente, nao houve nenhuma componente no orçamento regional.

69. Em Junho de 1990, as actividades do TDR na Sede Regional consistiam na colaboraçao com 32 centros de investigaçao e na concessao de 283 subvenções para formaçao em investigaçao, de 20 subvenções para visitas de cientistas e de 50 subvenções para reinserçao. Sugeriu-se que fossem concedidas subvenções para intensificar a investigaçao sobre o impacto socioeconómico das doenças tropicais.

#### Doenças diarreicas (CDD) - Programa 13.6

70. Em resposta à questao relativa ao facto de nao haver verbas do orçamento ordinário no orçamento regional para o programa de combate às doenças diarreicas, foi explicado que o programa regional era suportado por fundos extra-orçamentais do programa CDD/HQ e do programa CCCD/USAID. Esperava-se que este apoio se mantivesse ao nível actual ou superior. Somente cinco países incluíram o combate às doenças diarreicas no respectivo orçamento nacional.

#### Investigação e desenvolvimento no campo das vacinas (RDV) - Programa 13.12

71. Para o programa 13.12 "Investigação, preparaçao e aperfeiçoamento de vacinas" havia fundos disponíveis para o apoio regional no âmbito dos programas 13.1 (Vacinaçao) e 12.3 (Qualidade, inocuidade e eficácia dos medicamentos e vacinas).

As novas vacinas que apresentavam interesse para a Regiao eram :

1. A vacina de Edmonston-Zagred, contra o sarampo, que pode ser administrada nas crianças com seis meses de idade; esta vacina estava a ser testada na Gâmbia, no Gana, no Senegal e no Zaire.
2. As novas fórmulas de vacina antipoliomiéltica oral; estas fórmulas estavam a ser testadas na Gâmbia.

Serao utilizados laboratórios da Regiao para apoiar os testes destas vacinas.

#### Programa Mundial de luta contra a SIDA (GPA) - Programa 13.13

72. Observou-se que a inocuidade do sangue e os serviços de transfusao sanguínea eram capitais na luta contra a SIDA. Tal deve ser tomado em consideraçao na formulaçao ou reformulaçao das estratégias do programa de luta contra a SIDA.

73. Atendendo à semelhança existente na epidemiologia da SIDA e da hepatite B, sugeriu-se que se encarasse a possibilidade de integrar as medidas de prevençao e combate para ambas as doenças.

Cegueira e surdez (PBD) - Programa 13.15

74. No que se refere ao programa 13.15, sobre o combate à cegueira e à surdez, um delegado propôs que o programa fosse dividido em duas partes independentes. O Secretariado sublinhou que este programa tinha sido aprovado como tal pelo Oitavo Programa Geral de Trabalho, mas que não havia inconveniente em dividi-lo se fosse necessário. Foi igualmente observado que somente um país escolheu este programa para financiamento.

Cancro (CAN) - Programa 13.16

75. Sobre o programa de combate ao cancro (13.16), foi levantada a questão de integrar a vacinação contra a hepatite B nos cuidados primários de saúde, dado que o custo dessa vacinação é exorbitante.

76. Mencionaram-se exemplos de ensaios de vacinação contra a hepatite B em grande escala, em particular o projecto de vacinação contra a hepatite B, na Gâmbia, em colaboração com a Agência Internacional para a Investigação sobre o cancro de Lyon. Com base na experiência adquirida nesse campo, na Gâmbia, decidiu-se levar a cabo experiências similares nos Camarões e, posteriormente, alargar o programa a outros países.

Doenças cardiovasculares (CVD) - Programa 13.17

77. Quanto ao programa de combate às doenças cardiovasculares (13.17), foi pedido um esclarecimento acerca dos métodos e estratégias de prevenção e combate a estas doenças no seio da população. O Secretariado citou, como exemplo, um projecto integrado de combate às doenças não-transmissíveis, incluindo as doenças cardiovasculares que têm os mesmos factores de risco, em curso na Tanzânia. Esse projecto visava a prevenção e o combate, a nível comunitário, às doenças crónicas e degenerativas que têm os mesmos factores de risco, como sejam o tabagismo, o alcoolismo, os estilos de vida sedentários e um regime alimentar inadequado.

78. Para uma melhor clarificação, o Director Regional citou um outro exemplo relativo ao programa de prevenção e combate à febre reumática e à doença cardíaca reumática, a nível das escolas das crianças do grupo etário de 5-15 anos no Mali, na Zâmbia e no Zimbabué. Foi igualmente indicado que estava programada uma reunião para o próximo ano, para discutir a estratégia de luta contra as doenças crónicas devidas ao regime alimentar.

Outras doenças não-transmissíveis (NCD) - Programa 13.18

79. No que se refere ao programa de Outras Doenças Não-Transmissíveis (13.18), os membros do Subcomité pediram que se analisassem as modalidades tendentes a aumentar o orçamento regional para apoiar o programa de luta contra essas doenças, que constituem um flagelo em Africa.

80. O Director Regional pediu que se estudassem as modalidades de modificar ou aumentar o orçamento, a fim de apoiar as actividades deste programa e, se necessário, para apoiar inclusive as actividades do programa ao nível dos países. Concluindo, o Director Regional sublinhou a necessidade de se proceder a uma procura dinâmica de recursos extra-orçamentais, a fim de apoiar as actividades do programa de doenças não-transmissíveis em geral.

Apoio ao plano de informação sanitária (HBI) - Programa 14

81. O Subcomité aprovou o programa de apoio informativo aos países. Sublinhou-se que, num futuro próximo, a Sede Regional ficaria ligada por sistema de telecomunicações a todas as Representações da OMS nos países, o que nessa altura possibilitará aos investigadores utilizar a biblioteca da OMS para aceder à base de dados internacional de publicações científicas.

Serviços de apoio - Programa 15

82. O Subcomité notou que as tabelas salariais e subsídios das Nações Unidas recentemente aprovados estavam reflectidos num aumento de 20 a 25% dos custos dos programas de apoio para o Pessoal, Administração-Geral, Orçamentos e Finanças e Material e Equipamento para os Estados-membros. Um dos principais motivos deste aumento de custo é o "subsídio de compensação", dado que a Região Africana tem muitos locais de serviço que requerem o mais elevado nível de "subsídio de compensação" e uma viagem de férias por ano em vez de dois em dois anos, para os membros do pessoal e suas famílias.

83. O Subcomité foi informado de que o sistema de abastecimentos da OMS tinha adquirido uma ampla gama de artigos para projectos da OMS. Também adquiriu artigos para os países, numa base reembolsável, tal como autorizado por várias resoluções da Assembleia Mundial da Saúde. As compras foram efectuadas em todo o mundo por intermédio do sistema da Sede Mundial da OMS. As compras foram feitas no UNIPAC, sempre que este entreposto ofereceu o melhor serviço. A OMS não propõe que se retire um montante elevado de dinheiro das actividades programáticas para estabelecer um entreposto como o UNIPAC.

Equipas Interpaíses de desenvolvimento sanitário

84. O Subcomité foi informado de que o posto de Director das Equipas Sub-regionais de Desenvolvimento Sanitário tinham sido suprimidos e que as equipas eram agora chefiadas pelos representantes da OMS no Mali, no Burundi e no Zimbabué, respectivamente. As equipas estavam a ser geridas através das Representações da OMS. As despesas com o pessoal destas equipas eram suportadas por fundos regionais sob a rubrica de actividades interpaíses, embora o apoio fosse inteiramente para cada um dos países da Sub-região. Isto será devidamente assinalado em futuros documentos.

Conclusões sobre a Proposta de Orçamento-Programa 1992-1993

85. O Subcomité lamentou o reduzido financiamento de programas muito importantes, tais como a Saúde dos Adolescentes (9.2), Prevenção e Combate ao Alcoolismo e ao Abuso de Drogas (10.2), Avaliação dos Riscos para a Saúde inerentes aos Produtos Químicos Potencialmente Tóxicos (11.3), Qualidade, Inocuidade e Eficácia dos Medicamentos e Vacinas (12.3) Reabilitação (12.5) e Cegueira e Surdez (13.15). O Director Regional manifestou a sua vontade de descentralizar alguns dos fundos regionais para os países, a fim de serem utilizados em áreas insuficientemente financiadas. Os países devem igualmente analisar os seus programas nacionais em relação aos programas prioritários, como o programa de combate ao paludismo.

86. Após a análise pormenorizada do documento AFR/RC40/2, o Subcomité aprovou o Projecto de Orçamento/Programa para 1992-1993 e adoptou o projecto de resolução do Comité Regional, que solicitava ao Director Regional que transmitisse o documento ao Director-Geral da OMS para inclusão no orçamento da Organização.

## MELHOR APROVEITAMENTO POSSIVEL DOS RECURSOS DA OMS

87. O Subcomité analisou igualmente o documento AFR/RC40/6, intitulado "Melhor utilização possível dos recursos da OMS: Análise da política regional de orçamento programa". O documento resumia acções empreendidas pelos Estados-membros e pelo Director Regional, para pôr em prática a política de orçamento programa aprovada pelo Comité Regional, em 1986.

88. Após ter analisado o documento, o Subcomité aprovou um projecto de resolução do Comité Regional que, entre outras coisas, exortava os Estados-membros a acompanhar os esforços já envidados para aplicar a política de orçamento/programa e solicitava ao Director Regional que, de dois em dois anos, informasse o Comité Regional dos progressos realizados e das dificuldades encontradas na implementação da política.

RELATORIO SOBRE AS REUNIOES DO PROGRAMA (RPM11 a, b e c) (documento AFR/RC40/16)

89. Este documento foi apresentado pelo funcionário da Sede Regional responsável pela gestao.

90. Por via de regra, o objectivo final da Reuniao Regional do Programa consiste em preparar a programação anual das actividades de desenvolvimento sanitário para a Regiao.

