

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
SEDE REGIONAL AFRICANA

QUADRAGÉSIMA-SEGUNDA SESSÃO
DO
COMITÉ REGIONAL AFRICANO DA OMS,
REALIZADA EM BRAZZAVILLE,
REPÚBLICA DO CONGO,
ENTRE 2 E 9 DE SETEMBRO DE 1992

RELATÓRIO FINAL

BRAZZAVILLE
Outubro de 1992

ÍNDICE

PARTE I

Página

DECISÕES PROCESSUAIS

1.	Composição da Comissão de Designações	1
2.	Eleição do Presidente, Vice-presidente e Relatores	1
3.	Composição da Comissão de Verificação de Poderes	1
4.	Credenciais	2
5.	Escolha do tema das Discussões Técnicas de 1993	2
6.	Designação do Presidente e Vice-Presidente das Discussões Técnicas de 1993	2
7.	Ordem do dia da quadragésima-terceira sessão do Comité regional	2
8.	Incidências regionais das ordens do dia da 91ª Sessão do Conselho Executivo e da 46ª Assembleia Mundial da Saúde	2
9.	Método de trabalho e duração da 46ª Assembleia Mundial da Saúde	3
10.	Designação dos representantes da Região Africana no Conselho Conjunto de Coordenação (JCB) do programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais	4
11.	Datas e locais de realização da 43ª e 44ª sessões do Comité Regional	4
12.	Designação do representante da Região Africana no Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Reprodução Humana - Participação na Comissão Consultiva para a Política e Coordenação (PCC)	4

RESOLUCÕES

		<u>Página</u>
AFR/RC42/R1	Actividades da OMS na Região Africana : Relatório Sucinto do Director Regional para 1991	5
AFR/RC42/R2	Projecto de Orçamento-Programa para 1994-1995	6
AFR/RC42/R3	Compra de vacinas	6
AFR/RC42/R4	Programa alargado de vacinação : Estratégias regionais de eliminação do tétano neonatal e de erradicação da poliomielite	8
AFR/RC42/R5	Programa de prevenção e luta contra a SIDA	9
AFR/RC42/R6	Reorientação e reestruturação dos hospitais com base nos cuidados primários de saúde em África	12
AFR/RC42/R7	Relatório de avaliação final da Década Internacional do Abastecimento de Água e Saneamento (1981-1990), na Região Africana da OMS	13
AFR/RC42/R8	Programa Regional de Controlo do Paludismo : Progressos realizados e perspectivas para os anos 90	15
AFR/RC42/R9	Programa Regional de Controlo da Tuberculose e da Lepra ..	16
AFR/RC42/R10	Programa de Controlo das Doenças Diarreicas	18
AFR/RC42/R11	Preparação e Resposta às Situações de Emergência e Assistência Humanitária, na Região Africana	19
AFR/RC42/R12	Moção de agradecimento	21
AFR/RC42/R13	Mobilização geral para a saúde comunitária em África	21

PARTE II

	<u>Parágrafos</u>
ABERTURA DA SESSÃO	1 - 28
ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS	29
ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA EM 1991: RELATÓRIO SUCINTO DO DIRECTOR REGIONAL	30 - 99
RELATÓRIO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE PODERES	100
SITUAÇÃO DAS EPIDEMIAS NA REGIÃO AFRICANA	101 - 108

	<u>Parágrafos</u>
PREVENÇÃO E LUTA CONTRA A SIDA : SITUAÇÃO ACTUAL NA REGIÃO AFRICANA	109 - 123
REORIENTAÇÃO E REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS COM BASE NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE EM ÁFRICA	124 - 128
MODALIDADES DE IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DE INTERESSE REGIONAL APROVADAS PELA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE E PELO CONSELHO EXECUTIVO	129 - 131
INCIDÊNCIAS REGIONAIS DAS ORDENS DO DIA DA 91a SESSÃO DO CONSELHO EXECUTIVO E DA 46a ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE ...	132 - 135
MÉTODO DE TRABALHO E DURAÇÃO DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE	136 - 139
RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA	140 - 160
APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DAS DISCUSSÕES TÉCNICAS	161
DESIGNAÇÃO DO PRESIDENTE E DO PRESIDENTE SUBSTITUTO DAS DISCUSSÕES TÉCNICAS EM 1993	162
ESCOLHA DO TEMA PARA AS DISCUSSÕES TÉCNICAS EM 1993	163
ESCOLHA DO TEMA PARA AS DISCUSSÕES TÉCNICAS EM 1994	164
DATAS E LOCAIS DAS 43a E 44a SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL EM 1993 E 1994	165 - 167
ENCERRAMENTO DA 42a SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL	168 - 174

ANEXOS

	<u>Página</u>
1. Ordem do dia	53
2. Lista dos participantes	55
3. Alocução de abertura pelo Ministro da Saúde do Burundi, Sua Excelência Dr. N. Ngendabanyikwa, Presidente da quadragésima-primeira sessão do Comité Regional Africano	73
4. Alocução do Dr. G.L. Monekosso, Director Regional da OMS para a Africa	76
5. Alocução do Sr. Jimmy Carter, Ex-Presidente dos Estados Unidos da America	78
6. Alocução do Professor Pascal Lissouba, Presidente da República do Congo	82
7. Alocução do Dr. H. Nakajima, Director-Geral da Organização Mundial de Saúde	84
8. Alocução do Sr. Pascal Gayama, Secretário-Geral Adjunto da OUA	93
9. Alocução do Sr. Cole Dodge, Director Regional do UNICEF para a Africa Oriental e Austral	97
10. Alocução do Sr. Stanislas S. Adotevi, Director Regional do UNICEF para a Africa Ocidental e Central	101
11. Relatório do Subcomité do Programa.....	105
12. Relatório da reunião do Subcomité do Programa realizada nos dias 8 e 9 de Setembro de 1992	128
13. Relatório das Discussões Técnicas	134
14. Ordem do dia provisória da quadragésima-terceira sessão do Comité Regional	139
15. Lista dos documentos	141

PARTE I

DECISOES PROCESSUAIS

1. Composicao da Comissao de Designacoes

O Comité Regional nomeou uma Comissao de Designacoes composta por representantes dos seguintes 12 Estados-membros : Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Etiópia, Gabao, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia e Lesoto. A Comissao elegeu o Dr. Manlan Kassi Leopold, da Côte d'Ivoire, para Presidente, na sua primeira sessao, na quarta-feira, dia 2 de Setembro de 1992.

3a sessao, 3 de Setembro de 1992

2. Eleicao do Presidente, Vice-presidentes e Relatores

Depois de analisar o relatório da Comissao de Designacoes e de acordo com o disposto no artigo 10o do Regulamento Interno e na resolucao AFR/RC23/R1, o Comité Regional elegeu por unanimidade a seguinte Mesa:

<u>Presidente:</u>	Dr. B. Kawimbe Ministro da Saúde da Zâmbia
<u>1o Vice-Presidente</u>	Sr. C. Dabire Ministro da Saúde de Burkina Faso
<u>2o Vice-Presidente</u>	Dra. D. F. Bragança Gomes Ministra da Saúde de Sao Tomé e Príncipe
<u>Relatores</u>	Dr A.A. Gibril (Serra Leoa) Dr. B.J. Andriamahefazafy (Madagáscar) Dr. F. Fernandez (Angola)

Relatores das Discussoes Técnicas

Dr. E.G. Muzira (Uganda)
Prof. Pierre Guissou (Burquina Fasso)
Sr. J.L. Chomera (Moçambique)

4a sessao, 3 de Setembro de 1992.

3. Composicao da Comissao de Verificacao de Poderes

Nos termos do disposto no artigo 16o do Regulamento Interno, o Comité Regional nomeou uma Comissao de Verificacao de Poderes, composta por representantes dos seguintes 12 Estados-membros: Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, República Centrafricana, Chade, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícias, Namíbia e Níger.

A Comissao elegeu a Sra. G. Lombilo, da República Centrafricana, como Presidente.

4. Credenciais

O Comité Regional, sob proposta da Comissao de Verificacão de Poderes, reconheceu a validade das credenciais apresentadas pelos representantes dos seguintes Estados-membros; Argélia, Angola, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camaroes, Cabo Verde, Chade, República Centrafricana, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabao, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné-Equatorial, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Niger, Nigéria, Quénia, Ruanda, Sao Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, Suazilândia, Togo, Uganda, Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe.

A Comissao nao pôde examinar as credenciais da Libéria e do Zaire.

9a sessao, 8 de Setembro de 1992

5. Escolha do tema das Discussoes Técnicas de 1993

O Comité Regional confirmou o seguinte tema para as Discussoes Técnicas da sua 43a sessao: "Desenvolvimento das Infra-estruturas Sanitárias".

9a sessao, 8 de Setembro de 1992

6. Designação do Presidente e do Vice-Presidente das Discussoes Técnicas de 1993

O Comité Regional designou o Prof. K.L. Manlan como Presidente das Discussoes Técnicas da sua 43a Sessao e o Arquitecto Alberto Pires Comacho Ribeiro como Presidente Substituto.

9a sessao, 8 de Setembro de 1992

7. Ordem do dia da quadragésima-terceira sessao do Comité Regional

O Comité Regional aprovou a ordem do dia provisória da sua 43a sessao proposta pelo Director Regional no Anexo 3 do documento AFR/RC42/8 Corr.2.

9a sessao, 8 de Setembro de 1992

8. Incidências regionais das ordens do dia da 91a Sessao do Conselho Executivo e da 46a Assembleia Mundial da Saúde

O Comité Regional tomou nota das ordens do dia provisórias da 91a Sessao do Conselho Executivo e da 46a Assembleia Mundial da Saúde, bem como das respectivas correlações com a ordem do dia provisória da 43a Sessao do Comité Regional.

9a Sessao, 8 de Setembro de 1992

9. Método de trabalho e duração da 46a Assembleia Mundial da Saúde

Presidente da Assembleia Mundial da Saúde

9.1 Durante a 43a Sessão do Comité Regional, a Região Africana designará um candidato à Presidência da Assembleia Mundial da Saúde de 1994. O candidato será escolhido de entre os Estados-membros da Sub-região III.

Vice-presidente da Assembleia Mundial da Saúde

9.2 O Presidente da 42a Sessão do Comité Regional será proposto para uma das vice-presidências da 46a Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 1993. Se, por qualquer motivo, o Presidente do Comité não 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 em exercício do Comité e dos seus dois Vice-presidentes estarem impossibilitados de desempenhar o cargo de Vice-presidente da Assembleia Mundial da Saúde, os Chefes de delegação dos países de origem do Presidente em exercício do Comité Regional, do 1o e do 2o Vice-presidentes desempenharão, por esta ordem, o cargo de Vice-presidente da Assembleia.

Membros habilitados a designar representantes para o Conselho Executivo

9.3 Os mandatos do Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal e Seychelles expiram no final da 46a Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 1993. Por isso, seguindo a prática habitual da ordem alfabética inglesa, o Comité Regional decidiu que o Togo, o Uganda, a Tanzânia e o Zaire serão os novos membros incumbidos de designar representantes para fazer parte do Conselho Executivo, a partir da sua 92a sessão, em Maio de 1993, imediatamente após a 46a Assembleia Mundial da Saúde.

Encerramento da 46a Assembleia Mundial da Saúde

9.4 O representante da República do Benim falará em nome da Região Africana na sessão de encerramento da 46a Assembleia Mundial da Saúde, se a ordem do dia assim indicar, em conformidade com a Decisão 6 (11) da 33a Sessão do Comité Regional Africano.

Reuniao informal do Comité Regional

9.5 O Director Regional convocará uma reunião informal para segunda-feira, 4 de Maio de 1993, às 10.00H, no Palácio das Nações, em Genebra, para confirmar as decisões tomadas pelo Comité Regional, na sua 42a Sessão.

10. Designação dos representantes da Região Africana no Conselho Conjunto de Coordenação (JCB) do Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais

Atendendo à expiração do mandato de São Tomé e Príncipe em Dezembro de 1992, a Argélia será o novo membro e juntar-se-á ao Senegal para representar a Região Africana no Conselho Conjunto de Coordenação (JCB) do Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais.

O mandato da Argélia (3 anos) começará em Janeiro de 1993.

9a sessão, 8 de Setembro de 1992

11. Data e local de realização da 43a e 44a sessões do Comité Regional

O Comité Regional decidiu realizar a sua 43a sessão em Brazzaville, Congo, na sua Sede Regional, em Setembro de 1993, de acordo com a resolução AFR/RC35/R10, a menos que um país convide o Comité Regional e suporte as despesas suplementares decorrentes da realização do Comité fora da Sede Regional.

A quadragésima-quarta sessão (que aprovará o Orçamento-Programa para 1996-1997) realizar-se-á em Brazzaville, em 1994.

9a Sessão, 8 de Setembro de 1992

12. Designação do Representante da Região no Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Reprodução Humana: Participação na Comissão Consultiva para a Política e Coordenação (PCC)

O Comité Regional agradeceu ao Senegal, membro cessante da Comissão Consultiva para a Política e Coordenação (PCC) e, de acordo com a ordem alfabética em inglês, designou o UGANDA para fazer parte da PCC nos próximos três anos.

O mandato do Uganda começará em Janeiro de 1993.

9a Sessão, 8 de Setembro de 1992

RESOLUCOES

AFR/RC42/R1 Actividades da OMS na Regiao Africana:

Relatório Sucinto do Director Regional para 1991

Tendo analisado o relatório sucinto do Director Regional para 1991;

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

Notando, com satisfação, que o relatório cobre os domínios prioritários, como sejam o apoio aos sistemas nacionais de saúde, a protecção e promoção da saúde, e a luta contra a doença, incluindo a SIDA;

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

O COMITE REGIONAL,

1. APROVA o relatório do Director Regional;
2. FELICITA o Director Regional pela qualidade e pertinência do documento;
3. EXORTA os Estados-membros a:
 - i) tomar medidas apropriadas para a implementação dos programas prioritários no âmbito do Quadro Africano de Desenvolvimento Sanitário;
 - ii) reforçar os sistemas nacionais de saúde baseados nos cuidados primários de saúde, dando uma atenção particular à gestão, à formação e à investigação;
 - iii) aumentar as verbas destinadas à saúde nos orçamentos nacionais;
4. SOLICITA ao Director Regional que:
 - i) reforce as Representações da OMS, em particular delegando-lhes mais competências, incluindo em questões orçamentais, e apoie ainda mais as equipas/país da OMS;
 - ii) tome medidas apropriadas para mobilizar os fundos extra-orçamentais necessários para acelerar a implementação dos programas prioritários, especialmente a nível local.

AFR/RC42/R2 Projecto de Orçamento/Programa para 1994-1995

Tendo analisado, em pormenor, o relatório submetido pelo Subcomité do Programa sobre o Projecto de Orçamento-Programa para 1994-1995;

O COMITE REGIONAL,

1. NOTA que o Orçamento-Programa para 1994-1995, o terceiro no âmbito do Oitavo Programa Geral de Trabalho, foi elaborado em conformidade com as linhas de orientação constantes da política regional de orçamento-programa, e que a taxa de crescimento zero em termos reais foi a base adoptada para a elaboração global do orçamento;
2. FELICITA o Director Regional por ter concretizado as orientações dadas pelos órgãos directivos;
3. APROVA o relatório do Subcomité do Programa;
4. APROVA o Projecto de Orçamento-Programa;
5. SOLICITA ao Director Regional que transmita o Projecto de Orçamento-Programa para 1994-1995 ao Director-Geral, para análise e inclusão no Projecto de Orçamento-Programa da OMS para 1994-1995.

9a sessão, 8 de Setembro de 1992

AFR/RC42/R3

Compra de Vacinas

Considerando o relatório do Director Regional sobre as estratégias de combate às doenças-alvo do PAV, nos anos 90;

Considerando as resoluções AFR/RC39/R2, WHA41.28 e WHA42.32, e a Cimeira Mundial sobre as Crianças que fixaram os objectivos a alcançar pelos programas de vacinação nos anos 90;

Considerando a resolução AFR/RC41/R1 que apelou aos Estados-membros para que acelerassem a implementação de planos de acção vocacionados para iniciativas específicas de combate às doenças e determinassem como é que as conquistas do programa podiam ser mantidas e melhoradas graças ao fornecimento dos recursos necessários;

Regozijando-se com os esforços das organizações do sistema das Nações Unidas e das organizações governamentais e não-governamentais que asseguraram o fornecimento regular de vacinas aos Estados-membros;

Manifestando preocupação pelo forte aumento do preço das vacinas do Programa Alargado de Vacinação;

Consciente de que os fundos disponíveis a nível dos doadores internacionais para a compra de novas vacinas do PAV, incluindo as vacinas contra a hepatite B e contra a febre amarela, são cada vez mais limitados;

O COMITE REGIONAL,

1. APRECIA o apoio do UNICEF, do Rotary International, das organizações do sistema das Nações Unidas, bem como das organizações governamentais e não-governamentais, que permitiu melhorar a prestação de serviços de vacinação e a implementação das estratégias destinadas a alcançar as metas e objectivos do PAV, nos anos 90;

2. CONVIDA os Estados-membros a:

- i) afectar verbas, dentro do limite dos recursos nacionais disponíveis, para a compra das vacinas mais baratas do PAV;
- ii) incentivar, sempre que possível, a participação nos custos como meio de assegurar a viabilidade do PAV;
- iii) prever, sempre que possível, meios para produzir localmente vacinas de boa qualidade;
- iv) assegurar-se de que essas vacinas satisfazem as normas da OMS;
- v) assegurar-se de que são comercializadas em toda a Região.

3. APELA aos Estados-membros e aos parceiros do PAV para que prestem um apoio financeiro e técnico suplementar para alcançar os objectivos e metas operacionais do PAV fixados para os anos 90;

4. SOLICITA ao Director Regional que:

- i) colabore com o UNICEF e as outras organizações internacionais empenhadas no Programa Alargado de Vacinação para negociar com os fabricantes das vacinas do PAV, a fim de manter os preços acessíveis aos países em desenvolvimento;
- ii) assegure, em colaboração com o UNICEF e outras organizações internacionais, a mobilização de recursos para a compra de novas vacinas;
- iii) preste apoio técnico, logístico e de gestão aos países que tenham capacidade para produzir vacinas de elevada qualidade;
- iv) apresente, ao Comité Regional, um relatório sobre os progressos realizados na aplicação do disposto na presente resolução.

9a sessão, 8 de Setembro de 1992

AFR/RC42/R4

Programa Alargado de Vacinação :
Estratégias regionais de eliminação do
tétano neonatal e de erradicação da poliomielite

Considerando as resoluções AFR/RC38/R2 e AFR/RC39/R3 referentes à eliminação do tétano neonatal, até 1995, e à erradicação da poliomielite até ao ano 2000, respectivamente,

Considerando o balanço do Programa Alargado de Vacinação apresentado ao Comité Regional, por ocasião da sua quadragésima-primeira sessão;

Tendo analisado o relatório do Director Regional sobre a actualização das estratégias regionais de redução da incidência das doenças-alvo do PAV;

O COMITE REGIONAL,

1. APROVA as orientações estratégicas propostas no relatório do Director Regional;
2. CONVIDA as organizações internacionais, governamentais e não-governamentais, que apoiam as actividades do PAV na Região, a aumentar as suas contribuições para se alcançarem os objectivos do programa fixados pela comunidade internacional e pelos Estados membros;
3. INSTA os Estados-membros a:
 - i) fixar os objectivos de redução da incidência do tétano neonatal e da poliomielite;
 - ii) melhorar as actividades de vigilância epidemiológica a nível distrital;
 - iii) aumentar a sua contribuição para as despesas de exploração do programa;
4. SOLICITA ao Director Regional que:
 - i) melhore, em colaboração com o UNICEF, Rotary International e outras organizações governamentais, a coordenação dos recursos e actividades, tanto a nível regional como nacional;
 - ii) acompanhe de perto os progressos dos Estados-membros e, se necessário, modifique as orientações estratégicas do programa, por forma a que as metas fixadas para 1995 possam ser alcançadas;
 - iii) apresente, todos os anos, um relatório sobre os progressos realizados ao Comité Regional.

AFR/RC42/R5

Programa de prevenção e luta contra a SIDA

Tendo analisado o relatório do Director Regional constante do documento AFR/RC42/5 Rev.1;

Considerando as resoluções WHA40.26, WHA41.24, WHA42.33, WHA42.34 e WHA45.35 da Assembleia Mundial da Saúde, AFR/RC41/R14 do Comité Regional e 46/203 da Assembleia Geral das Nações Unidas, bem como a declaração AHG/DECL. 1 (XXIII) dos Chefes de Estado e de Governo da OUA;

Notando, com satisfação, a aplicação das resoluções AFR/RC37/R5, AFR/RC39/R7 e AFR/RC40/R6 do Comité Regional;

Manifestando preocupação pelo facto de a pandemia da SIDA continuar a propagar-se rapidamente a um ritmo alarmante nos países em desenvolvimento, em geral, e nos países da Região Africana da OMS, em particular, num contexto de crise da saúde em Africa, como sublinhado na resolução AHG/DECL.3 (XXVII) da OUA;

Reconhecendo que o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o agente causal da SIDA, está a propagar-se das zonas urbanas para as zonas rurais dos países da Região Africana, onde reside a maioria da população;

Reconhecendo que a via heterossexual é o modo de transmissão mais predominante do HIV na Região Africana;

Profundamente preocupado com as graves consequências sociais e económicas da doença, resultantes da elevada prevalência da infecção nos homens, mulheres e crianças, com o número cada vez maior de doentes com SIDA e com o aumento das infecções oportunistas, como a tuberculose nas comunidades, o que constitui um crescente fardo para os já de si sobrecarregados serviços de saúde e requer estreita colaboração entre os programas de luta contra a SIDA e contra a tuberculose;

Convencido de que a prevenção e luta eficazes contra a SIDA requerem empenho político a alto nível e grandes esforços de mobilização da comunidade;

Notando os efeitos salutares que a descentralização da estratégia mundial de luta contra a SIDA teve nas actividades de prevenção e luta contra esta doença;

Apreciando a colaboração activa de todas as organizações e agências do sistema das Nações Unidas e das numerosas organizações não-governamentais na implementação de estratégia mundial de luta contra a SIDA;

Apreciando os consideráveis recursos técnicos, materiais e financeiros que os organismos de cooperação multilateral e bilateral, as agências das Nações Unidas e as organizações não-governamentais forneceram para apoiar a estratégia mundial de luta contra a SIDA, em geral, e os programas nacionais de luta contra a SIDA dos Estados-membros da Região Africana, em particular;

Notando, com satisfação, os esforços envidados pelos Estados-membros na execução dos planos nacionais de prevenção e luta contra a SIDA.

Reconhecendo o papel de liderança da Sede Regional Africana da OMS e o respectivo apoio prestado aos programas nacionais de luta contra a SIDA.

O COMITE REGIONAL,

1. FELICITA o Director Regional pelo seu relatório;
2. APROVA as recomendações e medidas tomadas para implementar a estratégia mundial e os domínios de impulsão regionais para a prevenção e luta contra a SIDA nos Estados membros;
3. FELICITA o Director-Geral pela actualização da estratégia mundial e pelos seus esforços contínuos no sentido de mobilizar recursos para o programa mundial de luta contra a SIDA;
4. APELA à comunidade internacional para que intensifique o seu apoio aos países da Região, por forma a permitir-lhes satisfazer as crescentes necessidades decorrentes do número cada vez maior de doentes com SIDA e de órfãos, e fazer face às graves consequências económicas desta doença nas comunidades;
5. APELA aos Estados-membros para que :
 - i) se empenhem ao mais elevado nível político, administrativo, técnico e financeiro na prevenção e luta contra a SIDA, a nível nacional;
 - ii) intensifiquem os esforços no sentido de executar as actividades dos domínios de impulsão regionais e a estratégia mundial actualizada de luta contra a SIDA, com particular incidência nas acções dirigidas às mulheres, crianças e adolescentes, e na satisfação das necessidades de cuidados de saúde dos doentes e das suas famílias;
 - iii) reforcem as suas comissões nacionais de luta contra a SIDA e a gestão dos seus programas nacionais de luta contra a SIDA;
 - iv) mobilizem recursos nacionais e externos para a criação de serviços nacionais de transfusão sanguínea, incluindo a criação e desenvolvimento de serviços laboratoriais aos níveis distrital e nacional, e assegurem a prevenção da infecção por HIV através do sangue e dos produtos sanguíneos, graças ao teste de todo o sangue doado, à prestação de conselhos e orientações e a outras acções preventivas;
 - v) adoptem uma abordagem multisectorial aos níveis nacional e internacional na prevenção e luta contra a SIDA e na mobilização de recursos;
 - vi) acompanhem de perto e tomem as necessárias medidas para defender os direitos humanos e a dignidade dos doentes com SIDA, e combatam a discriminação das pessoas ou grupos infectados pelo HIV ou suspeitos de o estarem;
 - vii) intensifiquem os esforços para estabelecer programas integrais de luta contra as doenças sexualmente transmissíveis e os integrem no programa de prevenção e luta contra a SIDA;
 - viii) integrem as actividades nacionais de luta contra a SIDA e contra as doenças sexualmente transmissíveis (DST) nos cuidados primários de saúde e acelerem a descentralização dos programas de luta contra a SIDA/DST para os níveis distrital e comunitário;

6. SOLICITA ao Director Regional que :

- i) continue a exortar os Estados-membros a empenharem-se ao mais elevado nível político nos programas nacionais de prevenção e luta contra a SIDA;
- ii) reforçé a capacidade de gestao dos Estados-membros graças à prestação de assistência técnica e à organização de actividades de formação técnica e em gestao para os nacionais envolvidos na prevenção e luta contra a SIDA;
- iii) forneça directivas técnicas aos Estados-membros nos domínios do planeamento, programação, análise e elaboração da segunda série de planos a médio prazo, com ênfase numa estratégia multisectorial de prevenção e luta contra a SIDA;
- iv) ajude os Estados-membros a mobilizar recursos para apoiar os programas nacionais de luta contra a SIDA e a adoptar uma estratégia multisectorial para lutar contra a pandemia;
- v) incentive e preste assistência aos Estados-membros no estabelecimento de cuidados domiciliários baseados na comunidade para os pacientes com SIDA e para as respectivas famílias e comunidades;
- vi) ajude os Estados-membros a empreender acções e a avaliar o respectivo impacto, a fim de melhorar as estratégias de prevenção e luta contra a SIDA, em todas as áreas programáticas;
- vii) forneça directivas técnicas aos países para a mobilização dos jovens, mulheres, homens, trabalhadores e comunidades;
- viii) apresente um relatório à quadragésima-terceira sessão do Comité Regional sobre a situação da SIDA na Região Africana e sobre a implementação do disposto na presente resolução.

9a sessão, 8 de Setembro de 1992

AFR/RC42/R6

Reorientação e reestruturação dos hospitais
com base nos cuidados primários de saúde
em Africa

Tendo analisado o documento AFR/RC42/6 sobre a "Reorientação e reestruturação dos hospitais com base nos cuidados de saúde, em Africa", apresentado pelo Director Regional;

Notando a situação insatisfatória predominante na maioria dos hospitais da Regiao Africana;

Tomando nota dos importantes desafios a enfrentar pelos hospitais africanos na perspectiva de uma contribuição mais eficaz para a instauração da Saúde para Todos os Africanos;

Considerando a decisão unânime dos Estados-membros de acelerar a implementação dos cuidados primários de saúde na Regiao, de acordo com o disposto no Quadro Africano de Desenvolvimento Sanitário, aprovado em Lusaca, em 1985;

O COMITE REGIONAL,

1. FELICITA O Director Regional pelo seu relatório;
2. APROVA as opções e estratégias propostas no documento AFR/RC42/6 destinadas a ajudar os Estados-membros na Regiao a rever o papel dos hospitais na implementação dos cuidados primários de saúde;
3. INSTA aos Estados-membros a:
 - i) rever o papel, as funções, a organização e a gestão dos seus hospitais, com base nas orientações propostas;
 - ii) adoptar textos regulamentares para redefinir a missão do hospital e as suas relações institucionais com as outras estruturas e instituições de saúde, os sectores ligados à saúde e as comunidades;
 - iii) reforçar a formação do pessoal hospitalar em cuidados primários de saúde;
 - iv) reforçar as capacidades técnicas, administrativas e logísticas dos hospitais, bem como as das instituições de saúde periféricas, para ter em conta as novas funções dos hospitais;
4. SOLICITA ao Director Regional que:
 - i) prossiga as actividades de investigação neste domínio;
 - ii) preste todo o apoio técnico e financeiro necessário às iniciativas dos países;
 - iii) apresente um relatório sobre os progressos realizados à quadragésima-terceira sessão do Comité Regional.

AFR/RC24/R7

Relatório de avaliação final da década internacional
do abastecimento de água e saneamento
(1981-1990), na Região Africana da OMS

Tendo analisado o documento sobre a avaliação da Década Internacional do Abastecimento de Água Potável e Saneamento (1981-1990) na Região Africana da OMS, apresentado pelo Director Regional;

Considerando a resolução WHA42.25 da Assembleia Mundial da Saúde apelando para uma intensificação dos esforços dos Estados-membros para alargar e intensificar as actividades da Década nos anos 90, no âmbito da estratégia da Saúde para Todos, e a resolução AFR/RC41/R4 sobre a aceleração da implementação dos programas de abastecimento de água e saneamento na Região Africana da OMS;

Notando que embora tenham registado progressos significativos durante a Década, com apoio externo e financeiro acrescido para propiciar melhor acesso aos serviços de abastecimento de água e saneamento, os países continuam a ter dificuldades em alcançar os objectivos fixados, especialmente nas zonas rurais e periurbanas;

Reconhecendo que se tem de tirar o máximo partido das lições aprendidas e da experiência adquirida durante a Década, tendo em vista superar os principais obstáculos ao desenvolvimento do sector;

Preocupado com o enorme desafio a enfrentar e com a magnitude dos recursos financeiros, humanos e materiais requeridos para alcançar o objectivo de acesso universal ao abastecimento de água e saneamento na Região;

Reiterando que o abastecimento de água e saneamento são serviços essenciais para o controlo das principais doenças transmissíveis e que contribuem para o desenvolvimento sócio-económico e para a melhoria da qualidade de vida;

Tendo presente que as organizações de saúde nacionais deverao continuar a desempenhar um papel particular na promoção do conceito de abastecimento adequado de água potável e saneamento, enquanto componente essencial dos cuidados primários de saúde;

O COMITE REGIONAL,

1. FELICITA o Director Regional pelo seu relatório completo sobre a avaliação da Década Internacional do Abastecimento de Água e Saneamento, na Região Africana da OMS;
2. APROVA o relatório do Director Regional;
3. AGRADECE a todos os organismos de apoio externo que contribuíram para o desenvolvimento do sector durante a Década e solicita o seu apoio contínuo nos anos 90;
4. MANIFESTA a sua satisfação pelos esforços envidados pelos Estados-membros para realizar progressos significativos no sentido, de alcançar o objectivo da Década, a despeito dos numerosos obstáculos encontrados;

5. INSTA os Estados-membros a:

- i) prosseguir a implementação das estratégias regionais e dos planos de acção aprovados pelo Comité Regional, na sua quadragésima-primeira sessão, bem como a pôr em prática o disposto na resolução AFR/RC41/R4 sobre a implementação dos programas de abastecimento de água e saneamento, nos anos 90;
- ii) assegurar que os organismos responsáveis pelo abastecimento de água e saneamento, incluindo os ministérios da saúde, efectuem uma análise crítica das suas experiências durante a Década, a fim de analisar se é apropriado realizar uma mudança estratégica nos objectivos e metas fixados, tendo presente que os serviços de abastecimento de água e saneamento são essenciais para alcançar o objectivo Saúde para Todos no Ano 2000;
- iii) criar estruturas institucionais que permitam às comunidades assumir responsabilidades no planeamento, financiamento, implementação e, mais particularmente, no funcionamento e manutenção dos serviços;
- iv) promover uma mobilização mais enérgica das comunidades para gerar os recursos suplementares locais necessários à perenidade do programa de Abastecimento de Água e Saneamento.
- v) dar a maior atenção aos factores que assegurem a viabilidade dos projectos, como sejam a utilização de tecnologias apropriadas e de baixo custo, a participação das mulheres, a integração da educação para a saúde com a educação para a higiene, a recuperação dos custos e o controlo e vigilância da água destinada ao consumo humano.
- vi) acompanhar de perto o impacto do abastecimento de água e saneamento na saúde, dedicando particular atenção à redução das doenças diarreicas, incluindo a cólera, da esquistossomíase e da dracunculose, particularmente nas zonas afectadas;
- vii) dar ênfase ao facto de que o abastecimento de água à comunidade deverá acompanhar ou vir imediatamente após o fornecimento de meios de eliminação dos dejectos e a educação para a saúde/higiene, aumentando as verbas para estas actividades;
- viii) analisar periodicamente a situação do abastecimento de água e saneamento em termos de cobertura dos serviços e doutros factores relevantes;
- ix) encorajar um maior investimento dos governos e doadores externos nos programas nacionais de abastecimento de água e saneamento;

6. SOLICITA AO DIRECTOR REGIONAL que:

- i) continue a apoiar os países a aplicar o disposto na resolução AFR/RC41/R4 intitulada "Acelerar a implementação dos programas de abastecimento de água e saneamento, na Região Africana", procurando extrair os maiores benefícios possíveis para a saúde e assegurando-se de que o saneamento se desenvolve pari passu com o abastecimento de água;
- ii) continue a reforçar a cooperação técnica da OMS, em particular no que se refere ao desenvolvimento institucional, tecnológico e de recursos humanos, bem como ao intercâmbio de informação e à coordenação internacional;

- iii) continue a colaborar com outras agências das Nações Unidas e com organismos de cooperação bilateral e multilateral, no sentido destes consagrarem mais recursos para satisfazer as necessidades básicas dos Estados-membros, assegurando que o respectivo apoio é o mais benéfico possível para a saúde;
- iv) apresente periodicamente relatórios sobre os progressos realizados na aplicação do disposto na presente resolução em futuras sessões do Comité Regional, num ponto separado da ordem do dia.

9a sessão, 8 de Setembro de 1992

AFR/RC42/R8 Programa regional de controlo do paludismo:
Progressos realizados e perspectivas para os anos 90

Tendo estudado o relatório do Director Regional sobre a situação do paludismo na Região Africana da OMS;

Reconhecendo a situação alarmante do paludismo na maioria dos países africanos e as consequências negativas deste flagelo sobre o desenvolvimento sócio-económico e a sobrevivência das crianças em África;

Constatando os esforços envidados pela OMS no sentido da mobilização internacional em prol do combate ao paludismo, graças à organização de três conferências inter-regionais e de uma conferência ministerial;

Notando, com satisfação, que diversos países procederam à reformulação das estratégias de combate ao paludismo, em conformidade com a estratégia regional recomendada pela conferência de Brazzaville sobre o paludismo;

Notando, com satisfação, uma melhoria nos programas antipalúdicos em alguns países.

O COMITE REGIONAL,

1. APROVA o relatório do Director Regional;
2. CONVIDA os Estados-membros a:
 - i) adoptar políticas e estratégias de combate ao paludismo adaptadas às realidades sócio-económicas e elaborar planos de implementação dos programas de combate;
 - ii) reforçar o seu empenhamento e o das suas comunidades no combate ao paludismo;
 - iii) designar o combate ao paludismo como uma das principais prioridades de saúde e de desenvolvimento;
 - iv) criar serviços de combate ao paludismo no âmbito das direcções do Ministério da Saúde responsáveis pelo combate à doença e reforçar os serviços existentes;
 - v) mobilizar os recursos locais e externos necessários à implementação dos programas;

- vi) assegurar o sucesso da próxima conferência ministerial mundial de Amsterdao, graças à elaboração de propostas concretas destinadas a reforçar o combate ao paludismo;
3. LANCA UM APELO à comunidade internacional para que apoie os esforços envidados pela OMS e pelos Estados-membros para implementar os planos de acção nacionais;
4. LANCA UM APELO às organizações das Nações Unidas, em particular ao PNUD e ao UNICEF, bem como às organizações nao-governamentais, para que reforcem o seu empenhamento no combate ao paludismo, através de programas de cooperação, com vista a melhorar os serviços de saúde e a sobrevivência das crianças em Africa;
5. SOLICITA AO DIRECTOR REGIONAL que:
- i) preste o apoio técnico necessário aos Estados-membros para a elaboração ou reformulação de programas antipalúdicos;
 - ii) prossiga os esforços tendentes a reforçar as capacidades técnicas nos países de Regiao;
 - iii) favoreça o desenvolvimento de actividades de investigação operacional com vista à melhoria dos programas em curso;
 - iv) contribua para a mobilização de recursos em prol do combate ao paludismo;
 - v) continue a sensibilizar os organismos financiadores para uma maior participação na luta contra o paludismo em Africa.
 - vi) apresente à quadragésima-terceira sessao do Comité Regional um relatório sobre os progressos realizados na execução dos programas antipalúdicos na Regiao.

9a sessao, 8 de Setembro de 1992

AFR/RC42/R9 Programa regional de controlo da tuberculose e da lepra

Considerando as resoluções AFR/RC40/R7, WHA44.8 sobre a tuberculose e WHA44.9 sobre a Lepra;

Manifestando a sua preocupação pelos mais de seiscentos mil óbitos por tuberculose e pelo milhao e quatrocentos mil novos casos de tuberculose que continuam a ocorrer todos os anos na nossa Regiao;

Reconhecendo que a tuberculose está a aumentar rapidamente na Regiao devido à pandemia da SIDA;

Reconhecendo igualmente que a aplicação judiciousa da tecnologia existente permite alcançar o objectivo dos programas de controlo da tuberculose, mesmo em condições difíceis;

Notando, com satisfação, os consideráveis progressos realizados com a terapia multimedicamentosa no tratamento da lepra, que levaram à redução da prevalência desta doença;

Tendo analisado o relatório do Director Regional sobre o programa de controlo da tuberculose e da lepra;

Consciente da necessidade de proceder a uma reinserção social progressiva dos doentes da lepra e encerramento das leprosarias;

O COMITE REGIONAL,

1. FELICITA o Director Regional pelas excelentes medidas concretas tomadas para revitalizar o programa regional de controlo da tuberculose e da lepra;

2. APELA aos Estados-membros para que :

- i) se empenhem, ao mais alto nível político, na intensificação do combate à tuberculose e à lepra, como parte integrante dos cuidados primários de saúde (CPS), e analisem a situação das actuais actividades de combate, particularmente no que se refere à tuberculose, à luz da pandemia da SIDA, introduzindo a quimioterapia de curta duração para o tratamento da tuberculose, alargando a cobertura pela terapia multimedicamentosa para o tratamento da lepra e melhorando o sistema de gestão;
- ii) reforcem as capacidades de gestão no seio dos programas nacionais, particularmente a nível distrital, e melhorem a formação em combate à tuberculose e à lepra para os profissionais de saúde de todos os níveis, incluindo os estudantes de medicina e os enfermeiros;
- iii) reforcem as actividades de educação para a saúde graças a várias abordagens, incluindo a participação comunitária, particularmente no que se refere à reinserção social dos leprosos.

