

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
SEDE REGIONAL AFRICANA**

***QUADRAGÉSIMA-QUINTA SESSÃO
DO
COMITÉ REGIONAL AFRICANO DA OMS,
REALIZADA EM LIBREVILLE,
REPÚBLICA DO GABÃO,
ENTRE 6 E 13 DE SETEMBRO DE 1995***

RELATÓRIO FINAL

**BRAZZAVILLE
Outubro de 1995**

(c)

Sede Regional Africana
Organização Mundial de Saúde
(1995)

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

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

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

Impresso na Sede Regional Africana da OMS

ÍNDICE

PARTE I

Página

DECISÕES PROCESSUAIS

Decisão N° 1:	Composição da Comissão de Designações	1
Decisão N° 2:	Eleição do Presidente, Vice-Presidentes e Relatores	1
Decisão N° 3:	Composição da Comissão de Verificação de Poderes	2
Decisão N° 4:	Credenciais	2
Decisão N° 5:	Membros habilitados a designar pessoas para o Subcomité do Programa	2
Decisão N° 6:	Escolha do tema das Discussões Técnicas de 1996	2
Decisão N° 7:	Designação do Presidente e do Presidente substituto das Discussões Técnicas de 1996	3
Decisão N° 8:	Ordem do dia da quadragésima-sexta sessão do Comité Regional	3
Decisão N° 9:	Incidências regionais das ordens do dia da 97ª sessão do Conselho Executivo e da 49ª Assembleia Mundial da Saúde	3
Decisão N° 10:	Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde	3
Decisão N° 11:	Datas e locais de realização das 46ª e 47ª sessões do Comité Regional	5
Decisão N° 12:	Designação dos representantes da Região no Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Reprodução Humana: Participação na Comissão para as Políticas e a Coordenação	5
Decisão N° 13:	Designação dos representantes da Região Africana no Conselho Conjunto de Coordenação (JCB) do Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais	5

RESOLUÇÕES

Página

AFR/RC45/R1	Prevenção e luta contra o HIV/SIDA/DST na Região Africana	6
AFR/RC45/R2	Critérios e fórmulas de determinação da dotação orçamental a atribuir a cada Estado-membro	8
AFR/RC45/R3	Estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados nas unidades de saúde, na Região Africana da OMS	9
AFR/RC45/R4	Programa regional de controlo do paludismo	10
AFR/RC45/R5	Programa Alargado de Vacinação: Objectivos da luta contra a doença - Começou a contagem decrescente !	11
AFR/RC45/R6	Prevenção das incapacidades e reabilitação : Análise da situação regional e futuras tendências	13
AFR/RC45/R7	Saúde dos jovens e adolescentes: Situação e análise das tendências	14
AFR/RC45/R8	Erradicação da dracunculose	15
AFR/RC45/R9	Implementação da estratégia da Saúde para Todos	16
AFR/RC45/R10	Moção de agradecimento	17

PARTE II

Parágrafos

ABERTURA DA SESSÃO	1-37
ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS	38-44
ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA Relatório bienal do Director Regional relativo a 1993-1994 (documento AFR/RC45/3)	45-121
Apresentação	45-85
Tecnologias e Ciências da Saúde aplicadas à luta contra a doença	54-61
Apoio à Protecção e Promoção da Saúde em Geral	62-65
Apoio aos Sistemas Nacionais de Saúde	66-74
Apoio à Informação Sanitária	75-83
Programa de Apoio	84-85
Discussão	86-121
Apoio aos Sistemas Nacionais de Saúde	87-93
Apoio à Protecção e Promoção da Saúde em Geral	94-98
Tecnologias e Ciências da Saúde aplicadas à luta contra a doença	99-115
Programa de Apoio	116-121
PREVENÇÃO E LUTA CONTRA A SIDA NA REGIÃO AFRICANA: PROGRESSOS REALIZADOS (documento AFR/RC45/5)	122-148
TABACO OU SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA (documento AFR/RC45/6)	149-162
CORRELAÇÃO ENTRE OS TRABALHOS DO COMITÉ REGIONAL, DO CONSELHO EXECUTIVO E DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE	163-182
Modalidades de implementação das resoluções de interesse regional aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo (documento AFR/RC45/7)	164-172