91. No entanto, atendendo à atenção particular dedicada aos distritos, considerados a pedra angular da implementação dos cuidados primários de saúde com base no Cenário de Desenvolvimento Sanitário em três fases (aprovado em 1983, em Lusaca, Zâmbia, por ocasião da 35ª Sessão do Comité Regional) e com vista à descentralização das actividades regionais para estabelecer um contacto mais estreito com os países e ao estabelecimento de um órgão mais amplo que emita pareceres qualificados sobre o planeamento do Orçamento/Programa para 1990-1991, decidiu-se proceder em três fases:

- i) RPM11 a): Na Sede Regional, em Brazzaville.
- ii) RPM11 b): Nas Delegações Interpaíses de Desenvolvimento Sanitário, em Bamaco, Bujumbura e Harare.
- iii) RPM11 c): Em todos os países da Regiao.

92. A Comissao Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário (CCADS) reunida em Brazzaville, entre 6 e 8 de Fevereiro de 1989, abordou a questao relativa à definição dos distritos sanitários, em conformidade com a resolução AFR/RC37/R4 e analisou a operacionalidade dos distritos, propondo directrizes para a definição de objectivos e de critérios de operacionalidade susceptíveis de serem quantificados.

93. As RPM 11 a) e b) forneceram clarificações sobre o conceito de distrito operacional e realçaram as relações entre os 12 indicadores mundiais, os 27 indicadores regionais e os critérios de operacionalidade para os distritos no âmbito do processo de acompanhamento dos progressos realizados na instauração da SPT/2000.



94. Os objectivos da RPM 11 c) foram os seguintes:

- i) analisar a situação dos distritos sanitários e determinar o respectivo grau de operacionalidade;
- ii) analisar os programas de saúde a nível intermédio, com particular realce para os recursos, as actividades e o impacto;
- iii) analisar os planos pormenorizados do Orçamento/Programa para 1990/1991, tendo em conta os programas prioritários e elaborados em consonância com os projectos susceptíveis de serem financiados;
- iv) promover uma maior colaboração intersectorial.

#### Análise dos relatórios

95. Somente 13 países não puderam realizar a RPM 11 c). Quatro dos 21 relatórios recebidos (19%) mostraram que a RPM 11 c) havia sido precedida por um inquérito no terreno.

96. Com base nos critérios de operacionalidade definidos e a despeito das diferenças observadas nos relatórios, mais de 53 por cento dos distritos, em 14 países, foram considerados operacionais.

97. A opção escolhida em 19 entre 21 países (90,4%) consistiu em concentrar os recursos da OMS sobre os programas prioritários; cinco países apresentaram projectos susceptíveis de serem financiados.

98. A colaboração intersectorial foi encarada através de uma estratégia multidisciplinar e multisectorial, pelos governos, ONG e agências especializadas. No entanto, as diferenças nas políticas dos vários organismos financiadores foram consideradas como a dificuldade principal da estratégia preferida.

99. Em conclusão, a RPM 11 foi considerada um instrumento que permitiu aos países e à OMS avaliar os progressos realizados nos programas de cuidados primários de saúde, graças à experiência obtida para conceber melhor um orçamento/programa realista, que possa acelerar mais eficazmente a instauração da SPT/2000. A operacionalidade dos distritos foi considerada um conceito importante. Os critérios de avaliação seleccionados, embora realçando o nível distrital, revelaram as lacunas existentes aos níveis intermédio e central. Preenchendo estas lacunas e reforçando esses níveis, a prestação do apoio técnico e estratégico será melhor assegurada.

100. Por último, estas fases da RPM 11 tiveram um efeito positivo na descentralização, que a CCADS havia recomendado como um instrumento eficiente da gestão dos sistemas de saúde.

#### COMISSAO CONSULTIVA AFRICANA PARA O DESENVOLVIMENTO SANITARIO (documento AFR/RC40/17)

101. A 10a reunião da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário (CCADS) realizou-se em Brazzaville, entre 11 e 15 de Junho de 1990, sob a presidência do Professor L. Kaptue. Nessa ocasião usaram da palavra o Ministro da Saúde do Congo, Sua Excelência, Dr. Ossebi Douniam, e o Director Regional, Dr. G. L. Monekosso.

102. A CCADS analisou os seguintes pontos:

- i) quadro de gestao para reforçar os critérios e programas de saúde;
- ii) critérios de avaliação da capacidade de gestao dos sistemas de saúde;
- iii) mobilização de todos os recursos disponíveis para a saúde;
- iv) quadro de investigação para acompanhar os progressos realizados;
- v) políticas de financiamento, de saúde.

103. Na discussão do quadro de gestao para reforçar os sistemas e programas de saúde, a CCADS analisou a matriz de desenvolvimento sanitário e reconheceu que:

- i) a execução e a gestao das actividades seleccionadas implicam, pelo menos, três parâmetros, a saber: a gestao, as tecnologias e os recursos;
- ii) a cada nível de um dado país, o processo de gestao deveria ser melhorado a fim de que, dentro dos recursos disponíveis e utilizáveis, as melhores tecnologias possam ser adquiridas para executar as actividades.

104. No âmbito do ciclo de gestao, ou seja, planeamento, organização, designação de pessoal, liderança, controlo (acompanhamento e avaliação) e reprogramação, a CCADS considerou importante ter em conta as numerosas inter-relações que ligam a avaliação, a formação e a investigação. Além disso, a CCADS recomendou a integração do processo de gestao dos sistemas e programas nacionais de saúde nas estruturas e instituições existentes.

105. A CCADS analisou e aprovou a escolha dos três programas prioritários regionais - prevenção e combate à doença; saúde materno-infantil, incluindo o planeamento familiar; abastecimento de água e saneamento do meio ambiente - tendo observado, porém, o aumento da importância da prevenção dos acidentes e da saúde dos jovens. Outros programas podiam ser escolhidos "à la carte", com base numa situação epidemiológica, económica, social e demográfica do país e em função de uma retro-informação adequada e de um quadro apropriado de acompanhamento e avaliação.

106. Considerou-se necessário criar um serviço de investigação no Ministério da Saúde, com particular realce para a "Investigação sobre sistemas de saúde" (considerado uma expressão mais completa de que "Investigação operacional").

107. Por último, as dificuldades identificadas no quadro de gestao, compreenderam a formação inadequada de pessoal de terreno em investigação, a falta de adaptação entre a formação e as tarefas de gestao a executar, uma colaboração intersectorial inadequada, uma coordenação inadequada dos organismos de cooperação bilateral e dos doadores, o fraco nível de participação comunitária e uma descentralização deficiente. O empenho político, o desenvolvimento da liderança, a investigação no campo da saúde, a formação do pessoal e a mobilização social foram consideradas soluções eficazes para superar estas dificuldades.

108. Foi recomendado que os conselhos nacionais de saúde tivessem uma composição multisectorial e relações de trabalho com os departamentos dos vários sectores governamentais e ONG, ao nível central. A CCADS aprovou os critérios de operacionalidade.

109. No entanto, foram sugeridos alguns exemplos concretos para definir com mais precisão alguns dos critérios. Embora concordando com as estratégias propostas para a mobilização de recursos ao nível distrital, a CCADS recomendou que os docentes e os seus estudantes, bem como os líderes políticos e religiosos, fossem considerados como parceiros nas actividades de desenvolvimento comunitário. Ao nível provincial, a parceria devia efectuar-se no domínio da gestão e da organização de sistemas de saúde, para além da prestação de conselhos técnicos. O papel do Ministério da Saúde no planeamento, na coordenação e na mobilização de recursos para os níveis provincial e distrital requer o seu reforço nestas áreas. Além disso, foi recomendado que fosse dada ênfase à gestão em formação e à investigação no campo da saúde. Sugeriu-se que se procedesse à criação de um serviço de coordenação e de consulta em matéria de investigação em cada Ministério da Saúde, ao qual caberia definir as prioridades em matéria de investigação, inventariar e acompanhar os projectos, apoiar as actividades de investigação e utilizar e difundir os resultados da investigação.

110. Após ter analisado três documentos (um sobre a promoção da investigação, um sobre o acompanhamento dos progressos realizados na instauração da SPT/2000 e um outro sobre os 27 indicadores de saúde), a Comissão reafirmou a importância da investigação no campo da saúde e sugeriu, entre outras coisas, que os Ministérios da Saúde consagassem 5 por cento dos seus orçamentos à investigação no campo de saúde.

111. A CCADS reafirmou que os 27 indicadores eram determinantes-chave do estado de saúde da comunidade e apelou ao seu alargamento com vista a cobrir as crianças do grupo etário de 6-9 anos. Foi prestada uma atenção particular às formas como tornar os indicadores mais úteis e práticos. O Subcomité do Programa apoiou as recomendações da CCADS.

112. O Director Regional informou que 30 países da Região tinham começado a aplicar os 27 indicadores de saúde. Em seguida, referiu-se à concessão de subvenções para a investigação, à criação de coordenadores para a investigação, à difusão dos resultados da investigação e à utilização destes últimos na tomada de decisões, como algumas das vias pelas quais a Região tencionava reforçar a investigação no campo da saúde.

113. Por último, a CCADS, após ter analisado um documento do Banco Mundial sobre a saúde, reafirmou que os países africanos estavam conscientes das suas responsabilidades na gestão do sector da saúde e apelou a uma acção de colaboração no âmbito do Cenário Africano de Desenvolvimento Sanitário que está a ser aplicado pelos países.