3. APELA às organizações internacionais, governamentais e não-governamentais, bem como às fundações privadas sem fins lucrativos, para que continuem a apoiar as actividades de combate à tuberculose e à lepra na Região Africana;

4. APELA ao Director Regional para que :

- i) intensifique o apoio aos Estados-membros para o estabelecimento e reforço dos programas nacionais de combate, a fim de melhorar o rastreio e o tratamento e atingir uma taxa de cura de 85 por cento dos casos com expectoração positiva que se encontrem em tratamento, e de detectar 70 por cento dos casos até ao ano 2000, numa abordagem integrada com os cuidados primários de saúde;
- ii) reforce o apoio técnico aos Estados-membros para a implementação da terapia multimedicamentosa, de modo a alcançar a eliminação mundial da lepra enquanto problema de saúde pública até ao ano 2000;
- iii) continue a mobilizar recursos financeiros para a implementação da quimioterapia de curta duração e da terapia multimedicamentosa;
- iv) continue a reforçar a capacidade de gestão dos países para o combate à tuberculose e à lepra, graças ao apoio à formação e à investigação.

5. SOLICITA ao Director Regional que acompanhe de perto os progressos realizados pelo programa e que apresente, periodicamente, um relatório ao Comité Regional.

9a sessão, 8 de Setembro de 1992

AFR/RC42/R10

Programa de controlo das doenças diarreicas

Considerando as resoluções AFR/RC35/R9 e AFR/RC38/R10;

Tendo analisado o relatório do Director Regional sobre o programa de controlo das doenças diarreicas (CDD);

Tendo sido informado de que:

- i) até fins de 1991, quarenta e dois países haviam elaborado programas de CDD;
- ii) a taxa de acesso aos sais de reidratação oral aumentara de 38 por cento, em 1987, para 52 por cento, em 1989, e a taxa de utilização da terapia de reidratação oral de 19 por cento, em 1987, para 36 por cento, em 1989;
- iii) se realizaram 34 estudos e análises do programa para avaliar os progressos realizados pelos programas nacionais de CDD;
- iv) a formação dos profissionais de saúde aumentara em todos os domínios, em particular em tratamento de casos;

Considerando que o controlo das doenças diarreicas compreende tanto o tratamento adequado dos casos como a prevenção da diarreia;

O COMITE REGIONAL,

1. MANIFESTA A SUA SATISFACAO pelos consideráveis progressos realizados na execução dos programas nacionais de controlo das doenças diarreicas;

2. AGRADECE ao UNICEF, aos organismos de cooperação bilateral, às organizações internacionais e às ONG pela sua colaboração e apoio contínuos ao programa de CDD;

3. INSTA os Estados-membros a intensificar o seu empenho nas actividades de combate às doenças diarreicas como componente integrante dos cuidados primários de saúde, dedicando particular atenção às actividades com impacto imediato na mortalidade infantil, como sejam a formação em tratamento dos casos de diarreia a nível operacional e as actividades de prevenção, a fim de reduzir a morbilidade por diarreia.

4. REAFIRMA que o estabelecimento de um programa eficaz de controlo das doenças diarreicas deveria conter planos multisectoriais para a prevenção e controlo da cólera e a formação em tratamento dos casos, como a melhor forma de lutar contra as epidemias de cólera na Região;

5. REITERA que, para prevenir as doenças diarreicas, será necessário que os programas dêem ênfase à amamentação contínua, ao aumento da ingestão de líquidos, ao consumo de água potável, à boa higiene, à eliminação adequada dos excreta e à vacinação contra o sarampo;

6. REAFIRMA IGUALMENTE que o tratamento deveria consistir na administração de líquidos de reidratação por via oral, conjuntamente com conselhos correctos sobre a sua administração e sobre a alimentação apropriada durante e após a diarreia, bem como a referência do doente, sempre que for necessário;

7. SOLICITA ao Director Regional que:

- i) prossiga a colaboração com os Estados-membros para reforçar os programas nacionais de controlo das doenças diarreicas, graças à promoção e apoio às actividades de formação, com particular incidência no tratamento dos casos de diarreia a nível operacional, nas actividades de comunicação e na avaliação dos programas, a fim de aumentar a aceitação da terapia de reidratação oral e melhorar o tratamento eficaz dos casos de diarreia, com vista a alcançar as metas regionais de 80 por cento de acesso aos sais de reidratação oral e 60 por cento de utilização da terapia de reidratação oral até 1995, para as crianças menores de cinco anos de idade;
- ii) estreite a colaboração com o UNICEF, os organismos de cooperação bilateral, as organizações internacionais e as ONG, tendo em vista o financiamento e execução das actividades programáticas;
- iii) prossiga os esforços no sentido de ajudar os governos a mobilizar recursos para a execução das actividades programáticas, apoiando, conjuntamente com outros financiadores, a realização de reuniões nacionais de doadores;
- iv) mantenha os Estados-membros e o Comité Regional informado dos progressos realizados na execução do programa de controlo das doenças diarreicas.

9a sessão, 8 de Setembro de 1992

AFR/RC42/R11 Preparação e resposta às situações de emergência e assistência humanitária na Região Africana

Considerando as resoluções WHA34.26, WHA38.29, WHA42.16, da Assembleia Mundial da Saúde, a resolução CM/RES/1253 (LI) da OUA, as resoluções 42/169, 44/211, 44/236 e 46/182, da Assembleia Geral das Nações Unidas, e as resoluções AFR/RC38/R25, AFR/RC40/R11 e AFR/RC40/R12, do Comité Regional Africano da OMS;

Consciente do grande impacto das catástrofes nas infra-estruturas de saúde e no desenvolvimento económico dos países africanos;

Reconhecendo a acção empreendida pelo Secretário-Geral das Nações Unidas ao declarar os anos 90 como Década Internacional para a Redução das Catástrofes Naturais e o estabelecimento do Secretariado e do Fundo Fiduciário da Década;

Reconhecendo a necessidade de maior coordenação dos socorros prestados pelas agências das Nações Unidas e a reestruturação efectuada pelo Director dos Assuntos Humanitários das Nações Unidas;

Considerando as prioridades definidas pela reunião regional da OUA sobre as catástrofes, em Abril de 1992;

Notando, com satisfação, o relatório do Director Regional sobre a "Preparação e Resposta às Situações de Emergência em Africa" (Documento AFR/RC42/8);

O COMITE REGIONAL,

1. APELA às agências do sistema das Nações Unidas que trabalham na Região, que cooperem, colaborem e conjuguem os seus esforços com os da Sede Regional Africana da OMS e do Centro Pan-africano da OMS para a Preparação e Resposta às Situações de Emergência, no sentido de atenuar o impacto negativo das catástrofes nos Estados-membros.
2. INSTA os Estados-membros a:
 - i) continuar a elaborar e a actualizar os seus planos nacionais de preparação e resposta às situações de emergência, onde for necessário prever a vigilância, formação e armazenagem de suprimentos;
 - ii) apresentar regularmente relatórios sobre a incidência das catástrofes nos seus respectivos territórios à Sede Regional Africana da OMS e/ou ao Centro Pan-africano da OMS para a Preparação e Resposta às Situações de Emergência de Adis-Abeba;
 - iii) estreitar a cooperação entre o sector da saúde e os outros sectores interessados;
 - iv) apoiar a implementação das actividades previstas no âmbito da Década Internacional para a Redução das Catástrofes Naturais.
3. SOLICITA AO DIRECTOR REGIONAL que:
 - i) coopere e colabore com o Secretariado Geral da OUA, com o Director dos Assuntos Humanitários das Nações Unidas e com outros órgãos e instituições relevantes na consecução dos objectivos prioritários de redução das catástrofes, determinados aos níveis nacional, sub-regional e regional, pela reunião regional da OUA sobre as catástrofes, realizada em Abril de 1992;
 - ii) organize seminários e cursos de formação relevantes para administradores de nível médio e decisores africanos;
 - iii) coopere com o Secretariado da Década Internacional para a Redução das Catástrofes Naturais na implementação dos objectivos e metas pertinentes da Década, através de esforços conjugados e de propostas de projectos concretos a executar durante a Década;
 - iv) reforce a rede existente de centros de colaboração para a redução das catástrofes na Região, dedicando uma atenção particular ao Corno de Africa e à Sub-região da Africa Austral;

- v) mobilize as verbas necessárias para apoiar os países africanos nas actividades de prevenção, preparação e resposta às catástrofes.

9a sessão, 8 de Setembro de 1992

AFR/RC42/R12

Moção de agradecimento

Considerando os enormes esforços envidados pelo povo e pelo Governo da República do Congo para assegurar o êxito da 42ª sessão do Comité Regional Africano da OMS, realizada em Brazzaville, entre 2 e 9 de Setembro de 1992;

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

Considerando a determinação e o empenho políticos 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 Presidente da República do Congo, Professor Pascal Lissouba;

i) por se ter dignado honrar com a sua presença a cerimónia de abertura da 42ª sessão do Comité Regional;

ii) a sua oportuna e estimulante alocução que incidiu, principalmente, sobre os problemas de saúde em Africa e no Congo, bem como sobre a necessidade de uma gestão rigorosa dos recursos, tendo em vista a instauração da SAUDE PARA TODOS NO ANO 2000;

2. EXPRIME a sua gratidão ao Governo e ao Povo da República do Congo pela sua calorosa hospitalidade;

3. SOLICITA ao Presidente da 42ª sessão do Comité Regional que transmita esta moção de agradecimento a Sua Excelência, o Presidente da República do Congo, Professor Pascal Lissouba.

9a sessão, 8 de Setembro de 1992

AFR/RC42/R13

Mobilização geral para a saúde comunitária em Africa

Considerando o "Apelo para a Africa" lançado em Bujumbura, pelo Comité Regional Africano da OMS, por ocasião da sua quadragésima-primeira sessão, realizada em Setembro de 1991, a favor de uma mobilização geral para a saúde comunitária em Africa;

Considerando a degradação contínua da situação sanitária das populações africanas, sobretudo nas zonas rurais;

Considerando a decisao tomada pelo Comité Regional, na sua quadragésima-primeira sessao, de lançar a partir de 1992 uma vasta campanha de mobilização para a saúde comunitária em Africa;

Considerando as reacções extremamente favoráveis das comunidades africanas, dos Estados-membros, das agências das Nações Unidas, das organizações internacionais e da opiniao internacional a esta campanha, que se manifestam através:

- da criação, na maioria dos países, de estruturas nacionais de coordenação das actividades de mobilização;
- do empenho das comunidades africanas em intensificar, ao seu próprio nível, as acções em prol da sua saúde;
- dos compromissos assumidos por numerosos organismos financiadores, organizações internacionais e ONG;

Considerando o lançamento bem sucedido da Campanha de Mobilização para a Saúde em Africa, com a realização, entre 4 e 6 de Setembro de 1992, da Conferência Internacional sobre a Saúde Comunitária em Africa (CISCA);

Considerando a importante participação de delegações africanas, de representantes da comunidade internacional e da imprensa nessa Conferência;

Considerando as numerosas iniciativas empreendidas pelas comunidades africanas a favor da sua saúde e dadas a conhecer durante a CISCA;

Considerando o firme empenhamento da Africa em se mobilizar para vencer o AFRO - PESSIMISMO;

Considerando a pertinência do Fundo Especial para a Saúde em Africa, enquanto instrumento de apoio à acção das comunidades;

Considerando o pouco impacto das políticas de saúde que foram concebidas, na maior parte dos casos, sem a participação real das populações interessadas;

Considerando que o objectivo Saúde para Todos nao poderá ser alcançado sem o empenhamento decidido das próprias comunidades;

O COMITE REGIONAL,

1. AGRADECE ao Governo congolês por ter respondido ao Apelo de Bujumbura organizando a CISCA;
- 2 AGRADECE aos governos africanos, às agências internacionais e aos outros parceiros pelo seu apoio à realização da CISCA;
3. AGRADECE ao Director Regional e à sua equipa pelo apoio técnico concedido à Campanha de Mobilização para a Saúde Comunitária em Africa;
4. INSTA os Governos africanos, as agências internacionais e os outros parceiros a:
 - i) prosseguir no seu apoio à Saúde Comunitária em Africa;
 - ii) fazer eco da campanha de mobilização que acaba de ser lançada durante a CISCA;

-
- iii) empreender, nos respectivos países, acções conducentes a encorajar as comunidades a mobilizar-se para acções ainda mais significativas em prol da saúde;
 - iv) tomar as medidas necessárias com vista à mobilização de recursos que suportem as iniciativas das comunidades;
 - v) dar especial atenção à componente Saúde Comunitária nos seus programas nacionais de saúde;
 - vi) comunicar regularmente à Sede Regional os resultados das suas acções no quadro da campanha de mobilização, a fim de lhes permitir garantir a continuidade.

5. SOLICITA ao Director Regional que proporcione apoio técnico aos países na implementação das acções de saúde comunitária e que comunique à quadragésima-terceira sessão do Comité Regional os progressos realizados no quadro desta Campanha de Mobilização Geral para a Saúde Comunitária em Africa.

9a sessão, 8 de Setembro de 1992

PARTE II

ABERTURA DA SESSAO

1. A quadragésima-segunda sessão do Comité Regional Africano da Organização Mundial de Saúde foi aberta a 2 de Setembro de 1992, em Brazzaville, República do Congo. A cerimónia de abertura contou com a presença de Sua Excelência, o Professor Pascal Lissouba, Presidente da República do Congo, de Sua Excelência, o Primeiro-Ministro do Congo, Sr. Stéphane Maurice Bongho-Nouara, do Presidente da quadragésima-primeira sessão do Comité Regional, Dr. Norbert Ngendabayikwa, Ministro da Saúde do Burundi, e do Sr. P. Gayama, Representante do Secretário-Geral da OUA, Dr. Salim Ahmed Salim. Também participaram na cerimónia o ex-Presidente dos Estados Unidos da América, Sr. Jimmy Carter, o Dr. G.L. Monekosso, Director Regional da OMS para Africa, as delegações dos Estados-membros da Região Africana da OMS e representantes de organizações internacionais e não-governamentais.
2. Nos seus comentários preliminares, o presidente da quadragésima-primeira sessão do Comité Regional declarou que a presença do Presidente Lissouba era uma fonte de inspiração e estímulo (Anexo 3). Apelidou o ex-presidente Carter de grande e verdadeiro amigo da Africa, que envidava importantes esforços no sentido de melhorar a saúde das populações africanas.
3. O Dr. Ngendabayikwa assinalou que a redução drástica dos recursos afectara todos os sectores nacionais, incluindo o da saúde. A SIDA, a cólera e as outras doenças agravaram a situação. Apelou para uma análise aprofundada das políticas de saúde por forma a que, sob o impulso da OMS, as comunidades da Região pudessem agir no sentido da auto-suficiência em matéria de serviços de cuidados de saúde. De acordo com o Presidente da 41ª sessão do Comité Regional, o Apelo de Bujumbura e o Fundo Especial para a Saúde em Africa foram marcos importantes de um processo de que a Conferência Internacional sobre a Saúde Comunitária em Africa era o ponto culminante. Agradeceu ao Dr. G.L. Monekosso pelo seu apoio inestimável à organização da conferência.
4. Afirmou em seguida que, no campo da saúde, os obstáculos eram consideráveis e que a Africa precisava da solidariedade internacional, a fim de fazer face à seca, às epidemias e às doenças, como o paludismo, a cólera, a SIDA, etc.. Agradeceu novamente ao Director Regional, Dr. G.L. Monekosso, e à sua equipa, por terem trabalhado arduamente no sentido de permitir aos Estados-membros encontrar soluções duradouras.
5. Nos seus comentários preliminares, o Director Regional da OMS para Africa, Dr. G.L. Monekosso, deu as boas-vindas aos seus eminentes visitantes, tendo descrito a respectiva presença como um acontecimento histórico (Anexo 4). Felicitou o Professor Pascal Lissouba pela sua brilhante eleição para o cargo de Presidente da República do Congo. Fez notar que esta era a primeira cerimónia pública oficial em que o novo Presidente participava, o que mostrava o seu interesse pela Saúde para Todos os povos. Prestou uma ardente homenagem à maturidade política do povo congolês e ao humanismo do respectivo Presidente.
6. Em seguida, recordou aos ilustres delegados dos Estados-membros que se estavam a reunir num contexto de crise económica, social e política, cuja solução, tal como tao bem afirmara o Professor Lissouba dois dias antes, exigia de todos espírito de inovação e criatividade. Segundo o Director Regional, o papel da OMS era dar uma resposta dinâmica aos desafios sanitários e sociais lançados à comunidade internacional, no seu conjunto, de forma a tornar-se um dos elos essenciais da cadeia de solidariedade humana.

7. Na sua alocução (Anexo 1), o ex-Presidente Carter descreveu a eleição do Presidente Lissouba como o resultado da democracia e liberdade, heranças queridas dos povos amantes da paz em todo o mundo.

8. O Sr. Jimmy Carter encarou o seu convite como uma oportunidade que lhe era proporcionada para reforçar os laços de amizade entre a África e os Estados Unidos da América. Referiu que a África tinha problemas de saúde que não conseguia resolver sozinha. Fez notar que viera ao Congo, não como representante do governo dos Estados Unidos, mas na qualidade de Presidente do Carter Centre de Atlanta, Georgia. Revelou que o Carter Centre fazia do acompanhamento dos conflitos no mundo uma das suas actividades. Estavam documentados cento e dois conflitos, sendo trinta e dois deles guerras. Exceptuando a Jugoslávia, todos os conflitos acompanhados pelo Centre eram guerras civis. Eram assim problemas onde as Nações Unidas não podiam interferir, por serem situações de luta entre governos e as suas populações.

9. De qualquer modo, os conflitos resultavam sempre em sofrimento acrescido, mortes e privação de alimentos a quem deles necessitava. O Sr. Carter disse que a insuficiência alimentar resultante da guerra, bem como o pesado fardo das dívidas e a quebra na produção alimentar, eram responsáveis pela diminuição de 70 calorias por dia em cada Africano, facto que não podia ser ignorado.

10. O Carter Centre estava também empenhado em auxiliar os pequenos agricultores a melhorar a sua produção. Cento e cinquenta mil, espalhados por várias partes do mundo, tinham beneficiado desse apoio. Outra equipa de trabalho do Centre, votada à sobrevivência e desenvolvimento das crianças, trabalhava na eliminação da poliomielite e outras doenças evitáveis pela vacinação. Enquanto a América Latina já registara o seu último caso dessa terrível doença, a África tinha ainda de enfrentar tal desafio.

11. O ex-Presidente falou também da dracunculose, uma terrível doença que atormentava igualmente a África e a Ásia. Afirmou que esta doença teria de estar erradicada da face da terra até 1995. A sua visita, segundo anunciou, visava a consecução desse objectivo.

12. O Sr. Carter afirmou que se sentia encorajado pelos esforços que testemunhara, mas fez notar que o progresso económico dependia dos progressos na saúde. Como exemplo, disse que uma redução das taxas de mortalidade infantil levava invariavelmente a um aumento da esperança de vida e, paradoxalmente, a uma redução real do crescimento demográfico. Apontou estes factos como vitórias impressionantes neste campo, tanto mais que tinham sido obtidas face a grandes dificuldades.

13. Acrescentou que tinham aumentado as disparidades entre o mundo industrializado e o mundo em desenvolvimento, e o fosso daí resultante só podia ser preenchido com progressos no desenvolvimento sanitário. A dracunculose impedia boas colheitas agrícolas e as más condições sanitárias eram inimigas do turismo. Assim, os Ministérios da Agricultura, Saúde, Educação, Finanças, etc., estavam todos envolvidos e deviam operar em conjunto, começando pelo Chefe de Estado, se se quisesse alcançar um verdadeiro desenvolvimento sanitário. Apontou o caso do Presidente Lissouba e o de outros chefes de estado que conhecera, como dignos de emulação.

14. O ex-Presidente Carter mostrou-se esperançado em que as Nações Unidas festejassem o seu 50º aniversário com o anúncio da erradicação da dracunculose. Também a oncocercose precisava de ser eliminada, e já era possível recorrer a uma terapia razoavelmente barata para o conseguir. Afirmou que estava disponível e aberto para continuar a colaborar com a OMS e outros parceiros, na busca de soluções duradouras para os problemas de Saúde da Região.

15. Complementando o discurso, o ex-Presidente dirigiu um apelo da Senhora Rosalynne Carter à quadragésima-segunda sessão do Comité Regional, para que o dia 10 de Outubro fosse declarado Dia Mundial da Saúde Mental. Nesse dia, a Sra. Carter tencionava convidar Primeiras Damas de todo o mundo para se associarem a ela na discussão dos problemas de saúde mental, chamando a atenção do mundo para esses problemas incapacitantes.

16. O orador a seguir, Sr. P. Gayama, falando em nome do Secretário-Geral da OUA, Dr. Salim Ahmed Salim, manifestou a sua satisfação pelo facto de se dirigir a tao augusta assembleia (Anexo 8). A presença do Presidente Pascal Lissouba era, afirmou, "um sinal da nova visao que a Africa devia ter". Apelidou o Sr. Jimmy Carter, ex-presidente dos Estados Unidos da América, de amigo da Africa, tendo sublinhado os seus esforços para instaurar a paz no Corno de Africa.

17. O Sr. Gayama afirmou que, após o optimismo dos anos 60, a Africa vira-se afectada por numerosas calamidades e doenças, o que requeria soluções eficazes. Acrescentou que o UNICEF organizaria em Dacar, em Novembro de 1992, uma reuniao subordinada ao tema "Sobrevivência da Criança". Exortou os ilustres delegados a participar nessa reuniao.

18. O Sr. Gayama declarou que o papel da OUA consistira em ajudar a Africa a avançar. A Organização da Unidade Africana estava plenamente de acordo com os esforços em curso para eliminar o sofrimento e a doença. Na prossecução desse objectivo, a OUA envidara esforços no sentido da adopção da declaração sobre a "Saúde-Base do Desenvolvimento". O Fundo Especial para a Saúde em Africa e a Declaração de Abuja sobre a actual crise da saúde em Africa eram outros exemplos da estreita colaboração entre a OUA e a OMS.

19. O Sr. Gayama disse que para se ser bem sucedido, havia necessidade de empenho e acções concretas. Acrescentou que o Fundo Especial para a Saúde em Africa tinha necessidade de mais contribuições e que nem todas as cartas adoptadas pela OUA haviam sido assinadas e ratificadas pelos seus Estados-membros. Citou as cartas sobre os resíduos industriais e o desenvolvimento das crianças, como áreas em que havia necessidade de mostrar mais empenho. Referiu que o caminho rumo a uma boa saúde era longo, mas que a OUA estava empenhada na colaboração com a OMS para alcançar os seus objectivos comuns.

20. Concluiu, prestando uma homenagem especial ao Dr. Monekosso, Director Regional da OMS para Africa, pelo estreitamento das relações entre a OMS e a OUA.

21. Na sua breve alocução, o Presidente Pascal Lissouba deu calorosas boas-vindas ao ex-Presidente Jimmy Carter, cuja presença, afirmou, era uma honra para ele próprio e para o povo congolês (Anexo 6). Declarou que a Africa estava confrontada com a doença e que, por isso, precisava da ajuda de pessoas como o ex-Presidente Carter para enfrentar esse desafio.

22. O novo Presidente do Congo agradeceu em seguida ao Professor Monekosso e ao Presidente da quadragésima-primeira sessão do Comité Regional pela oportunidade que lhe era propiciada de se dirigir à reuniao dos Ministros da Saúde da Regiao Africana.

23. Declarou que os problemas de saúde em Africa requeriam esforços e recursos acrescidos para os superar, dado que a situação era agravada pela crise económica. Além disso, os serviços de saúde debatiam-se com problemas devido à falta de motivação dos trabalhadores, à deterioração da infra-estrutura e a outras lacunas. Admitiu que estavam a ser envidados grandes esforços para superar os problemas, mas que ainda havia muito que fazer, especialmente no campo da verdadeira descentralização.

24. Sublinhou em seguida que a educação e a investigação em saúde eram componentes sem as quais a Africa não podia avançar. Esperava com interesse os resultados dos esforços em curso para encontrar soluções para os nossos problemas. Declarou que confiava na liderança do Professor Monekosso para encontrar essas soluções.

Alocução do Director-Geral da OMS

25. O Director-Geral, Dr. Hiroshi Nakajima, foi apresentado pelo Presidente do Comité. Na sua alocução, o Dr. Nakajima falou dos efeitos da crise sócio-económica no desenvolvimento sanitário, das mudanças ocorridas na Africa do Sul e da seca que afectava a Africa Austral (Anexo 7). Referiu-se ao grupo de trabalho do Conselho Executivo e à sua análise da missão e do papel da OMS, tendo realçado os esforços que estavam a ser envidados no sentido de melhorar a coordenação no seio das Nações Unidas, especialmente por parte do Secretário-Geral. Falou igualmente da necessidade de coordenação multissetorial e descreveu as suas tentativas para melhorar a coordenação com outras agências das Nações Unidas. Por outro lado, descreveu os 4 princípios orientadores do Nono Programa Geral de Trabalho e analisou, resumidamente, os problemas da SIDA, paludismo, pobreza e saneamento na Região Africana. Falando das relações entre o Norte e o Sul, realçou a necessidade de um "novo convénio social internacional". Concluiu sublinhando os sucessos da Africa no campo da saúde e o reforço fundamental das sociedades africanas.

Alocução da Dra. Ishrat Husain, Chefe de Divisão do Banco Mundial

26. O Presidente apresentou a Dra. Ishrat Husain do Banco Mundial, que deu informações sobre o documento do Banco Mundial intitulado "Melhor Saúde em Africa". A Dra. Husain realçou que as políticas de saúde "deviam ser as vossas políticas". Descreveu as relações existentes entre saúde e desenvolvimento. Declarou que o alívio da pobreza era um objectivo necessário e que havia necessidade de investimentos acrescidos na saúde. De acordo com o Dr. Husain, era possível alcançar boa saúde graças à melhoria da eficiência e à participação da comunidade na gestão dos recursos. Prestar contas às populações é uma das condições necessárias para assegurar o êxito das actividades do Ministério da Saúde. Cabia aos governos assegurar um ambiente adequado à saúde. A equidade e a perenidade eram objectivos importantes, não sendo contraditórios. Declarou que um anterior projecto do documento havia sido analisado pela Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário (CCADS). Acrescentou que os comentários desta, referentes ao Quadro de Desenvolvimento Sanitário em Três Fases, foram posteriormente tidos em conta na última versão do documento. A Dra. Husain solicitou às delegações que dessem as suas opiniões até finais do próximo mês, após terem analisado o documento. Afirmou que a próxima fase do projecto realizar-se-ia a nível dos países, com os que haviam decidido participar. Declarou que os Representantes da OMS tinham um papel proeminente a desempenhar nessa fase. Por último, falou da possibilidade de criar um "grupo consultivo" sobre política de saúde, composto por peritos africanos independentes, que apresentaria um relatório ao Comité Regional e solicitou comentários sobre essa ideia.

Alocução do Dr. Cole Dodge, Director Regional do UNICEF
(Africa Oriental e Austral)

27. O Presidente apresentou o Dr. Cole Dodge, recém-nomeado Director Regional do UNICEF para a Africa Oriental e Austral. O Dr. Dodge assinalou que a importante tónica posta na abordagem distrital e a Iniciativa de Bamaco haviam sido ambas iniciativas do Comité Regional (Anexo 9). Atendendo ao aumento dos preços das vacinas, propôs que os doadores fornecessem as vacinas mais dispendiosas, e que os países aumentassem as verbas para a compra das seis vacinas básicas do PAV. Afirmou em seguida que estava optimista quanto ao futuro da saúde em Africa, atendendo aos esforços da OUA e dos Estados-membros, bem como às mutações em curso na Africa do Sul, às novas orientações do Banco Mundial, à CISCA e à Conferência da OUA sobre as crianças. Finalmente, sublinhou os importantes benefícios da Iniciativa de Bamaco, isto é, melhoria da qualidade, melhoria do acesso, melhoria do financiamento comunitário, melhoria da participação comunitária e oportunidades acrescidas para uma melhor gestão e contabilidade.

Alocução do Sr. S. Adotevi, Director Regional do
UNICEF (Africa Ocidental e Central)

28. O Sr. Stanilas S. Adotevi, Director Regional do UNICEF para a Africa Ocidental e Central prestou homenagem à cooperação entre a sua organização e a Sede Regional Africana da OMS (Anexo 10). Apesar das crises, obstáculos e dificuldades que assolam o continente africano, descortinava um raio de esperança. No entanto, era necessário voltar a prestar a maior atenção às políticas e estratégias de saúde, nutrição, reprodução, saúde das crianças e ao aperfeiçoamento do sistemas de saúde para um melhor bem-estar das maes e das crianças.

ORGANIZACAO DOS TRABALHOS

29. A ordem do dia aprovada pelo Comité Regional consta do Anexo 1 e a lista dos participantes do Anexo 2. O Comité elegeu a seguir a Mesa da sua quadragésima-segunda sessão:

Presidente:

Dr. B. Kawimbe
Ministro da Saúde
Zâmbia

Vice-presidentes:

1. Sr. C. Dabire
Ministro da Saúde
Burkina Faso
2. Dra. D. B. Gomes
Ministra da Saúde
Sao Tomé e Príncipe

Relatores da quadragésima-segunda
sessão do Comité Regional:

1. Dr. Barrysson Andriamahefazafy
Madagáscar
2. Dr. F. Fernandes
Angola
3. Dr. A. A. Gibrill
Serra Leoa

Relatores das Discussões Técnicas:

1. Dr. E. G. Muzira
Uganda
2. Prof. Pierre Guissou
Burkina Faso
3. Sr. J. L. Chomera
Moçambique

O Comité aprovou o seguinte horário de trabalho : 9h00 - 12h30 e 15h00- 17h30.

DEBATES

ACTIVIDADES DA OMS NA REGIAO AFRICANA EM 1991: RELATORIO SUCINTO
DO DIRECTOR REGIONAL (Documento AFR/RC42/3)Apresentação

30. Após os seus comentários preliminares sobre as actividades da OMS na Região Africana em 1991, o Director Regional convidou os directores de programas a apresentar, em seu nome, as diversas partes do seu relatório sucinto.

31. Na sua apresentação das actividades regionais no campo do apoio aos sistemas nacionais de saúde, o director deste programa, Dr. D'Almeida, disse que a cooperação técnica com os países abarcara actividades em três domínios importantes, a saber: desenvolvimento dos sistemas de saúde, desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde e promoção de tecnologias de saúde.

Desenvolvimento dos sistemas de saúde

32. Declarou que o apoio prestado aos países neste campo visou principalmente as seguintes actividades:

- realização da Segunda Avaliação da Estratégia da Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT/2000), cuja contribuição regional para o relatório mundial estava a ser preparada;
- formulação e reformulação de políticas e planos do desenvolvimento sanitário, nomeadamente na Namíbia, Níger, Serra Leoa e Togo;
- elaboração, nos termos do disposto na resolução AFR/RC38/R11, de um quadro regional para a reorientação e reestruturação dos hospitais;
- preparação de uma reunião consultiva regional sobre o apoio informativo à gestão da saúde a nível distrital, nos termos do disposto na resolução AFR/RC41/R6;
- participação, em colaboração com a Sede Mundial, na preparação de reuniões das autoridades administrativas e urbanas, no âmbito do projecto "Cidades saudáveis".

Desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde

33. O Dr. D'Almeida declarou que as actividades do serviço da Sede Regional responsável por este domínio tinham incidido sobre a formação. A Sede Regional Africana prestara apoio técnico à revisão dos programas de formação médica do Burundi, Chade e Gana. Além disso, tinha tomado medidas para satisfazer os pedidos do Congo, Cote d'Ivoire, Etiópia, Guiné e Guiné-Bissau.

34. A Sede Regional Africana pôs à disposição de dez faculdades de medicina e de duas escolas paramédicas formadores e especialistas. Além disso, continuou a prestar apoio material, técnico e financeiro aos centros regionais de formação instalados em Brazzaville, Cotonou, Freetown, Lagos, Lomé, Luanda e Maputo.

35. No campo da formação contínua, o Director Regional nomeou para a Zâmbia um perito encarregado de iniciar as actividades de formação contínua na sub-região. Além disso, o Chade, a Namíbia e o Togo beneficiaram de apoio técnico da Sede Regional Africana para elaborarem os seus planos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.

36. Durante o período em apreço, realizaram-se três reuniões importantes, a saber: duas em Brazzaville, que contaram com a participação dos membros dos dois grupos especiais regionais para a reforma médica e para os cuidados de enfermagem (1991) e uma outra em Berlim (1992), organizada pela Agência Alema de Cooperação Técnica (DSE), consagrada à cooperação entre as instituições africanas e europeias de formação em saúde pública.

Promoção das tecnologias de saúde

37. As actividades neste campo incluíram : i) a realização da avaliação dos laboratórios de Yaoundé e Ibadan com vista à produção de reagentes; ii) os esforços de mobilização de verbas extra-orçamentais para o desenvolvimento de laboratórios; iii) a organização de seminários sobre as políticas de aprovisionamento, armazenagem e utilização de medicamentos; iv) a criação de um laboratório de controlo da qualidade dos medicamentos em Harare, Zimbabwe.

38. Além disso, era de assinalar o lançamento da Iniciativa Africana para os Medicamentos Essenciais (IAME), que fora objecto de uma recomendação da quadragésima-primeira sessão do Comité Regional. O lançamento desta iniciativa reuniu, em Brazzaville, numerosos peritos da Região.

39. Por outro lado, a Sede Regional havia posto à disposição dos países modelos de textos jurídicos e documentos de orientação sobre a medicina tradicional, e contribuíra para a elaboração de textos específicos para a Guiné, Mali e o grupo de países da Africa Central. Por último, o Dr. D'Almeida declarou que a Sede Regional tinha prosseguido o seu apoio aos Centros de Colaboração da OMS para a medicina tradicional.

Protecção e Promoção da Saúde

40. Continuando a apresentação do relatório sucinto do Director Regional relativo a 1991, o Director do Programa de Protecção e Promoção da Saúde, Dr. Boal, referiu-se à protecção e promoção da saúde dos indivíduos em risco, à protecção e promoção da saúde das famílias em risco, e à protecção e promoção da saúde das comunidades em risco.

Informação das populações e educação para a saúde

41. No que se refere a este domínio, o Dr. Boal declarou que a Sede Regional contribuíra para os esforços envidados pelos Estados-membros no sentido de mobilizar as comunidades para participarem no apoio aos diferentes programas, de entre os quais os de Saúde Materno-Infantil, Abastecimento de Agua e Saneamento, Nutrição e Combate às doenças diarreicas.

Nutrição

42. De entre as actividades empreendidas na área da nutrição eram dignas de menção:

- O projecto de Estudo sobre a prevalência da anemia nutricional na grávida. Três países estavam já a executá-lo com apoio da OMS;
- Os 25 Programas nacionais de prevenção das perturbações devidas à carência de iodo, dez dos quais já haviam começado a ser executados. De notar que, em 14 países, estava a ser estudada a viabilidade da iodação do sal como estratégia de luta e prevenção das carências desse elemento.
- Uma reunião consultiva em que participaram 13 peritos africanos, realizada na Sede Regional, para analisar a situação das doenças crónicas ligadas à alimentação e ao estilo de vida.
- Um projecto de programa para a década internacional da alimentação e nutrição em Africa, elaborado em colaboração com a FAO, UNICEF e PNUD.
- Um seminário sobre os alimentos de desmame. foi organizado pelo Ministério da Saúde do Congo, com o apoio do UNICEF, ORSTOM, FAC e OMS.

Saúde oral

43. O Dr. Boal realçou as seguintes actividades no campo da saúde oral:

- a terceira reunião anual de dentistas, em Jos, Nigéria, em que participaram representantes de 13 Estados-membros de língua inglesa;
- o documento sobre "Promoção da Saúde Oral na Região Africana" apresentado na quadragésima-primeira sessão do Comité Regional, em 1991;
- o lançamento, com recursos do FUNDO DO GOLFO ARABE (AGFUND), de projectos de desenvolvimento da saúde oral em quatro países.

Saúde Materno-Infantil, incluindo o Planeamento Familiar

44. O Dr. Boal declarou que todos os Estados-membros da Região tinham programas de saúde materno-infantil; 24 estavam a implementá-los com verbas do orçamento ordinário da OMS isoladamente ou com o complemento de verbas extra-orçamentais. Além disso, disse que a Organização era a agência de execução de 22 projectos nacionais de SMI/PF financiados pelo FNUAP ou PNUD.

45. Realçou que o Centro Regional de Formação e Investigação em Saúde Familiar, com sede em Kigali e financiado pela Sede Regional, entrara em funcionamento em Abril 1991.

46. Referiu que havia 12 projectos de investigação relativos à morbidade e mortalidade maternas iniciados em outros tantos países da Região com apoio financeiro da Sede Mundial da OMS.

Mulheres, Saúde e Desenvolvimento

47. O Dr. Boal declarou que neste domínio cinco países haviam beneficiado de apoio técnico e financeiro com verbas extra-orçamentais, para a implementação de projectos sobre a liderança da mulher e a sua participação nas actividades de SMI/PP.

48. Assinalou que a Sede Regional participara activamente na preparação, em 1991, e na realização, em 1992, das discussões técnicas subordinadas ao tema "Mulheres, Saúde e Desenvolvimento", que tiveram lugar aquando da 45ª Assembleia Mundial da Saúde.

Abastecimento de água e saneamento

49. No que respeita a este domínio, o Dr. Boal assinalou que trinta e dois Estados-membros haviam incluído verbas no orçamento ordinário de cooperação com a OMS para a implementação de actividades deste programa; um documento de avaliação parcial (1981/1988) da Década Internacional do Abastecimento de Água e do Saneamento (DIAAPS), fora apresentado em Bujumbura, aquando da 4ª sessão do Comité Regional.

50. Referiu que seis países da Africa Ocidental e 6 outros da Africa Oriental haviam sido visitados por um consultor para a preparação de estudos sobre a poluição marinha a partir de focos terrestres.

Prevenção e controlo das doenças

51. O Dr. F.K. Wurapa, Director interino do Programa de Prevenção e Controlo da Doença falou das actividades realizadas em 1991 neste domínio.

Programa Alargado de Vacinação

52. Este programa, declarou, debatera-se com graves dificuldades financeiras, que requereram a selecção de algumas doenças alvo para uma acção especial intensificada. Assinalou que, em 1991, a cobertura vacinal na Região permanecera estável, com 82 por cento para o BCG, 57 por cento para as 3as doses da vacina tríplice (DPT-3) e vacina antipoliomiéltica, e 56 por cento para a vacina contra o sarampo. A cobertura das mulheres grávidas pela anatoxina tetânica passara de 38 por cento, em 1990, para 50 por cento, em 1991. Além disso, pelo menos dez países notificaram uma incidência de zero do tétano neonatal e as mesmas tendências estavam a ser verificadas para a erradicação da poliomielite. No âmbito da preparação das actividades de erradicação de poliomielite, o Dr. Wurapa indicou que a Região já começara a estabelecer a rede de laboratórios para confirmar a causa da paralisia flácida aguda.