Incidências regionais das ordens do dia da 97ª sessão do Conselho Executivo e da 49ª Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC45/8)	173-175
Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC45/9)	176-182
ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA: ANÁLISE DO RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA (documento AFR/RC45/10)	183-248
Programa regional de controlo do paludismo : Progressos realizados (documento AFR/RC45/11)	184-195
Programa Alargado de Vacinação : Progressos realizados na erradicação da poliomielite, na eliminação do tétano neonatal e no controlo do sarampo (documento AFR/RC45/12)	196-208
Progressos realizados na erradicação da dracunculose, na Região Africana da OMS (documento AFR/RC45/13)	209-216
Saúde dos jovens e dos adolescentes : Situação e análise das tendências (documento AFR/RC45/14)	217-224
Prevenção das incapacidades e reabilitação : Análise da situação regional e futuras tendências (documento AFR/RC45/15)	225-233
Estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados nas unidades de saúde, na Região Africana (documento AFR/RC45/16)	234-239
CrITÉRIOS de determinação das dotações orçamentais a atribuir aos Estados-membros (documento AFR/RC45/2)	240-248
DISCUSSÕES TÉCNICAS (documentos AFR/RC45/TD1, AFR/RC45/17, AFR/RC45/18 e AFR/RC45/19)	249-253
Apresentação do relatório das Discussões Técnicas (documento AFR/RC45/17)	249-251
Designação do Presidente e do Presidente substituto das Discussões Técnicas de 1996 (documento AFR/RC45/18)	252
Escolha do tema das Discussões Técnicas de 1996 (documento AFR/RC45/19)	253

DATAS E LOCAIS DE REALIZAÇÃO DAS 46ª E 47ª SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL, EM 1996 E 1997 (documento AFR/RC45/20)	254-255
APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC45/21)	256
ENCERRAMENTO DA 45ª SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL	257-268

PARTE III

ANEXOS

Página

1.	Ordem do dia	53
2.	Lista dos participantes	55
3.	Alocução do Sr. N. C. Dabiré, Ministro da Saúde do Burkina Faso e Presidente da quadragésima-quarta sessão do Comité Regional Africano	74
4.	Alocução do Dr. Ebrahim M. Samba, Director Regional da OMS para África	76
5.	Alocução do Dr. Ransome-Kuti, Presidente do Painel de Peritos do Banco Mundial para " <i>Melhor Saúde em África</i> "	81
6.	Alocução de abertura de Sua Excelência Paulin Obame Nguema, Primeiro Ministro Gabonês	85
7.	Alocução do Dr. Hiroshi Nakajima, Director-Geral da OMS	87
8.	Alocução do Sr. Pascal Gayama, Secretário-Geral Adjunto da Organização de Unidade Africana	91
9.	Alocução da Sra. Torild Skard, Directora Regional do UNICEF para a África Ocidental e Central	95
10.	Alocução do Dr. Piot, Director do Programa UNAIDS	98
11.	Alocução de Encerramento de Sua Excelência El Hadj Omar Bongo, Presidente da República Gabonesa	101
12.	Relatório do Subcomité do Programa	104
13.	Relatório da reunião do Subcomité do Programa, realizada a 13 de Setembro de 1995	119
14.	Relatório das Discussões Técnicas	123
15.	Ordem do dia provisória da quadragésima-sexta sessão do Comité Regional	127
16.	Lista dos documentos	129

PARTE I

**DECISÕES PROCESSUAIS
E
RESOLUÇÕES**

DECISÕES PROCESSUAIS**Decisão Nº 1: Composição da Comissão de Designações**

O Comité Regional nomeou uma Comissão de Designações composta por representantes dos seguintes 12 Estados-membros: Angola, Benim, Botsuana, Camarões, Eritreia, Libéria, Madagáscar, Mali, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Senegal e Suazilândia.

A Comissão elegeu o Dr. Martinho Sanches Epalanga, Ministro da Saúde de Angola, para Presidente.