114. Após esta apresentação não houve discussões, tendo o relatório sido aprovado por unanimidade.

PREPARACAO E INTERVENCAO NAS SITUACOES DE EMERGENCIA LIGADAS AS CATASTROFES NATURAIS E AS EPIDEMIAS EM AFRICA (documento AFR/RC40/8 Rev.1)

#### Relatório do Director Regional

115. O relatório do Director Regional sobre a "Preparação e intervenção nas situações de emergência ligadas às catástrofes naturais e às epidemias em África" (documento AFR/RC40/8 Rev. 1), foi apresentado pelo Dr. Calvani.

116. Em 1987-1988, a Africa foi vítima de diversas catástrofes naturais e de epidemias que afectaram mais de 100 milhoes de pessoas. A declaração das Nações Unidas sobre a Década Internacional para a Redução das Catástrofes Naturais (1990-2000), visava chamar a atenção internacional para estes problemas e melhorar a capacidade dos Estados para resolvê-los. Os governos dos Estados-membros deverao desempenhar um papel de primeiro plano na gestao e na redução das catástrofes naturais e das epidemias, solicitando os recursos das Nações Unidas e do conjunto das nações para a prevenção, a detecção e a gestao das situações de emergência e, finalmente, para a preparação com vista a fazer face às catástrofes. O papel do programa da OMS de preparação e de intervenção nas situações de emergência consistia em orientar e apoiar os Estados-membros, a fim de que possam ocupar-se especificamente dos aspectos sanitários das situações de emergência, graças à elaboração de programas de preparação e de organização da gestao das situações de emergência, com vista a atenuar os seus efeitos nefastos.

117. Durante uma breve discussao tida após a apresentação, os membros sugeriram algumas emendas na versao final do documento e apoiaram o projecto de resolução sobre este assunto, que será apresentado ao Comité Regional.

#### CONCLUSOES

118. O Subcomité do Programa reuniu-se em 3 e 4 de Setembro de 1990 em Brazzaville, antes de 40a sessao do Comité Regional Africano, tendo analisado cinco temas principais relativos ao reforço do desenvolvimento sanitário na Regiao Africana. O Subcomité elogiou o trabalho efectuado pelo Director Regional e pelo seu pessoal, tendo feito um certo número de recomendações a submeter à apreciação do Comité Regional.

## APENDICE 1

LIST OF PARTICIPANTS  
LISTE DES PARTICIPANTS  
LISTA DOS PARTICIPANTES

## QUENIA

Dr J. Otete  
Senior Deputy Director of Medical Service  
Nairobi

## LESOTO

Mrs M. Matsau  
Chief Health Planner  
Health Planning & Statistics Unit  
Ministry of Health  
P.O. Box 514  
Maseru

## MALI

Dr Zakaria Maiga  
Conseiller technique  
Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales  
Bamako

## MAURITANIA

Dr Dah Ould Cheikh  
Directeur, et Hygiène Protection sanitaire  
Ministère de la Santé et des Affaires sociales  
B.P. 4501  
Nouakchott

## MAURICIA

Mr S. Subramanien  
Principal Secretary  
Port-Louis

## MOCAMBIQUE

Sr L. Chomera  
Director Nacional Adjunto da Saúde  
Ministério da Saúde  
C.P. 264  
Maputo

Apêndice 1

## NIGER

M. Abdoulaye Sabbou Maiga  
Secrétaire général adjoint  
du Ministère de la Santé publique  
Niamey

## NIGERIA

Dr G. A. Williams  
Director of Disease Control and International Health  
Federal Ministry of Health  
New Secretariat, Phase II  
Ikoyi/Lagos

## RUANDA

Dr J. P. Kanyamupira  
Directeur général de la Santé  
B.P. 84  
Kigali

## SENEGAL

Dr Fodé Diouf  
Conseiller technique du Ministère de la Santé publique  
et de l'Action Social  
Dakar

## SEYCHELLES

Mrs M. Pragassen  
Director General (PHC)  
Ministry of Health  
P.O. Box 52  
Matré

\*

Nao pôde participar

Apendice 1

## SECRETARIADO

Dr G. L. Monekosso  
Director Regional

Dr Madiou Touré (DPM)  
Director, de Gestao do Programa

Dr C. Tiny  
(CRD)

Mr D. E. Miller (DSP)  
Director, do Programa de Apoio

Dr H. Martins (PM1)  
Chefe do Programa, Apoio aos Sistemas Nacionais de Saúde

Prof. P. O. Chuke (PM2)  
Chefe do Programa, Protecção e Promoção da Saúde em Geral

Dr D. Barakamfitye (PM3)  
Chefe do Programa, Prevenção e combate à Doença

Dr F. K. Wurapa  
Funcionário da Sede Regional (CD2)

Dr K. V. Bailey  
Funcionário da Sede Regional (NUT)

Mr W. D. Chelemu  
Funcionário da Sede Regional (EDV)

Mr C. N. Kaul  
Responsável interino pelo serviço de Orçamento e Finanças na Sede Regional (BFO)

Mr A. Tounkara  
Responsável pelos Serviços Administrativos (ASO)

Dr. Calvani  
WHO Pan-African centre for Emergency Preparedness  
and Response  
Adis-Ababa

## APENDICE 2

## PROGRAMA DE TRABALHO

1. Abertura da reuniao
2. Eleição do Vice-presidente e do Relator
- 3.a Melhor aproveitamento possível dos recursos da OMS : análise da política regional de orçamento/programa (documento AFR/RC40/6)
- 3.b Projecto de Orçamento/Programa para 1992-1993 (documento AFR/RC40/2)
4. Relatório sobre a Reuniao Regional para o Programa (RPM 11 a,b,c,) (documento AFR/RC40/16)
5. Relatório da Comissao Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário (CCADS) (Documento AFR/RC40/17)
6. Preparação e resposta às situações de emergência em Africa Documento AFR/RC40/8/Rev.1
7. Distribuição das tarefas para a apresentação, ao Comité Regional, do relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC40/18)
8. Encerramento da reuniao.



RELATORIO DA REUNIAO DO SUBCOMITE DO PROGRAMA  
REALIZADA EM 12 DE SETEMBRO DE 1990

INTRODUCAO

1. O Subcomité do Programa reuniu-se Quarta-feira, 12 de Setembro de 1990, em Brazzaville (Congo), imediatamente após o encerramento da 40ª sessão do Comité Regional. A lista dos participantes consta do apêndice 1.
2. O Subcomité elegeu a Sra. M. Pragassen (Seychelles), que era o Vice-presidente cessante, como Presidente, o Professor J. Mbede (Camaroes) como Vice-presidente e o Dr. I. Tejan-Jallow (Serra Leoa) como Relator. A Presidente agradeceu aos membros do Subcomité do Programa a confiança que depositaram nela e no seu país, elegendo-a para o cargo de Presidente.
3. O programa de trabalho foi aprovado sem emendas (apêndice 2).

PARTICIPACAO DOS MEMBROS DO SUBCOMITE DO PROGRAMA  
EM REUNIOES DE INTERESSE PROGRAMATICO

4. O Director do Programa de Apoio apresentou o documento AFR/RC40/29 que compreendia, inter alia, duas reuniões de interesse programático em que deviam participar membros do Subcomité do Programa, em 1990-1991. Após ter analisado o documento, o Subcomité do Programa acordou, por unanimidade, na participação indicada no seguinte quadro :

QUADRO

PARTICIPACAO DOS MEMBROS DO SUBCOMITE DO PROGRAMA  
EM REUNIOES DE INTERESSE PROGRAMATICO - 1990/1991

Nome, local e data da reuniao	Objectivos	Língua	Membros participantes
1. Reunioes Sub-regionais do Programa - Bamaco - Bujumbura - Harare Sucessivamente/simultaneamente em Fevereiro de 1991	Modalidades de apoio técnico e logístico aos Estados-membros nos seus esforços para prestar cuidados primários de saúde às suas populações; AFROPOC e elaboração do orçamento do programa dos países	I/F/P	SR/I - Senegal SR/II - Zaire SR/III - Suazilândia
2. Comissao Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário (CCADS), Brazzaville, Junho/Julho de 1991	Analisar as principais questões da saúde, como, por exemplo, gestão, formação, investigação e política de saúde	I/F/P	Seychelles

5. O Subcomité do Programa discutiu o último calendário de substituição dos membros do Subcomité do Programa (ver apêndice 3).

6. Além disso, os membros pediram esclarecimentos sobre o seu papel nas Reuniões Sub-regionais do Programa. Foi-lhe explicado que enquanto membros do Subcomité do Programa, eles eram representantes do Comité Regional nas reuniões. Representavam, pois, os órgãos directivos nessas reuniões. Fez-se observar que o mandato do Subcomité previa a participação dos seus membros em reuniões de interesse programático.

7. Foi explicado que era o Estado-membro do Comité Regional que era nomeado para o Subcomité do Programa e, por conseguinte, era o Estado-membro que designava um representante para participar nas reuniões. Um Estado-membro pode substituir o seu representante no Subcomité. Apenas um representante por país é membro do Subcomité.

#### DATA E LOCAL DA PROXIMA REUNIAO

8. A Presidente informou os membros do Subcomité do Programa de que a data e local da próxima reunião do Subcomité do Programa ser-lhes-iam comunicados ulteriormente pelo Secretariado.

#### ENCERRAMENTO DA REUNIAO

9. A Presidente agradeceu aos membros o seu apoio e os seus contributos pertinentes para as discussões, tendo-lhes desejado votos de felicidades e "bon voyage".