53. A intensificação das actividades de apoio à mobilização para a sobrevivência das crianças a nível dos países, levou à iniciativa conjunta OMS/UNICEF sobre as equipas de mobilização para a sobrevivência das crianças. As actividades destas equipas nacionais incidiram principalmente sobre o PAV e o combate às doenças diarreicas, paludismo e infecções respiratórias agudas, e a metodologia de resolução de problemas foi a abordagem preferida neste domínio de cooperação técnica.

Paludismo

54. A crescente ameaça que é o paludismo para o desenvolvimento sócio-económico e a Saúde em geral na Região, foi realçada na conferência inter-regional sobre o paludismo, realizada em Outubro de 1991. Desde então, a Sede Regional intensificou o seu apoio aos países endémicos, reorientando os seus programas nacionais de combate ao paludismo. O Dr. Wurapa descreveu o papel da OMS na difusão de informação sobre esta grave doença e no aumento da publicidade relativa à possibilidade de a controlar.

Dracunculose

55. O Dr. Wurapa citou os progressos realizados na implementação do disposto na resolução sobre a erradicação da dracunculose da Região até 1995. Revelou que o número de casos de dracunculose descera de mais de 10 milhões, em 1986, para menos de 3 milhões, em meados de 1992. Além disso, declarou que todos os 17 países endémicos da Região tinham iniciado programas nacionais de erradicação e alguns deles estavam a registar excelentes progressos.

Outras doenças parasitárias

56. O Dr. Wurapa disse que a OMS estava a colaborar com o UNICEF nas negociações com os fabricantes de Praziquantel, a fim de obter um preço mais baixo para este importante medicamento, destinado ao tratamento da Schistosomíase. Só um preço acessível deste medicamento facilitaria a implementação dos programas nacionais de combate à schistosomíase. Acrescentou que a Sede Regional intensificara o seu apoio à devolução do programa de combate à oncocercose e que recentemente havia sido lançada uma nova iniciativa destinada a reforçar a vigilância e combate a diversas doenças. No que se refere às frequentes epidemias de tripanossomíase africana declarou que um projecto que abrangia dez países da África Central tinha sido iniciado pela OMS para lutar contra essa doença.

Epidemias e preparação para situações de emergência

57. Foi realçada a alarmante situação da falta de preparação para fazer face às epidemias (por exemplo, de cólera), tendo o Comité Regional sido informado que a Sede Regional havia criado um grupo especial para ajudar os Estados-membros a elaborar documentos de projecto para se obter ajuda externa, com vista a apoiar medidas globais de combate.

Tuberculose e Lepra

58. Foi sublinhada a ameaça da crescente incidência da tuberculose em consequência da crescente propagação da infecção por HIV. Por outro lado, a Sede Regional estava a promover a intensificação do rastreio dos casos e a utilização eficaz dos regimes de quimioterapia de curta duração, bem como a prestar apoio aos Estados-membros sob a forma de serviços consultivos e de guias e manuais de formação. Assinalou que o aumento das verbas extra-orçamentais na Região permitira obter uma maior cobertura da terapia multimedicamentosa, que passara de 17 por cento, em 1990, para 31 por cento em 1992.

Análise das actividades da OMS na Região Africana :
Discussão do relatório sucinto do Director Regional

59. Trinta Estados-membros fizeram comentários sobre o relatório sucinto do Director Regional. Em geral, felicitaram este e a Sede Regional pela boa qualidade do relatório e falaram de problemas dos respectivos países e da situação da cooperação com a OMS. Alguns pontos específicos assinalados por diversos Estados-membros encontram-se a seguir descritos :

- i) Uma vez que a maré da democratização varre todo o Continente, a política e o planeamento da saúde tinham que ser centrados nas populações. Deveriam observar-se os princípios de equidade e justiça social.
- ii) Era importante que os governos apoiassem as iniciativas de saúde comunitária com uma política, assistência técnica e recursos adequados. A Conferência Internacional sobre a Saúde Comunitária em Africa deveria ser felicitada por ter realçado a importância das iniciativas comunitárias.
- iii) O progresso na descentralização continuava a ser da máxima importância para os Estados-membros. Uma estratégia importante era a orientação de fundos para o distrito.
- iv) A necessidade de desenvolver a escolarização das mulheres era uma preocupação essencial para alcançar a Saúde para Todos. Deveriam ser lançados programas para reforçar o papel das mulheres africanas no desenvolvimento.
- v) A redução da pobreza deveria acompanhar os outros domínios de impulso na luta pela promoção da saúde.
- vi) Os africanos deveriam deixar de matar e estropiar outros africanos; é necessário pôr termo às guerras civis para que o continente possa ter a paz e a estabilidade necessárias para assegurar o desenvolvimento socioeconómico das pessoas, famílias e povos desta Região. Os responsáveis da saúde tinham o dever de intervir nestas questões.
- vii) A formação é um componente muito importante do desenvolvimento sanitário.
- viii) Seria necessário desenvolver mecanismos novos e mais sustentáveis para financiar os cuidados de saúde.
- ix) Seria necessário reforçar ainda mais as Representações da OMS nos países e as equipas-país.
- x) Seria necessário tomar medidas eficazes face à explosão demográfica em Africa.
- xi) A melhoria do Abastecimento de Agua e Saneamento; a prevenção e controlo das doenças, incluindo o controlo da SIDA, paludismo, cólera, doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas; o fornecimento de medicamentos essenciais; a redução do consumo do tabaco; a necessidade de dar mais atenção à saúde mental; a importância da educação para a saúde e da informação, educação e comunicação; a inocuidade dos produtos alimentares; a promoção do aleitamento materno e a necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, em geral, eram preocupações essenciais.

60. Um certo número de países africanos, especialmente da Africa Austral, falaram extensivamente do grave impacto da seca na saúde das suas populações e da necessidade de socorros.

Disponibilização de verbas por parte da OMS

61. Em resposta à preocupação manifestada por um certo número de delegados acerca dos atrasos verificados na disponibilização de verbas para actividades acordadas no quadro dos programas dos países, foi dito que as verbas da OMS, eram disponibilizadas tao rapidamente quanto possível. No entanto, as normas financeiras da OMS exigiam que alguns pormenores fossem fornecidos sobre como o dinheiro ia ser despendido, antes das verbas serem disponibilizadas. Nos casos em que se verificaram atrasos, os mesmos deveram-se à falta de informação pertinente. O fornecimento da informação pormenorizada no início ajudaria a evitar os atrasos.

Orçamento da OMS de crescimento zero

62. O Director Regional partilhou das preocupações dos oradores que puseram em causa o princípio da OMS funcionar na base de um orçamento de crescimento zero, particularmente numa altura em que os problemas de saúde estavam a aumentar em todo o mundo. Disse que o orçamento da Organização e, por conseguinte, a afectação de verbas, dependiam das contribuições dos Estados-membros. A maioria destes debatia-se com graves dificuldades financeiras, incluindo os países considerados como entre os países ricos. Para melhorar a situação havia necessidade de vontade política para aumentar as contribuições dos Estados-membros. Além disso, havia necessidade de um consenso mundial para investir mais recursos na saúde.

Repartição de recursos entre os serviços curativos e a promoção da saúde, por um lado, e os cuidados preventivos, por outro

63. O Dr. Monekosso compreendeu o dilema dos Ministros da Saúde em repartir os recursos entre os serviços curativos e a promoção da saúde, por um lado, e os cuidados preventivos, por outro. Atendendo aos efeitos positivos a longo prazo da promoção da saúde e da prevenção, o Director Regional propôs que o orçamento consagrado aos serviços curativos fosse reduzido gradualmente durante um determinado período de tempo com um aumento concomitante do orçamento consagrado à promoção da saúde e à prevenção, até que houvesse um equilíbrio aceitável. Acordou-se em que esta proposta requeria estudos suplementares.

Redução progressiva da produção de tabaco

64. Foi sublinhado que ainda se levaria algum tempo a substituir a cultura de tabaco por outras culturas. Os delegados deviam mostrar-se indulgentes com os países que comercializavam tabaco, dado que alguns deles estavam altamente dependentes da cultura desse produto. Era necessário elaborar e implementar com êxito planos económicos para reduzir progressivamente o tabaco nesses países.

Centros de formação avançada em saúde pública

65. Referiu-se que o Centro Regional de Formação de Cotonou seria apoiado pela OMS, e que o mesmo precisava do apoio de todos os países.

Material didáctico em português

66. Referiu-se que houvera um estreitamento da cooperação entre o Ministério da Saúde de Portugal e a OMS. Tal cooperação facilitaria a tradução de material para português.

Paz e estabilidade política como pré-requisito para o desenvolvimento sanitário

67. O Director Regional partilhou das preocupações de numerosos oradores acerca das relações entre a saúde e a paz/estabilidade política. Fez notar que a saúde era uma actividade pacífica uma vez que a equidade na saúde contribuía para a equidade no desenvolvimento social. Afirmou que a OMS contribuiria e continuaria a contribuir para a paz e estabilidade através da promoção da saúde.

Seca, fome, refugiados e pessoas deslocadas

68. A Africa teve mais do que a sua quota-parte de problemas levantados pela seca, fome, refugiados e pessoas deslocadas, e a OMS não foi tão activa quanto devia ter sido, referiu o Dr. Monekosso. Afirmou em seguida que estavam a ser estudados meios destinados a aumentar a assistência neste domínio.

Importância da educação da população

69. Foi realçado que a Saúde para Todos era um processo de educação de massas e que o analfabetismo obstava à saúde. Assinalou-se igualmente que a educação era um dos pilares dos cuidados primários de saúde.

Colaboração intersectorial e papel de liderança da OMS na saúde

70. O Director Regional referiu a colaboração com o UNICEF e o Banco Mundial. Assinalou que, no espírito da unidade e solidariedade africanas, factores importantes para a saúde, prosseguia a cooperação da OMS com a OUA.

71. Comentando as preocupações manifestadas pelo facto de a OMS poder estar a perder o seu papel de liderança na saúde, o Dr. Monekosso declarou que a OMS não ficaria atrás de qualquer organização. Assegurou as outras organizações do sistema das Nações Unidas de que a competição pela liderança na saúde seria extremamente árdua, dado que a Sede Regional da OMS esforçar-se-ia por realizar o melhor trabalho possível.

72. No termo da resposta do Dr. Monekosso, os Drs. Barakamfitye, D'Almeida, Boal e Wurapa (Secretariado) foram convidados a fazer comentários sobre os domínios da sua competência.

73. O Dr. Barakamfitye agradeceu ao Comité Regional as palavras de encorajamento dirigidas à Sede Regional. Disse que o Director Regional anotara cuidadosamente as orientações resultantes da discussão do seu relatório sucinto e tomaria as medidas necessárias à sua implementação. Salientou que as intervenções dos representantes dos Estados-membros incidiram sobre os principais programas prioritários da Região, a saber: apoio aos sistemas nacionais de saúde, protecção e promoção da saúde e combate às doenças. Foi também chamada a atenção do Comité para o facto da maioria das questões levantadas serem o tema de pontos específicos da ordem do dia desta sessão, em particular: paludismo, doenças diarreicas, tuberculose e lepra, epidemias, água e saneamento, e SIDA.

74. Relativamente ao reforço das Representações da OMS e ao apoio às equipas da OMS nos países, o Director Regional registou a vontade claramente expressa pelos delegados no sentido da atribuição de uma maior autoridade aos representantes da OMS, inclusive no campo orçamental. Foi claramente indicado que as equipas OMS/país constituíam uma prioridade para a Sede Regional. A estrutura, composição e estatuto (para os que não são membros do pessoal) estavam a ser acompanhados com a maior atenção. Assinalou que já se tinham iniciado actividades de formação para essas equipas.

75. Em resposta às perguntas e observações técnicas feitas pelos delegados, o Dr. Almeida esclareceu numerosos aspectos das actividades de apoio aos sistemas nacionais de saúde.

Formação

76. No campo da formação, o Dr. Almeida disse que a Sede Regional tomara nota da decisão de Moçambique criar um instituto superior das ciências de saúde, com ênfase na formação e investigação. A Sede Regional estava disposta a prestar apoio técnico desde que o país tivesse definido os objectivos, estruturas e actividades do projecto. Disse que a Sede Regional reagiria positivamente quando Moçambique expressasse as suas necessidades inerentes ao reforço da sua Faculdade de Medicina.

77. No campo da formação em saúde pública, a Sede Regional envidara esforços para assegurar que os programas tivessem em conta as verdadeiras condições epidemiológicas, sociais e económicas da Região. Declarou que havia institutos e departamentos de saúde pública em África que estavam perfeitamente preparados para ministrar a formação geral em saúde pública necessária à gestão distrital, e mesmo mais do que isso. O Dr. Almeida recordou as reuniões de Brazzaville (1990) e Berlim (1992) consagradas a este assunto. Assinalou que a Sede Regional Africana convocara uma outra reunião para Dezembro de 1992, com o objectivo de lançar a rede de instituições de especialização em saúde pública.

78. O Dr. Almeida disse que o pedido da Namíbia para a continuação dos serviços dos peritos da OMS seria estudado pelo Director Regional com a rapidez que o assunto merecia.

Desenvolvimento das capacidades de gestão

79. Os comentários feitos incidiram sobre o desenvolvimento das capacidades de gestão a nível distrital. O Dr. Almeida assegurou que os pedidos provenientes dos países continuariam a ser tratados rapidamente e que estavam a ser elaborados documentos para o efeito.

Energia solar

80. O Dr. Almeida informou os delegados que fora enviada a todos os países documentação completa sobre as novas tecnologias que funcionavam com energia solar. Afirmou que alguns países já tinham manifestado o seu interesse nesse tipo de tecnologia e que estavam a ser tomadas disposições para angariar verbas extra-orçamentais. Os pormenores sobre todas essas tecnologias seriam finalizados em 1993.

Medicina tradicional

81. O Dr. Almeida disse que a Sede Regional Africana tomara nota da vontade do Burkina Faso, em particular de aumentar a utilização da medicina tradicional no seu sistema de saúde.

Compra de medicamentos essenciais

82. No que toca à compra de medicamentos essenciais, o Dr. Almeida assinalou que o problema existia, sobretudo ao nível periférico do sistema de saúde, e que várias estratégias, como, por exemplo, a Iniciativa de Bamaco e a Iniciativa Africana para os Medicamentos Essenciais, poderiam ser úteis.

Investigação

83. Por último, declarou que as preocupações da Namíbia no campo da investigação seriam tidas em conta no âmbito do projecto sub-regional baseado em Harare (Zimbabwe).

Protecção e Promoção da Saúde

84. Comentando as preocupações dos delegados quanto à protecção e promoção da saúde, o Dr. Boal abordou as áreas a seguir mencionadas.

Informação das populações e educação para a saúde

85. O facto de todos os delegados terem referido a informação das populações e a educação para a saúde atestava a sua importância, no contexto do desenvolvimento sanitário nacional.

Tabaco ou saúde

86. O Programa "Tabaco ou Saúde" interessou particularmente o Malawi, a Guiné e a República Centrafricana, entre os países produtores de tabaco e seus derivados. O complexo problema relativo a este programa envolvia a conversão da produção do tabaco em outras culturas, em especial nos países onde o tabaco era simultaneamente factor essencial do desenvolvimento económico e fonte importante de entrada de divisas. A complexidade da questão exigia a sua abordagem num contexto multidisciplinar, para o qual deviam contribuir os vários sectores implicados.

Alimentação

87. As delegações do Malawi, Namíbia, Seychelles e Zimbabwe exprimiram as suas preocupações perante os problemas alimentares causados pela seca. A delegação do Zimbabwe referiu-se ainda à dificuldade em implementar as recomendações da declaração conjunta OMS/UNICEF sobre a transmissão do HIV e amamentação (1 de Maio de 1992). Várias delegações levantaram a questão das doenças diarreicas relacionadas com as dietas e os estilos de vida, e mencionaram a frutuosa colaboração entre a Sede Regional e os Estados-membros no controlo das carências de micronutrientes.

Saúde materno-infantil/planeamento familiar

88. O programa mereceu comentários a muitas delegações, nomeadamente da Gâmbia, República Centrafricana, Malawi, Namíbia, Quênia, Sao Tomé e Príncipe, Tanzânia, Uganda e Zimbabwe.

89. As várias declarações abordaram a necessidade de mobilizar fundos extra-orçamentais para a formação/reciclagem dos profissionais de saúde, especialmente das parceiras tradicionais, e para a melhoria das condições de assistência à gravidez e parto, a fim de reduzir os inaceitáveis taxas de mortalidade e morbidade materna. Foi também considerada a implementação de novos métodos de gestão dos serviços de saúde materno-infantil, baseados na "Metodologia da Resolução dos Problemas pelas Equipas Distritais", já em uso em vários países da Região, nomeadamente no Lesoto, Senegal, Uganda e Zâmbia.

90. Um país sublinhou o agravamento dos indicadores da saúde materno-infantil, em especial no que respeita aos índices de mortalidade infantil, o que foi atribuído à deterioração das condições económicas das famílias e do seu poder de compra.

Abastecimento de água e saneamento

91. Este tema foi evocado especialmente pelos países da Africa Austral e por Cabo Verde, a propósito da seca e das condições de higiene das populações deslocadas e dos refugiados. Concluiu-se que o impacto da seca devia ser analisado num contexto multidisciplinar e intersectorial, já que tinha implicações não só na higiene e na saúde, mas ainda na produção alimentar e no nível nutricional dos grupos mais vulneráveis, e na emigração maciça das populações rurais.

92. Foi afirmado que, em alguns países, se prestara menos atenção ao saneamento durante a implementação da Década Internacional do Abastecimento de Água Potável e do Saneamento, e o Secretariado da Sede Regional Africana da OMS manifestou a disponibilidade da Organização em participar, conjuntamente com os países, na correcção de tal desequilíbrio.

93. O Dr. Boal terminou a sua intervenção indicando que as preocupações manifestadas pelos ilustres delegados relativamente aos diferentes programas de Protecção e Promoção da Saúde na Região, seriam discutidas com os Representantes da OMS nos Estados-membros, imediatamente após o encerramento da actual sessão do Comité Regional, para se decidir das intervenções mais apropriadas para a solução dos problemas levantados.

Sobrevivência da Criança e Controlo das Doenças Transmissíveis

94. Respondendo a perguntas sobre a Prevenção e Controlo das Doenças, surgidas durante a discussão, o Secretariado forneceu várias explicações sobre diversos pontos, relativos a estes dois programas.

95. Vários delegados referiram-se à situação cada vez mais grave das doenças transmissíveis e aos perigos que elas levantam nos respectivos países. No entanto, as doenças não transmissíveis foram encaradas como um problema prioritário no controlo das doenças em apenas dois países: Maurícias e Seychelles. Não foram especificamente nomeadas as doenças transmissíveis, mas todas as delegações sublinharam a importância da colaboração da OMS com os países, no campo do controlo destas doenças.

96. Algumas doenças transmissíveis (tripanossomíase, oncocercose, tuberculose/lepra, doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas) tinham sido objecto de relatórios sobre os progressos registados pelos programas de controlo na Região.

Paludismo

97. Muitos países citaram o paludismo como sendo o seu maior problema de saúde. Os esforços redobrados para a mobilização de governos e comunidades, a fim de abordarem as questões do controlo do paludismo usando a estratégia regional, tinham sido acolhidos entusiasticamente pelos países onde esta doença era endémica. Desde a reunião de Brazzaville, em Outubro de 1991, mais de 20 países tinham solicitado o auxílio da Sede Regional, para apoio técnico na reorientação dos seus programas nacionais de controlo. O Secretariado afirmou-se convicto de que os planos de acção para o controlo do paludismo seriam elaborados, com urgência, por todos os países onde o mesmo era endémico.

98. O Dr. Wurapa tomara em devida conta a necessidade de existirem versoes de módulos de formação e directrizes em língua portuguesa, e esclareceu que as directrizes para diagnóstico e tratamento do paludismo estavam a ser traduzidas para aquela língua.

99. O Director Regional encerrou a discussao com algumas observacoes nos campos do financiamento da saúde e do desenvolvimento sustentável.

RELATORIO DA COMISSAO DE VERIFICACAO DE PODERES

100. A Senhora Lombilo, Ministra da Saúde e dos Assuntos Sociais da República Centrafricana, Presidente da Comissao de Verificação de Poderes, apresentou o relatório da sua comissao. Informou que todos os delegados tinham entregue as suas credenciais, à excepção da Libéria e do Zaire. Foi proposto que os representantes destes Estados pudessem participar no Comité Regional, enquanto aguardavam a chegada das suas credenciais.

SITUACAO DAS EPIDEMIAS NA REGIAO AFRICANA (Documento AFR/RC42/4)

101. Este ponto da ordem do dia foi apresentado ao Comité Regional pelo Secretariado. As características mais preocupantes das frequentes epidemias que surgiram recentemente na Regiao foram enumeradas e resumidamente descritas. Foi realçado o papel da OMS no apoio aos esforços dos países no controlo das epidemias, no que toca à formação e apoio técnico e logístico as operações lançadas. Foram, em seguida, descritas as actividades a nível nacional, de implementação da vigilância e controlo das epidemias, no âmbito do Quadro de Desenvolvimento Sanitário da Regiao Africana da OMS. Foi realçado o facto de aquele quadro proporcionar orientações, tanto para implementar como para acompanhar e avaliar as actividades de controlo das epidemias, a todos os níveis dos serviços de saúde. Finalmente, os Estados-membros foram instados a mobilizar as autoridades nacionais e as respectivas comunidades para um empenhamento político e um envolvimento activo das comunidades no controlo das epidemias.

Discussoes

102. Durante a discussao, vários delegados usaram da palavra e fizeram as seguintes observacoes:

- i) Os surtos de paludismo deviam ser incluídos na lista das epidemias;
- ii) Deviam elaborar-se estratégias eficazes e programas adequados ao controlo das epidemias, que levassem em consideração os seguintes aspectos: abastecimento de água potável, saneamento do ambiente, vigilância e pronta notificação das doenças aos países vizinhos, bem como troca de informação entre os países;
- iii) Devia dar-se formação adequada aos profissionais de saúde;
- iv) Era importante incluir a necessária linha orçamental para o controlo das epidemias no AFROPOC dos países.

103. Finda a discussao, o Dr. Barakamfitye (Secretariado) agradeceu aos delegados a pertinência dos seus comentários e deu esclarecimentos apropriados. Houvera, sem dúvida, mais países confrontados com epidemias de paludismo nos últimos anos. Essa doença era uma ameaça real. A febre amarela, a meningite e a cólera eram também mencionadas no relatório.

104. O Comité Regional foi alertado para o facto de, em Maio último, por ocasião da 45ª Assembleia Mundial da Saúde, o Director Regional ter apresentado um documento sobre Estratégia e Mobilização de Recursos para o Controlo da Cólera, que fora aprovado pelos Ministros da Saúde. A Sede Regional daria seguimento a essa proposta e usar-se-ia a mesma estratégia para as restantes epidemias.

105. O Dr. Barakamfitye lembrou depois que se tinham realizado reuniões interpaíses, sobre o controlo da cólera, no quadro da CTPD, em Lusaca, (Zâmbia), e em Cotonou, (Benim). O objectivo de tais reuniões fora a troca de informação sobre a magnitude dos problemas e os métodos associados de controlo. Além disso, a Sede Regional informava sempre os países vizinhos quando se verificava um surto epidémico qualquer.

106. Afirmou ainda que, no campo de formação, se tinham realizado dois cursos sobre epidemiologia, para pessoal superior, em Bamaco, para os países de língua francesa, e em Nairobi, para os de língua inglesa.

107. Além disso, a Sede Regional tinha elaborado módulos de formação em epidemiologia para as equipas distritais de gestão da saúde. Esses módulos seriam colocados à disposição dos países. Acrescentou que estavam a ser preparados materiais de formação sobre o controlo das epidemias.

108. Terminou afirmando que o Director Regional, em colaboração com os Representantes da OMS nos países, faria todos os possíveis para que as verbas afectadas no orçamento à preparação e resposta às situações de emergência, incluindo as epidemias, estivessem permanentemente disponíveis nos AFROPOC dos países.

PREVENCAO E LUTA CONTRA A SIDA : SITUACAO ACTUAL NA REGIAO AFRICANA (Documento AFR/RC42/5/Rev.1)

Apresentação

109. O documento AFR/RC42/5 Rev.1 foi apresentado pelo Dr. P. O. Fasan, Director do Programa de Luta contra a SIDA na Sede Regional Africana, em nome do Director Regional. A magnitude da pandemia da infecção por HIV/SIDA foi realçada, tendo sido feita uma descrição das suas graves consequências sociais e económicas. O ressurgimento e propagação da tuberculose associada à infecção por HIV estava a causar grande preocupação. Uma grande proporção de camas hospitalares estavam ocupadas por doentes com SIDA e os custos dos cuidados a estes doentes estavam a aumentar. Além disso, o número de órfãos cujos pais morreram de SIDA estava a aumentar a um ritmo alarmante.

110. O relatório realçou a necessidade de aumentar o empenhamento nacional e a atribuição de responsabilidades acrescidas às mulheres para lhes permitir participar mais activamente nas actividades de prevenção e luta contra a SIDA.

111. Além disso, havia necessidade urgente de melhorar e equipar os serviços de transfusão sanguínea, para assegurar que todo o sangue utilizado a todos os níveis dos cuidados de saúde fosse testado para o rastreio do HIV.

Discussão

112. Vinte e cinco delegados usaram da palavra para comentar o documento AFR/RC42/5/Rev.1. Além disso, entrevistaram representantes da Comissão Médica Crista e do Banco Mundial.

113. Numerosos delegados manifestaram profunda preocupação pela redução, nos últimos meses, do apoio prestado pelos doadores aos países africanos, para a prevenção e luta contra a SIDA, a despeito do facto de todos os países estarem a ser vítimas de um aumento da incidência da infecção por HIV e dos casos de SIDA. Apelaram aos doadores para que aumentassem o respectivo apoio aos programas de prevenção e luta contra as doenças sexualmente transmissíveis e a SIDA. Além disso, era necessário ajudar os países na compra de medicamentos essenciais para o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, dado que as actividades de combate a estas doenças estavam agora a ser integradas no programa mundial de luta contra a SIDA.

114. Diversos delegados fizeram notar que havia necessidade de dar mais ênfase às intervenções destinadas a reduzir a transmissão por transfusão sanguínea e material não esterilizado.

115. Numerosos delegados solicitaram que fossem empreendidas mais actividades de investigação sobre os aspectos sócio-culturais do comportamento sexual, a fim de permitir aos programas elaborar estratégias de intervenção mais adequadas. Outros solicitaram que se intensificassem a investigação para encontrar medicamentos e vacinas eficazes para o tratamento e prevenção da SIDA.

116 Um delegado perguntou qual era a posição da OMS sobre a transmissão do HIV aos lactentes através da amamentação.

117. Em resposta a questões específicas levantadas pelos delegados, o Director do Programa Mundial de Luta contra a SIDA, em nome do Director Regional, afirmou que o modo de transmissão do HIV aos lactentes através do leite materno de mães infectadas era mais grave quando a mãe acabava de contrair a infecção ou na fase final da doença. Afirmou que a OMS estava a colaborar com o UNICEF na definição de directivas para implementar a declaração consensual (documento WHO/GPA/INF/92.1.)

118. No que respeita aos medicamentos para o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e aos reagentes para o diagnóstico laboratorial da infecção por HIV, a OMS estava a colaborar com agências e organizações adequadas, de modo a torná-los acessíveis aos países a um preço muito inferior. Foram também elaboradas directivas sobre regimes terapêuticos mais simples e mais eficazes.

119. Sobre a SIDA e os comportamentos, estava a tornar-se cada vez mais evidente que estes últimos podiam ser influenciados no sentido da diminuição dos riscos de infecção pelo HIV, através de abordagens multifacetadas e multidisciplinares (por exemplo, combinação de diferentes meios de comunicação social, educação em grupo, sensibilização social para o uso do preservativo e existência de um ambiente social favorável).

120. A queda aparente das contribuições dos doadores era devida ao aumento da taxa de implementação das actividades programáticas, à integração do programa de combate às doenças sexualmente transmissíveis, aos custos dos cuidados prestados a um número crescente de pacientes e ao aumento do número de países que procuravam apoio externo em consequência da propagação da pandemia a outras regiões. O montante das contribuições para o Fundo da OMS destinado ao Combate à SIDA não estava a diminuir; o que aumentara era a utilização e as necessidades de verbas para os programas nacionais.

121. E necessária uma melhor coordenação das actividades ligadas à SIDA e das contribuições dos doadores a nível nacional, a fim de atrair um maior apoio. Neste sentido, recomendou-se que os ministros da saúde aproveitassem todas as oportunidades para levantar e discutir o assunto.

122. O Director Regional instou os Estados-membros a prever orçamentos nacionais para os programas de prevenção e luta contra a SIDA e as doenças sexualmente transmissíveis, como demonstração do respectivo empenhamento no combate a essa pandemia.

123. O Comité Regional felicitou o Director Regional pela excelente qualidade do documento, aprovou as recomendações e medidas tomadas para implementar a estratégia mundial e os domínios de impulsão para a prevenção e luta contra a SIDA e aprovou o relatório e a resolução AFR/RC42/R5.

REORIENTACAO E REESTRUTURACAO DOS HOSPITAIS COM BASE NOS CUIDADOS PRIMARIOS DE SAUDE EM AFRICA (Documento AFR/RC42/6)

Apresentação

124. O Dr. A.M. D'Almeida, Director do Programa de Apoio aos Sistemas Nacionais de Saúde, apresentou, em nome do Director Regional, o documento acima.

Discussão

125. Após a análise do documento, o Comité Regional reafirmou a importância da participação dos hospitais distritais nas intervenções comunitárias. Insistiu também na importância de uma distribuição mais equitativa dos recursos, da criação de sistemas de financiamento para os cuidados primários e da racionalização das actividades de modo a reduzir os custos dos cuidados.

126. Chamou a atenção para o papel da formação e da motivação do pessoal, na condução da reorientação e reestruturação dos hospitais.

127. A criação de comissões de gestão eficazes, proposta no documento AFR/RC42/6, deveria representar uma das acções prioritárias a privilegiar, de modo a garantir uma organização e um funcionamento racionais e eficientes dos hospitais da rede provincial.

128. O Comité Regional felicitou o Director Regional pela boa qualidade do documento, tendo aprovado a recomendação.

MODALIDADES DE IMPLEMENTACAO DAS RESOLUCOES DE INTERESSE REGIONAL APROVADAS PELA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAUDE E PELO CONSELHO EXECUTIVO (Documentos AFR/RC42/7 e AFR/RC42/7 Add.1)

129. O Dr. C. Shamlaye, membro do Conselho Executivo, apresentou os pontos 7.1 a 7.3 da ordem do dia. Apresentando o documento AFR/RC42/7, Relatório do Director Regional, relativo às resoluções de interesse regional aprovadas pela 45ª Assembleia Mundial da Saúde, declarou que, em conformidade com a resolução AFR/RC30/R12, o Director Regional submetia esse 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.

130. Essas resoluções (17) de interesse regional continham uma gama variada de propostas e foram agrupadas pelo Director Regional por programa, de acordo com a lista ordenada do Oitavo Programa Geral de Trabalho, a saber:

- Desenvolvimento e administração do conjunto dos programas;
- Desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde;
- Promoção e protecção da saúde em geral;

- Promoção e protecção da saúde de grupos específicos da população;
- Promoção da saúde ambiental;
- Tecnologia de diagnóstico, terapêutica e reabilitação;
- Combate às doenças;
- SIDA.

131. O Comité Regional aprovou o documento.

INCIDENCIAS REGIONAIS DAS ORDENS DO DIA DA 91a SESSAO
DO CONSELHO EXECUTIVO E DA 46a ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAUDE
(Documento AFR/RC42/8)

132. Nos termos do disposto no artigo 50o da Constituição da OMS, na resolução WHA33.17 da Assembleia Mundial da Saúde e na resolução AFR/RC30/R6 do Comité Regional, sobre a coordenação das ordens do dia dos órgãos directivos da OMS aos níveis mundial e regional, o Director Regional apresentou à apreciação do Comité Regional as ordens do dia provisórias da 91a sessão do Conselho Executivo e da 46a Assembleia Mundial da Saúde.

133. O documento chamou a atenção do Comité para os pontos das ordens do dia provisórias desses dois órgãos directivos, que se revestem de interesse para a Região, nomeadamente:

- i) Relatórios dos Directores Regionais sobre todos os factores dignos de nota a nível regional, incluindo questões de interesse para os Comités Regionais (resolução WHA33.17).
- ii) Projecto de Orçamento/Programa para 1994-1995.
- iii) Estratégia mundial de luta contra a SIDA (Relatório de actividades) (resoluções WHA40.26 e WHA41.24)
- iv) Resposta da OMS às mutações mundiais.
- v) Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde.

134. Foi também submetida à apreciação da presente sessão do Comité Regional um projecto de ordem do dia da 43a sessão do Comité Regional.

135. O Comité Regional verificou, com satisfação, a correlação 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/RC42/9)

136. A 46a Assembleia Mundial da Saúde terá início ao meio-dia de segunda-feira, do dia 3 de Maio de 1993, em Genebra, seguida da reunião da Comissão de Designações, a qual, nos termos do disposto no artigo 25o do Regulamento Interno da Assembleia Mundial da Saúde, apresentará propostas a fim de que as eleições tenham lugar na segunda-feira, na parte da tarde.

137. Nos termos do disposto na resolução WHA36.16, a duração da Assembleia deverá aproximar-se tanto quanto possível das duas semanas, para permitir uma condução eficaz dos trabalhos.

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

- i) eleição do Presidente e dos Vice-presidentes da Assembleia;
- ii) eleição dos Presidentes, Vice-presidentes e Relatores das Comissões A e B;
- iii) eleição dos membros habilitados a designar representantes para o Conselho Executivo;
- iv) cerimónia de encerramento da 46ª Assembleia Mundial da Saúde;
- v) reunião informal do Comité Regional antes da abertura da Assembleia da Saúde;
- vi) reuniões diárias das delegações africanas à Assembleia Mundial da Saúde.

139. O Comité aprovou a Decisão Processual No 9.

RELATORIO DO SUBCOMITE DO PROGRAMA (Documento AFR/RC42/21)

Apresentação

140. Os vários pontos do Relatório do Subcomité do Programa foram apresentados pelos seguintes membros:

- O Dr. B.D. Ferreira (Angola), Relator, apresentou o documento AFR/RC42/21 e fez um resumo das questões analisadas em nome do Comité Regional;
- O Dr. Owana Essomba (Camarões), Presidente, apresentou o Projecto de Orçamento-Programa para 1994-1995 e o Nono Programa Geral de Trabalho;
- O Dr. G.K. Bolla (Zâmbia), Vice-presidente, apresentou o Relatório da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário (CCADS) e o Relatório de Avaliação Final da Década Internacional do Abastecimento de Água e do Saneamento;
- O Dr. Kumba-Kano (Serra Leoa), apresentou o Relatório da Conferência Inter-regional sobre o Controlo do Paludismo em África, o Relatório dos Progressos realizados no Programa Regional de Controlo da Tuberculose e Lepra, e o Relatório dos Progressos realizados no Programa Alargado de Vacinação;
- A Dra. G. Doussou (Benim), apresentou o Relatório dos Progressos realizados no Controlo da Oncocercose na Região Africana, o Programa Regional de Controlo das Doenças Diarreicas, o Programa de Preparação e Respostas às Situações de Emergência e o programa de Medicina Tradicional.

141. O relatório completo do Subcomité do Programa encontra-se no Anexo 11.

142. O Subcomité do Programa analisara criticamente o documento do orçamento, capítulo por capítulo, tendo dedicado quase dois dias de trabalho a discutí-lo. Os delegados tinham feito muitas perguntas e solicitado esclarecimentos; o Secretariado, sob a liderança pessoal do Director Regional, respondera às questões e dera esclarecimentos considerados satisfatórios pelos delegados.

143. Da discussão do documento AFR/RC42/2, resultaram as recomendações abaixo, que o Subcomité submeteu à aprovação do Comité Regional:

- i) Que o Fundo para o Desenvolvimento do Director Regional fosse aumentado neste orçamento ou no próximo (1996-1997), para que ele pudesse dar mais do que uma resposta simbólica às situações de emergência, como a seca.
- ii) Que fosse solicitada ao Director Regional a angariação de fundos extra-orçamentais para os seguintes programas: Saúde Oral, Nutrição, Programa Alargado de Vacinação (PAV), Controlo Biológico dos Vectores, Infecções Respiratórias Agudas e Zoonoses (estes importantes programas deviam manter-se activos a nível regional, ainda que fossem poucos os países a incluí-los nos seus programas nacionais).
- iii) Que o Director Regional criasse uma provisão orçamental para o programa "Mulheres, Saúde e Desenvolvimento", e incluísse uma rubrica orçamental destinada a esse programa no orçamento para 1994-1995.
- iv) Que o Director Regional incluísse o programa sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis o Programa de luta contra a SIDA ao nível operacional, nos documentos orçamentais e no Nono Programa Geral de Trabalho.
- v) Que os Estados-membros fossem instados a atribuir alta prioridade ao Programa de Vacinação.
- vi) Que os Estados-membros procedessem à revisão dos seus orçamentos, em relação ao programa "Mulheres, Saúde e Desenvolvimento", utilizando verbas extra-orçamentais nesta área de acção.
- vii) Que a OMS procedesse a uma investigação, a nível mundial, sobre as razões da subida de preço das vacinas, e se juntasse ao UNICEF e outras organizações para persuadirem os produtores a reduzir os preços.

144 O Subcomité salientou que a seca e a fome que assolavam alguns Estados-membros estavam a provocar um aumento dos casos de malnutrição, cujos efeitos começariam a ser notórios durante o período de 1994-1995. Era necessário que a OMS mobilizasse fundos extra-orçamentais para este programa, apesar das actividades da FAO, PAM e UNHCR.

145. Relativamente aos produtos químicos potencialmente tóxicos, o Comité salientou a falta de serviços de análise e identificação de tais produtos em alguns países. A OMS tinha um papel a desempenhar nesta área, em nome dos países em desenvolvimento.

146. O Subcomité aceitou o Orçamento, incluindo as recomendações aprovadas durante as discussões, e propôs que o Comité Regional aprovasse a resolução, solicitando ao Director Regional que transmitisse o documento ao Director-Geral.