Segunda sessão, 6 de Setembro de 1995

Decisão Nº 2: Eleição do Presidente, Vice-presidentes e Relatores

Depois de analisar o relatório da Comissão de Designações (documento AFR/RC45/WP/01) e nos termos do artigo 10º do seu Regulamento Interno e da Resolução AFR/RC41/R1, o Comité Regional elegeu, por unanimidade, a seguinte Mesa:

Presidente:	Dr. S. Mba Bekalé Ministro da Saúde do Gabão
1º Vice-presidente:	Dr. J. Phaahla Chefe da Delegação da África do Sul
2º Vice-presidente:	Dr. O. Bangoura Chefe da Delegação da Guiné
Relatores:	Dr. P. Kilima Chefe da Delegação da República Unida da Tanzânia
	Sr. Bopenda Bo'Nkumu Chefe da Delegação do Zaire
	Dr. Fernando da Silveira Ministro da Saúde de São Tomé e Príncipe

Terceira sessão, 6 de Setembro de 1995

Decisão Nº 3: Composição da Comissão de Verificação de Poderes

Nos termos do artigo 16º do seu Regulamento Interno, o Comité Regional nomeou uma Comissão de Verificação de Poderes, composta por representantes dos seguintes 12 Estados-membros: África do Sul, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Chade, Mauritânia, Maurícias, Namíbia, Níger, Ruanda, Seychelles e Serra Leoa.

A Comissão elegeu para Presidente o Sr. Tahirou Niandou, Secretário-Geral Adjunto do Ministério da Saúde do Níger.

Quarta sessão, 7 de Setembro de 1995

Decisão Nº 4: Credenciais

O Comité Regional, sob proposta da Comissão de Verificação de Poderes, reconheceu a validade das cartas credenciais apresentadas pelos representantes dos seguintes Estados-membros: África do Sul, Angola, Argélia, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, República Centro-Africana, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, Suazilândia, República Unida da Tanzânia, Togo, Uganda, Zaire, Zâmbia e Zimbabwe.

Nona sessão, 12 de Setembro de 1995

Decisão Nº 5: Membros habilitados a designar pessoas para o Subcomité do Programa

O mandato dos seguintes países no Subcomité do Programa cessa com o encerramento da quadragésima-quinta sessão do Comité Regional: Comores, Congo, Etiópia, Gabão, Gâmbia e Guiné Equatorial. De acordo com a habitual ordem alfabética em inglês, serão substituídos pelos seguintes países: Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Maurícias e Mauritânia.

Oitava sessão, 11 de Setembro de 1995

Decisão Nº 6: Escolha do tema das Discussões Técnicas de 1996

O Comité Regional confirmou o seguinte tema para as Discussões Técnicas da sua quadragésima-sexta sessão, em 1996: "Reforço da monitorização e da avaliação dos programas nacionais de desenvolvimento sanitário".

Nona sessão, 12 de Setembro de 1995

Decisão Nº 7: Designação do Presidente e do Presidente substituto das Discussões Técnicas de 1996

O Comité designou o Professor R. E. Tshibassu Mubiay como Presidente e o Dr. Olive Shishana como Presidente substituto das Discussões Técnicas da sua quadragésima-sexta sessão, em 1996.

Nona sessão, 12 de Setembro de 1995

Decisão Nº 8: Ordem do dia da quadragésima-sexta sessão do Comité Regional

O Comité Regional aprovou a ordem do dia provisória da sua quadragésima-sexta sessão (Anexo 3 do documento AFR/RC45/8).

Nona sessão, 12 de Setembro de 1995

Decisão Nº 9: Incidências regionais das ordens do dia da 97ª sessão do Conselho Executivo e da 49ª Assembleia Mundial da Saúde

O Comité Regional tomou nota das ordens do dia provisórias da 97ª sessão do Conselho Executivo e da 49ª Assembleia Mundial da Saúde, bem como da respectiva correlação com a ordem do dia provisória da sua quadragésima-sexta sessão.

Nona sessão, 12 de Setembro de 1995

Decisão Nº 10: Método de trabalho e duração da 49ª Assembleia Mundial da Saúde***Presidente da Assembleia Mundial da Saúde***

10.1 Em Maio de 1994, o Presidente da quadragésima-terceira sessão do Comité Regional Africano foi designado pela Região Africana da OMS como Presidente da quadragésima-sétima Assembleia Mundial da Saúde. A Região Africana voltará a designar o Presidente da Assembleia Mundial da Saúde no ano 2000.