## APENDICE 1

## LISTA DOS PARTICIPANTES

## NIGER

M. Abdoulaye Sabou Maiga  
Secrétaire général adjoint du Ministère de la Santé  
Niamey

## NIGERIA

Dr G. A. Williams  
Director of Disease Control and International Health  
Federal Ministry of Health  
Ikoyi/Lagos

## RWANDA

Dr J. B. Kanyamupira  
Directeur général de la Santé  
B.P. 84  
Kigali

## SAO TOME E PRINCIPE

Dr A. Soares Marques de Lima  
Director do Hospital Dr Ayres de Menezes  
Sao Tomé

## SENEGAL\*

Nao pôde participar

Apêndice 1

## SEYCHELLES

Mrs M. Pragassen  
Director-General (PHC)  
Ministry of Health  
Mahe

## SERRA LEOA

Dr Ibrahim Tejan-Jalloh  
Deputy Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Freetown

## SUAZILANDIA

## OUGANDA

Dr E. G. Muzira  
Director of Medical Services  
Ministre of Health  
Entebbe

## ZAIRE

Dr Duale Samba  
Directeur du Projet Soins de Santé primaires en milieu rural (SANRU)  
B.P. 3555  
Kinshasa - Gombe

## CAMEROUN

Prof. J. Mbede  
Ministre de la Santé publique  
Yaoundé

Apêndice 2

## PROGRAMA DE TRABALHO

1. Abertura da reuniao
2. Eleição do Presidente, do Vice-Presidente e do Relator
3. Participação dos membros do Subcomité do programa em reuniões de interesse programático para o programa (documento AFR/RC40/29)
4. Data e local da próxima reuniao
5. Encerramento da reuniao.

## Apêndice 3

COMITE REGIONAL - 40a SESSAO  
CALENDARIO DE SUBSTITUICAO DOS MEMBROS  
DO SUBCOMITE DO PROGRAMA

País	Ano de selecção	1989	1990	1991	1992	1993	1994
			Mandato				
Argélia				1992/93			
Angola*				1992/93			
Benim				1992/93			
Botsuana							
Burquina Fasso					1993/94		
Burundi					1993/94		
Camaroes**			1991/92		1993/94		
Cabo Verde					1993/94		
República Centr.					1993/94		
Chade					1993/94		
Comores						1994/95	
Congo						1994/95	
Guiné-Equatorial						1994/95	
Etiópia						1994/95	
Gabao						1994/95	
Gâmbia						1994/95	
Gana							1995/96
Guiné							1995/96
Guiné-Bissau							1995/96
Côte d'Ivoire							1995/96
Quênia							1995/96
Lesoto							1995/96
Libéria							(1996/97)
Madagáscar							(1996/97)
Malauí							(1996/97)
Mali							(1996/97)
Mauritânia							(1996/97)
Maurícia							(1996/97)
Moçambique							
Namibia							
Níger	1990/91						
Nigéria	1990/91						
Ruanda	1990/91						
Sao Tomé e P.	1990/91						
Senegal	1990/91						
Seychelles	1990/91						
Serra Leoa		1991/92					
Suazilândia		1991/92					
Togo		1991/92					
Uganda		1991/92					
Tanzânia			1992/93				
Zaire		1991/92					
Zâmbia			1992/93				
Zimbabue			1992/93				

\* Angola participou nas sessões de 1978/79 e o seu mandato terminou na sessão de 1985. O seu próximo mandato será em 1992.

\*\* Em 1979, quando se elaborou o primeiro calendário de substituição, os Camarões constavam da lista como República Unida dos Camarões (United Republic of Cameroon) e encontrava-se imediatamente antes da República Unida da Tanzânia (United Republic of Tanzania). Quando se elaborou o segundo calendário em 1984, os Camarões constava da lista como Camarões e encontrava-se imediatamente antes de Cabo Verde tendo por conseguinte, perdido a sua vez. Daí a sua eleição em 1990.

## RELATORIO DAS DISCUSOES TECNICAS

Gestao dos sistemas de saúde:  
Quadro para reforçar os sistemas nacionais de saúde

## INTRODUCAO

1. As discussões técnicas da 40a. Sessão do Comitê Regional realizaram-se em Brazzaville, na Sede Regional da OMS em África, a 8 de Setembro de 1990 sob o tema "Gestão dos Sistemas de Saúde". Foram presididas pelo Médico Comandante Lamine Cisse Sarr, do Senegal, em substituição ao Senhor Martial Mboumba, do Gabão, impossibilitado de comparecer.

2. As seguintes pessoas foram designadas como relatores:

Grupo I: Dr. Juliao César (Guiné-Bissau)

Grupo II: Senhora M. G. Manyeneng (Botsuana)

Grupo III: Dr. D. Kielem (Burquina Fasso)

3. Foram constituídos três grupos de trabalho:

- i) Grupo I: trilingue (português, inglês, francês) que dedicou especialmente aos problemas de gestão técnica ao nível intermédio (província/região)
- ii) Grupo II: Anglófono, que estudou em particular os aspectos da gestão operacional a nível local (distrito).
- iii) Grupo III: Francófono, cujos trabalhos se centraram principalmente sobre a gestão estratégica ao nível central.

## APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS DE TRABALHO

4. Os documentos de trabalho AFR/RC40/TD/1 Rev.1 e AFR/RC40/TD/1 Add. 1, foram apresentados em nome do Diretor Regional, por M. S. Ngalle Edimo, Funcionário da Sede Regional.

5. Durante a sua intervenção, o orador fez os seguintes comentários:

- lamentava as deficiências de gestão dos sistemas sanitários, reflectindo assim as preocupações da OMS e dos Estados-membros;
- apresentou o desenvolvimento sanitário cujo resultado é uma população com boa saúde, graças aos programas de saúde apoiados por uma gestão sanitária a todos os níveis e agindo sobre as variáveis que são os recursos e as opções tecnológicas;

- recordou o desenvolvimento do sistema de saúde na Região que coloca a tónica na abordagem em prol do reforço das capacidades de gestão dos países (1990-1994), através dos procedimentos e das técnicas de gestão (1990-1992), o apoio à gestão pela formação (1990-1993) e a investigação operacional (1992-1994);
- Descreveu o papel do processo de gestão para ligar as estruturas (por exemplo comissões de desenvolvimento e de saúde, equipa sanitária) as instituições (por exemplo centros e postos de saúde e hospitais) do sistema nacional, que deveria desenvolver-se sobre uma gestão prática e operacional, ao nível distrital, técnica ao nível intermédio e estratégica ao nível central, tendo como tela de fundo a mobilização social e a promoção da colaboração intersectorial e multidisciplinar a fim de combater as restrições ligadas à crise económica e às dificuldades sociais impostas pela SIDA;
- indicou como os diferentes programas de saúde, comunitários ao nível local, prioritários ao nível intermédio e nacionais ao nível central, podiam, segundo as especificações dos países ou das regiões, serem progressivamente completados pelas escolhas "à la carte" por nível. Em todos os casos, a investigação de auto-financiamento das actividades sanitárias, a mobilização social para lutar contra as dificuldades sociais não deviam ser negligenciadas.
- precisou, finalmente, as funções de apoio de gestão, técnicas e administrativas das equipas da OMS nos países para apoiar efectivamente a gestão, a formação e a investigação ao nível dos países. Exemplos práticos de gestão operacional, técnica e estratégica foram sublinhados em relação com o documento AFR/RC40/TD/1 Add. 1, a fim de estimular as discussões de grupo e recordar a necessidade de acções concretas para passar progressivamente da mediocridade à excelência.

6. Em seguida a essa apresentação, um representante expressou ao Director Regional as suas entusiásticas felicitações pela qualidade do documento apresentado. Com base na sua experiência, ofereceu como informações complementares, as causas das lacunas na gestão dos sistemas de saúde, particularmente a descentralização sem delegação de autoridade, a centralização excessiva, a concentração do poder, a penúria de pessoal bem formado para os postos ocupados, a falta de motivação, os salários muito baixos, as fraudes, a ausência de privatização de certas secções dos hospitais (lavandaria e restaurante).

7. Como exemplos precisos, o Director Regional, admitindo a pertinência das causas de deficiências de gestão enumeradas, mostrou como na maior parte dos casos, uma gestão racional e bem compreendida pode reduzir e até mesmo eliminar completamente os males dos problemas evocados. Solicitou que no decorrer das discussões, os participantes, com a mesma intenção, procurassem utilizar diferentes níveis do sistema de saúde e propusessem as abordagens inovadoras para que a gestão se transformasse em realidade na prática quotidiana do conjunto das equipas encarregadas do desenvolvimento sanitário.

8. O Presidente felicitou, igualmente, o Director Regional pela pertinência do tema "gestão dos sistemas de saúde" que surge no momento oportuno, os documentos de trabalho profícuos em ensinamentos, minuciosos, claros, precisos e baseados em exemplos concretos.



9. Convidou, em seguida, os participantes a reintegrarem os seus grupos respectivos, segundo as instruções do Guia para as Discussões Técnicas AFR/RC40/TD/2.

#### RELATORIOS DE GRUPO

10. A pedido do Presidente, os Relatores apresentaram, respectivamente, a gestão operacional para o Grupo II, anglófono, a gestão técnica para o Grupo II, trilingue e a gestão estratégica para o Grupo III, francófono. De entre estes diferentes relatórios, destacam-se as seguintes conclusões:

##### 10.1. GESTAO OPERACIONAL (Grupo II)

###### Obstáculos

- a) Desconhecimento das responsabilidades das equipas distritais de saúde.
- b) Ausência de metas, objectivos e planos de acção.
- c) Sub-utilização dos mecanismos de coordenação existentes.
- d) Insuficiência de formação em gestão.
- e) Perfil de carreira aleatório.
- f) Insuficiência de motivação por parte das equipas distritais de saúde .
- g) A comunidade não participa completamente no planeamento.
- h) Centralização excessiva.
- i) Insuficiência, nomeadamente humanos e de meios de transporte.
- j) Falta de apoio do escalão superior.
- k) Falta de confiança recíproca entre os parceiros.
- l) Conflitos de interesse entre os governos e as ONG.
- m) Pressões políticas e privadas.
- n) Coordenação inadequada inclusive com as Universidades.