147. O Subcomité tomou conhecimento de um relatório, que estava agendado sobre análise dos critérios usados para a repartição dos fundos entre os países. Conforme pedia a resolução AFR/RC40/4, o Director Regional constituiu um grupo de peritos para estudarem o assunto e fazerem recomendações. Estava a ser recolhida informação nos países destinada a analisar as propostas do grupo de peritos antes de serem tomadas decisões finais sobre o seu uso no próximo orçamento.

148. Relativamente ao Nono Programa Geral de Trabalho, o Secretariado tinha feito uma excelente apresentação de diapositivos ao Subcomité. Essa apresentação mostrara as rápidas e constantes mudanças (no mundo e nos países) que a OMS enfrenta e para as quais tem de desenvolver novas orientações, estratégias e instrumentos. Como resultado desta análise, foi elaborada uma nova lista integrada de programas, que foi submetida à apreciação do Subcomité. O Subcomité fez os comentários que considerou oportunos.

149. Foi chamada a atenção do Comité Regional para o documento informativo AFR/RC42/INF.DOC/9, intitulado "Reuniao da Comissao Ad-hoc sobre a resposta da OMS às mudanças mundiais". Nesta reuniao, realizada em 12 e 13 de Julho de 1992, uma comissao ad-hoc de ministros africanos da saúde discutiu o problema das mudanças que a OMS enfrenta a nível mundial e que deviam ser tidas em consideração no Nono Programa Geral de Trabalho.

150. A Comissao Ad-Hoc afirmou que a OMS devia manter o papel de líder em questões de saúde, para o qual está mandatada, e que devia continuar a recrutar pessoal qualificado e melhorar as comunicações dentro da Organização e com os países.

151. Havia necessidade de abordagens inovadoras para fazer face aos desafios nos domínios do financiamento dos cuidados de saúde, acesso a cuidados de boa qualidade, situações de emergência sanitária, protecção ambiental, controlo do crescimento demográfico e saúde mental. Em particular, a Organização devia manter a excelência técnica que era a base da sua credibilidade.

152. O Subcomité do Programa apresentou em seguida ao Comité Regional o seu relatório sobre Paludismo, Programa Alargado de Vacinação, Controlo às Doenças Diarreicas, Infecções Respiratórias Agudas, Tuberculose e Lepra, Combate à Oncocercose, Preparação e Resposta às Situações de Emergência e Doenças transmissíveis, tal como reflectidas nos vários relatórios. Foi manifestada preocupação pelo futuro do PAV na Região, por causa do aumento do preço das vacinas e da necessidade evidente de que os orçamentos nacionais contemplassem a compra dos mesmos. A colaboração da Sede Regional com os Estados-membros nas actividades de controlo destas doenças a nível nacional era apreciada e estimulada.

Discussao

153. Os membros do Comité Regional felicitaram o Subcomité do Programa pelo excelente análise feita ao Projecto de Orçamento e aprovaram as recomendações do Subcomité, bem como uma resolução sobre o orçamento (AFR/RC42/R2).

154. O Comité Regional aprovou igualmente o pedido do Presidente do Subcomité para que os membros do Subcomité recebessem os seus documentos com pelo menos um mês de antecedência e que a sua reuniao fosse marcada para a semana anterior à do Comité Regional.

155. O Comité Regional também sublinhou a importância que os países dão à colaboração com a Sede Regional e solicitou a esta que mantivesse os seus louváveis esforços de negociação com a indústria farmacêutica para a obtenção de preços mais acessíveis para as vacinas e os medicamentos anti-parasitários.

156. Alguns delegados exprimiram a sua preocupação acerca do fornecimento gratuito de Ivermectina nos países endémicos e o receio de que esse fornecimento fosse interrompido repentinamente, numa altura em que os países não pudessem pagar o medicamento. O Director do Programa de Combate à Oncocercose (OCP) comunicou que o fabricante de Ivermectina tinha feito a oferta de Ivermectina gratuita a todos os países endémicos. A companhia beneficiava de uma redução de impostos por parte do Governo dos Estados Unidos. Essa redução era igual ou superior ao lucro que poderia resultar da venda do medicamento, pelo que eram boas as perspectivas de se manter a possibilidade de os países receberem gratuitamente Ivermectina.

157. No que respeita à questão da re-invasão pela mosca simúlium vinda de países não pertencentes ao Programa de Combate à Oncocercose, foi sublinhado que tinha tido início, na Nigéria, um programa activo de controlo de oncocercose reduzindo-se assim o risco de a invasão se verificar. Pelo facto de a Libéria não estar em condições de iniciar um programa de controlo nesta altura, mantinha-se a ameaça de re-invasão a partir daquele país.

158. O Comité Regional felicitou-se igualmente pela boa qualidade do relatório da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário e aprovou-o.

159. Para terminar, o Comité Regional aprovou o relatório do Subcomité do Programa e as 5 resoluções em anexo.

Composição do Subcomité do Programa para 1993

160. O Presidente anunciou que, de acordo com a Resolução AFR/RC25/R10 e a Decisão No 14 tomada durante a 40ª Sessão, os seguintes seis Estados-membros: Camarões, Serra Leoa, Suazilândia, Togo, Uganda e Zaire saíram do Subcomité em 1992, por terem terminado o seu mandato. O Presidente agradeceu calorosamente a sua contribuição. Em conformidade com os mesmos instrumentos, tornaram-se agora membros do Subcomité do Programa os seguintes 6 países: Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Chade e República Centrafricana. O relatório da reunião do novo Subcomité do Programa consta do Anexo 12.

APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DAS DISCUSSÕES TÉCNICAS (Documento AFR/RC42/22)

161. O Professor F.K. Nkrumah, Presidente das Discussões Técnicas apresentou em seguida um relatório sobre as discussões técnicas centradas na investigação essencial em matéria de saúde para o desenvolvimento sanitário nacional. Este relatório encontra-se no anexo 13.

DESIGNAÇÃO DO PRESIDENTE E DO PRESIDENTE SUBSTITUTO DAS DISCUSSÕES TÉCNICAS DE 1993 (Documento AFR/RC42/23)

162. O Comité designou o Professor Kassi Leopold MANLAN (Côte d'Ivoire) para Presidente das Discussões Técnicas em 1993. Designou também o Arq. Alberto Pires Camacho Ribeiro para Presidente substituto.

ESCOLHA DO TEMA PARA AS DISCUSOES TECNICAS DE 1993

163. O Comité confirmou a escolha do tema "Desenvolvimento das infra-estruturas sanitárias" para as Discussões Técnicas da sua 43ª sessão, em 1993 :

ESCOLHA DO TEMA PARA AS DISCUSOES TECNICAS DE 1994

164. O Comité decidiu confirmar a Decisão Processual No 6, tomada durante a sua 41ª sessão, em Bujumbura, de que o tema das Discussões Técnicas durante a sua 44ª sessão fosse : "Seleção e Desenvolvimento de Tecnologias de Saúde".

DATAS E LOCAIS DAS 43ª e 44ª SESSOES DO COMITE REGIONAL EM 1993 e 1994
(Doc. AFR/RC42/25/Rev.1)

165. O Sr. Miller (Secretariado), apresentou, em nome do Director Regional, o documento AFR/RC42/25/Rev.1 que convidava o Comité Regional a confirmar a decisão de realizar as suas 43ª e 44ª sessões em Brazzaville, a menos que um dos países convide o Comité Regional a reunir em qualquer outro local, comprometendo-se a custear por inteiro as despesas extraordinárias da realização da reunião fora da Sede Regional. O documento chamava a atenção para a resolução AFR/RC41/R13, que solicita aos Estados-membros que desejarem acolher um Comité Regional que assumam a responsabilidade pelo pagamento de todos os custos adicionais.

166. O Comité Regional confirmou a sua decisão de realizar a 43ª sessão em Brazzaville, a não ser que seja convidado a reunir-se noutra local por um dos países que aceite pagar todos os custos adicionais da realização da reunião fora da Sede Regional, e decidiu realizar a 44ª sessão também em Brazzaville.

167. O Comité tomou nota do interesse de quatro países, em acolher futuras sessões do Comité Regional, por terem indagado junto do Secretariado sobre os custos adicionais exigidos. O Director Regional receberia, de bom grado, convites para a realização de futuras reuniões do Comité Regional fora da Sede Regional.

ENCERRAMENTO DA 42ª SESSAO DO COMITE REGIONAL

168. O Director Regional agradeceu ao Presidente e demais membros da Mesa da 42ª sessão do Comité Regional, aos delegados dos Estados-membros, aos representantes da OUA, das organizações do sistema de Nações Unidas, das ONG, aos observadores e aos visitantes, por terem todos contribuído para enriquecer os debates.

169. Assegurou, em seguida, ao Comité Regional, que o Secretariado tomaria as providências necessárias para pôr rápida e eficazmente em prática as resoluções e decisões tomadas pelo Comité Regional.

170. Para terminar, fez uma menção especial à Campanha de Mobilização Geral em prol da Saúde Comunitária, acabada de lançar pela 1ª Conferência Internacional sobre a Saúde Comunitária em Africa (CISCA), que se realizara recentemente em Brazzaville durante um fim de semana (4-6 de Setembro de 1992). Era necessário prosseguir e ampliar esta mobilização em prol da saúde comunitária em todos os sectores e em todos os países da Região, como meio eficaz de melhorar o estado de saúde das populações, apesar da crise financeira, social e política que atravessa o continente.

171. O Ministro da Saúde das Seychelles, Sr. Ralph Adam, apresentou em seguida ao Comité Regional uma moção de agradecimento ao Chefe do Estado da República do Congo pela sua participação na cerimónia de abertura. A moção foi aprovada por unanimidade.

172. O Dr. R. Ekoundzola, Ministro da Saúde do Congo tomou a seguir a palavra assinalando ser "o mais novo" Ministro da Saúde em funções, pois tinha acabado de ser nomeado. Tratava-se de uma experiência extraordinária, pois tinha começado o Comité Regional como Director-Geral da Saúde e terminava como Ministro da Saúde. Agradeceu ao Director Regional e aos participantes o seu empenho na saúde, em Africa, e o apoio prestado à CISCA.

173. Encerrando a sessão, o Presidente da 42ª Sessão do Comité Regional agradeceu ao Director-Geral e todas as personalidades que tinham participado na reunião e propôs utilizar pequenas comissões ad-hoc de ministros da saúde para examinar determinados assuntos que possam surgir durante o seu mandato, a fim de tornar mais pertinente o trabalho da OMS na Região. Para terminar, agradeceu aos delegados por terem respondido positivamente ao seu apelo de pontualidade, que tinha dado excelentes resultados.

174. O Presidente do Comité Regional encerrou então oficialmente a 42ª Sessão do Comité Regional.

ANEXOS

ORDEM DO DIA

1. Abertura da quadragésima-segunda sessão
(documento AFR/RC42/INF.1)
2. Aprovação da ordem do dia provisória
(documento AFR/RC42/1 Rev. 1)
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 sucinto do Director Regional (documentos AFR/RC42/3 e AFR/RC42/3 Add. 1)
 - 6.2 Situação das epidemias na Região Africana
(documento AFR/RC42/4)
 - 6.3 Prevenção e luta contra a SIDA : Situação actual na Região Africana
(documento AFR/RC42/5 Rev. 1)
 - 6.4 Reorientação e reestruturação dos hospitais distritais
(documento AFR/RC42/6)
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
(documentos AFR/RC42/7 e AFR/RC42/7 Add. 1)
 - 7.2 Incidências regionais das ordens do dia da nonagésima sessão do Conselho Executivo e da quadragésima-sexta Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC42/8)
 - 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
(documento AFR/RC42/9)
8. Análise do relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC42/21)
 - 8.1 Análise do Orçamento-Programa para 1994-1995 (documento AFR/RC42/2)
 - 8.2 Relatório da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário (documento AFR/RC42/11)
 - 8.3 Relatório de avaliação final da Década Internacional do Abastecimento de Água Potável e do Saneamento (DIAAPS) na Região Africana (documento AFR/RC42/12)

- 8.4 Programa regional de controlo do paludismo : Progressos realizados e perspectivas para os anos 90 (Relatório da Conferência Inter-regional sobre o Controlo do Paludismo em Africa, Outubro de 1991)
(documento AFR/RC42/13)
- 8.5 Programa regional de controlo da tuberculose e da lepra : Progressos realizados e perspectivas para os anos 90
(documento AFR/RC42/14)
- 8.6 Programa Alargado de Vacinação (PAV) : Progressos realizados na implementação das estratégias regionais de eliminação do tétano neonatal e de erradicação da poliomielite
(documento AFR/RC42/15)
- 8.7 Controlo da oncocercose na Região Africana : Progressos realizados
(documento AFR/RC42/16)
- 8.8 Programa regional de controlo das doenças diarreicas : Progressos realizados (documento AFR/RC42/17)
- 8.9 Preparação e resposta às situações de emergência : Progressos realizados (documento AFR/RC42/18)
- 8.10 Medicina tradicional : Progressos realizados
(documento AFR/RC42/19)
9. Discussões técnicas : Investigação em saúde pública
(documento AFR/RC42/TD/1 Rev.)
 - 9.1 Apresentação do relatório das discussões técnicas
(documento AFR/RC42/22)
 - 9.2 Designação do Presidente e do Presidente substituto das discussões técnicas de 1993 (documento AFR/RC42/23)
 - 9.3 Escolha do tema das discussões técnicas de 1993
(documento AFR/RC42/24)
10. Data e local de realização da quadragésima-quarta sessão do Comité Regional em 1993 e 1994 (documento AFR/RC42/25 Rev.1)
11. Aprovação do relatório do Comité Regional (documento AFR/RC42/26)
12. Encerramento da quadragésima-segunda sessão

LISTA DOS PARTICIPANTES
LIST OF PARTICIPANTS
LISTE DES PARTICIPANTS

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

ALGERIA

ALGERIE

ARGELIA

Mr Mohamed Larti Abbas
Chef de Cabinet du Ministre de la Santé et de la Population
Chef de délégation

M. Abdesselam Chakou
Directeur de la Prévention

Dr Abdelkrim Ouchefoun
Directeur général de l'Institut National Santé Publique

M. Abdel Malek Maoudi
Chargé d'Affaires, Ambassade d'Algérie au Congo

ANGOLA

Dr. Flávio Fernandes
Ministro da Saúde
Chefe da delegação

Dr. Dias Ferreira Braz
Director Nacional de Saúde Pública

Dr. Lubanzu Vita Vemba
Director Provincial de Saúde Pública e Controlo
de Endemias de Luanda

Dr. F. Chicola
Director Nacional de Recursos Humanos

Sra Filomena Venancio Binga
Chefe do Gabinete do Ministro

BENIN

BENIN

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

Dr. (Mme) G. Omolola Dossou
Directrice Adjointe - Cabinet du Ministre de la Santé

**BOTSWANA
BOTSOUANA**

Hon. Bahiti K. Temane
Minister of Health
Leader of delegation

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

Dr P. K. Mmatli
Principal Medical Officer/Head of Primary Health Care Support Division

BURKINA FASO

M. C. Dabire
Ministre de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille
Chef de délégation

Dr L. Tapsoba
Directeur des Etudes et de la Planification

Prof. I. P. Guissou
Vice-Doyen de la Faculté des Sciences de la Santé
Université de Ouagadougou

BURUNDI

Dr N. Ngendabanyikwa
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr D. Nshimirimana
Inspecteur général de la Santé

**CAMEROON
CAMEROUN
CAMAROES**

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

Dr C. Bekoe Ngouba
Conseiller technique No 1 au Ministère de la Santé publique

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

M. M. Mpana
Sous-Directeur des Institutions spécialisées de l'ONU
Ministère des Relations extérieures

CAPE VERDE
CAP-VERT
CABO VERDE

Dr Rui Alberto de Figueiredo Soares
Ministro da Saúde
Chefe da delegação

Dr Júlio Barros Andrade
Director-Geral da Saúde

Dr Edith Maurício Santos
Director-Geral da Farmácia

Dra Djamila Khady Cabral
Delegada de Saúde do Concelho Santa Catarina

CENTRAL AFRICAN REPUBLIC
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
REPUBLICA CENTRAFRICANA

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

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

Dr J. B. ROUNGOU
Directeur de la Médecine préventive et de lutte
contre les Grandes Endemies

CHAD
TCHAD
CHADE

M. Ali Fadel Mahamat Zene
Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr Hassan Mahamat Hassan
Directeur général du Ministère de la Santé publique et
des Affaires sociales

Dr Daouya Granga
Délégué Préfectoral Socio-sanitaire du Chari-Baguirmi et de N'Djaména

COMOROS
COMORES

Dr M. Velo
Directeur général de la Santé
Chef de délégation

Mme A. Soilihi Vovor
Directrice régionale de la Santé/Grande Comore

M. Chaïbou Bedja Abdou
Directeur des Affaires administratives et financières

CONGO

Prof. J. R. Ekoundzola
Ministre de la Santé, de la Population et des Affaires sociales

Mme B. Fila née Meza
Directrice générale des Affaires Sociales

Dr B. Ntari
Conseiller sanitaire du Ministre de la Santé publique et
des Affaires sociales

Dr S. Nzingoula
Directeur de la Santé de la Famille

Dr P. M'Pelé
Chef du Programme national de Lutte contre le SIDA

M. A. Mabilia-Ngoulou
Directeur des Etudes et de la Planification/Santé

Dr E. Malalou
Directeur régional de la Santé de Brazzaville

Prof. G. Gandziami Kaya
Professeur de Médecine
Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville

Dr A. Gando
Conseiller Socio-Sanitaire à la Primature

COTE D'IVOIRE

Prof. F. F. Alain Ekra
Ministre de la Santé et de la Protection sociale
Chef de délégation

Prof. L. Kassi Manlan
Directeur général, Ministère de la Santé et de la Protection sociale

EQUATORIAL GUINEA GUINEE EQUATORIALE GUINE EQUATORIAL

Dr S. Nguema Owono
Vice-Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr V. Sima-Oyawa
Directeur général de la Santé publique

Dr Santibgo Micha Oyono
Chef du Service de la Planification et Programmation

ETHIOPIA
ETHIOPIE
ETIPIA

Dr Adanetch Kidanemariam
Minister of Health
Leader of delegation

Mr Hailu Meche
Head, Planning and Programming Department

GABON
GABAO

M. J. R. Pendy-Bouyiki
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr R. Mavoungou
Directeur général de la Santé publique
Adjoint chef de la délégation

M. F. Mounquengui-Nzigou
Premier Conseiller, Chargé d'Affaires, a.i.
Ambassade du Gabon au Congo

Dr T. Engongah-Beka
Conseiller du Ministre de la Santé chargé des Relations internationales

Dr R. A. Nlome-Nze
Directeur général adjoint Technique, Ministère de la Santé publique

THE GAMBIA
GAMBIE
GAMBIA

Hon. Landing Jallow Sonko
Minister of Health and Social Welfare
Leader of delegation

Dr Melville Omorlabie George
Director of Health Services

GHANA

GANA

Dr Moses Adibo
Director of Health Services
Leader of delegation

Dr A. Adamafio
Deputy Director of Medical Services

GUINEA

GUINEE

GUINE

Dr Ousmane Bangoura
Secrétaire général du Ministère de la Santé publique des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr Moussa Conte
Inspecteur général de la Santé

Dr Diallo Fatoumata Buita Tidiane
Chef de Division Recherche/Formation au Bureau d'Etude, Planification
et Recherche du Ministère Santé publique et des Affaires sociales

GUINEA-BISSAU

GUINEE-BISSAU

GUINE-BISSAU

Dr Henriqueta Godinho Gomes
Ministro da Saúde Pública
Chefe da delegação

Dr J. C. Sa Nogueira
Médico-Director Regional de Saúde - Bafata

Sr Augusto Da Silva
Director dos Cuidados P. da Saúde (SSP)

Sra M. Alice Goudiaby
Directora do Programa CDD

KENYA

QUENIA

Hon. Jeremiah Nyagah
Minister of Health
Leader of delegation

Dr Pius S. Achola
Senior Deputy, Director of Medical Services

Mrs Sarah W. Kaviti
Assistant Chief Nursing Officer

LESOTHO
LESOTO

Dr Letsika O. Matela
Minister of Health
Head of Delegation

Mrs A. M. Ntholi
Deputy Principal Secretary

Mrs Mmathari K. Matsau
Chief Planning officer

LIBERIA*

MADAGASCAR

Dr E. Ribaira
Directeur général des Programmes Médico-sanitaires
du Ministère de la Santé
Chef de délégation

Dr Barrysson Jean Andriamahefazafy
Directeur des Etudes et de la Planification

MALAWI

Dr Hetherwick M. Ntaba
Hon. Minister of Health
Leader of delegation

Dr Peter C. Chimimba
Chief of Health Services

Mrs F. Katambo
Regional Nursing Officer

MALI

Commandant Modibo Sidibe
Ministre de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées
Chef de délégation

Prof. Abdoulaye Ag Rhaly
Conseiller Technique, Ministère de la Santé, de la Solidarité
et des Personnes âgées

Dr Mountaga Coulibaly
Directeur national de la Santé publique

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

MAURITANIA
MAURITANIE

M. Mohamed Mody Camara
Ministre de la Santé et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr Najirou Kelly
Médecin Epidémiologiste/DPS/Ministère de la Santé et des
Affaires sociales

Dr Mohamed Yeslem Chiekh Benany
Chef de Service, Service national de Lutte contre la
Tuberculose et la Lèpre

MAURITIUS
MAURICE
ILHA MAURICIA

Hon. Dr P. Nababsing
Deputy Prime Minister and Minister of Health
Leader of delegation

Dr C. N. Bissoonauthsing
Principal Medical Officer (Research and Training)

MOZAMBIQUE
MOCAMBIQUE

Dr Leonardo Santos Simao
Ministro da Saúde
Chefe da delegação

Sr Jeremias Lucas Chomera
Director Nacional Adjunto de Saúde

Dra Francelina Pinto Romao
Directora dos Programas de Saúde Materno-Infantil/PF e de Vacinação

NAMIBIA
NAMIBIE

Dr Iyambo Indongo
Deputy Minister for Health and Social Services
Leader delegation

Ms M. Nghantanga
Acting Head of PHC Training and Development

Ms Agnes Mundia Limbo
Regional PHC - Coordinator

NIGER

M. Saidou Souleymane
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr Daga Magagi
Inspecteur général de la Santé

NIGERIA

Prof. O. Ransome-Kuti
Minister of Health and Human Services
Leader of delegation

Mr Ezekiel A. Oniyide
Personal Assistant to the Hon. Minister

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

Mr Cleverley A. B. Sule
Deputy Director of International Health

Mr G. Adetuberu
Ambassador of Nigeria in Congo
Embassy of Nigeria - Brazzaville

Mr T. G. Adeniyi
First Secretary
Embassy of Nigeria in Congo, Brazzaville

RWANDA

RUANDA

Dr C. Bizimungu
Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr C. Sezibera
Médecin-Directeur de la Région sanitaire de Gikongoro

Dr S. Munyantore
Professeur-Chercheur à la Faculté de Médecine
de l'Université nationale du Rwanda - Butare

Dr Geneviève Kantarama
Médecin Superviseur des Activités des Centres de Santé
dans la Région sanitaire de Kigali

SAO TOME & PRINCIPE
SAO TOME E PRINCIPE

Dra Dulce Braganca Gomes
Ministra da Saúde
Chefe de delegação

Dr A. Marques Lima
Director des Serviços Hospitalares e Farmacêuticas

Dra Maria L. F. L. Mareno
Delegada de Saúde de Agua-Grande

Dr José Manuel Carvalho
Director da la Medicina Preventiva

SENEGAL

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

Dr Fodé Diouf
Conseiller Technique du Ministre de la Santé

SEYCHELLES
ILHAS SEYCHELLES

Hon. Mr Ralph Adam
Minister of Health
Leader of delegation

Dr Conrad Shamlaye
Principal Secretary of Health

SIERRA LEONE
SERRA LEOA

Hon. Dr (Lt.Col.) A. A. Gibril
Secretary of State (Minister)
Leader of delegation

Dr George Komba-Kono
Chief Medical Officer

Mr Ralph A. Spencer-Walters
Permanent Secretary - Department of Health

SWAZILAND
SOUAZILAND
SUAZILANDIA

Prince Phuhlaphi Dlamini
Under Secretary
Leader of delegation

Dr J. M. Mbambo
Director of Health Services

Mrs Elizabeth T. Mndebele
Nurse Regional Matrone

TOGO

Dr Vignon Devo
Conseiller technique - Ministère de la Santé et de la Population

UGANDA
OUGANDA

Hon. Dr James G. S. Makumbi
Minister of Health
Leader of delegation

Dr E. G. N. Muzira
Permanent Secretary and Director of Medical Services

Dr J. H. Kyabaggu
Deputy Director of Medical Services

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

Hon. Prof. P. M. Sarungi
Minister of Health
Leader of delegation

Hon Ali Mohamed Shoka
Minister of Health - Zanzibar
Leader of delegation

Dr Romanus N. S. Mkerenga
Principal Medical Officer (Epidemiology/Communicable Diseases Control)

Dr Hassan Ahmed Attas
Director General, Ministry of Health - Zanzibar

ZAIRE

Dr J. P. Kabangu-Tambua
Directeur, Chef de Service de l'Epidémiologie, Grandes Endémies et
Médecine préventive

M. Empampesa Likosso
Ambassadeur du Zaïre au Congo

ZAMBIA
ZAMBIE

Hon. (Dr) B. Kawimbe
Minister of Health
Leader of delegation

Dr G. K. Bolla
Deputy Director of Medical Services

Dr J. C. Masange
Group Medical Advisor
Zambia Consolidated Copper Mine Limited (ZCCM LTD)

Dr M. Simukonde
Chief Medical Officer, Nchanga South Hospital

ZIMBABWE
ZIMBABUE

Dr Timothy J. Stamps
Minister of Health and Child Welfare
Leader of delegation

Dr Rufaro R. Chatora
Secretary for Health and Child Welfare

Mrs Lucy Thema
Health Services Administrator

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

Pan-Africanist Congress of Azania (PAC)
Congrès panafricain d'Azanie (PAC)
Congresso Pan-Africano da Azânia (PAC)

M. R. Johnson
Chief Representative to West Africa
B.P. 1159
Conakry
Guinée

Dr Selva Saman
Head Secretary
P.O. Box 45479, Chatsglen
4012, Durban
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 Naçoes Unidas para a Alimentaçao e a Agricultura (FAO)

M. Mamadou Ibra N'Gom
Représentant Résident de la FAO au Congo
B.P. 972
Brazzaville
Congo

United Nations Fund for Population (UNFPA)
Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP)
Fundo das Naçoes Unidas para a Populaçao (FNUAP)

M. S. I. Looky
Directeur du FNUAP (Congo et Gabon)
B.P. 465
Brazzaville
Congo

High Commissioner for Refugee (HCR)
Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

M. A. A. Issaka
Délégué national du HCNUR
s/c du PNUD
Brazzaville
Congo

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

M. A. R. Coefe
Représentant Résident a.i. du PNUD
B.P. 465
Brazzaville
Congo

Mme N. Grant
Chargé de Programme, PNUD
Brazzaville
Congo

United Nations Education, Scientific and Cultural Organization (UNESCO)
Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et
la Culture (UNESCO)

Organizaçao das Naçoes Unidas para a Educaçao, Ciência e Cultura (UNESCO)

Dr P. Thimossat
Médecin, Consultant P.I.D.C. (UNESCO)
7, Place de Fontenoy
75700 Paris
France

United Nations Organization (UN)
Organisation des Nations Unies (ONU)
Organizaçao das Naçoes Unidas

Dr Pangu Kasa Asila
Senior Adviser
3, United Nations Plaza
New York, 10017
USA

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

Mr Cole P. Dodge
Regional Director, UNICEF ESARO
P.O. Box 44145
Nairobi
Kenya

M. Stanislas S. Adotevi
Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique centrale et occidentale
B.P. 443
Abidjan 04
Côte d'Ivoire

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

M. J. M. Ndiaye
Chargé de Programme Santé
UNICEF(WCARO)
B.P. 3420
Ouagadougou
Burkina Faso

M. Mukalay Mwilambwe
 Représentant de l'UNICEF (Congo - Gabon)
 B.P. 2110
Brazzaville
 République du Congo

World Bank
Banque mondiale

Mrs I. Z. Husain
 Division Chief, Population, Health and Nutrition Division
 World Bank
 Africa Technical Department
 1818 H. St. New York
Washington, D.C. 20433
 USA

Mr R. Niimi
 AFTPN
 World Bank J4170
 1818 H. Street
Washington D.C. 20433
 USA

Mr J. L. Lamboray
 Public Health Specialist, AFTPN
 World Bank, Room J4-153
 1818 H. Street N.W.
Washington, D. C. 20433
 USA

Economic Commission for Africa (ECA)
Commission économique pour l'Afrique (CEA)

Dr Wambui Karanja
 Chief Soc. Policy Planning & Research
 ECA
Addis Ababa
 Ethiopia

4. REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
 REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES
 REPRESENTANTES DAS ORGANIZACOES INTERGOVERNAMENTAIS

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

Mr P. Gayama
 Assistant Secretary General, Head of Delegation
 OAU
 P.O. Box 3243
Addis Ababa
 Ethiopia

Dr O. J. Khatib
 Head, Health and Nutrition Division
Addis Ababa
 Ethiopia

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)
Organização de Coordenação e Cooperaçao para
o Combate as Grandes Endemias

Dr Youssouf Kane
 Secrétaire général
 OCCGE
Ouagadougou
 Burkina Faso

Organization for Coordination in the Control of Endemic
Disease in Central Africa (OCEAC)
Organisation de Coordination pour la Lutte contre les
Endémies en Afrique centrale (OCEAC)
Organização de Coordenação para o Combate as
Endemias na Africa Central (OCEAC)

Professeur D. Baudou
 CIESPAC
Brazzaville
 Congo

Dr P. Ambassa
 CIESPAC
Brazzaville
 Congo

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

Dr Kabba Joiner
 Executive Director
 West African Health Community
 6 Taylor Drive
 P.O. Box 2023
Yaba, Lagos
 Nigeria

Commonwealth Regional Health Secretariat (CRHS)
Secrétariat sanitaire régional du Commonwealth (CRHS)
Secretariado Regional do Commonwealth para a Saúde (CRHS)

Mr L. O. S. Mantiziba
Administrative Secretary
Commonwealth Regional Health Community
P.O. Box 1009
Arusha
Tanzania

Centre international de Civilisation Bantou (CICIBA)

Mme B. Akendengue
Département de Médecine traditionnelle
CICIBA
B.P. 770
Libreville
Gabon

Fédération des Chambres de Commerce d'Afrique centrale (FCCAC)

M. G. Itsitsa
Secrétaire exécutif de la FCCAC
B.P. 1603
Brazzaville
Congo

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

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

Dr M. S. Gerber
Director General
AMREF
P.O. Box 30125
Nairobi
Kenya

Commission de Médecine Chrétienne du Conseil Oeucuménique
des Eglises

Dr Zinga Nkuni
Représentant du CMC/WCC
B.P. 2100
1211 Genève 2
Suisse

Institut Français de Recherche scientifique pour
le Développement en Coopération (ORSTOM)

M. J. P. Eouzan
Représentant Directeur général
ORSTOM
213 rue Lafayette
75010 Paris
France

M. J. Fages
Représentant de l'ORSTOM au Congo
B.P. 181
Brazzaville
Congo

6. OBSERVERS
OBSERVATEURS
OBSERVADORES

M. Michel André
Ambassadeur de France au Congo
Brazzaville

Dr R. Josseran
Mission française de Coopération et d'Action culturelle
B.P. 2175
Brazzaville

Dr Luis F. Magao
Director-Geral do Ministério da Saúde de Portugal (DEPS)
Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde
Av. Alvares Cabral, 25
1200 Lisboa
Portugal

Mrs D. Cruz
Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde
Av. Alvares Cabral, 25
1200 Lisboa
Portugal

M. Torres Barrios Isaac R.
Chargé d'Affaires, Ambassade de Cuba au Congo
B.P. 80
Brazzaville
Congo

M. Farid Saleh
Ambassadeur d'Egypte au Congo
Building du 5 Février
B.P. 917
Brazzaville
Congo

ALOCUCAO DE SUA EXCELENCIA, O MINISTRO DA SAUDE DO BURUNDI,
DR. N. NGENDABANYIKWA,
PRESIDENTE DA QUADRAGESIMA-PRIMEIRA SESSAO
DO COMITE REGIONAL AFRICANO

Excelentíssimo Senhor Presidente da República do Congo
Excelentíssimo Senhor ex-Presidente Carter
Exmos Senhores ministros
Exmo Senhor Director Regional
Exmos Senhores Embaixadores, Chefes de Missoes Diplomáticas
e Representantes das Organizações Internacionais
Minhas senhoras e meus Senhores

E para mim uma honra, bem como um dever, usar da palavra aqui, na abertura solene da 42ª Sessão do Comité Regional Africano da OMS. Uma honra, pelo grande número de meus colegas aqui presentes, bem como de duas eminentes personalidades, cuja presença é para nós uma razão de orgulho e estímulo.

Com efeito, Senhor Presidente da República do Congo, é para nós uma honra que o vosso primeiro acto de âmbito internacional nos tenha sido reservado. Isto demonstra a importância que consagrais à saúde dos africanos e dos congolezes em particular e nós estamos-lhe muito reconhecidos.

O Senhor ex-Presidente Carter veio do Novo Mundo, continente tao distante e nosso vizinho, confirmar aqui com a sua presença o que já nao é segredo para ninguém, isto é, a sua sensibilidade perante os problemas de saúde do nosso continente. O seu nome nao está já ligado à campanha de erradicação da dracunculose em Africa, nosso objectivo para 1995 ? Essa sensibilidade reconforta-nos e encoraja-nos.

No que se refere ao dever, que mencionei no início da minha alocução, como Presidente em exercício do Comité Regional, tenho que apresentar-vos um relatório. Como é do vosso conhecimento, a situação sócio-económica nos nossos países tem sido um fardo nos orçamentos nacionais, reduzindo consideravelmente os já de si poucos recursos afectados ao desenvolvimento social, particularmente à saúde. A este quadro sombrio vieram juntar-se as consequências desastrosas da pandemia do SIDA, sob um fundo, aqui e ali, de epidemia de cólera ou de paludismo. Por outro lado, a concepção demasiado estatal das nossas políticas de saúde entrouvrou os esforços que temos vindo a empreender, há várias décadas, em prol da saúde. As nossas próprias experiências e as recomendações da OMS levaram-nos a reconsiderar o nosso conceito e a elaborar uma estratégia que responsabiliza mais as comunidades pela sua própria saúde. Na realidade, ninguém pode dar nem impor a saúde às comunidades. A experiência mostra-nos que isso nao é viável.

Após estes esforços da OMS para centrar as actividades de saúde numa maior responsabilização das pessoas e das comunidades pela sua própria saúde, o Apelo de Bujumbura serviu de catalisador para uma mobilização geral em prol da saúde comunitária. Aproveitando a oportunidade, dirigi-me aos meus colegas ministros da saúde e ao Director Regional, auscultando-os sobre a necessidade de lançar um movimento de informação, sensibilização, reflexão e solidariedade em prol de iniciativas comunitárias no campo da saúde ou do desenvolvimento em geral. A partir daí, foram empreendidas diversas actividades intra e interpaises destinadas a pôr em relevo essas iniciativas comunitárias, tendo sido recenseadas centenas delas através da Região. De uma grande variedade, trouxeram-nos muitos ensinamentos, especialmente no que se refere ao financiamento dos cuidados de saúde. Estas iniciativas tranquilizam-nos também, pois mostram que o reflexo de solidariedade está ainda intacto, entre as nossas comunidades.

Assim, o Fundo Especial para a Saúde em Africa encontra aqui a sua melhor justificação, visto que o seu objectivo é apoiar iniciativas de distritos sanitários ou de comunidades em prol da saúde. Essas iniciativas, associações e outros mecanismos locais criados para as apoiar são as respostas nacionais ao Fundo Especial. Quando os nossos Chefes de Estado e de Governo nos recomendaram, em 1987, a criação deste Fundo, definiram-no como "um fundo especial para o desenvolvimento, com vista a estimular acções a nível dos distritos, especialmente concedendo empréstimos em condições vantajosas e prémios como recompensa para certas acções empreendidas a nível local, no campo da saúde e do desenvolvimento". Nós estamos, portanto, bem conformes à Declaração dos nossos chefes de Estado.

Minhas Senhoras e meus Senhores Ministros da Saúde e caros colegas

Creio ter chegado o momento de relançar, mais uma vez, o Fundo Especial, especialmente a nível dos órgãos directivos da OMS. No decorrer desta sessão do Comité Regional, tomarei a liberdade de vos apresentar algumas sugestões.

Excelentíssimo Senhor Presidente da República do Congo
Excelentíssimo Senhor ex-Presidente Carter
Excelentíssimos colegas
Minhas Senhoras e meus Senhores

O ponto culminante desta campanha de mobilização geral em prol da saúde comunitária é a Conferência Internacional sobre a Saúde Comunitária em Africa, que se inicia esta 6ª feira, aqui em "Brazzaville - a Verde", que se tornou, na realidade, a capital da saúde em Africa. Gostaria de agradecer ao governo e ao povo congolês, que apesar de um calendário político tao sobrecarregado, tomaram a iniciativa de organizar esta Feira da Saúde. Um muito obrigado também ao Dr. Monekosso, nosso Director Regional, e à sua equipa, por todo o apoio que prestaram a esta campanha e à preparação da Conferência, que é um verdadeiro ponto de encontro das comunidades africanas.

Alguns de vós poderao estar a pensar o que é que eu fiz, afinal, no meu país. Pois bem, no Burundi, lançámos uma campanha de sensibilização que despoletou actividades geradoras de fundos para a saúde comunitária e que levou à criação da Fundação Burundesa para a Promoção da Saúde e a Solidariedade com os Doentes, lançada oficialmente na presença da Esposa do Chefe do Estado, do Primeiro-Ministro e do nosso Director Regional, que quis assim mostrar o apoio da nossa Organização.

Um dos objectivos dessa associacao nao-governamental é manter um alto nível de mobilizacao e solidariedade, angariando fundos para apoiar e encorajar iniciativas locais em matéria de saúde. A reaccao da comunidade nacional tem sido muito encorajadora.

Excelências

Minhas Senhoras e meus Senhores:

Se eu me alonguei um pouco sobre esta iniciativa foi para realçar o que está em jogo e mostrar ao mundo que a Africa está empenhada em responder ao desafio da Saúde para Todos. Nao devemos, no entanto, esquecer que existem ainda problemas muito importantes. As calamidades naturais e as epidemias fazem ainda demasiadas vítimas e a situacao do paludismo continua a agravar-se, para nao citar outros problemas. Ninguém ignora a situacao dramática em que se encontram os nossos irmaos e irmas da Africa Austral, duramente atingidos pela seca. A comunidade internacional tem aqui um papel importante a desempenhar, mas nao devemos esquecer que a solucao dos nossos problemas deve vir, em primeiro lugar, de nós próprios.