Principais Comissões da Assembleia Mundial da Saúde

10.2 Antes de cada Assembleia Mundial da Saúde, se for necessário, o Director-Geral analisará, em concertação com o Director Regional, quais os delegados dos Estados-membros da Região Africana susceptíveis de desempenhar de modo eficaz os cargos de:

- i) Presidentes das Comissões Principais (A e B) (Artigo 34º do Regulamento Interno da Assembleia);
- ii) Vice-presidentes e Relatores das mesmas Comissões.

Reuniões diárias das Delegações Africanas à Assembleia Mundial da Saúde

10.3 As Delegações Africanas às 47ª e 48ª Assembleias Mundiais da Saúde consideraram útil reunir-se diariamente para trocarem pontos de vista sobre os trabalhos em curso da Assembleia e consultarem-se sobre as posições a tomar em relação às discussões agendadas em plenário e nas comissões. Propõe-se que esta prática prossiga e que as Delegações Africanas se reúnam diariamente às 08h00 no Palácio das Nações, numa sala a indicar no JORNAL diário da Assembleia.

Membros habilitados a designar pessoas para o Conselho Executivo

10.4 De acordo com a habitual ordem alfabética em inglês, a Argélia e o Zimbabwe designaram pessoas para o Conselho Executivo, cujo mandato começou na respectiva 96ª sessão, logo após a 48ª Assembleia Mundial da Saúde, juntando-se assim à Tanzânia, ao Togo, ao Uganda, ao Zaire e à Zâmbia.

10.5 O mandato destes quatro países cessará com o encerramento da 49ª Assembleia Mundial da Saúde, sendo então substituídos por Angola, Benim, Botsuana e Burkina Faso, que participarão na 97ª sessão do Conselho Executivo.

Reunião informal do Comité Regional

10.6 O Director Regional convocará uma reunião informal do Comité Regional para segunda-feira, 20 de Maio de 1996, às 8h00, no Palácio das Nações, em Genebra, para confirmar as decisões tomadas pelo Comité na sua 45ª sessão.

Nona sessão, 12 de Setembro de 1995

Decisão Nº 11: Datas e locais de realização das 46ª e 47ª sessões do Comité Regional

O Comité Regional decidiu realizar a sua 46ª sessão em Brazzaville (Congo), em Setembro de 1996, local mais indicado para a análise do orçamento-programa para 1998-1999.

O Comité decidiu realizar igualmente a sua 47ª sessão em Brazzaville, a menos que um país o convide a reunir-se noutra parte e aceite suportar todas as despesas suplementares decorrentes da realização da sessão fora da Sede Regional.

Oitava sessão, 11 de Setembro de 1995

Decisão Nº 12: Designação dos representantes da Região no Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Reprodução Humana: Participação na Comissão para as Políticas e a Coordenação

O mandato do Uganda cessará a 31 de Dezembro de 1995 e, de acordo com a ordem alfabética em inglês, o Comité Regional designou o Zimbabwe para substituí-lo a partir de 1 de Janeiro de 1996.

Nona sessão, 12 de Setembro de 1995

Decisão Nº 13: Designação dos representantes da Região Africana no Conselho Conjunto de Coordenação (JCB) do Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais

Atendendo à cessação do mandato da Argélia a 31 de Dezembro de 1995, e de acordo com a ordem alfabética em inglês, o Comité designou o Benim como novo membro que irá juntar-se a Angola para representar a Região Africana no Conselho Conjunto de Coordenação (JCB) do Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais. O mandato do Benim começará em Janeiro de 1996.

O Comité Regional expressou os seus sinceros agradecimentos ao Governo da Argélia pelo seu contributo para este programa importante.

Nona sessão, 12 de Setembro de 1995

AFR/RC45/R1 : PREVENÇÃO E LUTA CONTRA O HIV/SIDA/DST NA REGIÃO AFRICANA¹⁾

Reconhecendo que a infecção pelo HIV, a SIDA e as doenças sexualmente transmissíveis (DST) constituem um dos principais problemas de saúde pública em África;

Notando, com preocupação, que a mudança na estrutura de gestão do programa de luta contra o HIV/SIDA/DST a nível mundial é susceptível de perturbar as actividades de luta contra a SIDA na Região e nos países;

Preocupado com o facto de o actual financiamento do apoio técnico aos países estar a acabar, no momento em que epidemia está a agravar-se;