###### Soluções propostas para atenuar as restrições

- a) Actualizar as informações relativas às equipas distritais de saúde.
- b) Preparação e distribuição após discussão com a comunidade e as ONG dos planos de acção que devem ser efectivamente realizados.
- c) O melhor aproveitamento possível dos mecanismos de coordenação a dinamizar em caso de necessidade.
- d) Empreender a actividade de formação em gestão.
- e) Promover um perfil de carreira a nível da equipa distrital de saúde.

- f) Prever possibilidades de motivação do pessoal.
- g) Formar agentes de saúde de aldeia, bem como os membros da comunidade que devem ter autoridade para determinar as suas necessidades prioritárias e a maneira prevista para a implementação e avaliação dos seus programas.
- h) Proceder a uma descentralização progressiva e bem preparada, tanto no seu planeamento como na sua programação, bem como dos mecanismos de comunicação e de formação.
- i) Assegurar uma distribuição racional dos recursos segundo as prioridades.
- j) Os níveis superiores deverao ser informados e fornecer o seu apoio ao nível operacional.
- k) Criar uma atmosfera de tolerância, confiança e aceitação.
- l) Promover o diálogo entre o governo e as ONG, com base na política sanitária do governo.
- m) Importância do empenhamento político e do consenso no plano do desenvolvimento sanitário distrital.
- n) Reforçar o papel das comissoes distritais de desenvolvimento sanitário, a fim de promover as actividades intersectoriais e a participação comunitária.

## 10.2. GESTAO TECNICA (Grupo I)

### Obstáculos

- a) Fraco nível de coordenação entre os parceiros, nomeadamente as ONG.
- b) Ausência ou fraca vontade política para tornar efectiva a descentralização, a colaboração intersectorial e a participação comunitária.
- c) Falta de enquadramento jurídico.
- d) Limitação da formação em gestao, por parte dos responsáveis do nível intermédio.
- e) Ausência, por vezes, de estruturas, tal como preconizadas no cenário.
- f) Falta de tecnologias apropriadas ao nível intermédio.
- g) Existência de vários programas verticais.

Soluções propostas

- a) Promover, através de reuniões periódicas dos parceiros do desenvolvimento sanitário, incluindo as ONG, a colaboração e a coordenação com a participação comunitária (através dos eleitos).
- b) Assegurar a descentralização do sistema sanitário no quadro de uma descentralização global.
- c) Elaborar um quadro jurídico, como por exemplo um código de saúde pública, para a organização do sistema sanitário (objectivos, estratégias, normas de gestão e técnicas básicas).
- d) Garantir a formação em gestão para aumentar as competências em gestão como requisito para a descentralização.
- e) Criar estruturas que se aproximem das propostas pelo Cenário africano do desenvolvimento sanitário e dar às comissões de saúde e de desenvolvimento poderes efectivos.
- f) Associar os elementos técnicos e de gestão, de modo a que as actividades dos programas beneficiem de tecnologias apropriadas.
- g) Integrar os programas verticais nas estruturas e instituições existentes, através do processo de gestão.

10.3. GESTAO ESTRATEGICA (Grupo III)Obstáculos na implementação do processo de gestão

- a) Falta de envolvimento dos beneficiários e de outros intervenientes do sistema de saúde no processo de planeamento.
- b) Objectivos muito mal definidos sem ter em conta a pertinência, exequibilidade, realismo e o contexto geopolítico social.
- c) Falta de um sistema de informação orientado para a gestão.
- d) Afectação inadequada dos recursos humanos, materiais e financeiros.
- e) Inadequação entre o perfil do pessoal e o cargo que ocupa.
- f) Instabilidade na função exercida.
- g) Inexistência da formação contínua.

Soluções propostas

- a) Promover mecanismos de concertação entre todos os parceiros e beneficiários dos programas de saúde (sectores ligados à saúde, ONG, organismos de cooperação bilateral ou multilateral).
- b) O nível intermédio deve traduzir as políticas de saúde em planos de acção adaptados ao contexto local, levando igualmente em conta as necessidades expressas para apoiar tecnicamente os distritos.
- c) Desenvolver o sistema de informação, identificando as informações utilizáveis para a gestão, a todos os níveis do sistema de saúde, e aperfeiçoando os mecanismos para reduzir o tempo de recolha e de exploração dos dados e, por último, recorrendo aos indicadores úteis à gestão.

- d) Estabelecer procedimentos de gestao dos recursos humanos (incluindo a motivação, a descrição das tarefas e os mecanismos de sanções), materiais (as fichas de controlo, a uniformização dos equipamentos, as fichas de supervisao, etc.) e financeiros (procedimentos de preparação, acompanhamento e controlo de execução do orçamento, sistemas de controlo e de supervisao, etc.).
  - e) Estabelecer um plano de utilização dos recursos humanos (perfil de carreira em função das competências e/ou experiência adquirida).
  - f) Procedimentos de gestao do pessoal que definam a duração de um dado posto de trabalho e a passagem da periferia para o nível central, por exemplo.
  - g) Uma das principais funções do nível intermédio é identificar as necessidades de formação e garantir a formação contínua.
11. Após a discussão dos relatórios de grupo, o debate geral permitiu constatar dois factos. Por um lado, os participantes deploraram as pressões exercidas pelos organismos financiadores para fazer aceitar ou rejeitar os programas de saúde, devido a razões que nem sempre são técnicas; por outro lado, os participantes consideraram que é necessário que todos os países tenham uma política de saúde apoiada por planos de acção, na base dos quais os projectos válidos possam ser apresentados aos organismos financiadores.
12. Todavia, verificou-se que a situação de crise e certas situações geográficas devem levar os Ministérios da Saúde a explorar todos os sistemas de informação e outros canais utilizados pelos organismos financiadores, a fim de que as prioridades dos Estados no campo da saúde sejam efectivamente tidas em conta.
13. Os representantes do PNUD e do UNICEF aproveitaram a oportunidade para apresentar as sequências de programação dos seus organismos.
14. Para a maioria dos participantes, embora as discussões técnicas não façam parte do Comité Regional, parece necessário, atendendo à sua importância e ao intercâmbio que daí resulta, que doravante lhes seja consagrado um período de tempo mais longo.

#### CONCLUSAO

15. Antes de encerrar as discussões técnicas, o Presidente, em nome de todos os representantes dos Estados-membros reafirmou ao Director Regional as calorosas felicitações dos participantes, pela clareza e riqueza dos documentos de trabalho que permitiram discussões pragmáticas, apaixonantes e muito úteis, o que da parte do Director Regional é uma prova suplementar da sua disponibilidade para ajudar os Estados-membros a trabalhar no sentido de uma melhor gestão dos seus sistemas de saúde. "É imperioso, na alvorada do ano 2000, tornar os nossos sistemas de gestão mais eficazes e sobretudo mais eficientes para estarmos igualmente todos presentes no encontro da saúde para todos. Esta saúde para todos encontra-se ao nosso alcance não exigindo mais da nossa parte do que um pouco de imaginação e originalidade".

16. Para o Presidente, os documentos de trabalho enriquecidos pelas discussões do grupo constituem um precioso utensílio para o melhoramento da gestão dos temas de saúde em Africa, onde o contexto de recessão económica torna imperioso racionalizar a utilização dos poucos recursos existentes. "Tendo tomado consciência dos reais problemas de gestão a todos os níveis do sistema de saúde, cumpre-nos agora enfrentar o desafio, não através de uma simples resolução, mas de um firme empenhamento na aplicação do processo de gestão, tal como recomendado no espírito do cenário e conceito de desenvolvimento sanitário".

17. Foi neste mesmo espírito que, para terminar, o Presidente recomendou a aprovação dos documentos AFR/RC40/TD/1 Rev.1 e AFR/RC40/TD/1 Add.1, que serviram de base às discussões técnicas.

## APENDICE 1

## RELATORIO DO GRUPO

## GRUPO II - GESTAO A NIVEL DISTRITAL/LOCAL

Presidente : Dr. E.G.N. Muzira, Uganda

Relator : Mrs. W.G. Manyeneng, Botsuana

Q.3. Papel do processo de gestao para ligar as estruturas e instituicoes do sistema de saude

3. Aos niveis distrital, provincial, central, existem estruturas que, em principio, deveriam favorecer a colaboracao multissectorial e assegurar a gestao e a supervisao do sistema de saude, no ambito geral do desenvolvimento socioeconomico. Quer se trate da comissao de desenvolvimento aos niveis de aldeia, dos distritos ou das provincias, quer se trate do Conselho Nacional de Saude a nivel central, essas estruturas, bem com as respectivas subcomissoes de saude a todos os niveis, sao frequentemente pouco eficazes.

- a) Quais sao as principais causas que impedem a ligacao entre essas estruturas e instituicoes?
- b) Como e que se podem ligar estas estruturas e instituicoes para redinamizar e aumentar a sua eficacia?
- c) Como fazer dessas estruturas e instituicoes verdadeiros instrumentos de cooperacao e de colaboracao intersectorial?
- d) Como reforçar as instituicoes do nivel distrital para que prestem o apoio operacional aos cuidados primarios de saude?

OBSTACULOS	SOLUCOES
1. Informacao inadequada (conhecimento e compreensao) das responsabilidades da equipa distrital de saude.	Diálogo permanente e actualizações da informação.
2. Ausência directivas claras.	Criar, divulgar e aplicar directivas.
3. Ausência de metas, objectivos e de planos de acção claros.	Preparar, divulgar, discutir e assegurar a aplicação de planos que incluam a garantia da participação da comunidade e de agências não-governamentais
4. Ausência de coordenação. ( os mecanismos existentes nao estao totalmente optimizados).	Optimizar o uso dos mecanismos de coordenação existentes e melhorar onde for necessário.
5. Falta de formação em gestao.	