Quanto à epidemia da SIDA, as suas consequências sao catastróficas nos domínios social, político e económico. Na minha opiniao, este esforço sem precedentes de mobilizacao das comunidades africanas, num espírito de responsabilidade e solidariedade, constitui uma resposta eficaz ao referido problema, desde que devidamente apoiado pelas autoridades públicas e a comunidade internacional. De todas as formas, estou seguro que o meu sucessor, a quem passarei dentro em breve o testemunho, prosseguirá esta obra e terá melhores informacoes, dentro de um ano.

Para terminar, gostaria de exprimir aqui ao Dr. Monekosso e à sua equipa, o meu apreço pelos esforços empreendidos para ajudar os nossos países a superar diversos obstáculos na via do desenvolvimento sanitário da nossa Regiao. Sao dignos do nosso apreço.

Muito obrigado pela vossa amável atencao.

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

Sua Excelência, Sr. Presidente da República do Congo
Exmo. Senhor Jimmy Carter, ex-Presidente dos Estados Unidos da América
Exo. Senhor Presidente do Comité Regional
Exmos Senhores Ministros da Saúde e Chefes de Delegação
Exmos Senhores Embaixadores e Chefes de Missoes Diplomáticas
Exmo. Senhor Representante do Secretário-Geral da OUA
Distintos Chefes e Representantes das Organizações Especializadas
das Nações Unidas e das Organizações não-governamentais
Distintos Delegados
Senhores Representantes dos meios de comunicação social
Minhas Senhoras e meus Senhores

Antes de mais, gostaria de desejar, simplesmente mas do fundo do coração, as mais calorosas e respeitosas boas-vindas aos ilustres convidados da quadragésima-segunda sessão do Comité Regional Africano da OMS. A presença deles nesta cerimónia de abertura confere ao acontecimento um carácter ao mesmo tempo histórico e mobilizador. E pois com legítimo orgulho e elevado regozijo que o conjunto da família da OMS em Africa, pela minha voz, agradece e saúda a sua presença.

Senhor Professor Pascal Lissouba, Presidente da República do Congo, seja bem vindo a esta casa da saúde onde se discutem e se tomam as decisões em prol do desenvolvimento sanitário da nossa Região. Permita-me, antes de mais, de vos reiterar os meus sinceros e profundos parabéns pela brilhante eleição de Vossa Excelência à magistratura suprema do vosso belo país. Gostaria, aqui e convosco, de prestar uma brilhante homenagem ao vosso povo pela maturidade política, abnegação e tolerância que demonstrou ao longo de todo o processo de transição democrática, do qual a eleição de Vossa Excelência foi o ponto culminante. Como homem de ciência e cultura, associação infelizmente pouco comum em política, Vossa Excelência fez do seu discurso de tomada de posse uma excelente " mestiçagem" de determinação e clarividência, de humanismo e vigor, de visão e realismo. A família da OMS em Africa sente como uma insigne honra o facto de a primeira actividade internacional de Vossa Excelência como Chefe de Estado lhe ser dedicada.

Excelência, Senhor Presidente Carter, Vossa Excelência é o grande humanista, "embaixador" da paz e do desenvolvimento, que não carece de apresentação. Os esforços que Vossa Excelência desenvolve em prol da promoção da saúde e do desenvolvimento em Africa são altamente apreciados, dos quais o vosso empenho pessoal na erradicação da dracunculose é uma manifestação tangível.

Excelências, Senhoras e Senhores Ministros da Saúde, esta casa é vossa e regozijo-me sempre que tenho oportunidade de aqui vos receber. Desejo-vos as boas-vindas, para uma semana de trabalho durante a qual ireis analisar os documentos técnicos e financeiros que serão submetidos à vossa apreciação.

O vosso Comité Regional reúne-se num contexto de crise ao mesmo tempo económica, social e política, cujas soluções, tal como tao bem realçou o Presidente Lissouba, exigem de todos espírito de inovação e criatividade. As vossas decisões e orientações são esperadas para dar às acções da vossa Sede Regional o novo impulso requerido pela Mobilização para a Saúde Comunitária em Africa.

Excelências, Minhas Senhoras e meus Senhores,

A quadragésima-segunda sessão do Comité Regional decorre, manifestamente, sob os mais felizes auspícios. Pode, sem dúvida, ser considerada com um dos momentos excepcionais, mas raros, que marcam a vida dos homens, das organizações e dos países. Evidentemente, a Africa atravessa um período doloroso da sua história; mas tenta-lhe fazer face, amiúde com dor, mas às vezes com um brio que alimenta a esperança. O exemplo do Congo não é promissor e mobilizador a este propósito ?

A vossa própria Organização tem de mudar a sua estratégia para fazer face aos desafios sanitários e sociais que interpelam a humanidade no seu todo. O Conselho Executivo convidou-nos a fazê-lo; e, mais uma vez, será preciso dar provas de coragem, imaginação e criatividade. Estou profundamente convencido de que a OMS tem de se tornar um dos elos essenciais da cadeia de solidariedade humana que deveria unir todos os homens e mulheres, qualquer que seja a magnitude dos problemas que os apoquentam, qualquer que seja o nível do seu desenvolvimento. O Apelo que Vós, Senhoras e Senhores Ministros, lançastes em Bujumbura, em 1991, insere-se nesta preocupação. Apela para uma estreita cooperação entre todas as regiões do mundo, em prol da saúde das crianças, homens e mulheres do nosso continente. Estou convencido de que este apelo será, por toda a parte, ouvido.

Excelência, Senhor Presidente da República do Congo,
Excelência, Senhor ex-Presidente Jimmy Carter,
Excelência, Senhoras e Senhores Ministros,
Distintos convidados,
Senhoras e Senhores Delegados,

Muito obrigado pela vossa amável atenção.

ALOCUCAO DO SR. JIMMY CARTER
EX-PRESIDENTE DOS ESTADOS UNIDOS DA AMERICA

Exmo Senhor Presidente
Minhas Senhoras e meus Senhores

Gostaria de começar por felicitar o Presidente Pascal Lissouba que, através da sua eleição, suscitou uma onda de esperança e entusiasmo em Africa e no resto do mundo. A sua eleição, Senhor Presidente, é a prova de que a democracia, a liberdade e os direitos do Homem são heranças queridas dos seres humanos, em toda a parte. Gostaria igualmente de expressar a minha profunda satisfação pelo facto de me encontrar no seu país, nesta importante ocasião. Ao Dr. Monekosso, que é um velho amigo meu, que muito tem feito no domínio da saúde pública em todo o mundo e, em particular, no seu continente, gostaria de expressar a minha amizade e o meu agradecimento pelo convite que me endereçou para me dirigir a esta reunião de Ministros da Saúde da Região Africana da OMS. Por último, gostaria de felicitar o presidente do Comité Regional pelo seu excelente desempenho desde a quadragésima-primeira sessão, realizada no Burundi.

Enquanto ex-presidente de uma grande nação é para mim uma grande honra encontrar-me aqui para estreitar os laços de amizade que nos unem. A Organização Mundial da Saúde não pode realizar o objectivo de uma vida melhor para os povos africanos sem o pleno empenho de governos como o Congo, Burundi e outros, bem como de numerosas organizações não-governamentais e indivíduos. Hoje encontro-me aqui não como representante dos Estados Unidos da América, embora com a benção do governo do meu país.

Assim, vim aqui em nome de uma das principais organizações não-governamentais que tem o meu nome, o Carter Centre de Atlanta, Georgia. Nós constatamos a inter-relação existente entre os diferentes problemas que afectam os povos aqui e noutras partes do mundo. No Carter Centre, acompanhamos de perto todos os conflitos na Terra. Até ontem à noite, havia 112 conflitos em todo o mundo. Alguns deles são guerras importantes, no decorrer das quais mais de mil pessoas morreram no campo de batalha. A excepção da guerra na ex-Jugoslávia, todos os conflitos importantes são agora guerras civis. Em muitos casos em virtude do protocolo e das limitações impostas pela sua Carta, as Nações Unidas vêem-se impedidas de tratar dos conflitos entre um governo e os seus cidadãos que tentam substituí-lo ou mudá-lo. Isso aumenta a responsabilidade dos outros indivíduos e organizações privadas para tentar levar a paz às regiões em conflito.

Esta manhã vim da Etiópia, uma nação dilacerada por trinta anos de guerra; uma guerra na qual mais de um milhão de pessoas morreram - algumas vítimas das balas e das bombas. Muitas outras morreram devido à sonegação deliberada de alimentos e medicamentos adequados, o que provocou a morte de civis inocentes. Trata-se de uma situação grave a que se tem de fazer face em diversos países do continente africano.

Um outro problema extremamente grave em Africa é a falta de alimentos causada nao pela guerra mas pela dívida externa, que é um fardo muito difícil de suportar, e pela falta de acesso à informação ou a ferramentas e adubos adequados. Nos últimos vinte anos, a produção de alimentos por pessoa em Africa diminuiu todos os anos. Em média, o cidadão africano consome menos 70 calarias do que há vinte anos. Esta é uma situação que pode ser mudada. Sob a direcção do Dr. Norman, laureado do Prémio Nobel da Paz pela sua revolução verde na India e no Paquistao, o nosso Carter Centre tem agora um programa de sociedade global para aumentar a produção de cereais. Mais de cento e cinquenta mil pequenos agricultores em Africa aprenderam a aumentar a sua produção cerealífera no primeiro ano, para três vezes mais do que era anteriormente. Isso demonstra claramente que a produção de cereais e alimentos em Africa é possível.

Em 1985, assistimos a uma demonstração cabal da importância da cooperação entre agências nos cuidados de saúde, as quais até entao nao tinham trabalhado em equipa. A Organização Mundial de Saúde, o UNICEF, o PNUD e outras organizações que nunca haviam trabalhado juntas, descobriram uma vacina antipoliomiéltica. Vieram entao ter connosco, ao Carter Center, e, em consequência dos contactos mantidos, criou-se o Grupo Especial para a Sobrevivência e Desenvolvimento da Criança (Taskforce on Child Survival and Development). Nessa altura, apenas vinte por cento das crianças dos países em desenvolvimento estavam vacinadas contra a poliomielite, sarampo, difteria, tifoide e tosse convulsa. Em cinco anos, esse valor subiu para oitenta por cento, o que significa que, actualmente, oitenta por cento das crianças do mundo estao vacinadas contra essas doenças evitáveis.

Neste último fim-de-semana, foi criado, no Carter Centre, um outro Grupo Especial para a Erradicação da Poliomielite. Como todos vós sabeis, a única doença erradicada até à data foi a varíola, há cerca de 15 anos. Até há dois anos, nao se havia fixado nenhuma outra doença para erradicação. Tentámos fazê-lo para o paludismo mas problemas imprevistos nao o permitiram. Agora, fixou-se a erradicação para duas doenças. Uma delas é a poliomielite e a data fixada para a sua erradicação é o ano 2000. Talvez estejais interessados em saber que, no ano passado, registou-se o último caso de poliomielite na América do Sul, América Central, Caraíbas e América do Norte. Agora, o desafio situa-se em Africa e na Asia. A outra doença para a qual foi fixada a erradicação, e na qual o Carter Centre desempenha um papel importante, é a dracunculose. Trata-se de uma doença horrível que afecta muitas pessoas na India, Paquistao e em toda a Africa Subsariana. Muitos dos vossos países estao atingidos pela dracunculose. Esta doença afecta as pessoas mais pobres e mais isoladas. Fixámos o fim de 1995 como a data para a erradicação total da dracunculose. Numa das minhas últimas viagens a alguns países africanos, pude constatar um empenhamento total na erradicação desta doença.

Congratulo-me muito com os consideráveis progressos realizados pelos ministros da saúde e autoridades sanitárias em Africa. E evidente, para todos nós, que a Africa nao pode superar os seus graves problemas económicos sem progressos nos cuidados de saúde. Gostaria de citar alguns dados estatísticos daquilo que tem sido feito. Em 1990, ou seja há pouco mais de trinta anos, em 31 países africanos, a taxa de mortalidade infantil era superior a 150 óbitos por mil. Em 1990, somente três países africanos continuavam a ter uma taxa de mortalidade infantil igual ou superior a 150 por mil. Um outro exemplo dos progressos realizados no campo da saúde é a esperança de vida. Em 1960, em 35 países, a esperança de vida era inferior a 45 anos. Há dois anos, isto é, em 1990, somente em três países a esperança de vida continuava a ser inferior a 45 anos. Trata-se de progressos altamente significativos, atendendo às condições extremamente difíceis em que foram realizados.

Gostaria, agora, de citar outros dados estatísticos que mostram o enorme fosso que separa os países industrializados dos países em desenvolvimento do hemisfério sul. Em 1750, o desenvolvimento económico era idêntico no Norte e no Sul. Em 1850, nos países industrializados, o desenvolvimento económico era três vezes superior aos dos países em desenvolvimento. E, em 1990, este rácio aumentou para nove vezes, ou seja, há nove vezes mais progressos económicos nos países industrializados do que na maioria dos países africanos e noutros países em desenvolvimento.

Como pudesstes verificar, a sociedade africana cresceu e um enorme fardo da dívida recaiu sobre os seus povos. Que podemos fazer para melhorar a situação económica dos povos da Africa ?

Dir-vos-ei que nada poderá ser feito para melhorar essa situação se não se realizarem progressos contínuos na área da saúde. Há alguns anos, o Banco Mundial efectuou uma análise dos custos numa pequena região da Nigéria que produzia arroz. Devido unicamente à dracunculose essa região perdeu 20 milhões de dólares americanos de receitas por ano pois a doença impediu os agricultores de tratarem das suas culturas. Além disso, evidentemente, as crianças das escolas não puderam frequentar as aulas durante a estação da dracunculose. Há muito poucas probabilidades de que os principais investidores venham investir num país africano que não dispõe de cuidados de saúde adequados para a sua população. Os empregadores, os investidores, os governos e as próprias famílias encontram-se entre os que não trataram adequadamente dos problemas de cuidados de saúde.

Já descrevi os consideráveis progressos realizados pelos ministros da saúde, mas gostaria agora de dizer-vos que nada de duradouro pode ser feito num país sem o empenhamento directo do Chefe do Estado, do Primeiro-Ministro e dos Ministros das Finanças, Agricultura, Educação e Transportes. E creio que é uma oportunidade única o facto da presenciarmos que este novo presidente, que trouxe uma mensagem de esperança e democracia para este continente, participa na sua primeira cerimónia oficial, em nome da saúde do seu país. Trata-se de uma maravilhosa demonstração.

No decorrer das minhas visitas aos países africanos nos últimos três anos, na tentativa de ajudar a erradicar a dracunculose, chequei à conclusão de que o Chefe de Estado devia estar empenhado antes dos recursos do país serem mobilizados. O Presidente da Nigéria tem um excelente Ministro da Saúde, que realizou enormes progressos no seu país. Para mim, não há dúvida de que a Nigéria é o País mais gravemente afectado pela dracunculose em Africa e no mundo, que conseguirá com êxito realizar o objectivo da erradicação total desta doença fixado para 1995.

O Presidente Rawlings do Gana vai às aldeias afectadas pela dracunculose e bebe ele próprio água proveniente de alguns lagos contaminados após a respectiva filtragem, mostrando assim ao seu povo, e aos povos de outros países, que a dracunculose é uma doença muito fácil de prevenir se se fizerem algumas coisas básicas que podem ser explicadas aos aldeãos em poucos dias. Por conseguinte, estou muito esperançado em que seremos bem sucedidos na consecução do objectivo da erradicação da dracunculose no futuro.

Antes de terminar, gostaria de sublinhar que há ainda muito que fazer. Por exemplo, nós não fomos bem sucedidos com a erradicação do paludismo, mas podemos ajudar a controlar esta doença. A SIDA é um problema gravíssimo que preocupa não apenas os vossos países, mas também o meu. No entanto, terá de haver uma infra-estrutura adequada de cuidados de saúde para tratar do paludismo, SIDA, Lepra, dracunculose e outras doenças. E quaisquer que sejam os progressos realizados na infra-estrutura de um país, na própria capital, no

gabinete do Presidente da República, no Ministério da Saúde, nos centros regionais, nas pequenas aldeias e no seio das famílias, esse empenhamento das autoridades sanitárias, incluindo os responsáveis políticos, surte efeitos positivos em cada um dos aspectos da vida. Não é possível separar uma doença de outra. Um dos principais problemas em numerosos países é que quanto mais pobre é o país pior é o sistema de saúde e maior é a taxa de crescimento demográfico. Um facto extremamente interessante, que foi confirmado pela OMS, Banco Mundial e outras organizações, é de que a melhor forma de controlar as taxas de crescimento demográfico consiste em reduzir a taxa de mortalidade infantil. Isso parece um paradoxo mas, até à data, não houve nenhum país do mundo onde a taxa de mortalidade infantil tenha sido reduzida e a taxa de crescimento demográfico não o tenha sido. Ensinar uma mulher a conhecer o seu corpo, uma família a cuidar de uma criança, é fazer as coisas mais essenciais que dão a uma família respeito e confiança no futuro. Se os países pensarem que os seus filhos vão morrer, eles tentarão ter o maior número possível de filhos durante a idade fértil, a fim de assegurar que dois ou três sobreviverão para cuidar deles quando forem idosos. Se, pelo contrário, pensarem que os seus filhos viverão muito tempo, a mãe cuidar deles, assegurando-lhes uma infância segura e a taxa de mortalidade infantil baixará o que permitirá controlar a taxa de crescimento demográfico. Estes requisitos são essenciais à África para realizar progressos constantes nos cuidados de saúde e no domínio da economia. Estão todos ligados entre si.

Enquanto ex-presidente dos EUA e como chefe do Carter Centre, estou muito satisfeito por encontrar os líderes africanos, particularmente na área da saúde, os quais têm excelente progressos para mostrar, e regozijo-me igualmente com a oportunidade que me é dada hoje de vos falar. Tenho esperança em que a Organização Mundial de Saúde, dirigida em África pelo Dr. Monekosso, adopte uma resolução destinada a comemorar o 50º aniversário das Nações Unidas juntamente com a eradicação da segunda doença a ser erradicada, isto é a dracunculose. Isso seria maravilhoso.

Gostaria de acrescentar que o Carter Centre também tem um programa vocacionado para o controlo da oncocercose ou cegueira dos rios, doença que afecta 27 países africanos. Alguns países já começaram a aplicá-lo. A companhia farmacêutica Roche disponibilizou gratuitamente comprimidos de Ivermectina, a serem tomados um por ano para prevenir a dracunculose. Os comprimidos estão à disposição dos vossos países. Espero que haja um empenho não apenas das autoridades sanitárias mas de todos os responsáveis políticos para controlar a oncocercose graças à utilização de comprimidos de ivermectina. Teremos muito prazer em entregar-vos os comprimidos e disso já informámos o Dr. Monekosso.

Para terminar, gostaria de manifestar o meu agradecimento por esta excelente oportunidade que me foi propiciada e pela honra de estar aqui com o novo presidente do Congo, e de participar num futuro de melhores cuidados de saúde para o continente africano.

Muito obrigado.

ALOCUCAO DE ABERTURA DO PROFESSOR PASCAL LISSOUBA
PRESIDENTE DA REPUBLICA DO CONGO

Senhor Presidente da 42a sessao do Comité Regional da OMS
Senhores Ministros,
Senhoras e senhores delegados
Minhas Senhoras e meus Senhores

Por occasiao desta 42a sessao do Comité Regional Africano da OMS, gostaria de começar por vos dar as minhas sinceras e fraternas boas-vindas ao Congo.

Gostaria também de realçar, da maneira mais solene, a grande importância de que, a meus olhos, se reveste o estado de saúde e bem-estar das populações africanas, pelo que me sinto particularmente feliz por poder dirigir-me directamente aos responsáveis pela saúde pública, aos especialistas e aos representantes dos diversos organismos aqui reunidos na vossa sessao anual.

Com efeito, estou pessoalmente preocupado pela grave deterioração do estado de saúde das nossas populações, tanto mais que a crise económica que enfrentamos exige enormes esforços físicos, dez a doze vezes superiores às exigências de há 20 anos, uma vez a nossa população duplicou, originando:

- o reaparecimento das doenças totalmente ou parcialmente controladas, como a tripanossomíase, o paludismo, a cólera e a tuberculose;
- a crise dos sistemas de saúde e a deterioração das infraestruturas sanitárias;
- o corte nos orçamentos nacionais destinados a saúde;
- a desmotivação do pessoal;
- a falta de medicamentos essenciais.

E esta lista não é exaustiva.

Não duvido de que o Comité Regional, fórum único para o intercâmbio e a elaboração de directivas sobre o futuro sanitário da nossa Região, tenha fornecido aos responsáveis africanos e a todas as nossas populações, orientações, iniciativas e estratégias que permitam conjurar tão má sorte.

Cabe-lhe a si, Senhor Director Regional da OMS em Africa, com a capacidade e a autoridade que lhe reconheço, tranquilizar-nos a todos, dissipando o nosso pessimismo, revelando-nos as acções desenvolvidas pelos vossos serviços e as medidas adoptadas para apoiar as iniciativas em matéria de saúde, higiene, melhoria do ambiente, manutenção de caminhos rurais e infra-estruturas escolares, em suma, todas as medidas destinadas a estimular o desenvolvimento da saúde local, numa base multisectorial e global. Pela minha parte, embora apreciando os vossos esforços e o justo valor das vossas iniciativas, continuo convencido de que eles apenas encontraram plena satisfação no quadro de uma política de efectiva descentralização e de participação activa e consciente das populações, centrada sobre dois elementos-chave:

- em primeiro lugar, a intensificação das acções educativas e de formação no domínio da saúde, a todos os níveis e abrangendo todas as camadas da população;

- depois, a investigação em saúde pública.

Apraz-me saber que as vossas discussões técnicas incidirão sobre este tema, que merece uma atenção especial, pois o domínio da Ciência e da Tecnologia e a sua adaptação ao contexto africano contribuirão, definitivamente, para a resolução dos problemas que entravam a satisfação das necessidades prioritárias das populações, sem dúvida no domínio do desenvolvimento, mas também, de modo significativo, no domínio da saúde. Efectivamente, muito poucas doenças, entre as mais terríveis do nosso continente, cedem perante as terapêuticas tradicionais.

Se os antigénios da tripanossomíase, da SIDA, ou mesmo do paludismo, ainda guardam os seus segredos invioláveis, podem procurar-se novos métodos de prevenção e de higiene com instrumentos cada vez mais eficazes e, portanto, é com o maior interesse e ansiedade que aguardo os resultados do vosso trabalho.

Seja como for, minhas senhoras e meus senhores, é apenas pela conjugação de esforços que os povos africanos poderao enfrentar o desafio do desenvolvimento e do progresso.

A essa tarefa dedicam-se activamente o professor Monekosso, cuja actuação apoia pessoalmente, a Organização Mundial de Saúde, no seu conjunto, e os parceiros do desenvolvimento sanitário do Congo e da Africa. Por isso, gostaria aqui de agradecer essa preciosa colaboração para o bem-estar das nossas populações desejando que os vossos trabalhos sejam coroados de êxito, e esperando que os nossos distintos convidados tenham uma estada agradável no Congo.

Declaro aberta a quadragésima-segunda sessão do Comité Regional Africano da OMS.

Muito obrigado.

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

Minhas Senhoras e meus Senhores,

E para mim um prazer e um privilégio assistir uma vez mais à sessão do vosso Comité Regional e poder, desse modo, tirar proveito da vossa avaliação da situação sanitária e das realizações dos vossos países, no campo da saúde. E igualmente para mim uma oportunidade para vos informar acerca da minha opinião sobre os progressos e as perspectivas da nossa Organização.

Há dois anos que venho alertando os Comités Regionais, o Conselho Executivo e a Assembleia Mundial da Saúde para o modo como a evolução das realidades sócio-económicas e políticas afecta o desenvolvimento sanitário. Propus que nos esforçássemos, no seio da Organização Mundial de Saúde, por assumir as consequências da actual situação deste novo ambiente sanitário, lançando-nos num processo de reformas, de modo a fazer face ao que se me afigurou ser um período de profundas alterações no mundo inteiro.

Enquanto responsáveis pela saúde nos vossos países, mas também como simples cidadãos, deveis ter-vos já apercebido das consequências deste período de transição, em que as nossas sociedades já entraram. Trata-se de uma época agitada, que exacerba simultaneamente as dificuldades e as oportunidades; uma época de paradoxos, cujo futuro imprevisível tanto pode ser encarado com esperança, como com receio de sofrimento. Em Africa, o desmantelamento do sistema do apartheid começou na Africa do Sul, e uma vaga de pluralismo político e de democratização alastra por todo o continente: Paralelamente, aumentam as greves, os conflitos locais, a violência, a fome e o desmembramento das sociedades.

A persistente desigualdade económica, a natureza juntou o fardo suplementar de uma grande seca. Face a uma tal incerteza, devemos cingir-nos à reflexão sobre diferentes soluções possíveis para a saúde e estabelecer os nossos planos em conformidade; desse modo, poderemos simultaneamente antecipar e controlar essas mudanças, em vez de nos limitarmos a suportá-las.

Atento aos desafios do nosso tempo e partilhando a minha apreensão, o Conselho Executivo decidiu criar o seu próprio grupo de trabalho sobre a adaptação da OMS às mudanças a nível mundial. O grupo de trabalho procedeu a uma análise minuciosa que aparece, daqui por diante, como um trabalho inovador e aprofundado da missão, da estrutura e dos meios de acção da Organização e das medidas que será necessário adoptar para manter e melhorar a pertinência, a oportunidade e a eficácia da acção da OMS.

A OMS não pode por si só levar a bom termo as reformas destinadas a melhorar a situação sanitária no mundo. A Organização deve trabalhar em colaboração com os seus Estados-membros, com as organizações das Nações Unidas, bem como com outras organizações internacionais. Ela deve canalizar prioritariamente o seu interesse para os Estados-membros mais necessitados e para os grupos vulneráveis de todo o mundo.

Eu encaminhei a OMS na via da nacionalização da sua administração e das suas actividades, mas esta deverá fazer-se em sintonia com todos os nossos parceiros, suscitando da sua parte esforços análogos. O Secretário-Geral, Sr. Boutros-Ghali, empreendeu já um grande processo de reformas para as Nações Unidas e no seio da Comissão Administrativa de Coordenação (que reúne, como sabeis, os chefes das organizações e dos órgãos das Nações Unidas) no intuito de melhorar a coordenação dessas actividades de todo o sistema das Nações Unidas. Pessoalmente, atribuo a maior importância a este processo de redefinição e coordenação internacionais, na qual participo activamente, pois farei tudo o que estiver ao meu alcance para que a saúde conserve o seu papel central na cena internacional e política e para que a OMS continue a assumir a liderança no domínio da saúde nos empreendimentos de âmbito internacional, em conformidade com as competências confiadas à Organização através da sua Constituição. A OMS está também pronta a pôr as suas competências técnicas e os seus recursos ao serviço do Programa Comum das Nações Unidas para a Paz, no qual o Sr. Boutros-Ghali distingue quatro vertentes: diplomacia preventiva, busca da paz, manutenção da paz e construção da paz.

Mas, como sabeis, seria insensato esperar um reforço da liderança e da cooperação da OMS, se lhe forem recusados ou não lhe forem garantidos os recursos humanos e financeiros indispensáveis ao exercício dessa liderança e necessários para assegurar a sua continuidade.

Recentemente, fiz lembrar ao Conselho Económico e Social da Organização das Nações Unidas que qualquer organização necessita de pessoal competente, independente e motivado para poder funcionar. Temos o dever de proporcionar ao pessoal da OMS condições de trabalho satisfatórias, semelhantes às que existem no conjunto do sistema das Nações Unidas. E assim da máxima importância que os Estados-membros, em parceria com a Organização, nos ajudem a dar primazia à qualidade. Só desse modo garantimos que a Organização sirva os países o melhor possível.

A necessidade de uma organização internacional, verdadeiramente mundial, foi reconhecida, há quarenta e seis anos, pelos fundadores da OMS, que definiram as competências na Constituição. Para cumprir o seu mandato, a Organização deve agir e agir com os outros. A responsabilidade que nos cabe a todos é a de definir como agir do melhor modo possível, hoje em dia, em certas circunstâncias e com outros parceiros, e fazê-lo de modo a que a Organização tenha meios para actuar.

É este o principal factor determinante da liderança internacional da OMS no âmbito da saúde, que apenas pode ser exercida através de decisões e apoio colectivos.

Na vossa qualidade de Estados-membros, tendes sempre mostrado claramente esperar da OMS o exercício da sua liderança no mundo, tomando a iniciativa e garantindo a direcção em dois grandes domínios: 1) a definição de políticas e objectivos gerais de saúde, bem como de critérios e de normas técnicas e éticas ligados ao campo da saúde e 2) a cooperação técnica para o desenvolvimento do sistema sanitário, incluindo um certo apoio operacional. A cooperação técnica com os países em desenvolvimento representa actualmente mais de 60% das despesas da OMS, testemunhando largamente o nosso crescente intuito de estar presentes no terreno e de colaborar com os Estados-membros.

Mas para que as nossas intervenções sejam eficazes, é importante que as prioridades e responsabilidades nacionais sejam bem definidas e bem entendidas. E também necessária uma verdadeira acção intersectorial, dentro das estruturas nacionais e locais, bem como com os organismos bilaterais e multilaterais.

Não me resta qualquer dúvida de que a responsabilidade dos problemas nacionais de saúde cabe, acima de tudo, aos ministérios da saúde. No entanto, estes não devem dar a impressão de se fecharem no seu domínio técnico e servir apenas para gastar dinheiro. Tal atitude apenas prejudica a sua eficácia e, finalmente, a sua credibilidade, privando-os de qualquer influência sobre outros sectores governamentais e sociais. Assim, os ministérios da saúde deveriam esforçar-se por fazer participar tantos parceiros afins quanto possível, quer se trate de organizações não-governamentais, de associações locais ou do sector privado. Por outras palavras, eles devem exercer uma "liderança" ao nível nacional.

Alguns países, nomeadamente em períodos de restrições financeiras, são afectados pela falta de coordenação, podendo por vezes sofrer com a concorrência entre os organismos doadores bilaterais e multilaterais. Esta situação não favorece certamente uma avaliação minuciosa e equilibrada das reais necessidades e das hipóteses de acção. Na minha qualidade de Director-Geral, dei particular atenção à necessidade de melhorar a coordenação com as Nações Unidas. Congratulo-me de poder afirmar que a OMS mantém actualmente boas relações de trabalho com várias organizações e órgãos das Nações Unidas, tanto ao nível político como operacional. Referirei, em especial, os nossos estreitos laços com o UNICEF, no quadro da Comissão Mista UNICEF/OMS, das directivas sanitárias e da Cimeira Mundial para a Infância, com o PNUD no quadro da Aliança PNUD/OMS contra a SIDA, com a FAO para a convocação da Conferência Internacional sobre a Nutrição e com o Banco Mundial para a preparação do seu relatório sobre o desenvolvimento do mundo de 1993, que incluirá uma forte componente saúde.

Estou firmemente decidido a que uma experiência tão positiva não fique pelo caminho, pois este trabalho de coordenação obriga-vos a convencer os nossos novos parceiros, tanto dentro das Nações Unidas como nos países, de que a saúde faz parte integrante do desenvolvimento social e económico.

As actividades de angariação de fundos afiguram-se-me como parte fundamental do papel de líder da OMS. Nos meus contactos com os responsáveis políticos, os decisores e os peritos de todos os países, sublinhei incessantemente que uma solução técnica restrita para um problema médico ou sanitário definido em termos restritos, ainda que necessária, não pode, em caso algum, garantir uma "Saúde duradoura", quer se trate de indivíduos ou de países. A saúde está intimamente ligada aos aspectos sociais, económicos, ambientais, culturais e afectivos da vida dos homens e das mulheres, bem como do nível sócio-económico e ao modo de vida dos grupos sociais. Do mesmo modo, ao procurar atingir o objectivo "Saúde para Todos", sublinhei, no seio da OMS, que a igualdade pressupõe o acesso de todos os serviços e aos cuidados de saúde e que a eficácia passa pela prevenção; mas para garantir a continuidade, devemos promover uma "cultura da saúde", o que exige estratégias multisectoriais e multidisciplinares, aos níveis mundial, nacional e local.

Há quem pense, e outros dizem-no abertamente, que alargando o seu campo de acção para além do que diz directamente respeito às doenças e suas causas, a OMS ultrapassa o quadro as suas competências. Tenho agora o prazer de comunicar que o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial aceitaram oficialmente que o desenvolvimento social seja reconhecido como "o quarto pilar" de qualquer plano director económico, a par das reformas macro-económicas, dos ajustamentos estruturais e dos acordos comerciais. O Banco Mundial e o FMI decidiram que as operações internacionais de financiamento devem, em geral, favorecer o desenvolvimento duradouro, incluindo sobretudo, os esforços destinados a atenuar a pobreza. Apraz-me pensar que a luta que mantive não é estranha a este resultado. Este reconhecimento por parte do Banco Mundial e do FMI reflecte também a tragédia de inúmeras populações empobrecidas, cujas necessidades foram sacrificadas pelo conceito de lucro que se exprime sobretudo em termos monetários. Reconhece-se portanto que o próprio desenvolvimento e a estabilidade social não podem ser duradouros se não protegerem a saúde e o bem-estar daqueles que deveriam ser os seus primeiros beneficiários: os homens, as mulheres e as crianças.

Numa reunião recente do Banco Mundial e do FMI, realizada em Banguécoque, a SIDA e as suas ramificações sócio-económicas foram dos principais pontos da ordem dos trabalhos, no contexto alargado da saúde, enquanto condições do desenvolvimento geral.

Podemos, por isso, esperar que de agora em diante, os organismos de desenvolvimento prevejam mais projectos sanitários, em íntima colaboração com a OMS nomeadamente a favor do desenvolvimento e do reforço dos cuidados primários, como um investimento em infra-estruturas de base para a construção de uma saúde duradoura.

O Sr. Boutros-Ghali lançou o novo conceito de "segurança humana", critério global para a paz e para a cooperação internacional, que merece, naturalmente, todo o nosso apoio. O Programa para a Paz que ele apresentou ao Conselho de Segurança, em Janeiro passado, pode também ser considerado como um Programa para o Desenvolvimento, para o qual todo o sistema das Nações Unidas, incluindo a OMS, deveria contribuir e certamente contribuirá.

Mas Penso que a liderança exercida pelo sistema das Nações Unidas deverá fugir à tentação de se apegar a uma estrutura monolítica e autoritária que poderá ser utilizada por aqueles que detêm o poder financeiro e tecnológico para impor um sistema único de valores políticos, sociais, económicos e culturais. As Nações Unidas apenas se justificam moralmente como expressão dos seus Estados-membros, devendo respeitar a diversidade destes e tendo o cuidado de não se assumirem apenas como substitutas dos blocos políticos e económicos anteriores. A liderança não deverá nunca ser autoritária, deve ser colectiva, compatível com a descentralização e perfeitamente transparente. Foi este estilo de liderança que tentei imprimir à OMS.

A melhor maneira de o conseguir é trabalhar com os Estados-membros, no respeito pelas realidades sociais, políticas e económicas que lhes são próprias. Foi também nesta linha que propus um paradigma para a saúde pública - proposta que, de início, foi recebida com surpresa. Se analisamos as diferentes dimensões do nosso ambiente sanitário, tal como ele hoje se apresenta e não como era há dez anos nem como desejaríamos que fosse, seremos

capazes de traçar as grandes linhas e actualizar constantemente este paradigma da saúde. Enquanto quadro, poderá servir não só para a definição de algumas orientações, mas também para associar diferentes políticas e facilitar a sua aplicação. Deverá, portanto, constituir um instrumento de fácil gestão, fornecendo não apenas dados quantitativos e apontando tendências, mas também sugerindo interações qualitativas entre vários factores, integrando as percepções sociais, as expectativas das comunidades e a sua eventual resistência perante as actividades sanitárias. Deste modo, o paradigma para a saúde permitirá uma acção eficaz, efectiva e harmoniosa.

O nosso programa geral de trabalho para o período de 1996-2001 terá em linha de conta a experiência da aplicação dos sétimo e oitavo programas gerais de trabalho. Estes, segundo parece, pecaram por excesso de pormenor, de que resultou a rigidez e a fragmentação dos esforços e dos recursos. Por isso, decidi que o Nono Programa Geral de Trabalho será revisto e se desenvolverá em três planos.

Em primeiro lugar, o Nono Programa Geral de Trabalho enunciará quatro grandes orientações, organizadas de acordo com as linhas de força da nossa estratégia mundial da "saúde para todos" e que se podem resumir em algumas palavras-chave: integração da saúde e do desenvolvimento, igualdade e qualidade, protecção e promoção da saúde e finalmente, prevenção e combate. A nossa Organização tem, forçosamente, de definir um quadro político mundial, aceite por todos os Estados-membros, para dotar a OMS no seu conjunto, de uma direcção e de uma finalidade comuns, mantendo, no entanto, a flexibilidade suficiente para delinear abordagens em acções aos níveis mundial, regional e nacional - que possam ser adaptadas em função da diversidade das situações e dos recursos. Ao nível da política mundial, poderemos formular as nossas finalidades e metas em termos de resultados a longo prazo. Assim, as funções e os objectivos da OMS relativamente à escolha de orientações, à coordenação e à cooperação técnica no domínio da saúde ao nível internacional devem ser definidos com vista a uma eficácia conjunta.

No segundo plano, o Nono Programa Geral de Trabalho apresentará um quadro baseado em certos programas. Deverá fornecer directivas referentes aos princípios e aos critérios gerais para a elaboração de programas e deverá, também, determinar os níveis orgânicos em que as actividades se desenvolverão.

No terceiro plano, este quadro deverá propor uma classificação muito precisa dos programas, contemplando as finalidades e as metas específicas, enunciando-as com clareza, de modo a apoiar a liderança mundial, a planificação e a vigilância permanente das actividades a todos os níveis. Deve continuar-se a dar relevo ao desenvolvimento e à aplicação dos programas prioritários que se destinam a apoiar e ajudar a atingir o nosso objectivo de saúde para todos, com o acompanhamento contínuo e a avaliação da atribuição, da utilização e da mobilização dos recursos e, finalmente, com a edificação de uma estrutura sanitária duradoura, baseada nos cuidados primários, que constituem o obstáculo da nossa acção.

Em resumo, o nosso programa geral de trabalho deve reflectir claramente a nossa visão de saúde para todos, enquanto promoção de uma cultura de saúde baseada nos cuidados primários. Ao mesmo tempo, deverá tornar-se num programa prático, mundial e localmente, para um desenvolvimento sanitário pragmático e duradouro.