Preocupado com a falta de informações explícitas sobre o funcionamento do programa UNAIDS e com o facto de que, apesar do mandato da OMS como agência líder na área da cooperação técnica e coordenação da Saúde a nível internacional, o papel das Sedes Regionais e das Representações da OMS nos países ainda não está claramente definido em relação ao UNAIDS;

Notando que cada agência que co-patrocina o UNAIDS continuará a cumprir o seu próprio mandato;

Tendo analisado o relatório do Director Regional constante do documento AFR/RC45/5, que descreve a situação actual da SIDA na Região Africana e os esforços envidados pelos Estados-membros no sentido de combater a epidemia;

O COMITÉ REGIONAL,

1. **REITERA** que, no que respeita à Região Africana, a OMS continuará a desempenhar o papel de liderança técnica nas questões de saúde ligadas à luta contra o HIV/SIDA/DST a nível dos países, com o total apoio da Sede Regional;
2. **INSTA** os Estados-membros a:
 - i) reforçar os mecanismos nacionais de coordenação para a prevenção e luta contra o HIV/SIDA/DST, que incluirão o sistema das Nações Unidas, os organismos de cooperação bilateral, as ONG e o sector privado;
 - ii) tomar as providências necessárias à inclusão de verbas para a luta contra o HIV/SIDA/DST nos orçamentos nacionais, não apenas pelo sector da Saúde mas igualmente pelos outros sectores, atendendo à dimensão multisectorial do problema;
 - iii) providenciar para que os representantes dos países africanos no sistema das Nações Unidas promovam a estratégia de prevenção e luta contra a SIDA, tal como recomendado pela Cimeira dos Chefes de Estado da OUA na resolução sobre "Medidas para combater a epidemia do HIV/SIDA em África: Realizações e desafios" (CAMH/Res.3 v) e pelo Comité Regional Africano da OMS;

¹⁾Documento AFR/RC45/5

3. **INSTA** os Estados-membros da Região Africana que fazem parte do Conselho de Coordenação do Programa UNAIDS a fazer-se eco das preocupações manifestadas durante a quadragésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da OMS sobre a importância de manter o apoio técnico à luta contra o HIV/SIDA/DST a nível dos países, sem interrupção;

4. **SOLICITA** ao Director Regional que :

- i) reforce e apoie o papel de liderança técnica da OMS nas questões de saúde ligadas à prevenção e luta contra o HIV/SIDA/DST;
- ii) promova, em nome da Região Africana da OMS e em colaboração com outras partes interessadas, as estratégias de luta contra o HIV/SIDA/DST, tal como recomendado pelo Comité Regional, sempre que se encontre com os líderes africanos, a comunidade dos doadores, as outras agências das Nações Unidas, as ONG e outras partes interessadas;
- iii) tome as providências necessárias à inclusão de verbas suficientes no orçamento ordinário, tanto a nível regional como a nível dos países, de modo a prestar apoio técnico adequado aos programas nacionais para as actividades de luta contra o HIV/SIDA/DST;
- iv) prossiga vigorosamente o seu apoio aos Estados-membros de modo a mobilizar recursos internacionais para lutar contra o HIV/SIDA/DST;
- v) crie, em colaboração com os parceiros interessados, uma equipa de peritos africanos de alto nível, para aconselhar o Director Regional sobre as estratégias, intervenções e mecanismos mais adequados para integrar as actividades, bem como sobre a investigação operacional, a nível dos países;
- vi) crie mecanismos de colaboração com o programa UNAIDS para elaborar orientações sobre a coordenação das actividades de prevenção e luta contra o HIV/SIDA/DST na Região Africana e assegurar a transição sem problemas do GPA para o UNAIDS em todas as áreas, incluindo o apoio técnico e as questões financeiras e relativas ao pessoal;
- vii) transmita a presente resolução ao Director-Geral para apresentação ao Conselho Executivo e à Assembleia Mundial da Saúde;
- viii) transmita a presente resolução ao Secretário-Geral da Organização de Unidade Africana, de modo a manter informados os Chefes de Estado e de Governo.