Apêndice 1

OBSTACULOS	SOLUCOES
6. Falta de estruturas de carreira. Fazer com que o estatuto do lugar corresponda à sua importância.	Criar e proporcionar formação em gestão. Os funcionários deverão poder progredir dentro da estrutura das equipas distritais de saúde. Devem também ser funcionários experientes.
7. Estrutura das equipas distritais de saúde: falta de motivação e de incentivos.	Ver ponto 6.
8. Falta de apoio adequado, parte dos níveis superiores.	Tornar os níveis superiores mais conscientes e mais cooperadores com os níveis operacionais.
9. Falta de recursos, especialmente de transporte e pessoal.	Racionalizar os recursos, afectá-los e relacioná-los com os Programas Nacionais de Desenvolvimento e as prioridades.
10. Participação insuficiente da comunidade no processo de planeamento.	Educar os trabalhadores de saúde e as comunidades, autorizar as comunidades prioritárias e o modo de implementação e avaliação dos seus programas.
11. Centralização excessiva.	Preparar adequadamente uma descentralização real - a descentralização exige um planeamento cuidadoso, gestão da programação, mecanismos de comunicação e formação.

4. Integração dos programas verticais nas estruturas e instituições do sistema de saúde

Os Estados-membros da Região Africana da OMS escolheram os seguintes programas prioritários:

- a) a saúde materno-infantil, incluindo o planeamento familiar;
- b) a prevenção e combate à doença;
- c) o abastecimento de água potável e a salubridade do ambiente.

No entanto, nós assistimos a uma eclosão de projectos cujo número aumenta constantemente, em diversos domínios, por vezes em relação com os programas supramencionados.

Apêndice 1

Regra geral, as actividades das organizações nao-governamentais, e igualmente alguns projectos bilaterais, parecem escapar completamente ao planeamento sanitário nacional, tendo como consequência, por exemplo, a inexistência de qualquer previsao referente à responsabilidade das instituições nacionais por estes projectos e ao acompanhamento da respectiva gestao pelas estruturas do sistema de saúde.

Perante as dificuldades económicas e sociais que os nossos países conhecem, como integrar o conjunto destes programas e projectos verticais no sistema de saúde, com vista a uma utilização mais judiciosa e eficiente de todos os meios disponíveis no domínio da saúde?

OBSTACULOS	SOLUCOES
<p>1. Os programas estabelecidos pelas organizações nao-governamentais, por vezes, nao têm uma comunicação conveniente com os responsáveis e as pessoas indicadas. O resultado é:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) proliferação de programas verticais</li> <li>b) duplicação de actividades/ /sobreposição</li> <li>c) sobrecarga de trabalho para o pessoal</li> <li>d) falta de confiança e descrença, por concorrência entre as agências nao-governamentais e os governos.</li> <li>e) dissipação dos recursos</li> <li>f) falta de credibilidade</li> </ul>	<p>Identificar, a todos os níveis, o ponto fulcral da cooperação.</p> <p>As agências nao-governamentais deverao participar activamente nas várias estruturas do distrito.</p> <p>Deverá existir um diálogo constante entre o governo, a todos os níveis e as outras organizações interessadas e envolvidas no desenvolvimento sanitário.</p> <p>As comunidades devem identificar as suas necessidades básicas, o que deve constituir a base do planeamento, da coordenação e da programação a nível distrital</p>



Apêndice 1

Q.7 Quais são os obstáculos ao desenvolvimento sanitário e como podem ser ultrapassados em cada nível do sistema de saúde?

A. Obstáculos ao desenvolvimento sanitário

1. Falta de confiança mútua
2. Recursos inadequados
3. Conflitos de interesses entre o Governo e as agências não-governamentais
4. Pressões políticas e pressões particulares
5. Falta de coordenação (inclusive com as universidades).

B. Soluções:

1. Educando e mobilizando as comunidades, tornando-as capazes de participar efectivamente no processo de tomada de decisões.
2. Estabelecendo prioridades e redistribuindo os fundos de acordo com as necessidades reais, baseando-se na acção multisectorial eficaz.
3. Pela vontade política e determinação a todos os níveis:
  - i) os cenários de desenvolvimento devem ser adaptados à situação de cada país;
  - ii) é necessária uma mobilização maciça da comunidade.
4. Favorecer a criação de uma atmosfera de tolerância, aceitação e confiança.

Grupo I: GESTAO AO NIVEL INTERMEDIO

Presidente: Dr. Flávio Joao Fernandes (Angola)

Relator: Dr. Paulo Silva (Guiné-Bissau)

O. 1. Processo de gestao para o desenvolvimento sanitário

O pré-requisito para a implementação do processo de gestao para o desenvolvimento sanitário é a existência de uma política nacional de saúde, isto é, um conjunto de decisões relativas às acções a empreender para melhorar a saúde das populações. Contudo, nós observamos que a despeito da existência de políticas nacionais de saúde e, inclusive, de programas, as metas fixadas são raramente alcançadas.

Quais são para si as principais dificuldades que entram a implementação do processo de gestao? Como podem as mesmas ser superadas?

A. Dificuldades

1. Inexistência em certos casos das estruturas, como as preconizadas no Cenário.
2. Os sistemas institucionais de saúde nem sempre favorecem a implementação do processo de gestao a nível intermédio.
3. Falta de vontade política, particularmente nos campos da descentralização, da colaboração intersectorial e da participação comunitária.

Apêndice 1

4. Fraco nível de competência em matéria de gestão.
5. Falta de disponibilidade de tecnologias apropriadas ao nível intermédio.
6. Afectação inadequada dos recursos.
7. Colaboração intersectorial, inadequada dos outros sectores, em relação ao sector da saúde.
8. Falta de um quadro jurídico e regulamentar.
9. Fraco nível de ligação e de coordenação entre os hospitais provinciais e as direcções de saúde pública.
10. Natureza frequentemente vertical dos programas de saúde.
11. Fraco nível de coordenação entre os diferentes parceiros e, particularmente, com as ONG.

B. Propostas

1. Elaborar um quadro jurídico, por exemplo, um CODIGO DE SAUDE PUBLICA, que definiria os objectivos fundamentais, a organização geral do sistema de saúde e os procedimentos e normas de gestão e técnicas de base.
2. Criar as estruturas em conformidade com o Cenário Africano de Desenvolvimento Sanitário.
3. Proceder a uma descentralização do sistema de saúde no âmbito de uma descentralização global. Para o efeito, seria necessário que essa descentralização fosse política e administrativa e abrangesse a autoridade e os recursos.
4. Desenvolver as competências em matéria de gestão, como condição da descentralização.
5. Definir as missões exactas das estruturas e das instituições, e zelar para que as Comissões de Desenvolvimento e de Saúde disponham de poderes efectivos.
6. Reorientar os hospitais provinciais para apoiar os cuidados primários de saúde e particularmente:
  - i) Melhorar o sistema de referência graças à supervisão, à referência e à retroinformação. A retroinformação deveria ter um conteúdo de avaliação e de formação para o pessoal da periferia.
  - ii) incentivar o trabalho de equipa e a formação em comum dos profissionais dos hospitais e dos responsáveis de saúde pública.
7. Organizar reuniões periódicas de todos os parceiros, particularmente das ONG, sob a autoridade dos responsáveis políticos e sanitários ao nível provincial.
8. Associar estreitamente os elementos técnicos e de gestão das actividades e programas.

Apêndice 1

9. Garantir a participação comunitária ao nível intermédio, através de representantes eleitos pelas populações.
10. Estabelecer relações de verdadeira parceria entre países e doadores;
11. Tomar medidas legislativas e administrativas relativas às estruturas de coordenação;
12. Promover a gestão por objectivo;
13. Promover o sistema de informação para a gestão;

Grupo III: GESTAO A NIVEL CENTRAL

Presidente: Dr. S. Musinde, (Zaire)

Relator: Dr. D. Kielem (Burquina Fasso)

Q.1 Processo de gestão para o desenvolvimento sanitário

A: Dificuldades

1. Falta de participação dos beneficiários e de outros intervenientes no processo de planeamento, o que limita a sua participação na implementação.
2. Insuficiências de concepção do processo de planeamento.
3. Objectivos e estratégias mal definidos e que não preenchem os diferentes critérios: pertinência, exequibilidade, realismo e previsões não têm em conta o ambiente político e social.
4. Insuficiência de análise ou de tomada em consideração dos dados existentes e, por vezes, inexistência de um sistema de informação orientado para a gestão.
5. Afectação inadequada de recursos financeiros, humanos e materiais.

A nomeação do pessoal é frequentemente inadequada: para além de não haver "homem certo no lugar certo".

- há instabilidade dos responsáveis nos seus postos;
  - o pessoal não beneficia de uma formação contínua adequada.
6. Pressão dos organismos financiadores que por vezes impõem objectivos diferentes dos objectivos dos países. Isto tem como consequência o desvio dos recursos nacionais dos objectivos prioritários definidos pelo Ministério;
  7. Lentidão na aplicação dos recursos quando estes existem.

Apêndice 1B : Soluções

- 1) Criar um sistema e mecanismos de participação dos beneficiários e dos outros parceiros (outros sectores, organismos internacionais, etc.) no processo de planeamento.
- 2) Desenvolver e utilizar racionalmente os recursos humanos. Plano de utilização do pessoal (definição dos perfis e observância dos mesmos, estabilidade nos postos, formação inicial adaptada às necessidades, formação contínua).
- 3) Desenvolver sistemas de motivação que permitam manter e melhorar o rendimento do pessoal, em conformidade com as normas de prestações definidas ao nível nacional.
- 4) Criar/reforçar um sistema de informação capaz de apoiar efectivamente o processo de gestão aos diferentes níveis do sistema de saúde (definição de indicadores verdadeiramente úteis para o planeamento e a avaliação).
- 5) Situar as estruturas de coordenação intersectorial a um nível político suficientemente elevado, que permita uma implementação efectiva das decisões pelo Conselho Nacional de Saúde.