As Regioes da OMS sao muito diferentes. Cabe a cada um dos Comités Regionais comunicar a sua percepção das circunstâncias, dos problemas e das oportunidades aos níveis regional e local. Como no passado, o Director Regional e eu próprio teremos necessidade da vossa colaboração para que os programas da Organizaçao sejam o reflexo fiel das vossas prioridades, e para que a cooperaçao técnica produza o maior rendimento possível.

Quanto à liderança para a prevençao e combate à SIDA, o continente africano dá o exemplo com a sua Declaraçao original sobre a epidemia da SIDA em Africa, aprovada há precisamente três meses pelos Chefes de Estado e de Governo da Organizaçao da Unidade Africana, na sua vigésima-oitava cimeira.

Melhor do que ninguém, sabeis que este acontecimento histórico é o resultado de inúmeros meses de trabalho da parte dos Ministros da Saúde africanos, apoiados, sem reservas, nos seus esforços, pela OMS. Quando se escrever a história do combate levado a cabo pela Africa contra a SIDA, serao entao conhecidas a coragem de que haveis dado provas para elaborar uma declaraçao tao honesta e a capacidade de liderança demonstrada para conseguir a participaçao dos vossos países.

Na verdade, esta Declaraçao nao poderia ser mais directa. Ela reconhece que se calcula em 20 milhoes o número de africanos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana em menos de oito anos, que um milhao de pessoas - especialmente adultos no vigor da idade - morrem todos os anos de SIDA, destruindo famílias e comunidades e perturbando o equilíbrio da mao-de-obra. Mas a Declaraçao nao é uma mensagem desesperada. Ela sublinha que a prevençao é a chave que permitirá abrandar a propagaçao dessa doença transmitida por via sexual e conter os seus derradeiros efeitos. Para tal, estabelece uma ordem de trabalhos de seis pontos, para uma acçao prática em todos os sectores da sociedade, e define alvos mensuráveis e datas-alvo para a sua realizaçao.

E preciso nao esquecer que a Declaraçao se inspira na prática e nao na teoria. Verificámos, muitas vezes, que a prevençao da SIDA é tanto mais eficaz quanto mais abertamente for abordada a questao de saber como o HIV é ou nao transmitido. Tal como se diz na Declaraçao "nenhum tabú deverá impedir que se salvem milhoes de vidas". O Programa Mundial da OMS de combate à SIDA fez recentemente o ponto da situaçao relativamente aos métodos de prevençao que se revelaram eficazes e há motivo para felicitar os países africanos por serem seus alguns dos melhores projectos. Entre os exemplos mais salientes figuram o marketing social dos preservativos, a informaçao e os serviços para combate às doenças sexualmente transmissíveis fornecidos pelos serviços de saúde, e as mensagens de prevençao individuais às pessoas altamente vulneráveis à infecçao pelo HIV. Isto é apenas um exemplo da grande eficácia das actividades sanitárias neste continente, desde que a Africa decidiu fazer o que era necessário e com os recursos adequados.

O aparecimento de novos flagelos nao significa, infelizmente, que os antigos tenham necessariamente desaparecido. Sei a importância que atribuis a uma intervençao rápida contra o ressurgimento do paludismo nos vossos países e os novos problemas, aparentemente insolúveis que esse combate provoca. A Africa Tropical, que tem 275 milhoes de portadores do parasita numa populaçao de 500 milhoes e 100 milhoes de casos clínicos, dos quais 900 000 mortos por ano, abarca 80% dos casos clínicos do paludismo de todo o mundo. Cerca de 10% das hospitalizaçoes e de 20 a 30% das consultas externas sao devidas ao paludismo.

O paludismo é não só um dos principais responsáveis pela morte de crianças nas zonas rurais da Africa Tropical, como também aumenta o risco de anemia nas crianças, tornando-as mais vulneráveis a outras doenças e fazendo aumentar o absentismo à escola. Nos jovens adultos, o paludismo continua a ser uma das doenças mais frequentes e tem tendência a atacar na altura do ano em que os trabalhos agrícolas atingem o auge. Pensa-se que os custos estimativos directos e indirectos ligados ao paludismo em Africa ultrapassem 1,8 biliões de dólares em 1995.

Dada a situação dramática da Africa, a OMS lançou um apelo aos seus Estados-membros para que participem activamente nos preparativos da Conferência Ministerial sobre Paludismo, a realizar em Amsterdao, a 26 e 27 de Outubro de 1992. A reuniao inter-regional inicial sobre o combate antipalúdico em Africa constitui um excelente trampolim para a Conferência. Espero que os representantes dos ministérios da saúde de todos os países africanos de endemicidade estejam presentes em Amsterdao nesta conferência da mais alta importância.

A nutrição sempre foi uma preocupação prioritária nesta Região, como é, aliás, em todo o mundo. Considero muito animadoras as várias actividades empreendidas para a avaliação e combate aos problemas nutricionais na Região Africana. O combate às carências em micronutrientes tem feito grandes progressos. E tal o êxito das actividades de combate às carências de iodo e às afecções daí resultantes que se pode, realisticamente, ter esperança de que esses males sejam eliminados até ao ano 2000.

Um número considerável de países participou na preparação da Conferência internacional FAO/OMS sobre a nutrição, fazendo-se assim merecedores de felicitações, bem como pela proposta de organizar uma Década Internacional da Alimentação e da Nutrição em Africa. Esperemos que as actividades dessa Década sejam eficazmente implantadas com toda a colaboração da Organização da Unidade Africana, da FAO, do UNICEF, da OMS e de outros parceiros, graças ao Grupo Especial da Região Africana para o Desenvolvimento da Alimentação e da Nutrição, em cujo contexto a OMS desempenha um papel activo.

Tenho consciência de que em Africa, principalmente nos países gravemente afectados pela seca, a saúde, a nutrição, o meio ambiente e a agricultura não podem jamais estar separadas nas vossas mentes, nem sequer, da difícil equação económica e financeira que os vossos países devem solucionar, principalmente numa altura em que os empréstimos concedidos pelos bancos escasseiam e que os requisitos são cada vez mais rigorosos. O Banco Mundial estima que, nos países menos desenvolvidos, entre os quais se encontram inúmeros países da Africa ao sul do Sahara, cerca de 47% da população vive abaixo do nível de pobreza. Os países da Africa Austral e do Corno de Africa têm sido particularmente afligidos pela desnutrição, agravada pelo afluxo de grande número de pessoas deslocadas. Sessenta por cento da população africana não tem acesso aos serviços de higiene e os surtos de cólera e de outras doenças gastrintestinais têm atingido proporções epidémicas.

A situação sanitária em Africa continua a ser para a OMS uma das principais prioridades. Mas, para ser franco, Senhoras e Senhores Ministros, devo apelar a vós e aos altos responsáveis pela saúde dos países africanos para que assumam o compromisso efectivo de trabalhar com a OMS, vosso principal parceiro no domínio da saúde, com o apoio dos vossos Chefes de Estado. E assumo, pessoalmente, o compromisso com todo o pessoal da OMS, de continuar a fazer tudo o que nos seja possível para atender às vossas necessidades urgentes e a longo prazo.

O Presidente Abdou Diouf do Senegal, em recente comunicação pública na qualidade de porta-voz da Organização da Unidade Africana, do Grupo da Cimeira para a Consulta e Cooperação Sul-Sul, da Organização da Conferência Islâmica e da Comunidade Económica dos Estados da Africa Ocidental, explicou como a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento - A Cimeira da Terra - que se realizou no Rio de Janeiro em Junho último, exarcebara as tensoes e as divergências antigas entre ricos e pobres. Salientou que a ajuda dos países industrializados aos países pobres estava ainda longe de atingir o modesto nível de 0,7% do seu PIB recomendado pelas instâncias internacionais e como, em tais circunstâncias, seriam ainda necessários 500 anos para que os países em desenvolvimento pudessem esperar equipara-se aos países mais desenvolvidos: Pediu, pessoalmente, a criação de um "fundo de ajuda adicional" como uma medida compensatória que permitisse aos países em desenvolvimento conceber e implementar políticas ambientais justas e realísticas e conciliar as preocupações mundiais - que compartilham também os africanos - sobre a protecção do meio ambiente e económico.

A Cimeira da Terra é um excelente exemplo dos paradoxos e da oportunidade da nossa época. De maneira mais fundamental, parece-me, o que aqui se encontra em jogo e que nos preocupa a todos, é um novo conceito do desenvolvimento, desligado da corrida ao lucro a curto prazo e do consumo imediato, ou daquilo que o Sr. Jacques Delors, Presidente da Comissão Europeia, denominou "fast food policy". Isso pressupoe um reexame da ideia de "progresso" e das suas incidências e uma reflexao atenta, científica, social, jurídica e ética sobre o ser humano, a sua integridade inalienável, as suas relações em simbiose com o meio ambiente total. Será cada vez mais necessário que cada um avalie os seus direitos individuais em função das suas respectivas responsabilidades, as suas exigências e as suas esperanças em função do seu nível e esquema de consumo. Isto aplica-se igualmente aos Estados, cada vez que se possam sentir tentados a colocar as restrições orçamentais ou as necessidades pontuais de liquidez acima do interesse real das suas populações. Mas, sobretudo, a protecção da terra e do futuro da humanidade nao serao possíveis sem a renovação do pacto social internacional, livremente acordado por todas as partes, como expressao da nossa vontade colectiva de viver juntos, num espírito de solidariedade e interdependência, com os demais seres humanos e com o nosso planeta. A saúde e a acção sanitária serao os componentes-chave desse novo conceito de desenvolvimento no Século XXI.

No domínio da saúde, a Africa pode vangloriar-se de alguns êxitos que demonstram claramente que, embora nao contando com os recursos materiais, os vossos países conseguiram superar um certo número de flagelos, tais como a varíola, a oncocercose, a dracunculose, e que obtiveram taxas de vacinação encorajadoras e verdadeiramente impressionantes. Os esforços especiais da OMS e o seu papel no melhoramento da situação na Regiao, em cooperação com outras organizações, ilustram a capacidade da Organização, no seu todo, de avaliar rapidamente e fazer face eficazmente às emergências e às necessidades de cooperação intensificada com os países menos favorecidos.

Os países africanos merecem felicitações pela sua disposição em oferecer protecção e acolhimento a dezenas de milhares de refugiados, sem tomar em conta a sua nacionalidade nem as razões de seu êxodo, apesar das circunstâncias económicas difíceis que afligem com frequência as populações locais. Por tradição, as sociedades africanas tendem a ser mais integradas do que as sociedades do tipo ocidental, mesmo que essa característica seja às vezes um pouco desgastada pelo efeito da crescente urbanização. A história demonstra-nos que as sociedades africanas não param de evoluir e que deram prova de um grande dinamismo para se adaptar a novas circunstâncias e novo meio ambiente. Se tal fosse necessário, teríamos aqui provas que nos permitem proclamar que a África tem direito à esperança.

Neste período de transição mundial, a OMS no seu todo, os seus administradores e o seu pessoal, juntamente com os seus Estados-membros, deverao adaptar a nossa lógica e o nosso modo de acção se desejarmos ter alguma pertinência e, ainda mais importante, conservar a capacidade de modelar este mundo nascente, segundo a nossa missão e nossos princípios. Os anos vindouros serao tao exaltantes como estimulantes, estou certo. Serao também difíceis e decisivos. Eu tenho a vontade e a experiência. Convosco, com a vossa ajuda e a vossa confiança, levarei a cabo a tarefa que juntos empreendemos.

Muito obrigado pela vossa atenção.

ALOCUCAO PROFERIDA POR SUA EXCELENCIA, O SENHOR PASCAL GAYAMA,
SECRETARIO - GERAL ADJUNTO DA OUA
PERANTE A 42a SESSAO DO COMITE REGIONAL AFRICANO DA OMS
Brazzaville, Setembro de 1992

Senhor Presidente
Excelentísimos Senhores Ministros
Senhor Director Regional
Distintos Delegados,
Minhas Senhoras e meus Senhores

A presente sessão do Comité Regional Africano da OMS, proporciona, a Membros de Governos africanos, a primeira oportunidade de se reunirem após a realização, em Dacar, da 28a Sessão da Conferência dos Chefes de Estado e de Governo da OUA. Como sabeis, estes últimos aprovaram, de resto sob proposta Vossa, uma importantíssima declaração e um plano de acção consagrados exclusivamente à SIDA, elaborados durante a vossa conferência extraordinária convocada para Genebra por iniciativa da Nigéria, em simultâneo com a última Assembleia Mundial da OMS.

Regozijamo-nos pela oportunidade de saudar os nossos Ministros da Saúde, devotados homens (ou mulheres) de acção, de quem dependem em grande parte, hoje mais que nunca, os destinos da paz e da estabilidade social neste nosso continente devastado pela miséria, castigado por calamidades naturais ou provocadas pelo homem, seca, desertificação conflitos, que mais não fazem do que consumir os magros sucessos conseguidos nas décadas optimistas de 60 e de 70; isto no momento em que a maioria das doenças antigas ou recentes se manifestam a um ritmo e em grau preocupantes - cólera, meningite cerebral, malária - de tal modo que algumas as consideram endémicas em muitos dos nossos países.

A este propósito, e testemunhando a particular atenção que dedicamos às categorias sociais mais vulneráveis, convidamo-vos a participar de 25 a 27 de Novembro próximo, na Conferência Internacional para a Assistência à Criança Africana, convocada pela OUA com a colaboração da UNICEF.

Eis-vos, portanto, na primeira linha, enfrentando os desafios que se acumulam há quase dois decénios, nestas vésperas do ano 2000.

Tendo testemunhado, impotentes, o declínio do rendimento médio e do rendimento per capita para taxas que sondam, respectivamente, os 25% e os 2%, perguntamo-nos em que condições se encontrarão, nessa altura, a maior parte dos nossos Estados.

Perspectiva decerto preocupante, perante a qual o melhor recurso será uma abordagem colectiva, integrando uma cooperação activa como pedra angular de todas as acções viradas para o progresso e o desenvolvimento.

A OUA tem a convicção de que a OMS oferece o enquadramento ideal para o exercício dos esforços apropriados com vista aos objectivos pretendidos, alguns dos quais estão, pelo que nos toca, previstos no Tratado de Abuja, que instituiu a Comunidade Económica Africana.

Apraz-me desde já sublinhar que a colaboração da Sede Regional Africana da OMS nunca nos foi negada, desde que a OUA adoptou, por exemplo, a já célebre declaração da Saúde base do Desenvolvimento.

Lançámos o Fundo para a Saúde em Africa, na 27ª Sessão da Cimeira de Abuja, e aprovámos em 1991 a Declaração sobre a Crise da Saúde em Africa.

Outras meritórias disposições de cooperação provam largamente o apoio da Organização da Unidade Africana aos nobres objectivos dos Cuidados de Saúde da OMS, no Cenário de desenvolvimento Sanitário em três fases definido pela Sede Regional Africana da OMS, e à excelente Iniciativa de Bamako, visando melhorar o sistema de cuidados primários de saúde por meio de uma participação acrescida da comunidade.

Quer se trate da luta contra a pandemia da SIDA ou outros flagelos já mencionados, quer no que toca ao desenvolvimento do Fundo Especial para a Saúde, cabe-nos manifestar um empenhamento total na prossecução dos objectivos visados.

Compete-nos agora, e mais que nunca passar das declarações aos actos e garantir o seguimento mais conveniente às decisões tomadas pelas nossas delegações, ao participarem na deliberação das nossas instituições comuns (OUA, OMS, UNICEF etc.) Os instrumentos jurídicos e outras resoluções assim aprovadas constituem, com efeito, obrigações solenes às quais nos devemos conformar, apoiando-as e aplicando as suas directivas, enquanto normas e princípios políticos que alcançaram unanimidade.

Ora, Senhores Ministros, demasiado poucas pessoas singulares ou colectivas contribuíram, até hoje, para o Fundo Especial para a Saúde em Africa. E, para esclarecimento desta augusta Assembleia, vou mencionar apenas três dos 16 tratados ou convenções de que a OUA é signatária, a saber:

1. A Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos, aprovada pela 18ª Conferência dos Chefes de Estado e de Governo em Junho de 1981, em Nairobi;
2. A Carta Africana dos Direitos e do Bem-estar das Crianças, aprovada pela 26ª Cimeira dos Chefes de Estado e de Governo em Junho de 1990, em Adis-Abeba;
3. A Convenção de Bamako sobre a interdição de importar para Africa os resíduos tóxicos, o controlo dos seus movimentos transfronteiras e a sua gestão, por iniciativa da Conferência dos Ministros do Ambiente, reunidos em Bamako a 30-1-91.

Senhor Presidente,
Excelentíssimos Senhores Ministros

A Carta sobre os Direitos do Homem e dos Povos estipula nos seus Artigos 16 e 24 (cito):

1. toda a pessoa tem o direito de gozar do melhor estado de saúde física e mental que lhe seja possível atingir;
2. Todos os povos têm o direito a um ambiente global satisfatório, propício ao seu desenvolvimento;

E toda a problemática da nossa adesão à Carta sobre a Criança e à Convenção de Bamako sobre os Resíduos Tóxicos que aqui está explicitada. Assim, Senhoras e Senhores, o direito à saúde é um direito fundamental de que todos devem usufruir, em todas as etapas do crescimento e do desenvolvimento, sem distinção de idade, nível ou género de vida.

Ocorre-me no entanto comunicar, a título de informação, que se a Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos foi ratificada por 47 Estados-membros, há ainda quatro (4) que a não assinaram (todos os países em causa estão evidentemente representados aqui, nesta augusta Assembleia). A situação é pior no que respeita à Carta dos Direitos e do Bem-Estar da Criança, que apenas foi assinada por 17 países até ao presente, e ratificada por três (3), estando todos igualmente aqui representados. Tratando-se, enfim, da Convenção de Bamaco sobre os Resíduos Tóxicos, havendo 22 Estados-membros signatários, unicamente 2 (um deles aqui representado) procederam aqui à sua ratificação. Convenhamos que isto não deixa de ser preocupante para um continente tão agredido no seu ambiente físico como o nosso, e numa conjuntura tão influenciada pelos movimentos ecológicos e pela recente Conferência do Rio sobre Ambiente e Desenvolvimento, a "Cimeira da terra".

Senhor Presidente,

Ao submeter estes factos à atenção da vossa augusta Assembleia desejei manifestar a convicção de que as delegações participantes dos vossos trabalhos deviam ser informadas sobre eles. Desejamos, com efeito, apelar aos Excelentíssimos Ministros da Saúde, solicitando-lhes que usem todas as suas prerrogativas no sentido de levar os nossos Estados-membros a uma plena participação destes tratados ou convenções estreitamente relacionados com os cuidados de saúde, pelo menos na medida em que um processo de ratificação justificaria, por si, um pedido de créditos para cobrir as obrigações decorrentes destas convenções.

Anunciei, há pouco, que a OUA e o UNICEF, com a cooperação do Governo do Senegal, organizaram em Dacar, de 25 a 27 de Novembro de 1992, uma Conferência Internacional para a Assistência à Criança Africana. Não só esperamos encontrar lá representantes de todos os Estados-membros da OMS, como gostaríamos ainda de poder demonstrar aos doadores potenciais que, ao ratificarem a Carta sobre os Direitos e o Bem-estar da Criança, os Estados africanos justificam o auxílio esperado dos nossos parceiros, com vista à implementação dos planos nacionais de acção decorrentes de Declaração Mundial em Prol da Sobrevivência, Protecção e Desenvolvimento da Criança, aprovada em 1990 pela Cimeira Mundial da Infância.

Assim, a OUA apela à clarividência de Vossas Excelências que, enquanto Ministros da Saúde, deveriam logicamente figurar entre os principais beneficiários das conclusões da conferência prevista para Dacar, para que nos seja possível conseguir, com a máxima urgência, as ratificações necessárias e comprovativas do nosso empenhamento nas causas que hoje em dia mobilizam a atenção da comunidade internacional em relação à África.

Senhor Presidente
Senhores Ministros
Distintos delegados

A via que conduz ao bom estado de saúde para todos é ainda longa e o tempo urge, aproximando-nos inexoravelmente do limite que nós fixámos, o ano 2000. Posso assegurar-vos que, por seu lado, a OUA não poupará esforços para apoiar os Estados-membros na luta exigida por este objectivo.

A parceria da OMS, muito em especial da sua Sede Regional Africana, é-nos indispensável para conseguirmos progressos no campo do desenvolvimento da saúde neste continente. A OUA organiza-se, por isso, na sua Divisão "Saúde e Nutrição", para assim melhor responder às exigências técnicas e políticas da cooperação internacional e inter-africana, no domínio que ora nos preocupa.

Ponhamos em conjunto as nossas energias e demos provas de disponibilidade para construir uma Africa cuja herança faça as gerações futuras sentirem-se felizes e orgulhosas. Que juntos, animados de um entusiasmo generoso, possamos fazer da nossa palavra de ordem "SAUDE PARA TODOS NO ANO 2000" uma realidade tangível.

Senhor Presidente,

Para terminar, devo confessar que me sinto muito satisfeito e honrado por me encontrar aqui em Brazzaville, num momento em que decorrem para o Congo e para a Africa importantes acontecimentos de ordem política, susceptíveis de influenciar profundamente o progresso humano, económico e social dos nossos povos. Congratulo-me por aqui representar Sua Excelência, o Sr. Salim Ahmed Salim, Secretário-geral da nossa Organização da Unidade Africana, que gostaria muito de partilhar convosco as preocupações do "desenvolvimento com rosto humano" de que sois os principais promotores, mas cujos compromissos urgentes impediram de estar presente.

Gostaria, finalmente de reiterar todo o respeito e consideração que a OUA sente pela OMS, em geral, e pela OMS/AFRO, em particular, graças ao crédito que lhe tem dado o seu eminente Director e nosso irmão, o Prof. Monekosso, a quem aqui saudamos, salientando o nosso apreço pela contribuição francamente positiva da Sede Regional Africana da OMS, em favor do nosso continente e do bem estar dos seus habitantes.

Agradeço a vossa atenção.

ALOCUCAO DO SR. COLE P. DODGE,
DIRECTOR REGIONAL DO UNICEF
PARA A AFRICA ORIENTAL E AUSTRAL

Senhor Presidente

Exmos Senhores Ministros da Saúde

Senhor Director-Geral da OMS, Dr. Nakajima

Senhor Director Regional da OMS, Professor G.L. Monekosso

Caros Colegas

Minhas Senhoras e meus Senhores

E para mim uma grande honra que a minha primeira missao oficial como novo Director Regional do UNICEF para a Africa Oriental e Austral seja usar da palavra na Assembleia Anual dos Ministros Africanos da Saúde.

Reunioes anteriores produziram conceitos tao importantes como a Prestação de Serviços de Saúde baseados nos distritos e a Iniciativa de Bamaco; por isso, é grande a minha expectativa relativamente às vossas deliberações.

A minha antecessora, Dra. Mary Racelis, pediu-me que vos transmitisse as suas saudações. Durante os nove anos do seu mandato como Directora Regional, o UNICEF trabalhou de muito perto com os Estados-membros da OMS. E meu desejo que assim continue a ser, com a continuação da vossa colaboração.

Para mim, é um desejo regressar a Africa depois de ter passado metade da minha vida profissional no Uganda, no Sudao, na Etiópia, na Nigéria e na Somália. A outra metade passei-a na India e no Bangladesh.

O UNICEF e a OMS têm tido uma relação de trabalho complementar. Na recente 8a reuniao anual de Directores Regionais, realizada em Nairobi, em Julho, foram relatados alguns progressos realizados no campo da vacinação, na maioria dos Estados-membros. No entanto, é necessário prosseguir os esforços para manter as conquistas do PAV, de modo a se atingirem os objectivos da Assembleia Mundial da Saúde e da Cimeira Mundial das Crianças, que sao a erradicação das doenças e a redução da mortalidade.

Há a intenção de acrescentar novas vacinas às "seis mais" do PAV mas, por enquanto, essas vacinas sao caras. A reuniao do UNICEF com os Directores Regionais da OMS recomendou que os países procedam gradualmente à compra de vacinas mais baratas, como a BCG, a anatoxina tetânica e a da papeira, enquanto os doadores continuarao a fornecer as mais dispendiosas, assim como as novas vacinas.

A história do êxito da Vacinação Universal das crianças serve de inspiração para enfrentar as doenças diarreicas, as infecções respiratórias agudas e o paludismo. A redução da mortalidade materna e a melhoria do estado nutricional sao também possíveis através dos programas do PAV, desde que se mantenham elevados os níveis de cobertura. Mas as enormes melhorias necessárias em Africa exigem mais do que o PAV.

E necessário um esforço intenso e concertado para vencer as doenças das mulheres e das crianças.

A inexistência, em demasiados países, de um sistema de prestação de cuidados de saúde no sector público obriga as pessoas a pagar quantias incomportáveis para conseguirem esses cuidados. O principal objectivo da Iniciativa de Bamaco é revitalizar o sistema de prestação de cuidados de saúde no sector privado, com base no reforço da gestão a nível distrital, e aproveitar os gastos que as pessoas têm com a saúde, reutilizando-os em despesas recorrentes num sistema descentralizado.

Nós no UNICEF temos orgulho em ter estado ligados à primeira Cimeira Mundial das Nações Unidas para as crianças, realizada em Setembro de 1990, em Nova Iorque.

Esta cimeira culminou na Declaração Mundial para a sobrevivência, protecção e desenvolvimento das crianças. A Declaração da Cimeira Mundial e a Cimeira Mundial para os Objectivos das Crianças definiram objectivos originalmente estabelecidos pela Assembleia Mundial da Saúde e baseiam-se no princípio de um "Primeiro Apelo" para as Crianças, um princípio que realça as necessidades básicas das crianças, às quais deverá ser atribuída a máxima prioridade na atribuição das verbas nacionais, dada a sua predominância demográfica - afinal de contas as crianças constituem quase metade da população africana -. E no entanto não têm qualquer poder político nem económico.

A Iniciativa da Amamentação lançada pelo UNICEF e a OMS aconselha unicamente a amamentação nos primeiros seis meses de vida e desaconselha a alimentação por biberon e a distribuição livre de leite em pó artificial. Esta iniciativa de baixo custo e poupança de divisas deverá ser levada ao conhecimento de outros ministérios e organizações de mulheres, assim como do público em geral. Estão a ser desenvolvidos esforços significativos para o desenvolvimento dos Programas Nacionais de acção para a implementação dos objectivos para os anos 90. Este processo requer aprofundados estudos multisectoriais que estabeleçam as metas a alcançar em cada país. Deve também ser feito um estudo para se saber como os recursos necessários e os orçamentos podem ser reestruturados de modo a torná-los mais acessíveis e eficazes em função dos custos. Este processo deverá ajudar-vos a identificar outros recursos que possam ser proporcionados por doadores.

Como salientou no seu discurso, o Sr. Pascal Gayama, Secretário Geral Adjunto da OUA, a Conferência Internacional para Ajuda às Crianças Africanas oferece aos líderes africanos oportunidade única para discutirem em conjunto as acções e as necessidades prioritárias para a implementação dos Programas Nacionais de Luta contra a SIDA com o auxílio dos doadores.

A atenção mundial está cada vez mais centrada nas crianças - Lembramo-nos da Convenção dos Direitos das Crianças, aprovada pela Assembleia Geral em 1989 e ratificada por mais de cem países. A Convenção, juntamente com os Objectivos da Cimeira Mundial, quando aplicada por todas as nações, contribuirá muito para melhorar a sobrevivência e o desenvolvimento das crianças.

Sr. Presidente, Exmos Ministros, agrada-me verificar que a vossa agenda de trabalho contempla os principais problemas de saúde.

Uma preocupação renovada do UNICEF é a situação das mulheres, pois sabemos deviam ser promovidas, dando-lhes mais oportunidades de educação e deviam ser ajudadas a produzir mais alimentos para o consumo e venda, porque isso serve para melhorar a segurança da alimentação caseira e para promover a segurança económica das suas famílias. São necessárias mais medidas tendentes a promover a situação económica e o estado de saúde das próprias mulheres.

Relativamente às aparentemente eternas emergências, cheguei a Nairobi a 23 de Agosto e segui para Mogadicho a 24, regressando ao Quênia a 25. A situação de emergência é incrivelmente má. Vivi em Mogadicho em 1980 e conheço as naturais dificuldades desta nação predominantemente nómada. No entanto, nada, nem mesmo os noticiários da C.N.N. me tinha preparado para a devastação - a tragédia humana, as necessidades humanas desta emergência.

Temos de melhorar a nossa capacidade de resposta de modo a podermos enfrentar os problemas da seca, das inundações, das epidemias, da fome e da guerra. A O.U.A. e as Nações Unidas podem ser incitadas a resolver os conflitos nacionais e regionais, que provocam tanta angústia.

A situação dos refugiados em Africa nao é o problema de um ou dois países mas envolve todos os estados vizinhos, como a tragédia da Somália tao claramente demonstrada.

Para concluir, nao devemos desesperar, há razoes para optimismo no horizonte africano. Os esforços da O.U.A. e dos Estados-membros, as mudanças políticas verificadas em toda a Africa, principalmenmte na Africa do Sul, a nova abordagem do Financiamento da Saúde através da Iniciativa de Bamaco e do trabalho do Banco Mundial sobre o Melhoramento da Saúde em Africa; a Conferência Internacional sobre Saúde Comunitária em Africa a realizar-se em Brazzaville, que pela primeira vez centra a atencao nas comunidades para que estas melhorem a sua saúde, e a próxima Conferência Internacional da O.U.A. para Assistência às Crianças Africanas a realizar-se em Dacar, Senegal, em fins de Novembro, assim como as realizações do PAV, que juntos sao motivo de esperança.

A Iniciativa de Bamaco tem sido aclamada no vosso Comité Regional, pelos Ministros da Saúde, como uma estratégia eficaz para revitalizar e sustentar os Cuidados Primários de Saúde.

Os dados resultantes de inquéritos de rotina mostram que a utilização dos serviços, particularmente o cuidado pré-natal e a imunização tem aumentado e que os recursos gerados por instalações de saúde têm sido utilizados para a compra de medicamentos essenciais, para pagar materiais e para proporcionar incentivos aos trabalhadores. Em alguns projectos os medicamentos fornecidos por doadores diminuíram enquanto que a compra reembolsável de medicamentos tem aumentado.

A avaliação da Iniciativa de Bamaco em cinco países africanos realizada pela Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres confirmou o sucesso ... e acentuou cinco condições mínimas a serem satisfeitas pela Iniciativa de Bamaco:

1. Melhorar a qualidade,
2. aumentar o acesso,
3. financiamento comunitário,
4. maior participação e
5. maior alcance nacional para uma gestão melhorada a nível nacional e maior responsabilidade pelos serviços de saúde.

Os projectos da Iniciativa de Bamaco têm atraído o apoio de doadores inter-institucionais em muitos países e em decorrência destes resultados positivos, o princípio, estendendo-se para além da Africa, está a disseminar-se na Asia. Já em 1991, a UNICEF, em colaboração com outros doadores, estava a apoiar projectos em 18 países com um total de 20 milhões de pessoas. Algumas questões importantes ainda nao foram solucionadas, tais como chegar aos pobres, mobilizar a participação comunitária, facilitar a formulação de política para remédios essenciais e a descentralização.

Finalmente, nós todos herdamos dos nossos predecessores o que havia de bom e de mau - Eu herdei o programa de viagens de Mary Racelis devido ao qual devo deixar esta conferência antecipadamente, dado que o 17º Congresso Mundial de Reabilitação Internacional se realiza em Nairobi no dia 7 e requer a minha presença. Contudo, o meu colega da Africa Ocidental, Professor Stanislas Adotevi chegará mais tarde, ainda esta semana, para representar o UNICEF.

O UNICEF reafirma o seu compromisso de trabalhar com os governos africanos, a OMS, a OUA e outros parceiros em prol do melhoramento da saúde das mulheres e das crianças. A melhor maneira de o conseguir é mediante a implementação da Cimeira Mundial para as Crianças, da ONU, através dos vossos Programas Nacionais de Acção a favor da Criança, que serao apresentadas na Conferência de Dacar da OUA como próxima etapa na luta existente para chegar à Saúde para Todos até o ano 2000.

Muito obrigado.

ALOCUCAO DO SR. STANISLAS S. ADOTEVI
DIRECTOR REGIONAL DO UNICEF
PARA A AFRICA CENTRAL

Exmo Sr. Presidente
Senhoras e Senhores Ministros
Senhor Director Regional da OMS
Minhas Senhoras e meus Senhores

Permita-me, em primeiro lugar, Sr. Presidente, que me associe aos cumprimentos que lhe foram dirigidos pelos seus pares pela sua brilhante eleição para presidente desta 42ª sessão.

O Comité Regional da OMS é a altura própria para reforçar a colaboração entre a OMS e o UNICEF, uma colaboração necessária, vital e indispensável. Sei, Sr. Director Regional e caro amigo, a importância que atribui a essa colaboração. Em nome de todas as Delegações Regionais Africanas do UNICEF e em meu nome pessoal, renovo os agradecimentos da nossa Organização por todos os esforços que V.Exa. tem vindo a desenvolver para melhorar o bem-estar das mulheres e crianças deste continente.

O seu excelente relatório, Sr. Director Regional, fornece-nos os elementos mais necessários para a análise da situação comunitária da Região Africana. Esta situação é insuficiente em vários aspectos e confirma continuamente a necessidade de um reforço de colaboração entre todos os parceiros do desenvolvimento sócio-sanitário em Africa, tanto mais que, como de resto é referido em vários pontos do seu relatório, há luzes de esperança que provam que a Africa não é esse continente desesperado que pretendem os arautos do afropessimismo. Assim o confirmam os debates que se têm realizado na CISCA. As comunidades e os seus membros, apesar das dificuldades, das guerras, da falta de recursos e da fragilidade dos Estados, demonstram, resistindo a todo o tipo de sofrimentos, vogando contra ventos e marés e lutando contra tudo e todos, que o destino de Africa não é irremediável.

E óbvio, Sr. Presidente, que a OMS e o UNICEF não podem ficar inactivas perante estas forças que se projectam no futuro.

Senhor Presidente, Senhoras e Senhores ministros, permita-me relembrar aqui algumas das preocupações do UNICEF no domínio da saúde.

Refiro-me concretamente a três grandes problemas que são:

- as políticas e estratégias de saúde e nutrição para a Africa;
- a saúde e reprodução e a iniciativa dos hospitais para crianças;
- o reforço dos sistemas de saúde para a melhoria do bem-estar das nossas crianças e das nossas mulheres.

Por ocasião da Tradicional reunião dos Directores regionais da OMS e UNICEF para a Africa, realizada em Nairobi, nos dias 27 e 28 de Julho de 1992, para a qual havíamos convidado o Banco Mundial e o FNUAP, reconheceu-se que a Iniciativa de Bamaco é a estratégia principal para o desenvolvimento da Saúde comunitária em Africa. Esta iniciativa é, devemos recordá-la, uma iniciativa africana, decidida em Bamaco por ocasião da 37ª sessão do Comité Regional Africano da OMS. Permita-me, portanto, sr. Presidente, elogiar a coragem e os esforços de todos os diversos países da Região Africana que entraram na luta em prol da melhoria do seu sistema de saúde.

As experiências baseadas no reforço dos sistemas distritais de saúde e as iniciativas comunitárias de saúde, assim como os resultados de estudos recentes sobre as políticas e estratégias sanitárias africanas demonstraram, por um lado, que a racionalização dos serviços de saúde a nível de distrito, assim como a co-gestão e o co-financiamento pela comunidade desses serviços são realizáveis à escala nacional e podem assegurar, eficazmente, a qualidade dos serviços de saúde. Por outro lado, para garantir de maneira permanente um impacto sobre a saúde das mulheres e crianças do nosso continente, no contexto dos objectivos mundiais para a infância, estabelecidos durante a Cimeira Mundial e confirmados em tom patético durante a Conferência sobre o Meio Ambiente que se realizou no Rio e foram subseqüentemente considerados durante a Reunião dos Países Não-Alinhados, é necessário que esses objectivos venham a ser, diariamente, as das comunidades e, particularmente, os objectivos dos seus membros.

Nesse sentido, estratégias como a Iniciativa de Bamaco e do Desenvolvimento Sanitário em Três Fases, cujos elementos importantes reencontramos no documento intitulado "Em prol de uma melhor saúde em Africa", preparado pelo Banco Mundial, reflectem a convergência e a complementaridade dos meios para a consecução desses objectivos em Africa. Essas estratégias, frutos das experiências africanas durante os últimos dez anos, permitirão, estou seguro, a cada país africano, definir melhor a sua própria política de saúde e contar assim com um elemento mais eficaz de negociação para uma melhor cooperação com os seus parceiros.

Chegou o momento de fazer jus à UNICEF, à ideia lançada nesta sala pelo Banco Mundial de um "Think-Tank" sobre a saúde em Africa. Esta proposta, em minha opinião, representa uma oportunidade para as autoridades e peritos africanos em saúde desempenharem os seus papeis de geradores de ideias na luta pelo melhoramento da saúde em Africa.

Para tanto, a Conferência Internacional para Assistência às Crianças Africanas, convocada para Novembro próximo pela OUA em Dakar, constitui uma oportunidade, no quadro da execução dos planos nacionais de acção subseqüente à Cimeira, para acelerar a implementação dessas políticas e estratégias.

2. Quanto à saúde da reprodução, é necessário reconhecer o ónus cada vez mais elevado que as mulheres e as crianças da Africa suportam. A expansão da pandemia da SIDA é um doloroso exemplo.

No quadro das preocupações da nossa Organização, confirmamos aqui o empenhamento do UNICEF em contribuir para um melhoramento da saúde da reprodução, conforme as orientações do último Conselho Executivo.

Assim, os cuidados de vigilância pré-natal e de obstetrícia, o planeamento familiar, a prevenção da SIDA e o controlo das doenças sexualmente transmissíveis deverão ser integradas no quadro de um "pacote mínimo de cuidados essenciais por nível". Nós prevemos o reforço destas actividades, inicialmente nas estruturas sanitárias urbanas, utilizando como entrada as actividades do combate às doenças sexualmente transmissíveis e a promoção da iniciativa dos "HOSPITAIS AMIGOS DOS BEBES".

Esta última iniciativa, que os Directores-gerais da OMS e do UNICEF lançaram há dois anos, tem como finalidade promover a amamentação materna na nossa Região, como bem sabeis. Neste domínio, não posso deixar de enaltecer o apoio e o encorajamento caloroso prestados pelo meu amigo, o Prof. Monekosso.

No quadro da sobrevivência da criança e dadas as vantagens da amamentação materna, todos os recém-nascidos devem ser alimentados ao seio.

Todavia, a transmissao do HIV da mae ao filho, levanta algumas questoes nomeadamente:

- Como alimentar os recém-nascidos de maes sero-positivas?
- Como confirmar se os recém-nascidos de maes sero-positivas estao ou nao infectados?
- Como garantir que uma mae sero-negativa nao se torne sero-positiva durante a gravidez ou a amamentacao ?

Necessitamos ainda de muitos elementos sobre estes problemas, para podermos formular estratégias de luta de forma a reduzir a transmissao da SIDA às mulheres e crianças.