Oitava sessão, 11 de Setembro de 1995

AFR/RC45/R2: CRITÉRIOS E FÓRMULAS DE DETERMINAÇÃO DA DOTAÇÃO ORÇAMENTAL A ATRIBUIR A CADA ESTADO-MEMBRO¹⁾

Considerando o parágrafo 4 (iii) da Resolução AFR/RC40/R4, que solicitou ao Director Regional que analisasse os critérios e fórmulas usados nos últimos dez anos para determinar a dotação orçamental atribuída a cada Estado-membro e que, com base nessa análise, tomasse medidas apropriadas;

Tendo analisado o relatório do Director Regional constante do documento AFR/RC45/2;

Notando que o relatório de um grupo de trabalho interno foi analisado pelo Subcomité do Programa em 1991;

Notando que houve concertação com os Estados-membros após essa análise, que culminou numa reunião de um grupo de peritos em 1992, para finalizar o estudo;

O COMITÉ REGIONAL,

1. **APROVA** os critérios e o sistema de ponderação recomendados no relatório do Director Regional;
2. **APELA** aos Estados-membros para que ajudem a Organização Mundial de Saúde a manter actualizados os dados sobre os parâmetros utilizados no modelo;
3. **SOLICITA** ao Director Regional que:
 - i) aplique os critérios e o sistema de ponderação revistos na determinação das dotações orçamentais a atribuir aos países no orçamento de 1998-1999;
 - ii) aperfeiçoe os resultados desse exercício à luz das verbas extra-orçamentais disponíveis para os países, das necessidades particulares surgidas num dado país ou de situações especiais ocorridas a nível da Região;
 - iii) reexamine este novo modelo, os seus parâmetros e o seu sistema de ponderação durante a preparação do orçamento para o primeiro biénio de cada Programa Geral de Trabalho ou de seis em seis anos, e tome as necessárias medidas.

Oitava sessão, 11 de Setembro de 1995

¹⁾ Documento AFR/RC45/2

AFR/RC45/R3: ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A QUALIDADE DOS CUIDADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE, NA REGIÃO AFRICANA DA OMS¹⁾

Considerando o empenhamento de todos os Estados-membros em atingir o objectivo Saúde para Todos os Africanos;

Convencido de que a qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde é a condição *sine qua non* para atingir esse objectivo;

Consciente do papel do Estado na protecção da população contra todos os riscos sociais e na disponibilização de recursos para o sector da Saúde;

Consciente da responsabilidade dos profissionais de saúde na utilização óptima dos recursos consagrados à Saúde para melhorar a qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde;

Consciente, igualmente, do direito dos utentes de exigirem serviços de melhor qualidade;

O COMITÉ REGIONAL,**1. INSTA** os Estados-membros a:

- i) criar um programa nacional de garantia de qualidade dos cuidados concebido como um dos principais elementos da reforma do sector da Saúde, atendendo ao seu impacto sobre os resultados esperados dos outros programas;
- ii) introduzir, nos programas de formação de todos os profissionais de saúde, os conhecimentos, as aptidões e as atitudes necessárias à prestação de cuidados de qualidade;
- iii) incitar os estabelecimentos de saúde de todos os níveis a criar mecanismos internos e externos de avaliação, com vista à melhoria constante da qualidade dos cuidados prestados;

2. SOLICITA ao Director Regional que:

- i) elabore e implemente um plano de recolha e difusão de informação sobre os métodos de garantia de qualidade e os resultados obtidos nos Estados-membros; esta informação destinar-se-á ao público em geral, aos decisores, aos profissionais de saúde, às autoridades financeiras e aos educadores;
- ii) preste apoio aos Estados-membros com vista à criação e implementação de programas de garantia de qualidade dos cuidados;

¹⁾ Documento AFR/RC45/16 Rev.1

- iii) incite os Estados-membros a consagrar uma determinada percentagem do respectivo orçamento de cooperação técnica com a OMS às actividades de garantia de qualidade;
- iv) apresente ao Comité Regional, por ocasião da sua 47ª sessão, um relatório sobre os progressos realizados na implementação do disposto na presente resolução.