## APENDICE 2

Resumo do documento AFR/RC40/TD/1 Rev.1 e Add.1  
Gestao dos sistemas de saúde, quadro para reforçar  
a gestao dos sistemas nacionais de saúde

Introdução

Em 1978 e 1987, a Assembleia Mundial de Saúde manifestou a sua preocupação pelas debilidades na gestao dos sistemas de saúde e preconizou a adopção do processo de gestao pelos Estados-membros. Na Regiao Africana, desde a 36a sessao do Comité Regional, aprovaram-se seis resoluções para melhorar ou reforçar o processo de gestao ao nível distrital e para formar responsáveis da saúde no campo da gestao. A gestao e o processo de gestao foram definidos (parágrafos 6 e 7) mas consideremos que a gestao "é a arte de fazer com que as coisas sejam feitas pelas pessoas para as pessoas". Esta definição implica, ao mesmo tempo, a organizacao com vista a alcançar um objectivo, mas igualmente a participacao da populacao como recurso activo na gestao e nao como simples executante.

Conceito de desenvolvimento sanitário

O desenvolvimento sanitário é a producao de uma populacao saudável com vista ao arranque socioeconómico, o que pressupoe que o homem deve ser o factor primordial, o motor e a finalidade de qualquer desenvolvimento. Mas o desenvolvimento, em geral, e o desenvolvimento sanitário, em particular, requerem açoes contínuas e sustentadas a partir de três variáveis: os recursos, as tecnologias e gestao. Qualquer que seja o nível em que nos encontremos no sistema de saúde (nível local, intermédio ou central), convém tirar o melhor aproveitamento possível dos recursos disponíveis, a fim de adquirir as tecnologias apropriadas para levar a cabo os programas de saúde.

Os recursos (humanos, materiais e financeiros) variam segundo os níveis do sistema de saúde, mas na maioria dos casos provêm do sector da saúde, havendo, por outro lado, contributos fracos dos outros sectores, incluindo as ONG e as comunidades.

A complexidade das opcoes tecnológicas varia do nível distrital ao nível central, passando pelo nível intermédio. Essas opcoes sao por vezes inadaptables.

Para fazer passar o sistema de saúde da "mediocridade à excelência", o gestor, que nao pode agir sobre os recursos afectados nem sobre o nível em que se encontra, dispoe apenas do reforço da gestao para assegurar o desenvolvimento sanitário, implicando as estruturas e as instituicoes do nível interessado, pelo recurso ao processo de gestao.

Desenvolvimento do ciclo de gestao sanitária

De acordo com as resoluções da 38a sessao do Comité Regional, o desenvolvimento do sistema de saúde na Regiao para os próximos cinco anos (1990-1994) incidirá sobre o reforço da capacidade de gestao dos países, por intermédio de procedimentos e técnicas de gestao (1990-1992), do apoio à gestao pela formacao (1991-1993) e da investigacao operacional (1992-1994). E por isso que a 39a sessao do Comité Regional planeou as discussoes técnicas com os seguintes temas :

- Gestao dos sistemas de saúde : 1990
- Formacao do pessoal de saúde : 1991
- Investigacao operacional : 1992.

Apêndice 2

O diagrama de VENN (página 10 do documento) mostra as inter-relações entre o processo de reforço da gestao, a avaliação periódica e a formação contínua. O Anexo 3 (página 36) mostra, ao mesmo tempo, o ciclo de gestao do desenvolvimento sanitário e os ciclos específicos da formação contínua e da investigação operacional.

No decorrer dos próximos anos, a abordagem do ciclo de gestao por disciplina aplicar-se-á especialmente aos programas de saúde prioritários : Mae e criança; Prevenção e combate à doença; Abastecimento de água potável e saneamento do meio.

Papel do processo de gestao para ligar as estruturas e instituições do sistema nacional de saúde

O Cenário Africano de Desenvolvimento Sanitário propoe um quadro descentralizado de gestao que liga, a cada nível, as estruturas de gestao e as instituições de implementação, ao mesmo tempo que assegura as inter-relações entre os três níveis. E assim que as estruturas (Comissao de desenvolvimento, Equipa de saúde e Comissao de saúde, ou seus equivalentes a todos os níveis) asseguram, em colaboração com as instituições, o planeamento, a programação e a inscrição orçamental, ao passo que as instituições (como, por exemplo, centros de saúde, postos de saúde, hospitais ou seus equivalentes segundo os níveis) asseguram a implementação, o acompanhamento e avaliação, com o apoio das estruturas. Os relatórios de avaliação das instituições são submetidos às estruturas para apreciação e servem para a reprogramação.

Perante as dificuldades socioeconómicas, particularmente a crise mundial e a SIDA, a participação comunitária e a colaboração multissetorial permitiram às estruturas e instituições levar a cabo actividades tendentes a superar essas dificuldades.

Apoio operacional aos cuidados primários de saúde ao nível distrital

E a gestao operacional que deve assegurar quotidianamente a condução da organização dos programas, guardando-os no bom caminho para alcançar o objectivo, recorrendo à informação, à gestao dos recursos humanos, materiais e financeiros, à logística, aos procedimentos, aos guias técnicos, à supervisao, à investigação operacional, etc.. Ao nível distrital, a equipa de saúde deve ser animadora dos programas de saúde, suscitando o apoio operacional das outras estruturas (Comissoes de desenvolvimento e de saúde) com vista à execução de actividades efectivas pelas instituições (centro de saúde, posto de saúde, hospital distrital).

Perante as dificuldades económicas, a Iniciativa de Bamaco e o sistema de financiamento comunitário através da mobilização social, permitiram criar localmente o auto-financiamento da maioria das actividades sanitárias. Para as dificuldades sociais como a SIDA, a mobilização social e a colaboração intra e intersectorial devem ser reforçadas.

De três em três meses, proceder-se-á à elaboração do conjunto dos relatórios das comissoes de desenvolvimento das aldeias do distrito.

## Apêndice 2

### Apoio técnico ao nível intermédio

O nível intermédio serve de charneira entre o nível local e o nível central. Deve, por conseguinte, assegurar as ligações nos dois sentidos. A condição prévia para este nível prestar o apoio técnico aos distritos é a colaboração que deve existir entre a Direcção Provincial de Saúde encarregada da colaboração, os hospitais provinciais que terao de ser orientados para apoiar as actividades dos cuidados primários de saúde e os outros sectores conexos (agricultura, educação, obras públicas, etc.), que devem intensificar o seu apoio aos programas prioritários de saúde.

Como no nível operacional, o nível técnico tem como estruturas, as Comissoes de desenvolvimento e de saúde, assim como a equipa de saúde. Esta, com a sua competência deve identificar as necessidades em formação e garantir uma formação adequada para este nível, assegurando a formação contínua, nomeadamente em gestao e investigação, ao nível dos distritos. O ciclo de gestao aplica-se do mesmo modo que para o nível do distrito, ligando as estruturas de gestao com as instituições de aplicação. A abordagem multisectorial permitirá melhorar o financiamento dos cuidados hospitalares e reforçar o apoio técnico às actividades de organização social, particularmente contra a SIDA. O relatório dos progressos com base nos relatórios de todos os distritos da província será elaborado de seis em seis meses.

### Apoio estratégico ao nível central

A este nível, o ciclo de gestao aplicar-se-á ao conjunto dos programas prioritários. O conselho superior de saúde terá, com o Ministério da Saúde e a Unidade de Desenvolvimento Sanitário, uma acção muito importante para facilitar a mobilização dos recursos quer nacionais quer internacionais e para criar os mecanismos de colaboração intra e intersectorial. As estruturas de gestao estratégica garantirao também a supervisao e o apoio à gestao dos outros níveis, enquanto que as instituições de aplicação transformarao as políticas suprasectoriais em programas sectoriais com participação efectiva, nomeadamente das ONG e das Universidades, a par com instituições do Ministério da Saúde ou de outros sectores. A formação em gestao e investigação merece particular atenção. Para lutar contra os obstáculos económicos e sociais, a solidariedade nacional através de um financiamento dos cuidados de saúde e da mobilização social contra a SIDA sao iniciativas a promover. Todos os programas verticais deverao igualmente ser integrados nas estruturas e instituições de modo a assegurar a sua continuidade.

### Escolha "à la carte"

De acordo com os níveis do sistema sanitário, parece-nos que a gestao será operacional para actividades sanitárias da comunidade ao nível do distrito, técnica para programas prioritários ao nível intermédio e estratégica para programas nacionais ao nível central. No entanto, em cada um desses níveis, convém estabelecer ou reforçar a parceria entre os trabalhadores da saúde, incluindo os seus homólogos dos outros sectores, e as ONG por um lado, e, por outro, as comunidades. Neste contexto, os programas prioritários poderao ser progressivamente completados pelos programas "à la carte", os quais levam em consideração as especificidades locais e os níveis interessados. Todas estas actividades devem ser conduzidas utilizando o ciclo clássico de gestao, para reforçar mais o sistema sanitário, nomeadamente, através da formação contínua e da investigação operacional.