Para preservar as nossas crianças dos riscos inerentes aos sucedâneos do leite materno, desejaríamos, Senhoras e Senhores ministros, que fossem tomadas as medidas enérgicas necessárias ao controle da venda e utilização dos sucedâneos do leite materno.

Senhor Presidente, Senhoras e Senhores Ministros, caros amigos, gostaria agora de abordar a questao do reforço dos sistemas distritais de saúde, a fim de promover o bem-estar das crianças e das mulheres em Africa. Trata-se de um imperativo da cimeira mundial que os países se comprometeram a levar a cabo, com o apoio do UNICEF, da OMS e das outras agências.

Tal como decidido em Nairobi, a coordenação do apoio das nossas agências a essas actividades será mais eficaz, graças à constituição de um único técnico conjunto, capaz de fazer a ligação entre os problemas de cobertura em cuidados essenciais e o funcionamento dos sistemas sanitários.

Para este efeito a fim de reforçar o impacto deste grupo técnico conjunto sobre a evolução das actividades no terreno, o UNICEF pensou promover a criação de uma rede de pessoal de recurso que incluía quadros nacionais e o pessoal técnico das agências.

A OMS e o UNICEF poderiam promover missoes conjuntas, nos países interessados, destinadas a identificar, quer os obstáculos à utilização dos serviços essenciais por parte das comunidades, quer os meios para aumentar a eficiência dos sistemas distritais de saúde.

Nao haverá saúde para todos, enquanto cada familia nao puder tomar a seu cargo os seus próprios problemas de saúde e nutrição. A alfabetização e a informação bem como um maior poder económico e de decisao no seio da família, sao os meios mais apropriados de que as mulheres devem dispor, o mais urgentemente possível, de modo a poderem desempenhar o seu verdadeiro papel no seio da comunidade. Todas as organizações devem contribuir para este fim, responsabilizando o pessoal médico-sanitário pela motivação e informação às famílias e, sobretudo, às mulheres e, finalmente, apoiando o reforço dos laços intersectoriais, promovendo de esse modo, um desenvolvimento sócio-económico mais global e dando assim perspectivas de futuro e de esperança, às populações do nosso continente.

Nesse sentido, a CISCA revela tal riqueza em experiências comunitárias, que é necessário continuar a fazer a sua análise. O UNICEF compromete-se a apoiar o diálogo entre os governos, as comunidades e os parceiros tendo em conta os ensinamentos retirados desta conferência.

Senhor Presidente, Senhoras e Senhores Ministros, Senhor Director Regional da OMS, Minhas Senhoras e Meus Senhores, a colaboração entre a OMS e o UNICEF tem permitido à nossa Região realizar alguns feitos ou milagres no domínio da saúde. Estou a pensar, em particular, no Programa Alargado de Vacinação. Apesar da difícil situação que o nosso continente atravessa, nós devemos e podemos ir longe, preservando as nossas conquistas e fazendo mais esforços de rigor e de imaginação. O UNICEF, pela sua parte, estará sempre ao vosso lado, tanto tempo quanto o necessário, para garantir o bem-estar das mulheres e das crianças deste Continente.

Muito obrigado.

RELATORIO DO SUBCOMITE DO PROGRAMA

INTRODUCAO

1. O Subcomité do Programa reuniu-se em Brazzaville, entre 29 de Agosto e 1 de Setembro de 1992, sob a presidência do Dr. Owona Essomba (Camarões). O Dr. G.K. Bolla (Zâmbia) foi eleito Vice-presidente e o Dr. B. D. Ferreira (Angola) Relator. A lista dos participantes consta do Apêndice 1.
2. O Dr. G.L. Monekosso deu as boas vindas aos participantes e realçou as funções do Subcomité do Programa. Apelou para um debate franco e livre durante os trabalhos do Subcomité. Frisou que de acordo com a ordem do dia da reunião, o Subcomité devia analisar os principais desafios mundiais, isto é, a SIDA, as situações de emergência sanitária e catástrofes, o funcionamento dos cuidados de saúde e os problemas de população, bem como os problemas de saúde específicos de determinados países. Além disso, devia debruçar-se sobre o Nono Programa Geral de Trabalho para dar à Organização directivas destinadas a tirar partido das conquistas alcançadas durante o Oitavo Programa Geral de Trabalho. O Director Regional declarou que o subcomité devia apresentar um relatório ao Comité Regional sobre os pontos da ordem do dia, o qual ajudaria fortemente o Comité Regional nos seus trabalhos, especialmente no que se refere à sua análise do projecto de orçamento-programa. Finalmente, desejou aos participantes uma agradável estada em Brazzaville.
3. O Presidente do Subcomité agradeceu ao Director Regional e ao seu secretariado pelo excelente acolhimento de que os membros do subcomité tinham beneficiado à sua chegada.
4. O Programa de Trabalho do Subcomité foi aprovado por unanimidade (Apêndice 2).

PROJECTO DE ORCAMENTO PROGRAMA PARA 1994-1995
(documento AFR/RC42/2)

Apresentação

5. O Sr. D.E. Miller, Director do Programa de Apoio, apresentou o documento AFR/RC42/2, "Projecto de Orçamento/Programa para 1994-1995", em nome do Director Regional. O documento reflectia a ênfase dada às actividades a nível dos países. As análises dos programas continham referências claras às incidências orçamentais do projecto de orçamento-programa.
6. A dotação global regional mostrou um aumento de 13 por cento em relação ao orçamento aprovado para 1992-1993, elevando o orçamento ordinário para 1994-1995 a 154.160.000 dólares americanos. Este montante permaneceria provisório até ao momento em que as propostas do orçamento global da Organização fossem finalizadas.
7. O projecto de orçamento-programa fora preparado com base na taxa de câmbio de 296 francos CFA para 1 dólar americano, a mesma usada no orçamento aprovado para 1992-1993. Se a taxa do dólar baixasse por menos de 296 francos CFA, tal criaria dificuldades na execução dos programas. No entanto, a resolução WHO39.4 permitia à Sede Regional beneficiar do fundo de "receitas ocasionais" da OMS, que cobria parcialmente os efeitos negativos resultantes das flutuações das taxas de câmbio. Esperava-se que esse fundo de "receitas ocasionais" fosse aplicado igualmente ao orçamento para 1994-1995. A taxa de câmbio aplicada nas propostas relativas ao projecto de orçamento será avaliada e, se necessário, modificada na Sede Mundial antes da finalização do orçamento global da OMS.

8. O orçamento-programa teve em conta a necessidade de apoiar as diversas componentes da estratégia da Saúde para Todos no Ano 2000, bem como as actuais limitações orçamentais. Pelo quarto biénio consecutivo, a dotação global regional assentou numa taxa de crescimento zero em termos reais, o que limitou as possibilidades de novas actividades.
9. As dotações por país eram valores provisórios sujeitos a revisão, quando a Organização no seu todo finalizar o seu orçamento global.
10. Na coluna "Outras fontes" as verbas indicadas já estavam garantidas ou previstas no momento em que o documento fora preparado. É provável que outras verbas extra-orçamentais possam estar disponíveis próximo do início do biénio de 1994-1995.

Análise do programa regional

11. A apresentação do projecto de orçamento-programa para 1994-1995 realçou a prioridade dada à escolha das actividades pelos países, à natureza e grau do empenho da OMS e à avaliação dos recursos em relação com as metas e objectivos dos programas nacionais de saúde. As análises dos programas regionais foram efectuadas com base nos relatórios dos países.

Discussão

12. Procedeu-se a um exame crítico pormenorizado dos vários programas e foram dadas explicações ao Subcomité, sobre os aumentos ou diminuições entre as dotações para os programas do exercício de 1992-1993 e as de 1994-1995.
13. Durante o exame do documento de projecto de orçamento-programa, debateram-se os seguintes pontos:

Notas explicativas e introdução

14. O Subcomité perguntou se todas as verbas consagradas aos países haviam sido despendidas no biénio anterior e como se estavam a processar as despesas no biénio em curso (1992-1993), à luz da recente directiva dada aos Representantes para amputar os orçamentos consagrados aos países de 10 por cento.
15. Em resposta foi-lhe dito que as verbas consagradas aos países no biénio anterior haviam sido totalmente utilizadas e que as despesas estavam a ser acompanhadas de perto no biénio em curso. Tinha havido um "corte" de 10 por cento em todo o orçamento da OMS, devido ao facto dos 10% do orçamento que a URSS pagava habitualmente ainda não terem sido pagos, em virtude das mudanças políticas em curso nesse país. Em consequência, o "cash flow" tivera de ser gerido tendo em conta essa diminuição de 10 por cento, que afectou todas as Regiões.

Análise do orçamento por programas

16. O Subcomité do Programa fez comentários sobre os seguintes programas:

Programa do Director Regional para o Desenvolvimento - Programa 2.2

17. O financiamento do programa 2.2 - Fundo do Director Regional para o Desenvolvimento, foi considerado insuficiente para fazer face às situações de emergência, como a seca na Africa Austral. Até à data, somente montantes simbólicos tinham podido ser atribuídos aos países para fazer face a situações de emergência.

18. Embora notando que a OMS nao era uma agência de financiamento e que alguns países tinham criado uma linha orçamental no respectivo orçamento, o Subcomité recomendou que se encarasse a possibilidade de aumentar o Fundo de Desenvolvimento do Director Regional no presente ou no próximo orçamento (1996-1997), e que, paralelamente, um maior número de Estados-membros da OMS, inscrevesse uma linha orçamental especial no respectivo orçamento no decurso dos mesmos períodos.

Desenvolvimento de recursos humanos para a saúde - Programa 5

19. Foi manifestada preocupação pelos atrasos registados na disponibilização de verbas para as bolsas de estudo. Foi notado que havia necessidade de um planeamento e gestão oportunos das bolsas de estudo pelos países requerentes e pela Sede Regional, por forma a evitar o desperdício de verbas e justificar as despesas aos nossos auditores. No entanto, foi reconhecido que os Estados-membros haviam sido instados a continuar a apresentar os candidatos às bolsas de estudo com antecedência, a fim de permitir à Sede Regional tomar disposições para a respectiva colocação nas diferentes instituições, no momento oportuno.

Informação das populações e educação para a saúde - Programa 6

20. A importância do programa foi unanimamente reconhecida pelo Subcomité do Programa, que aprovou, sem reservas, as dotações orçamentais propostas. Além disso, o Subcomité sublinhou que a informação sanitária era uma componente importante de diversos outros programas de saúde.

Promoção e desenvolvimento da investigação incluindo a investigação sobre comportamentos saudáveis - Programa 7

21. O Subcomité do Programa notou a importância da investigação fundamental em saúde tal como reflectida no documento das discussões técnicas e a necessidade de reforçar o financiamento deste programa. Foi explicado que uma parte significativa das verbas orçamentais consagradas à investigação provinha de fontes externas, tal como no caso dos programas de investigação em doenças tropicais e de reprodução humana (dois programas mundiais). Um projecto conjunto de investigação sobre sistemas de saúde, que estava a ser executado na Sub-Região 3, também beneficiava de financiamento externo fornecido pelo governo alemão. Além disso, a estratégia regional de investigação consistia em promover a sua integração nos programas de saúde. Consequentemente, os programas de saúde deviam mobilizar verbas suplementares para a investigação no seu domínio específico. O Subcomité do programa sublinhou igualmente que a utilização dos resultados da investigação era tao importante quanto a realização da investigação e que, por conseguinte, tinha de ser promovida.

Protecção e promoção da saúde em geral - Programa 8

22. O Subcomité do Programa analisou se este programa devia ser combinado com o programa de informação das populações e educação para a saúde. Foi notado que o título "Protecção e promoção da Saúde" nao era suficientemente claro e que podia ser melhorado no Nono Programa Geral de Trabalho.

Nutrição - Programa 8.1

23. Foi sublinhado que a seca e fome em grande escala, que afectavam actualmente alguns Estados-membros, eram susceptíveis de causar o aumento de casos de malnutrição e que, por isso, deviam ser tidas em conta nas verbas afectadas ao programa de nutrição. Os efeitos dessa malnutrição tornar-se-ao visíveis em 1994-1995. Foi referido que estavam a ser mobilizadas verbas extra-orçamentais para apoiar as diversas actividades previstas na proposta do orçamento-programa.

Saúde oral - Programa 8.2

24. Foi sublinhado que as actividades de saúde oral tinham sido negligenciadas durante muito tempo na Região Africana e que os Estados-membros deviam dar-lhes uma certa prioridade. Foi manifestada preocupação pelo fraco montante da dotação orçamental, e declarou-se que era necessário mobilizar recursos suplementares para as actividades nesta área.

25. Actualmente, o programa regional de saúde oral presta assistência técnica aos Estados-membros, particularmente na elaboração de políticas e planos nacionais completos de saúde oral. Foi recordado que na quadragésima-primeira sessão do Comité Regional, em Setembro de 1991, o Director Regional havia apresentado um documento sobre a promoção da saúde oral na Região Africana. O Director Regional convidara os Estados-membros a consagrar verbas adequadas à saúde oral no âmbito dos seus programas de cooperação com a OMS.

Prevenção de acidentes - Programa 8.3

26. O Subcomité do Programa levantou a questão da prioridade a dar a este programa na Região. Em alguns países, o tema não fazia parte das atribuições do sector da saúde. No entanto, foi notado que os acidentes eram um importante problema de saúde pública, que consomem uma proporção significativa das verbas da saúde nos hospitais e centros de saúde.

Saúde materno-infantil, incluindo o planeamento familiar - Programa 9.1

27. O Subcomité fez notar que a saúde materno-infantil incluindo o planeamento familiar (SMI/PF), fora considerado um programa prioritário por todos os países. Consequentemente, a proposta de dotação orçamental para 1994-1995 foi aprovada.

Mulheres, Saúde e Desenvolvimento

28. O Subcomité notou o papel central que as mulheres desempenhavam em Africa, nas questões de saúde e nas áreas de desenvolvimento em geral, tendo recomendado fortemente a afectação de um orçamento ao programa "Mulheres, Saúde e Desenvolvimento", por forma a permitir que a Sede Regional apoiasse micro-projectos nos países, especificamente para o desenvolvimento das mulheres. O orçamento ordinário devia reflectir a grande preocupação manifestada por todas as agências de desenvolvimento, incluindo a Assembleia Mundial da Saúde.

29. Assim, o Subcomité do Programa recomendou:

- i) que os Estados-membros tirassem o maior proveito possível das verbas extra-orçamentais, obtidas para este programa através da Sede Regional;
- ii) que os países procedessem à revisão dos respectivos orçamentos, a fim de fazerem dotações apropriadas para este programa;
- iii) que o Secretariado incluísse, no Projecto do Orçamento-Programa para 1994-1995, um quadro orçamental relativo ao programa que indicasse as quantias provindas de fontes extra-orçamentais;
- iv) que se tivesse cabalmente em conta esta preocupação, na elaboração do Nono Programa Geral de Trabalho.

Saúde dos adolescentes - Programa 9.2

30. O Subcomité fez notar que só um país havia incluído dotações orçamentais para este programa e que, por conseguinte, os outros eram exortados a ter este programa em conta quando procedessem à revisão definitiva dos seus orçamentos.

Investigação em reprodução humana - Programa 9.3

31. O Subcomité do Programa notou que, embora este programa não tivesse dotação orçamental, os membros tinham plena consciência das actividades do Programa Especial da Organização (HRP), ao qual os países podiam recorrer para obter apoio tanto financeiro como técnico.

Saúde dos trabalhadores - Programa 9.4

32. Acordou-se em que o orçamento proposto reflectia bem o crescente interesse dos países por este campo.

Saúde das pessoas idosas - Programa 9.5

33. O Subcomité do Programa verificou que, até ao presente, só alguns países pareciam ter dedicado um interesse suficiente a este programa.

Protecção e promoção da saúde mental - Programa 10

34. As dotações propostas para os três sub-programas da saúde mental foram aprovadas sem alterações, embora o Subcomité do Programa considerasse que os Estados-membros ainda não dedicavam atenção bastante à saúde mental.

Abastecimento de água e saneamento - Programa 11.1

35. Foi elogiada a análise da situação deste programa, particularmente o quadro que mostrava a cobertura e metas regionais, justificando a necessidade de fundos substanciais para este programa.

36. Notou-se que houvera um decréscimo no orçamento para os países e um aumento no orçamento ordinário, devido a alguns países terem conseguido mobilizar fundos do Banco Mundial, do Banco Africano de Desenvolvimento (BAD) e doutros organismos de cooperação bilateral e multilateral para executar projectos de água e saneamento. O papel da OMS consistia em cooperar na preparação de documentos de projectos e prestar assistência técnica na fase inicial da elaboração dos projectos. Em consequência, o apoio financeiro solicitado à OMS registara uma redução nos países onde fora possível mobilizar fundos externos para a implementação de projectos. Consequentemente, alguns países acusaram progressos, outros retrocessos, e outros ainda introduziram o programa no seu orçamento ordinário pela primeira vez. Foi assinalado que havia um total de 33 países a colaborar com a OMS nesta área programática.

Saneamento do meio no ordenamento rural e urbano e na habitação - Programa 11.2

37. O Subcomité do Programa fez notar que o programa não estava suficientemente divulgado a nível dos países e convidou os Estados-membros a inteirar-se devidamente das actividades a promover neste sector, a nível nacional, e a fazer dotações orçamentais adequadas.

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

38. O Subcomité do Programa sublinhou a falta de meios, nos países, para a identificação de produtos potencialmente tóxicos. Em sua opinião, as actividades propostas neste programa eram relevantes e adequadas à situação na Região. Mas os fundos atribuídos no orçamento ordinário talvez não fossem adequados. O Secretariado explicou que a principal tarefa da Sede Regional era cooperar com os Estados-membros na análise dos problemas e na formulação de documentos de projecto, com vista à obtenção de recursos externos que financiassem realmente as acções nos Estados-membros.

Combate aos riscos para a saúde inerentes ao meio
ambiente - Programa 11.4

39. O Subcomité do Programa desejou saber se as actividades propostas a nível nacional seriam custeadas pelo orçamento ordinário. O Secretariado explicou que a Sede Regional estava a trabalhar em conjunto com outras agências (como o PNUD) e prosseguia nos seus esforços para angariar recursos externos destinados às actividades a realizar nos países. Em 1992, por exemplo, cerca de 100 000 dólares americanos tinham sido mobilizados para o estudo de fontes de poluição localizadas no solo, em alguns países.

Inocuidade dos produtos alimentares - Programa 11.5

40. O Subcomité do Programa verificou que, a despeito da importância do programa, alguns países não tinham conseguido destinar-lhe fundos do orçamento ordinário. Perguntou-se se existia a possibilidade de a Sede Regional mobilizar recursos externos. O Secretariado reafirmou que a Sede Regional trabalhava em estreita colaboração com a FAO, para promover e desenvolver actividades deste programa.

Medicamentos essenciais e vacinas - Programa 12.2

41. Os membros do Subcomité mostraram-se preocupados com a redução nas dotações orçamentais atribuídas a este programa pelos Estados-membros da Região, no momento em que se assistia a uma tendência para o aumento do custo dos medicamentos e vacinas.

Qualidade, Inocuidade e Eficácia
dos Medicamentos e Vacinas - Programa 12.3

42. A qualidade, inocuidade e eficácia dos medicamentos e vacinas foram encaradas pelos membros do Subcomité como uma preocupação importante. Procuraram saber se as previsões orçamentais apresentadas podiam cobrir as actividades previstas, nomeadamente a implementação de actividades de controlo de qualidade, nos países da Região.

43. O Subcomité foi informado de que haviam sido implantados quatro laboratórios sub-regionais de controlo de qualidade, com o apoio da Sede Regional. No entanto, estes ainda não eram suficientemente solicitados pelos países da sua esfera de influência por diversas razões, sobretudo de natureza logística. Ainda que se privilegiasse uma estratégia sub-regional, as dotações orçamentais seriam usadas para conceder apoio técnico aos países que desejassem criar os seus próprios laboratórios nacionais de controlo.

Medicina Tradicional - Programa 12.4

44. O Subcomité do Programa recomendou o aumento, no futuro, das dotações para este programa.

Reabilitação - Programa 12.5

45. O Subcomité do Programa sublinhou a importância deste programa para os países a braços com guerras de longa duração. Mostrou-se preocupado pelo facto de as necessidades suscitadas pelas actividades deste sector não estarem convenientemente reflectidas no orçamento referente aos países, daí resultando um montante orçamental baixo. O Secretariado garantiu que era ainda possível renegociar as dotações do programa nos orçamentos dos países, antes da aprovação do orçamento, no caso de alguns países considerarem necessário dar mais ênfase às actividades de reabilitação.

Prevenção e Controlo das Doenças - Programa 13

46. O Subcomité do programa sublinhou a importância do programa de prevenção e controlo das doenças, com ênfase especial na luta contra as doenças transmissíveis.

Vacinação - Programa 13.1

47. O Subcomité do Programa considerou este programa como uma das iniciativas mais notáveis dos últimos vinte anos, em matéria de saúde pública.

48. A análise deste programa pôs em evidência os resultados obtidos por um esforço conjunto dos Estados-membros, da OMS, do UNICEF e doutros financiadores, que lançaram e apoiaram as actividades do programa. Como fora já sublinhado na 41ª sessão do Comité Regional, o desafio actual consiste em manter os níveis obtidos e melhorá-los. Ora o Subcomité do programa constatou que, presentemente (1992), já alguns países acusavam um retrocesso em matéria de cobertura vacinal. O Subcomité manifestou o seu desejo de que os financiadores tradicionais do PAV não pudessem conceder aos países da Região o mesmo nível de apoio dos últimos vinte anos. Sublinhou que alguns países registavam já uma redução mais ou menos importante do apoio dos financiadores, tais como o UNICEF e o Rotary Internacional. Ao mesmo tempo, o custo das vacinas subia de modo alarmante.

49. Apesar desta situação, o quadro orçamental do programa apresentava uma diminuição da dotação financeira consagrada aos países.

50. Perante este problema, e reportando-se às discussões e directivas da 41ª sessão do Comité Regional, o Subcomité do Programa manifestou a sua preocupação. Recomendou que os Estados-membros analisassem o problema seriamente e que concedessem ao programa a máxima prioridade. Recomendou uma dotação orçamental apropriada tanto no âmbito do orçamento nacional como a título da afectação da OMS por país. Solicitou à Sede Regional que continuasse a mobilizar recursos extra-orçamentais para apoiar os esforços dos países. A OMS e o UNICEF deviam empreender uma acção rigorosa para auxiliar os países a garantir o seu aprovisionamento contínuo de vacinas, incluindo as novas vacinas cuja introdução no programa estava prevista.

Combate aos vectores de doenças - Programa 13.2

51. O Subcomité apercebeu-se da diminuição da dotação orçamental a nível dos países. Foi esclarecido que certas actividades de combate aos vectores estavam incluídas noutros programas, tais como o combate ao paludismo e o combate à tripanossomíase. Os outros países obtiveram recursos extra-orçamentais e transferiram a antiga dotação para outros programas. Foi recomendado ao Director Regional que procurasse mobilizar recursos extra-orçamentais para este programa.

Controlo das doenças parasitárias - Programa 13.4

52. Ao analisar este programa, o Subcomité mostrou a desproporção entre a dotação regional e a dotação por países, sendo a primeira de longe mais importante. Evocaram-se os mecanismos da repartição do envelope orçamental da OMS que ao nível mundial compete ao Director-Geral, e a nível da Região ao Director Regional. Além disso, a dotação regional incluía a contribuição da OMS para o Programa de Combate à Oncocercose (500 mil dólares americanos) e o esforço da Sede Regional no sentido da devolução das actividades deste programa aos países. Referiu-se que o Director Regional em colaboração com a Sede Mundial estavam a envidar esforços para mobilizar recursos extra-orçamentais, nomeadamente para a luta contra a tripanossomíase.

Infeções respiratórias agudas - Programa 13.7

53. O programa foi analisado pelo Subcomité do Programa o qual notou que as infeções respiratórias agudas eram a segunda causa de morbilidade e mortalidade logo após o paludismo. Consequentemente, o Subcomité manifestou as suas dúvidas acerca da suficiência da dotação prevista no orçamento ordinário. Em consequência, recomendou que se intensificassem os esforços no sentido de se angariarem verbas extra-orçamentais.

Lepra - Programa 13.9

54. O Subcomité manifestou preocupação pelo fraco montante das dotações consagradas pelos países a este programa, que sendo já pequeno ainda sofrera mais uma redução. Consequentemente, propôs que o orçamento consagrado a este programa fosse aumentado. O Subcomité sugeriu que a tuberculose e a lepra fossem integradas a nível dos países, por forma a que a tuberculose pudesse beneficiar do programa de controlo da lepra que beneficia de bom financiamento por parte de fontes extra-orçamentais, especialmente das ONG. No entanto, algumas ONG manifestaram relutância em aceitar a integração. Foi declarado que havia um crescente interesse pela tuberculose em todo o mundo e que estavam a ser mobilizadas verbas para os países. Além disso, os países estavam a celebrar acordos bilaterais para apoiar os seus programas de controlo da tuberculose. A Sede Regional havia recomendado a integração da tuberculose e da lepra o que muitos Estados membros já haviam feito.

Zoonoses - Programa 13.10

55. O Subcomité manifestou a sua preocupação pelo aumento da incidência da zoonoses em outras zoonoses e pelas dificuldades encontradas na organização da vigilância adequada dessas doenças. Observou que a dotação orçamental, tanto a nível regional como a nível dos países, era insuficiente para o desenvolvimento de programas mais eficazes. Recomendou que se procurassem mais verbas extra-orçamentais para o programa.

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) - Programa 13.11

56. O Subcomité do Programa analisou o orçamento proposto para o programa de combate às DST e fez notar que já não existia qualquer justificação para separar o Programa das Doenças Sexualmente Transmissíveis do Programa de Prevenção e Luta contra a SIDA, tal como aparecem no documento do Projecto de Orçamento-Programa, dadas as suas semelhanças nos modos de transmissão e métodos de intervenção. O Subcomité foi informado de que o Director Regional tomara medidas para integrar os dois programas, na Sede Regional, e que transferira o coordenador das actividades de DST para o Programa de Luta contra a SIDA. A separação dos dois programas obedece ao formato aprovado no Oitavo Programa Geral de Trabalho.

57. O Subcomité do Programa recomendou que as doenças sexualmente transmissíveis fossem integradas no programa de luta contra a SIDA, a partir do biénio de 1994-1995 e no 9o PGT, por forma a reflectir convenientemente a situação reinante nos Estados-membros nas actividades e orçamento.

Prevenção e luta contra a SIDA - Programa 13.13

58. O Subcomité do Programa verificou, com satisfação, que 87% do orçamento proposto para a SIDA fora afectado às actividades dos países. O Subcomité foi informado de que a Sede Regional estava a exortar os países que ainda não tinham integrado os seus programas de DST e SIDA, no sentido de assim procederem.

59. O Subcomité do Programa exprimiu a sua satisfação pelo apoio da comunidade de doadores aos Estados-membros, para a prevenção e luta contra a SIDA, e recomendou ao Comité Regional:

- i) que solicitasse ao Director Regional que prosseguisse os seus esforços na mobilização de verbas extra-orçamentais para a prevenção e luta contra a SIDA;
- ii) que desse instruções no sentido de ambos os programas serem apresentado sob um título conjunto, em futuros orçamentos.
- iii) que juntasse os dois programas num só, no 9o Programa Geral de Trabalho.

Cegueira e surdez - Programa 13.15

60. O Subcomité notou que nenhum país tinha proposto uma dotação orçamental para este programa e que, devido ao facto destas doenças serem problemas "silenciosos", não tinham recebido até à data a devida importância. O Subcomité do Programa exortou a Sede Regional Africana a procurar verbas extra-orçamentais para apoiar as actividades deste programa. O Secretariado informou o Subcomité de que a Sede Regional estava disposta a apoiar os países a efectuar análises da situação inerente a estas doenças e elaborar programas nacionais apropriados de controlo. Foi levantada a questão sobre as razões que haviam motivado a associação da cegueira e surdez num único programa, a que o Secretariado respondeu que os títulos dos programas estavam em conformidade com os títulos aprovados pelos Estados-membros para o Oitavo Programa Geral de Trabalho.

Doenças cardiovasculares - Programa 13.17

61. Reconhecendo a importância das doenças cardiovasculares na Região, em particular a hipertensão arterial, o Subcomité do Programa recomendou uma mobilização mais activa de verbas para financiar as actividades deste programa.

62. Com os comentários que precedem, o Subcomité do Programa decidiu recomendar ao Comité Regional que aprovasse o projecto de resolução sobre o Projecto de Orçamento-Programa para 1994-1995.

Critérios de determinação dos orçamentos para os países

63. O Subcomité tomou nota de um documento de revisao dos critérios usados para repartir a dotação orçamental entre os países. O documento fora preparado de acordo com a resolução AFR/RC40/R13 e era o resultado de uma reuniao de peritos convocada para ajudar a fazer a revisao dos critérios existentes. De acordo com a resolução, o Director Regional está a recolher informações nos países para testar as propostas antes de tomar decisoes sobre o uso dos critérios no orçamento-programa para 1996-1997.

RELATORIO DA COMISSAO CONSULTIVA AFRICANA PARA
O DESENVOLVIMENTO SANITARIO (CCADS) APRESENTADO
PELO SECRETARIADO (documento AFR/RC42/11)

64. A 12ª sessao da CCADS teve lugar em Brazzaville, entre 13 e 16 de Julho de 1992, sob a presidência do Prof. Nkrumah. Abordou os seguintes pontos:

- i) Investigação fundamental em saúde
- ii) Nono Programa Geral de Trabalho
- iii) Reorientação e Reestruturação dos Hospitais Distritais
- iv) Quadro Proposto para a Política de Saúde Africana
(Sede Regional Africana da OMS - Banco Mundial).

65. Ao analisar a investigação fundamental em saúde, a CCADS considerou que:

- i) A investigação era um método sistemático para obter novos conhecimentos.
- ii) A investigação fundamental em saúde estava orientada para a implementação dos programas de saúde.
- iii) A investigação fundamental em saúde era realizada no âmbito da investigação clínica, biomédica e outros campos de investigação adaptados às necessidades de cada país.
- iv) A implementação da investigação exigia uma comissao multissectorial, a todos os níveis, bem como formação do pessoal e recursos.
- v) Esta investigação era multidisciplinar e recorria à sociologia, psicologia e antropologia.
- vi) A investigação a efectuar devia ser acessível, relevante e generalizável.
- vii) A investigação devia ser uma actividade inter-ministerial e um mínimo de 5% do orçamento para a saúde devia ser afectado à investigação.
- viii) A OMS devia esforçar-se por criar fundos para a investigação fundamental em saúde.

66. Ao analisar o Nono Programa Geral de Trabalho, a CCADS considerou:

- i) que as nações africanas não tinham participado na elaboração do documento;

- ii) a importância da formação, gestão e investigação;
- iii) a necessidade de incluir a SIDA, o financiamento dos cuidados de saúde, a preparação para as situações de emergência, as ameaças ambientais e o crescimento da população;
- iv) a importância de transferir tecnologia e de reforçar a infra-estrutura sanitária;
- v) os desafios inerentes aos sistemas de informação, ao desenvolvimento de um todo incluindo a infra-estrutura, a formação e os recursos, e à criação de sistemas adequados de acompanhamento, supervisão e avaliação do Programa Geral de Trabalho.

67. Analisando a reorientação e reestruturação dos hospitais distritais, a CCADS considerou:

- i) a importância de participação dos hospitais distritais nas intervenções da comunidade;
- ii) a importância de uma distribuição equitativa dos recursos e da criação de financiamento para os cuidados de saúde;
- iii) a importância das comissões de gestão.

68. Analisando o Quadro Proposto para a Política de Saúde Africana, a CCADS exprimiu:

- i) a sua preocupação face à elaboração de mais um documento sobre política de saúde na Região;
- ii) a importância de bem entender como o Banco Mundial pretende trabalhar com a Sede Regional Africana da OMS;
- iii) a sua preocupação por que os Estados-membros não venham a ser indevidamente pressionados no sentido de alterarem as políticas da saúde;
- iv) as alterações positivas do documento, no sentido de uma orientação para a comunidade, desde a sua apresentação inicial em 1990;
- v) a sua recomendação ao Banco Mundial no sentido de pôr o documento em consonância com o Cenário Africano de Desenvolvimento em três fases;
- vi) a sua recomendação de que cada país devia alcançar um equilíbrio correcto entre os serviços de saúde dos sectores público e privado.

69. Após esta apresentação, o relatório foi aprovado por unanimidade pelo Subcomité do Programa.

RELATORIO DE AVALIACAO FINAL DA DECADA INTERNACIONAL DO
ABASTECIMENTO DE AGUA POTAVEL E DO SANEAMENTO (DIAAPS)
NA REGIAO AFRICANA (documento AFR/RC42/12)

70. O Secretariado apresentou o documento AFR/RC42/12.

71. Após a apresentação do documento, o Subcomité analisou o relatório parágrafo a parágrafo, e aprovou-o com as seguintes observações:

- i) A primeira observação sobre este programa foi a da inadequada participação das comunidades no financiamento e perenidade dos sistemas. Deviam intensificar-se os esforços no sentido de assegurar o financiamento comunitário dos serviços de abastecimento de água e saneamento nas zonas rurais,

atendendo às substanciais verbas solicitadas aos governos e doadores para alcançar as metas. Eram necessários novos domínios de acção para tornar operacional a participação da comunidade, a fim de alargar a cobertura nos anos 90.

- ii) Na página 6, parágrafo 17, última frase "O Gana e a Nigéria...", acordou-se em que era necessário aditar os Camarões que haviam fixado a erradicação da dracunculose para 1993 e cujo programa estava a progredir satisfatoriamente no sentido da consecução dessa meta.

72. O projecto de resolução foi aprovado com as seguintes emendas:

- i) parágrafo 1 das disposições práticas, devia-se felicitar o Director Regional na versão francesa;
- ii) parágrafo 5 (iii) das disposições práticas, era necessário rever a tradução do texto francês a fim de reflectir adequadamente a parte relativa à participação eficaz da comunidade no financiamento e gestão do abastecimento de água e saneamento.

PROGRAMA REGIONAL DE CONTROLO DO PALUDISMO : PROGRESSOS REALIZADOS
E PERSPECTIVAS PARA OS ANOS 90 (RELATORIO DA CONFERENCIA INTER-REGIONAL
SOBRE O CONTROLO DO PALUDISMO EM AFRICA, OUTUBRO DE 1991) (AFR/RC42/13)

73. O Secretariado apresentou o documento AFR/RC42/13.

74. Foi notado que o paludismo era apenas um dos muitos factores que contribuíam para o baixo peso à nascença e foram levantadas dúvidas sobre se o controlo do paludismo podia ser encarado como um meio de atingir o objectivo de redução do baixo peso à nascença.

75. Mencionou-se também que a resistência do parasita à cloroquina, a relação custo-eficácia e os riscos da quimioprofilaxia constituíam motivos para não fazer do controlo do paludismo uma estratégia importante da redução do baixo peso à nascença.

76. Foi no entanto realçado que o paludismo era um dos factores mais importantes que contribuíam para o baixo peso à nascença e que, por isso, o objectivo de reduzir esse baixo peso havia sido fixado pela Conferência de Brazzaville sobre o paludismo (1991) como um objectivo específico do combate ao paludismo. A quimioprofilaxia do paludismo foi considerada pela OMS como um meio eficaz de alcançar esse objectivo.

77. Propôs-se que o objectivo de redução de baixo peso à nascença substitísse o da redução da incidência do paludismo nas mulheres grávidas. Após discussão, obteve-se consenso sobre a adopção do seguinte objectivo: contribuir para a redução da incidência do baixo peso à nascença.

78. A resolução foi aprovada sem qualquer alteração.

PROGRAMA REGIONAL DE CONTROLO DA TUBERCULOSE E DA LEPROSA:
PROGRESSOS REALIZADOS E PERSPECTIVAS PARA OS ANOS 90
(documento AFR/RC42/19)

79. Após apresentação do documento pelo Secretariado, o Subcomité do Programa pediu que as metas propostas para 1995 fossem precedidas de uma avaliação da presente situação do programa antes de serem fixadas. Foi notado que alguns dos dados encontravam-se no documento sobre a tuberculose.

80. O Subcomité do Programa levantou a questão sobre até quando é que os Estados-membros iam continuar a depender dos doadores para comprar medicamentos tuberculostáticos. Recomendou que a Sede Regional continuasse a procurar verbas para os medicamentos tuberculostáticos para apoiar os Estados-membros. O Director Regional envidará esforços para intensificar a mobilização de verbas extra-orçamentais e mecanismos de recuperação dos custos para ajudar os países a fazer face a algumas das suas necessidades de medicamentos e desempenhará igualmente um papel catalítico na promoção de acordos bilaterais entre Estados-membros e doadores.

81. O Subcomité do Programa notou que a avaliação dependia da recolha de informação fiável. Consequentemente, foi recomendado que se elaborassem fichas sobre a vigilância integrada, que fossem simples e fáceis de preencher, para uso nos países.

PROGRAMA ALARGADO DE VACINACAO (PAV) : PROGRESSOS REALIZADOS NA
IMPLEMENTACAO DAS ESTRATEGIAS REGIONAIS DE ELIMINACAO DO
TETANO NEONATAL E DE ERRADICACAO DA POLIOMIELITE
(documento AFR/RC42/15)

82. O Subcomité do Programa analisou o relatório do Director Regional sobre as estratégias de eliminação do tétano neonatal e de erradicação da poliomielite. Manifestou preocupação pelo futuro do PAV, no que se refere ao aumento dos preços das vacinas e à consequente necessidade dos países afectarem verbas nos orçamentos nacionais para a compra de vacinas.

83. O Subcomité sublinhou que, na realidade, a situação económica da maioria dos países estava a piorar no momento em que aumentava a necessidade de pagar as vacinas. Recentemente, observou-se uma redução dos recursos das organizações internacionais para apoiar este programa. Em consequência, o Subcomité notou que os Estados-membros deviam dar a prioridade mais elevada aos programas alargados de vacinação (PAV) e, ao mesmo tempo, reflectirem essa elevada prioridade nos orçamentos nacionais. Foi igualmente recomendado que a OMS intensificasse os seus esforços no sentido de mobilizar verbas e negociar com os fabricantes de vacinas, com vista a obter preços acessíveis para os Estados-membros.

84. O Subcomité do Programa decidiu recomendar ao Comité Regional que adoptasse os dois projectos de resolução sobre o PAV, com emendas.