Oitava sessão, 11 de Setembro de 1995

AFR/RC45/R4: PROGRAMA REGIONAL DE CONTROLO DO PALUDISMO ¹⁾

Constatando o agravamento da situação epidemiológica do paludismo em alguns países, como demonstrado pelo aumento do número de casos, pela ocorrência de epidemias mortíferas e pelo aparecimento de um elevado grau de resistência do parasita do paludismo aos medicamentos antipalúdicos, em particular na África Austral e Oriental;

Preocupado com as graves dificuldades encontradas no combate ao paludismo e que têm a ver essencialmente com o fraco empenhamento dos poderes públicos em termos de recursos humanos e financeiros, com o insuficiente envolvimento das comunidades, com o fraco nível de desempenho dos profissionais de saúde, com a escassez de medicamentos para o tratamento dos doentes e de meios de prevenção, bem como com a deslocação de populações;

Convicto de que todas estas dificuldades resultam em grande parte da fraca mobilização social em prol do combate ao paludismo;

Tendo analisado o relatório do Director Regional constante do documento AFR/RC45/11 sobre a situação do programa regional de controlo do paludismo na Região;

Tendo tomado conhecimento, com satisfação, da evolução da vacina SPF66 desenvolvida pelo Dr. Patarroyo;

O COMITÉ REGIONAL,

1. **APROVA** a iniciativa do Director Regional tendente a promover a aceleração da implementação da estratégia regional, de modo a obter resultados concretos que permitam motivar os países e os doadores a investir mais nesse programa;
2. **DECIDE** que se realizem, a partir de 1996, em todos os países onde o paludismo for endémico, Jornadas Nacionais de Mobilização Social em prol do combate ao paludismo;
3. **APELA** aos Estados-membros, às organizações internacionais, aos organismos de cooperação multilateral e bilateral, às instituições técnicas e científicas e às organizações não-governamentais para que mobilizem recursos técnicos, materiais e financeiros suplementares para apoiar a realização de Jornadas Nacionais de Mobilização Social em prol do combate ao paludismo, a melhoria da gestão dos casos e a promoção da utilização de materiais impregnados de insecticida;

¹⁾ Documento AFR/RC45/11

4. **CONVIDA** os Estados-membros a:

- i) intensificar o empenhamento dos profissionais de saúde e das comunidades com vista a implementar de modo duradouro as duas principais intervenções de combate a este flagelo, isto é, a gestão correcta dos casos de paludismo e a protecção individual com mosquiteiros e outros materiais impregnados de insecticida, em particular assegurando a sua disponibilidade e a sua aceitação pelas comunidades;
- ii) providenciar no sentido de descentralizar as actividades de combate ao paludismo, em particular para as comunidades;

5. **SOLICITA** ao Director Regional que:

- i) promova a realização de Jornadas Nacionais de Mobilização Social em prol do combate ao paludismo junto dos líderes políticos, das organizações internacionais e doutros parceiros;
- ii) preste o apoio técnico necessário ao planeamento e à avaliação dessas Jornadas;
- iii) prossiga os esforços no sentido de melhorar as capacidades nacionais, em particular no que diz respeito ao tratamento precoce e correcto dos casos de paludismo, à utilização de material impregnado de insecticida como os mosquiteiros, à vigilância contínua e à avaliação dos programas nacionais;
- iv) acompanhe de perto a evolução da resistência do *Plasmodium falciparum* nos países da Região, em particular nos que estão mais confrontados com este problema;
- v) mantenha os Estados-membros e o Comité Regional informados dos progressos realizados na implementação do disposto na presente resolução e da evolução da vacina antipalúdica SPF66.

Oitava sessão, 11 de Setembro de 1995

**AFR/RC45/R5 : PROGRAMA ALARGADO DE VACINAÇÃO¹⁾:
OBJECTIVOS DA LUTA CONTRA A DOENÇA - COMEÇOU
A CONTAGEM DECRESCENTE !**

Considerando várias resoluções sobre o PAV aprovadas nos últimos anos, incluindo as Resoluções AFR/RC42/R4, AFR/RC43/R8 e AFR/RC44/R7, sobre intervenções prioritárias visando a aceleração do programa e a consecução dos seus objectivos;

Tendo analisado as estratégias e actividades propostas para cada bloco epidemiológico, como parte do Plano Regional de Acção para o PAV entre 1996 e 2000;

¹⁾ Documento AFR/RC45/12

Tendo analisado o relatório do Director Regional sobre os progressos alcançados no Programa Alargado de Vacinação na Região Africana;