Conclusao

Face aos problemas de gestao que têm sido identificados a todos os níveis dos nossos sistemas de saúde, o quadro de desenvolvimento sanitário aparece como uma abordagem realista que, através das estruturas e instituições existentes, favorece as condições sanitárias da população, num contexto em que os recursos são limitados mas podem ser progressivamente melhor utilizados, graças à aquisição, em todos os níveis do sistema, de tecnologias verdadeiramente adequadas. A avaliação periódica, a formação contínua e a investigação operacional constituem elementos-chave para reforçar a gestao. Para passar progressivamente da mediocridade à excelência, o ciclo de gestao com abordagem por disciplina, levar-nos-á a intensificar, durante os próximos cinco anos, os nossos esforços no campo da gestao, da formação e da investigação, tanto para os programas prioritários como para as escolhas "à la carte" que surgirão por nível, segundo as necessidades específicas do país.

A OMS, ao reforçar as equipas dos países nos campos administrativos, dos cuidados da saúde e da gestao, entende contribuir eficazmente para a gestao, formação e investigação e para a mobilização, em prol da saúde, das actividades de desenvolvimento sanitário e de vigilância dos progressos. Nenhum esforço deverá ser negligenciado a todos os níveis, para combater os obstáculos económicos e sociais.



ORDEM DO DIA PROVISORIA DA 41ª SESSAO  
DO COMITE REGIONAL AFRICANO

1. Abertura da 41ª sessão
2. Aprovação da ordem do dia provisória
3. Constituição da Comissão de Designações
4. Eleição do Presidente, Vice-presidentes e Relatores
5. Designação da Comissão de Verificação de Poderes
6. Actividades da OMS na Região Africana
  - 6.1 Relatório bienal do Director Regional
  - 6.2 Relatório de actividades do Programa Alargado de Vacinação : Realizações e desafios para os anos 90
  - 6.3 Programa de erradicação da dracunculose (verme de Guiné) na Região Africana da OMS: Progressos realizados
  - 6.4 Doenças respiratórias agudas : Programa de combate para os anos 90 e relatório da situação
  - 6.5 Relatório de actividades da Década Internacional de Abastecimento de Agua Potável e Saneamento na Região Africana da OMS
  - 6.6 Relatório sobre a Segunda Avaliação da Implementação da Estratégia da SAUDE PARA TODOS NO ANO 2000, na Região Africana
  - 6.7 Actividades de cuidados de enfermagem e de obstetrícia, no âmbito da estratégia dos cuidados primários de saúde
  - 6.8 Gestão do apoio informativo ao sistema distrital de saúde
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 regional aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo: Relatório do Director Regional
  - 7.2 Incidências regionais das ordens do dia da 89ª sessão do Conselho Executivo e da 45ª Assembleia Mundial da Saúde
  - 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde decisao WHA40 (10)
  - 7.4 Discussões técnicas da 45ª Assembleia Mundial da Saúde
8. Relatório do Subcomité do Programa
  - 8.1 Relatório sobre o prémio Dr. Comlan A.A. Quenum
  - 8.2 Relatório sobre a Reunião Regional do Programa
  - 8.3 Relatório da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário (CCADS)

- 
9. Discussoes técnicas : "Investigação sobre saúde pública"
    - 9.1 Apresentação do relatório das discussões técnicas
    - 9.2 Designação do Presidente e do Presidente suplente das discussões técnicas para 1992
    - 9.3 Confirmação do tema das discussões técnicas para 1992
  10. Datas e locais de realização das 43a e 44a sessões do Comité Regional, em 1993 e 1994
  11. Aprovação do relatório do Comité Regional
  12. Encerramento da 41a sessão.

## LISTA DOS DOCUMENTOS

AFR/RC40/INF/01	-	Abertura da quadragésima sessão
AFR/RC40/1 Rev. 1	-	Ordem do dia provisória
AFR/RC40/2		Projecto de Orçamento/Programa
AFR/RC40/2 Corr. 1 & 2		
AFR/RC40/2 Add.1		Siglas dos programas
AFR/RC40/3	-	Actividades da OMS na Região Africana em 1989 : Relatório sucinto do Director Regional
AFR/RC40/3 Add.1		Prevenção e luta contra a SIDA na Região Africana
AFR/RC40/4 Rév.1 e		
AFR/RC40/4 Corr.1	-	Saúde Materno-infantil : sobrevivência da criança e maternidade sem riscos
AFR/RC40/5	-	Análise do programa de prevenção e combate à SIDA
AFR/RC40/6	-	Melhor utilização possível dos Recursos da OMS : análise da política regional de orçamento/programa
AFR/RC40/7		
AFR/RC40/7 Corr.1	-	Análise do programa de prevenção e combate à tuberculose
AFR/RC40/8 Rev.1	-	Preparação e intervenção nas situações de emergência ligadas as catástrofes naturais e as epidemias em Africa
AFR/RC40/9 e		
AFR/RC40/9 Corr.1	-	Análise do Programa de Medicina Tradicional
AFR/RC40/10 e		
AFR/RC40/10 Corr.1 & 2	-	Cuidados de saúde mental a nível comunitário em Africa, baseados na estratégia do sistema distrital de Saúde
AFR/RC40/11 e		
AFR/RC40/11 Add.1 & 2	-	Modalidades de implementação das resoluções de interesse regional aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo: Relatório do Director Regional
AFR/RC40/12	-	Incidências regionais das ordens do dia da 87a sessão do Conselho Executivo e da 44a Assembleia Mundial da Saúde
AFR/RC40/13 e		
AFR/RC40/13 Corr.1	-	Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde

AFR/RC40/14	-	Discussões Técnicas da 44a Assembleia Mundial da Saúde
AFR/RC40/15 e AFR/RC40/15 Add.1	-	Discussão da Resolução 44/211 da Assembleia Geral das Nações Unidas
AFR/RC40/16	-	Relatório sobre a Reunião Regional para o Programa (RPM a, b, c,)
AFR/RC40/17	-	Relatório da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário (CCADS)
AFR/RC40/18	-	Relatório do Subcomité do Programa
AFR/RC40/19	-	Apresentação do relatório das discussões técnicas: "Gestão dos Sistemas de Saúde, Quadro para reforçar a Gestão dos Sistemas Nacionais de Saúde"
AFR/RC40/20	-	Escolha do tema das discussões técnicas para 1991
AFR/RC40/21	-	Designação do Presidente e do Presidente suplente das discussões técnicas para 1991
AFR/RC40/22	-	Datas e locais de realização da 41a e 42a Sessões do Comité Regional em 1991 e 1992
AFR/RC40/23	-	Aprovação do relatório do Comité Regional
AFR/RC40/24	-	Combate à oncocercose na Região Africana
AFR/RC40/25	-	Distribuição por países das funções exercidas nas sessões anteriores do Comité Regional
AFR/RC40/26	-	Lista dos participantes
AFR/RC40/27 Rév.1	-	Programa de trabalho do Subcomité do Programa
AFR/RC40/28	-	Relatório da 2a Reunião do Subcomité do Programa que teve lugar em 12 de Setembro de 1990
AFR/RC40/29	-	Participação dos membros do Subcomité do Programa nas reuniões de interesse programático - 1990-1991
AFR/RC40/TD/1 Rév.1 AFR/RC40/TD/1 Add.1 AFR/RC40/TD/1 Corr.1	-	Discussões técnicas: "Gestão dos sistemas de Saúde, Quadro para reforçar a Gestão dos Sistemas Nacionais de Saúde"
AFR/RC40/TD/2	-	Guia das Discussões Técnicas
AFR/RC40/INF.DOC/1	-	Progressos realizados na Erradicação da Dracunculose na Região Africana no ano 1995

- AFR/RC40/INF.DOC/2 - Seminário Internacional sobre a formação em Saúde Pública na Região Africana
- AFR/RC40/INF.DOC/3 - Pôr em prática o Cenário Africano de Desenvolvimento Sanitário - As Equipas OMS/PAYS - SPT/2000 : Quadro Conceptual, composição e funcionamento
- AFR/RC40/INF.DOC/4 - Prémio Dr. Comlan A.A. Ouenum de Saúde Pública em Africa - Atribuição do Prémio de 1991
- AFR/RC40/INF.DOC/5 - Segunda avaliação das estratégias da Saúde para Todos no Ano 2000 - Actividades e calendário
- AFR/RC40/INF.DOC/6 (a) - Medicina tradicional e SIDA : Enfrentando o Desafio
- AFR/RC40/INF.DOC/6 (b) - Análise do programa sobre Medicina Tradicional - Nota introdutória sobre a Conferência Internacional de Peritos dos Países em Desenvolvimento sobre Plantas Medicinais
- AFR/RC40/INF.DOC/7 - Emendas aos Artigos 24<sup>o</sup> e 25<sup>o</sup> da Constituição da OMS
- AFR/RC40/Conf.Doc/1 - Alocução de Sua Excelência o Ministro da Saúde do Níger, Tenente-Coronel Dr. Ousmane Gazéré, Presidente da 39<sup>a</sup> Sessão do Comité Regional
- AFR/RC40/Conf.Doc/2 - Alocução do Dr. G. L. Monekosso, Director Regional da OMS para a Africa
- AFR/RC40/Conf.Doc/3 - Mensagem de Sua Excelência Sr. Salim Ahmed Salim, Secretário Geral da Organização da Unidade Africana (OUA)
- AFR/RC40/Conf.Doc/4 - Alocução do Dr. F. C. Cambournac, Primeiro Director Regional da OMS para a Africa
- AFR/RC40/Conf.Doc/5 - Alocução de abertura de Sua Excelência o General Denis Sassou Nguesso, Presidente do Comité Central do Partido Congolês do Trabalho, Presidente da República e Chefe do Governo
- AFR/RC40/Conf.Doc/6 - Alocução do Dr. Hiroshi Nakajima, Director Geral da Organização Mundial da Saúde
- AFR/RC40/WP/01 - Relatório do Subcomité de Designações
- AFR/RC40/SCC/3 Rév.2 - Segundo Relatório do Subcomité de Verificação de Poderes