LUTA CONTRA A ONCOCERCOSE NA REGIAO AFRICANA : PROGRESSOS REALIZADOS
(Documento AFR/RC42/16)

85. Analisando este documento, o Subcomité manifestou preocupação pela distribuição gratuita de Ivermectina, que se bem que fosse em si uma boa coisa para os países, devia ser rigorosamente controlada, por forma a que os países não se vissem de um momento para outro confrontados com uma factura que não

estivessem preparados para pagar, particularmente devido à crise económica geral. A mesma preocupação foi manifestada pela devolução das actividades do programa de combate à oncocercose (PCO). O Subcomité considerou que essas actividades deviam ser realizadas pelos países, em função das suas prioridades e recursos nacionais. Realçou igualmente que a devolução devia ser integrada no sistema nacional de cuidados primários de saúde.

86. Os Estados-membros estão preocupados com o facto do vector poder regressar dos países vizinhos que ainda não controlaram a doença. O Subcomité convidou a comunidade internacional a estreitar a cooperação no combate a esta doença e a incentivar o diálogo entre Estados-membros.

**PROGRAMA REGIONAL DE CONTROLO DAS DOENCAS DIARREICAS:
PROGRESSOS REALIZADOS (Documento AFR/RC42/17)**

87. A primeira observação sobre este programa reportou-se à necessidade da Sede Regional reforçar a integração dos planos de preparação para a promoção e controlo da cólera no plano de acção existente do programa de controlo das doenças diarreicas (CDD) e fornecer orientação técnica (de carácter multissectorial e multidisciplinar) durante a ocorrência de surtos epidémicos de cólera. Foi realçado que a abordagem multissectorial do controlo das doenças diarreicas era a abordagem mais rentável. Essa colaboração entre sectores a nível dos países devia incluir os ministérios, como, por exemplo, os encarregados dos recursos hídricos e do desenvolvimento comunitário, para a prevenção e controlo da cólera.

88. A preocupação pelo grande número de supervisores formados em relação ao pessoal encarregado do tratamento dos casos foi explicada, tendo-se citado a situação prevalecente na Região onde há mais pessoal formado em tratamento de casos. A grande necessidade de boa supervisão foi assim justificada. Foi notado que haviam sido efectuadas avaliações do programa em diversos países, mas que a informação sobre os resultados desses exercícios ainda não tinha sido divulgada. Foi explicado que as avaliações levadas a cabo para o programa de CDD incluíam vários tipos, como os inquéritos aos lares ou às unidades sanitárias, o que exigia a avaliação em diversos países. Acordou-se em que era necessário intensificar os esforços no sentido de utilizar os resultados das avaliações para melhorar as operações do programa.

89. O projecto de resolução foi analisado e aprovado com emendas.

**PREPARACAO E RESPOSTA AS SITUACOES DE EMERGENCIA:
PROGRESSOS REALIZADOS (Documento AFR/RC42/18)**

90. O Secretariado apresentou o documento e fez notar a posição crucial da OMS na preparação para as situações de emergência. Declarou que era necessário mobilizar verbas extra-orçamentais para esta actividade.

91. O Subcomité do Programa reconheceu a importância deste programa e aprovou o relatório.

MEDICINA TRADICIONAL: PROGRESSOS REALIZADOS

92. O Secretariado apresentou o documento AFR/RC42/19, "Medicina Tradicional: Progressos realizados". Após ter notado a insuficiência da dotação orçamental proposta, o Subcomité do Programa exprimiu a sua preocupação face a duas questões fundamentais : as dificuldades experimentadas no estabelecimento de colaboração entre os praticantes dos dois sistemas de medicina e a utilização da farmacopeia africana pelos países da Região.

93. O Subcomité foi de opiniao que era necessário mobilizar verbas extra-orçamentais para essa actividade. Além disso, foi assinalado que a Sede Regional preparara um quadro para a sobredita colaboração, com a participação de um grupo de peritos de carácter multidisciplinar da Regiao Africana que incluía delegados dos terapeutas tradicionais, a fim de resolver as dificuldades observadas. A applicação desse quadro de colaboração dera resultados satisfatórias em diversos países.

94. Foi ainda lembrado que os dois volumes da Farmacopiea Africana, preparados por peritos da Regiao, haviam sido publicados e encontravam-se disponíveis em Francês, Inglês e Arabe :

- "monographs on medicinal substances" (Vol.1)
- "methods of analysis" (Vol.2)

O Subcomité aprovou o documento com emendas e submeteu-o à aprovação do Comité Regional.

NONO PROGRAMA GERAL DE TRABALHO (9o PGT) (Documento AFR/RC42/20)

95. O Presidente do Subcomité do Programa recordou aos membros que o Nono Programa Geral de Trabalho (9o PGT) era o terceiro e último da série de programas gerais de trabalho da OMS elaborados na sequéncia da aprovação da estratégia mundial pela Assembleia Mundial da Saúde, em 1981 (resolução WHO 35.23).

96. O Dr. Almeida, Administrador do Programa de Apoio ao Desenvolvimento dos Sistemas Nacionais de Saúde, apresentou o documento em nome do Director Regional. Na sua introdução, realçou que o documento tinha em conta a situação económica mundial, no contexto das mutações sócio-económicas e ambientais em curso.

97. O Director Regional realçou que, atendendo à importância dada ao 9o PGT, a Sede Regional efectuara uma análise aprofundada do documento no contexto de algumas mutações mundiais e solicitara ao Subcomité do Programa que lhe permitisse apresentar-lhe essa análise.

98. O Dr. Lambo, do Serviço de Saúde para Todos (HFA), procedeu então à apresentação da sobredita análise, em nome do Director Regional. Enumerou as seguintes principais mutações mundiais como sendo as que afectaram a implementação das estratégias da Saúde para Todos: as mutações económicas, sociais e políticas (que estão inter-relacionadas); a pandemia da SIDA; as situações de emergência sanitária e as catástrofes; as crescentes ameaças ambientais; os crescentes problemas de população; os estilos de vida doentes. Declarou que as mutações mundiais suscitaram desafios que a OMS tinha de enfrentar, a saber: reforçar a presença da Organização a nível dos países e, igualmente, reforçar/promover as relações entre os três níveis da OMS; promover e manter o papel de liderança da Organização na área da saúde, graças a uma política de recrutamento inovadora e flexível; adoptar uma "postura agressiva" em relação à prevenção e luta contra a SIDA; reforçar a colaboração entre os órgãos directivos da OMS, e com as organizações das Nações Unidas e os doadores; promover e estreitar as relações com os bancos vocacionados para o desenvolvimento; reforçar a participação nos programas relativos à gestão do ambiente, aos problemas de população e aos problemas de estilos de vida/comportamento; adoptar uma nova postura na elaboração dos programas gerais de trabalho da OMS, com particular incidência na estratégia "da base para o topo".

99. Finalmente, apresentou um quadro que podia ser usado para adaptar os sistemas nacionais de saúde (a todos os níveis) bem como um quadro para melhorar a resposta da OMS (a todos os níveis) às mutações mundiais.

100. O Director Regional recomendou que devia ser feita uma análise aprofundada da proposta de classificação dos programas, a fim de assegurar que a estratégia da OMS estava em consonância com os programas dos países, bem como com os programas das outras organizações e bancos vocacionados para o desenvolvimento.

Discussão

101. O Presidente convidou em seguida os membros do Subcomité a analisar o documento, tendo presente as duas apresentações e as observações do Director Regional.

102. O Subcomité do Programa analisou então o documento página à página. As principais observações e preocupações gerais foram as seguintes :

- a) No que se refere ao ponto 1.1 (um mundo em mutação), página 2, foi sublinhado que havia necessidade de acrescentar que o fim da "guerra fria" devia permitir agora uma relação frutuosa Norte-Sul.
- b) No que toca ao ponto 2.1 (Objectivos e metas), página 7, foi assinalado que :
 - i) o passo "a taxa de mortalidade dos menores de cinco anos de idade não deverá exceder 70 por cem nados-vivos", devia ler-se "...não deverá exceder 70 por mil nados-vivos" (observação válida apenas para os textos em inglês e francês);
 - ii) a meta para as mortalidades infantil, dos menores de cinco anos e materna teriam mais significado se fossem vistas como uma "meta que se deseja veementemente".
- c) No que toca ao ponto 2.2.3 (Garantia de acesso equitativo aos serviços de saúde), página 11, foi dito que não fora dada ênfase suficiente ao problema do financiamento dos cuidados de saúde e que as seguintes alíneas (i e ii) deviam ser aditadas para ter em conta esta preocupação:
 - i) Na página 12, no parágrafo "Dar-se-á prioridade ao seguinte:", aditar como última alínea o seguinte:
 - garantir verbas suficientes de modo duradouro para financiar cuidados de saúde de qualidade.
 - ii) Na página 12, no parágrafo "Em colaboração com os países, a OMS:", aditar como alínea v) o seguinte:
 - apoiará iniciativas destinadas a celebrar acordos financeiros viáveis, equitativos e sustentáveis que envolvam os indivíduos, as comunidades, os empregadores, o governo e os parceiros externos do desenvolvimento.
- d) No ponto 3.3 (Critérios para a escolha dos domínios de acção da OMS), foi dito que estes deviam incluir as percepções que as populações têm da saúde e dos problemas prioritários conexos.

- e) Foi dito que era necessário dar ênfase particular ao papel fundamental das mulheres no desenvolvimento e, igualmente, à questão de assegurar a continuidade da formação dos profissionais de saúde após determinados projectos terem terminado.
- f) No que se refere ao projecto de classificação dos programas do 9º PGT, foi sugerido que a seguinte classificação seria melhor:
1. Direcção, Coordenação e Gestão
 - 1.1 Órgãos Directivos
 - 1.2 Elaboração e administração do conjunto dos programas
 2. Políticas de Saúde para Todos
 - 2.1 Políticas mundiais de saúde
 - 2.2 Saúde e desenvolvimento sócio-económico
 - 2.3 Supervisão e avaliação da implementação das políticas
 3. Desenvolvimento dos sistemas de saúde
 - 3.1 Organização e gestão dos sistemas de saúde
 - 3.2 Análise da situação sanitária e das suas tendências
 - 3.3 Recursos humanos para a saúde
 - 3.4 Tecnologia de cuidados de saúde
 4. Promoção e Protecção da Saúde
 - 4.1 Saúde individual
 - 4.2 Saúde familiar e comunitária
 - 4.3 Ambiente e saúde
 5. Prevenção e controlo da doença e da incapacidade
 - 5.1 Doenças transmissíveis
 - 5.2 Doenças não-transmissíveis
 - 5.3 Prevenção e controlo da incapacidade
 6. Combate aos principais obstáculos à Saúde para Todos
 - 6.1 Prevenção e luta contra a SIDA e as doenças sexualmente transmissíveis (DST)
 - 6.2 Financiamento de cuidados de saúde de qualidade
 - 6.3 Preparação e resposta às situações de emergência
 7. Investigação fundamental para apoiar a saúde
 - 7.1 Investigação sobre sistemas de saúde
 - 7.2 Investigação em reprodução humana
 - 7.3 Investigação em doenças tropicais
 8. Apoio informativo à saúde
 - 8.1 IEC- Informação, Educação e Comunicação
 - 8.2 HBI- Bibliografia e informação sanitária
 - 8.3 ISS- Serviços de apoio informático

- 9. Apoio administrativo à saúde
 - 9.1 Pessoal
 - 9.2 Administração e serviços gerais
 - 9.3 Orçamento e finanças
 - 9.4 Material e equipamento.

- g) Para além desta classificação dos programas, os membros do Subcomité foram de opinião que "Mulheres, Saúde e Desenvolvimento", "Saúde Oral", "Saúde Mental" e "Aspectos Jurídicos da Saúde" eram suficientemente importantes para ser incluídos como subprogramas dos programas pertinentes da classificação supramencionada.

APENDICE 1

LISTA DOS PARTICIPANTES

ARGELIA

Dr. Chakou Abdesselam
Directeur de la Prévention
Ministère de la Santé et de la Population
Alger

ANGOLA

Dr. Braz Dias Ferreira
Director Nacional de Saúde Pública
Ministério da Saúde, Luanda

BENIM

Dr. Dossou Georgette
Directrice adjointe du Cabinet
Ministère de la Santé
B.P. 882, Cotonou

BOTSUANA

Dr. John K.M. Mulwa
Director of Health Services
P/Bag 0038, Gaborone

BURKINA FASO

Dr. Tapsoba Léonard
Directeur des Etudes et de la Planification
Ministère de la Santé
01 B.P. 7009, Ouagadougou

BURUNDI

Dr. Nshimirimana Déogratias
Inspecteur de la Santé
Ministère de la Santé
B.P. 1820, Bujumbura

CABO VERDE *

* = Nao pôde participar

Apêndice 1

REPUBLICA CENTRAFRICANA

Dr. Eugène Kpizingui
Directeur des Etudes, Planification et Statistiques
B.P. 883, Bangui

CHADE

Dr. Hassan Mahamat Hassan
Directeur général - Ministère de la Santé Publique
et des Affaires Sociales.
B.P. 440, N'Djamena

TANZANIA

Dr. Romanus N.S. Mkerenga
Principal Medical Officer (Epidemiology/
Communicable Disease Control)
Ministry of Health,
P.O. Box 9083 - Dar-es-Salaam

ZAMBIA

Dr. Golden Kanjoli Bolla
Deputy Director of Medical Services
Ministry of Health
P.O. Box 30205, Lusaka

ZIMBABWE

Dr. R.R. Chatora
Secretary for Health and Child Welfare
P.O. Box 8204, Causeway, Harare

Apêndice 1

SECRETARIADO

Dr. G.L. Monekosso
Director Regional

Dr. D. Barakamfitye
Director, Gestao do Programa (Interino)

Dr. R.N. Bail (HSC)
Conselheiro do Director Regional

Mr. D.E. Miller (DSP)
Director, Programa de Apoio

Dr. A.M. D'Almeida (PM1)
Chefe de Programa, Apoio aos Sistemas Nacionais de Saúde

Dr. M.R. Boal (PM2)
Chefe de Programa, Protecção e Promoção da Saúde em Geral

Dr. F.K. Wurupa (PM3)
Chefe de Programa, Prevenção e Controlo da Doença (Interino)

Dr. P.S. Fasan (PMS)
Chefe de Programa, Luta contra a SIDA

Dr. A. Y. Angate (PME)
Chefe de Programa, Financiamento dos cuidados de saúde

Mr. S.N. Ngalle Edimo (MGT)
Funcionário da Sede Regional, "Management"

Dr. E. Lambo (HEC)
Funcionário da Sede Regional, Economia da Saúde

Mr. W.C. Chelemu
Funcionário da Sede Regional, (EDV)

Dr. I. Aleta (RPD)
Funcionário da Sede Regional, Investigação

Dr. P. Eriki (CDB)
Funcionário da Sede Regional, Tuberculose e Lepra

Dr. El Hadi Benzerroug (CDM)
Funcionário da Sede Regional, Paludismo

Dr. S.J. Thorpe (ORH)
Funcionário da Sede Regional, Saúde Oral

Dr. A. Kabore (CDD)
Funcionário da Sede Regional, Doenças Diarreicas

Apêndice 1

Dr. M. Koumare (CLR/TRM)

Funcionário da Sede Regional, Medicina Tradicional

Mr. P. Mukasa (BFO)

Funcionário da Sede Regional, Orçamento e Finanças

Mr. N. Essombe (ASO)

Funcionário da Sede Regional, Serviços Administrativos

APENDICE 2

PROGRAMA DE TRABALHO

1. Abertura da sessão do Subcomité do Programa
2. Aprovação da ordem do dia
3. Eleição do Presidente, Vice-presidente e Relator
4. Análise do Orçamento-Programa para 1994-1995 (documento AFR/RC42/2)
5. Relatório da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário - CCADS (documento AFR/RC42/11)
6. Relatório de avaliação final da Década Internacional do Abastecimento de Água e Saneamento (DIAAPS) na Região Africana (Documento AFR/RC42/12)
7. Programa regional de controlo do paludismo : Progressos realizados e perspectivas para os anos 90 (Relatório da Conferência Inter-regional sobre o controlo do paludismo em Africa, Outubro de 1991 (documento AFR/RC42/13)
8. Programa regional de controlo da tuberculose e da lepra : Progressos realizados e perspectivas para os anos 90 (documento AFR/RC42/14)
9. Programa alargado de vacinação : Progressos realizados na implementação das estratégias regionais de eliminação do tétano neonatal e de erradicação da poliomielite (documento AFR/RC42/15)
10. Luta contra a oncocercose na Região Africana : Progressos realizados (documento AFR/RC42/16)
11. Programa regional de controlo das doenças diarreicas : Progressos realizados (documento AFR/RC42/17)
12. Preparação e resposta às situações de emergência : Progressos realizados (documento AFR/RC42/18)
13. Medicina tradicional : Progressos realizados (documento AFR/RC42/19)
14. Nono programa geral de trabalho (documento AFR/RC42/20)
15. Aprovação do relatório e atribuição de responsabilidades para a apresentação do relatório do Subcomité do Programa ao Comité Regional (documento AFR/RC42/21)
16. Encerramento da sessão

RELATORIO DA REUNIAO DO SUBCOMITE DO PROGRAMA
REALIZADA NOS DIAS 8 E 9 DE SETEMBRO DE 1992

INTRODUCAO

1. O Subcomité do Programa reuniu-se na 3a e 4a feira, dias 8 e 9 de Setembro de 1992, em Brazzaville (Congo), imediatamente após o encerramento da 42a sessão do Comité Regional. A lista dos participantes consta do Apêndice 1.
2. O Subcomité elegeu o Dr. G.K. Bolla (Zâmbia), que era o Vice-presidente cessante, como Presidente, o Dr. E. Kpizingui (República Centrafricana) como Vice-presidente e o Dr. B.D. Ferreira (Angola) como Relator. O Presidente agradeceu aos membros do Subcomité do Programa a confiança que depositaram nele e no seu país, elegendo-o 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 propôs duas reuniões de interesse programático em que deviam participar membros do Subcomité do Programa, em 1992-1993. 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 - 1992/1993

Nome, local e data da reunião	Objectivos	Língua	Membros participantes
1. Reuniões Sub-regionais do programa : - Bamaco - Bujumbura - Harare Sucessivamente/simultaneamente em Fevereiro de 1993	Modalidades de apoio técnico e logístico 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 - Benim SR/II - Burundi SR/III - Zimbabwe
2. Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário (CCADS), Brazzaville, Junho de 1993	Analisar as principais questões da saúde, como, por exemplo, gestão, formação, investigação e políticas de saúde	I/F/P	Zâmbia

5. O Subcomité do Programa tomou nota, a título informativo, do 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. Além disso, referiu-se que um Estado-membro podia substituir o seu representante no Subcomité e que apenas um representante por país era membro do Subcomité.

ESCOLHA DO RECIPIENDARIO DO PREMIO COMLAN QUENUM

8. O Subcomité analisou o relatório do Júri do Prémio Comlan Quenum e de acordo com os seus estatutos, escolheu o Projecto do PAV (Programa Alargado de Vacinação) do Benim para recipiendário do Prémio, a ser atribuído durante a próxima Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 1993.

DATA E LOCAL DA PROXIMA REUNIAO

9. O Presidente informou os membros do Subcomité do Programa de que a data e local da próxima reunião ser-lhes-iam comunicados ulteriormente pelo Secretariado.

ENCERRAMENTO DA REUNIAO

10. O Presidente agradeceu aos membros o seu apoio e as suas contribuições vivazes para o debate e exprimiu o desejo de que o novo Subcomité desempenhasse as suas funções tao bem ou melhor do que o seu predecessor. Desejou-lhes boa viagem e encerrou a reunião.

APENDICE 1

LISTA DOS PARTICIPANTES

ARGELIA

Dr. Chakou Abdesselam
Directeur de la Prévention
Ministère de la Santé et de la Population
Alger

ANGOLA

Dr. Braz Dias Ferreira
Director Nacional de Saúde Pública
Ministério da Saúde, Luanda

BENIM

Dr. Dossou Georgette
Directrice adjointe du Cabinet
Ministère de la Santé
B.P. 882, Cotonou

BOTSUANA

Dr. John K.M. Mulwa
Director of Health Services
P/Bag 0038, Gaborone

BURKINA FASO

Dr. Tapsoba Léonard
Directeur des Etudes et de la Planification
Ministère de la Santé
01 B.P. 7009, Ouagadougou

BURUNDI

Dr. Nshimirimana Déogratias
Inspecteur de la Santé
Ministère de la Santé
B.P. 1820, Bujumbura

CABO VERDE *

* = Nao pôde participar

Apêndice 1

REPUBLICA CENTRAFRICANA

Dr. Eugène Kpizingui
Directeur des Etudes, Planification et Statistiques
B.P. 883, Bangui

CHADE

Dr. Hassan Mahamat Hassan
Directeur général - Ministère de la Santé Publique
et des Affaires Sociales
B.P. 440, N'Djamena

TANZANIA

Dr. Romanus N.S. Mkerenga
Principal Medical Officer (Epidemiology/
Communicable Disease Control)
Ministry of Health,
P.O. Box 9083 - Dar-es-Salaam

ZAMBIA

Dr. Golden Kanjoli Bolla
Deputy Director of Medical Services
Ministry of Health
P.O. Box 30205, Lusaka

ZIMBABWE

Dr. R.R. Chatora
Secretary for Health and Child Welfare
P.O. Box 8204, Causeway, Harare

APENDICE 2

PROGRAMA DE TRABALHO

1. Abertura da reuniao
2. Eleição do Presidente, Vice-Presidente e Relator
3. Participação dos membros do Subcomité do Programa nas reunioes de interesse programático
4. Escolha do Recipiendário do Prémio Comlan Quenum
5. Data e local de realização da próxima reuniao
6. Encerramento da reuniao.

APENDICE 3

COMITE REGIONAL - 42 SESSAO
CALENDARIO DE SUBSTITUICAO DOS MEMBROS
DO SUBCOMITE DO PROGRAMA

Ano	1989	1990	1991	1992	1993	1994
País	Termo do Mandato					
Argélia			1992/93			
Angola *			1992/93			
Benim			1992/93			
Botsuana				1993/94		
Burkina Faso				1993/94		
Burundi				1993/94		
Camaroes **		1991/92				
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)
Madagácar						(1996/97)
Malawi						(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 Pri.	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			
Zimbabwe			1992/93			

* = Angola participou nas sessões de 1978/79 e o seu mandato terminou na sessão de 1985. O seu mandato seguinte começou em 1992.

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

RELATORIO DAS DISCUSSOES TECNICAS

INTRODUCAO

1. As discussões técnicas da quadragésima-segunda sessão do Comité Regional realizaram-se a 7 de Setembro de 1992. O tema das discussões foi a Investigação em Saúde Pública centrada na investigação fundamental em saúde, para o desenvolvimento nacional sanitário.

2. O presidente das discussões técnicas foi o professor Francis Nkrumah, coadjuvado por três relatores, eleitos pelo Comité Regional, a saber : o Dr. J. L. Chomera, para o grupo trilingue (inglês, francês e português), o Dr. E.G. Muzira, para o grupo de língua inglesa, e o Professor Pierre Guissou para o grupo de língua francesa.

3. Os grupos de trabalho analisaram quatro questões à luz dos documentos de trabalho que lhes haviam sido fornecidos : AFR/RC42/TD/1/Rev.1, AFR/RC42/TD2 e AFR/RC42/INF/Doc./4. Mais especificamente, analisaram as questões fundamentais relacionadas com :

- Obstáculos à investigação no desenvolvimento sanitário nacional;
- Investigação fundamental em saúde;
- Recursos para a investigação fundamental em saúde;
- Utilização dos resultados da investigação fundamental em saúde.

OBSTACULOS A INVESTIGACAO NO DESENVOLVIMENTO
SANITARIO NACIONAL

4. Na maioria dos países, e especialmente na Região Africana, a investigação foi negligenciada como instrumento de gestão para acelerar o desenvolvimento sanitário nacional. Os seguintes factores foram sublinhados como os principais obstáculos à investigação em saúde, em geral:

- i) Falta de uma política nacional e de um plano director para a investigação em saúde.
- ii) Acesso limitado aos dados e à informação sobre a investigação nos países.
- iii) Afectação inadequada de recursos financeiros e humanos e de meios físicos a nível nacional.
- iv) Insuficiência de coordenação da investigação em saúde e de colaboração entre as instituições de investigação e ensino, e os Ministérios da Saúde.
- v) Os programas de investigação não estavam orientados para resolver problemas de saúde imediatos.
- vi) Os projectos de investigação financiados por fontes externas nem sempre estavam em consonância com as prioridades nacionais da investigação em saúde.

DEFINICAO DAS AREAS PARA A INVESTIGACAO FUNDAMENTAL EM SAUDE

5. A selecção dos temas para a investigação em saúde devia ser uma das funções das instituições de saúde que superintendem o desenvolvimento sanitário, aos níveis central, intermédio e distrital de um país.

6. As questões e os temas da investigação definidos para servir de quadro aos países para determinarem as suas prioridades específicas constam do Anexo.

RECURSOS PARA A INVESTIGACAO FUNDAMENTAL EM SAUDE

7. Um número adequado de investigadores bem formados e bem motivados era necessário para apoiar actividades viáveis de investigação fundamental em saúde a nível nacional.

8. A utilização dos resultados da investigação era tao importante quanto a investigação em si.

9. Menos de meio por cento dos orçamentos de saúde da Região eram exclusivamente destinados à investigação em saúde. Contudo, as instalações e equipamento para a investigação eram dispendiosos. Quanto mais o conceito da investigação evolua da investigação básica para a operacional e fundamental, menos importantes eram as questões financeiras e a possibilidade de dispôr de equipamentos sofisticado.

10. Era necessário melhorar a gestão da investigação.

UTILIZACAO DOS RESULTADOS DA INVESTIGACAO FUNDAMENTAL EM SAUDE

11. Havia uma inércia, entre os gestores dos sistemas de saúde, quanto ao uso da informação sobre investigação como base para avaliar opções e escolher estratégias para a solução de problemas. Era necessário mudar esta atitude.

Nível central

12. De modo a otimizar-se a utilização dos resultados da investigação, era necessário o seguinte, a todos os níveis:

- i) Desde a identificação dos temas à produção dos resultados finais, uma colaboração activa e um diálogo contínuo entre os investigadores em saúde, os responsáveis pelas políticas de saúde, os gestores e a comunidade.
- ii) Um banco de dados adequado para facilitar a difusão e troca de informação.
- iii) A afectação de um orçamento adequado para a investigação.
- iv) O envolvimento tanto dos beneficiários dos resultados da investigação como dos responsáveis pela sua implementação em todo o processo, especialmente no que respeita à identificação de necessidades e à definição de prioridades.

Nível intermédio

- v) Deveria ser dada a máxima divulgação aos resultados da investigação.
- vi) As prioridades da investigação em saúde a nível distrital deveriam ser redefinidas, tendo por base as necessidades de saúde identificadas nos distritos e comunidades.

13. O tema da investigação deveria estar relacionado com os problemas que surgem a esses níveis, em especial nos programas de gestão. Sublinhou-se que deverao ser adoptados novos mecanismos para a divulgação dos resultados, incluindo a retroinformação, através de reuniões de profissionais de saúde a nível distrital e de unidades de supervisao.

TEMPO DE MUDANCA

14. Em conclusao, a promoçao da investigaçao para fazer avançar o desenvolvimento sanitário na Regiao exigia mudanças de entendimento e de atitudes da parte dos principais executantes, isto é, gestores e prestadores de cuidados de saúde, investigadores e académicos, assim como nas estruturas e métodos organizacionais.

- i) Os decisores políticos, os gestores de nível médio e os prestadores de serviços de saúde deviam:
 - aceitar que a investigaçao fundamental em saúde fornece informações para a tomada de decisoes;
 - adquirir competências para identificar situaçoes, às quais a investigaçao fundamental em saúde possa ser útil;
 - analisar, de modo sistemático, problemas que permitam determinar o tipo de informação necessária;
 - avaliar os resultados de investigaçao e inclui-los na tomada de decisoes.
- ii) Os investigadores da saúde e de áreas afins deviam:
 - aceitar o conceito de "Investigaçao para apoiar o desenvolvimento sanitário" e definir o seu próprio papel na aplicaçao deste conceito;
 - familiarizar-se com as questoes de saúde mais importantes;
 - ter capacidade para analisar problemas na perspectiva dos sistemas de saúde;
 - ter capacidade para trabalhar em equipas multidisciplinares;
 - ser capazes de comunicar os resultados tanto aos gestores operacionais como à comunidade científica.

ANEXO

AREAS PRIORITARIAS PARA A INVESTIGACAO
FUNDAMENTAL EM SAUDE

1. O grupo confirmou a importância das áreas prioritárias para a investigação fundamental em saúde, anteriormente identificados para a Região:

i) Gestão dos sistemas de saúde

ii) Transferência de tecnologia apropriada

iii) Melhoria da implementação dos programas regionais prioritários:

a) Prevenção e controlo das doenças, incluindo a prevenção e luta contra a SIDA

b) Saúde materno-infantil, incluindo o planeamento familiar;

c) Abastecimento de água e saneamento das comunidades.

iv) Financiamento do sistema de saúde

2. Tópicos propostos para a investigação em cada área prioritária:

i) Melhoria da gestão dos sistemas de saúde:

- Desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde: incluindo o seu uso e distribuição a todos os níveis; identificação e desenvolvimento dos elementos essenciais ao perfil do "gestor em ciências da saúde"; formação em capacidade de gestão e resolução de problemas, de modo a produzir gestores eficientes, aos níveis central, intermédio e distrital; avaliação da eficácia das estratégias existentes para formação em gestão.

- Gestão dos recursos humanos : incluindo critérios de selecção para o pessoal a formar; incentivos aos profissionais de saúde.

- Gestão financeira : custo dos serviços de saúde e sua eficácia; utilização de serviços e cobertura.

- Serviços de Saúde : incluindo comportamentos dos profissionais de saúde perante as comunidades; relações entre as ONG e as comunidades; informação e comunicação no sistema de saúde.

- Sistemas tradicionais de cuidados de saúde

ii) Transferência de tecnologia apropriada

. Obstáculos à transferência de tecnologia na medicina tradicional

. Uso de energia solar

. Conservação e inocuidade dos produtos alimentares

. Uso da rádio e de outros meios de comunicação incluindo os tradicionais

. Recolha, armazenagem e utilização de dados

. Utilização de tecnologias sustentáveis

Anexo

iii) Prevenção e controlo das doenças :

Sistemas de informação : recolha de dados sobre a incidência das doenças, vigilância das doenças.

Comunidade : conhecimentos, atitudes e práticas de saúde; envolvimento na definição de prioridades no combate às doenças; mecanismos de diagnóstico na comunidade.

- . Formação de profissionais de saúde no campo do combate às doenças.
- . Preparação para as situações de emergência
- . Saúde mental.

iv) Financiamento dos cuidados de saúde :

- . Participação das comunidades no financiamento da saúde
- . Fontes alternativas para financiamento da saúde, incluindo os seguros de saúde
- . Avaliação da Iniciativa de Bamaco
- . Utilização e relação custo-eficácia das ONG no sistema de saúde
- . Fundamento para a atribuição de verbas para a saúde

Modos de convencer os decisores a afectar mais fundos ao desenvolvimento sanitário.

ORDEM DO DIA PROVISORIA
DA QUADRAGESIMA-TERCEIRA SESSAO
DO COMITE REGIONAL

1. Abertura da quadragésima-terceira sessão
2. Aprovação da ordem do dia provisória
3. Constituição da Comissão de Designações
4. Eleição do Presidente, Vice-presidentes e Relatores
5. Nomeação da Comissão de Verificação de Poderes
6. Actividades da OMS na Região Africana
 - 6.1 Relatório bienal do Director Regional
 - 6.2 Saneamento do meio: Análise das tendências
 - 6.3 Relatório das actividades de prevenção e luta contra a SIDA, na Região Africana.
 - 6.4 Doenças cardiovasculares em Africa: Análise da situação
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
 - 7.2 Incidências regionais das ordens do dia da 91ª sessão do Conselho Executivo e da 47ª Assembleia Mundial da Saúde
 - 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
8. Análise do relatório do Subcomité do Programa
 - 8.1 Alargar o papel dos profissionais de enfermagem/obstetrícia na vigilância epidemiológica das doenças: Relatório de actividades (resolução AFR/RC38/R15)
 - 8.2 Relatório da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário (CCADS)
 - 8.3 Relatório sobre o Prémio Dr. Comlan A.A. Quenum
 - 8.4 Relatório sobre a resposta da OMS às mutações mundiais
 - 8.5 Produção local de medicamentos essenciais nos países da Região Africana: Relatório de actividades (Resolução AFR/RC38/R19)

- 8.6 Saúde dos trabalhadores: Análise da situação
- 8.7 Reforço do apoio informativo à gestão dos sistemas nacionais de saúde, nos Estados-membros: Relatório do Director Regional
- 8.8 Saúde mental, saúde e comportamento humano
- 8.9 Vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis
9. Discussões técnicas: Desenvolvimento da infra-estrutura de saúde
 - 9.1 Apresentação do relatório das discussões técnicas
 - 9.2 Designação do Presidente e do Presidente substituto das discussões técnicas
 - 9.3 Escolha do tema das discussões técnicas para 1994
10. Datas e locais de realização da 45ª e 46ª sessões do Comité Regional, em 1995 e 1996
11. Aprovação do relatório do Comité Regional
12. Encerramento da quadragésima-terceira sessão

LISTA DOS DOCUMENTOS

- AFR/RC42/INF/01 - Cerimónia solene de abertura da quadragésima-segunda sessão
- AFR/RC42/1 Rev.1 - Ordem do dia provisória
- AFR/RC42/2 e
AFR/RC42/2 Corr.1 - Projecto de Orçamento-Programa 1994-1995
- AFR/RC42/3 e
AFR/RC42/3 Add.1 - Relatório Sucinto do Director Regional
- AFR/RC42/4 - As epidemias na Região Africana
- AFR/RC42/5 Rev.1 - Estratégia Mundial de prevenção e luta contra a SIDA e situação da SIDA na Região Africana
- AFR/RC42/6 e
AFR/RC42/6 Corr.1 - Reorientação e reestruturação dos hospitais baseados nos cuidados de saúde em África
- AFR/RC42/7 e
AFR/RC42/7 Add.1 - Modalidades de implementação das resoluções de interesse regional aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo
- AFR/RC42/8 e
AFR/RC42/8 Corr.2 - Incidências regionais das ordens do dia da quadragésima-nona Sessão do Conselho Executivo e da 46ª Assembleia Mundial da Saúde
- AFR/RC42/9 - Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial de Saúde
- AFR/RC42/10 - Distribuição por países das funções exercidas nas sessões anteriores do Comité Regional
- AFR/RC42/11 - Relatório da Comissão Consultiva Africana para o Desenvolvimento Sanitário (CCADS)
- AFR/RC42/12 - Relatório de avaliação final da década internacional do abastecimento de água potável e do saneamento (1981-1990), na Região Africana da OMS
- AFR/RC42/13 - Programa regional de controlo do paludismo : progressos realizados e perspectivas para os anos 90
- AFR/RC42/14 - Programa regional de controlo da tuberculose e da lepra: progressos realizados e perspectivas para os anos 90.
- AFR/RC42/15 - Programa alargado de vacinação : progressos realizados na implementação das estratégias regionais de eliminação do tétano neonatal e de erradicação da poliomielite

-
- AFR/RC42/16 - Luta contra a oncocercose na Regiao Africana da OMS: progressos realizados
- AFR/RC42/17 - Análise do programa de controlo das doenças diarreicas na Regiao Africana, 1988-1991
- AFR/RC42/18 - Preparação e respostas as situacoes de emergência, em Africa
- AFR/RC42/19 - Análise do programa de medicina tradicional
- AFR/RC42/20 - Nono programa Geral de trabalho
- AFR/RC42/21 - Relatório do Subcomité do Programa
- AFR/RC42/22 - Relatório das discussões técnicas
- AFR/RC42/23 - Designação do Presidente das discussões técnicas
- AFR/RC42/24 - Nao foi publicado nenhum documento sobre a Escolha do tema das discussões técnicas para 1993)
- AFR/RC42/25 e AFR/RC42/25/Rev.1 - Datas e locais de realizacao da 43a e 44a sessoes do Comité Regional
- AFR/RC42/26 - Projecto do relatório do Comité Regional
- AFR/RC42/27 - Lista provisória dos participantes
- AFR/RC42/28 - Ordem do dia provisória do Subcomité do Programa
- AFR/RC42/29 - Reuniao de programação - elaboracao do orçamento entre funcionários da Sede Regional e os Representantes da OMS nos países
- AFR/RC42/TD/1/Rev.1 - Quadro para a investigacao fundamental em saúde na Regiao Africana
- AFR/RC42/TD/2 - Guia para as discussões técnicas
- AFR/RC42/INF.DOC/1 - Programa de financiamento dos cuidados de saúde (HECAFIP)
- AFR/RC42/INF.DOC/2 - Promoção da saúde no ambiente urbano
- AFR/RC42/INF.DOC/3 - Conferência internacional sobre a nutrição
- AFR/RC42/TD/INF.DOC/4 - Análise da situacao da investigacao em saúde na Regiao Africana
- AFR/RC42/INFG.DOC/5 - Estratégias de controlo do paludismo na Regiao Africana e etapas para a sua implementacao
- AFR/RC42/INF.DOC/6 - Elaboracao do nono programa geral de trabalho
- AFR/RC42/INF.DOC/7 - Para uma colaboracao mais eficaz na implementacao da cooperacao da OMS com os países mais necessitados da Regiao Africana da OMS

-
- AFR/RC42/INF.DOC/8 - Fundo Especial para a Saúde em Africa (FESA)
- AFR/RC42/INF.DOC/9 - Reuniao "Ad Hoc" sobre a resposta da OMS
as mutações mundiais
- AFR/RC42/INF.DOC/10 - A Africa no bom caminho
- AFR/RC42/Conf.Doc/1 - Alocução do Dr. N. Ngendabanyikwa
Ministro da Saúde do Burundi, Presidente da
Quadragesima-primeira sessao do Comité Regional
Africano
- AFR/RC42/Conf.Doc/2 - Alocução do Dr. G.L. Monekosso, Director Regional
da OMS
- AFR/RC42/Conf.Doc/3 - Alocução do Sr. Jimmy Carter Ex-Presidente dos
Estados Unidos de América
- AFR/RC42/Conf.Doc/4 - Alocução do Sr. Pascal Gayama, Secretário-Geral
Adjunto da OUA
- AFR/RC42/Conf.Doc/5 - Alocução do Professor Pascal Lissouba, Presidente
da República do Congo
- AFR/RC42/Conf.Doc/6 - Alocução do Dr. H. Nakajima, Director-Geral da OMS
- AFR/RC42/Conf.Doc/7 - Alocução do Sr. Cole P. Dodge. Director Regional do
UNICEF para a Africa Oriental e Austral
- AFR/RC42/Conf.Doc/8 - Alocução do Sr. Stanislas S. Adotevi
Director Regional do UNICEF para a Africa Central
- AFR/RC42/SCC/3 - Primeiro relatório da Comissao de Verificação
de poderes