O COMITÉ REGIONAL,

1. **APROVA** as orientações apresentadas no relatório do Director Regional para os programas de vacinação em África;
2. **INSTA** os Estados-membros a:
 - i) delinear os seus Planos de Acção nacionais estratégicos do PAV de modo a cobrirem o período até ao ano 2000, com actividades específicas visando a mobilização social, a integração e a continuidade, bem como as necessidades orçamentais e dotações nacionais de recursos, a fim de alcançar a erradicação da poliomielite, a eliminação do tétano neonatal, o controlo do sarampo e outros objectivos do PAV fixados para a década de 90;
 - ii) planear e realizar dias nacionais de vacinação e outras actividades suplementares de vacinação, tais como campanhas de vacinação em massa onde forem aconselháveis, pelo menos duas vezes por ano, de preferência de modo sincronizado nos países do mesmo bloco epidemiológico, e não depois de 1997;
3. **REAFIRMA** a sua gratidão ao Rotary Internacional, aos Centros para o Controlo das Doenças dos EUA, ao UNICEF, à USAID, à Associação Canadiana de Saúde Pública e a outros parceiros do PAV pelo seu apoio às actividades do PAV em África, e convida os outros doadores a aumentar os seus contributos para benefício das jovens gerações africanas;
4. **SOLICITA** ao Director Regional que:
 - i) promova as estratégias do PAV para alcançar a erradicação da poliomielite em África, nos seus encontros com Chefes de Estado, dirigentes políticos e outros líderes de opinião de alto nível, de modo a garantir o seu empenhamento e apoio aos programas nacionais de vacinação;
 - ii) acompanhe de perto a implementação das estratégias de controlo das doenças-alvo do PAV nos blocos epidemiológicos da África Oriental e Austral, bem como em alguns países doutros blocos epidemiológicos, pois os seus sucessos serão primordiais para aumentar a eficácia das estratégias regionais e para impulsionar a erradicação da poliomielite e as iniciativas de redução/eliminação de outras doenças em toda a Região;
 - iii) estreite a colaboração com todas as organizações internacionais, os doadores e outros parceiros do PAV, para alcançar uma melhor coordenação de políticas e recursos, garantindo a eficiência e a continuidade dos programas de vacinação;
 - iv) apresente, por ocasião da 46ª sessão do Comité Regional, um relatório sobre os progressos alcançados.

Nona sessão, 12 de Setembro de 1995

**AFR/RC45/R6 : PREVENÇÃO DAS INCAPACIDADES E REABILITAÇÃO :
ANÁLISE DA SITUAÇÃO REGIONAL E FUTURAS TENDÊNCIAS¹⁾**

Reconhecendo que a reabilitação é a quarta componente mais importante dos cuidados primários de saúde e tendo em conta a pertinência dos programas de prevenção das incapacidades e de reabilitação para atingir o objectivo social Saúde para Todos no Ano 2000;

Aceitando os princípios orientadores para cuidar das pessoas com incapacidades, constantes dos seguintes documentos das Nações Unidas:

- Programa Mundial de Acção para as pessoas com incapacidades;
- Normas sobre a igualdade de oportunidades para as pessoas com incapacidades;
- Carta das Nações Unidas sobre os direitos das pessoas deficientes mentais;

Tendo presente a magnitude dos problemas de incapacidade na Região;

Notando que a estratégia de reabilitação baseada na comunidade propicia um quadro para desenvolver e prestar todos os tipos de reabilitação e para garantir que os serviços alcancem as pessoas com incapacidades nas suas comunidades;

Tendo analisado o relatório do Director Regional contido no documento AFR/RC45/15;

O COMITÉ REGIONAL,**1. APELA** aos Estados-membros para que:

- i) criem ou reforcem políticas e programas nacionais completos de prevenção das incapacidades e de reabilitação, usando a estratégia de reabilitação baseada na comunidade;
- ii) promovam a integração dos programas de reabilitação nos sistemas nacionais de saúde baseados nos cuidados primários de saúde;
- iii) promovam a formação de pessoal de reabilitação, em especial a nível da comunidade e do distrito;
- iv) aperfeiçoem ou criem sistemas de informação sobre gestão com indicadores adequados, para facilitar o acompanhamento e a avaliação da prevenção das incapacidades e da reabilitação;
- v) envolvam as pessoas com incapacidades na elaboração dos programas de prevenção da incapacidade e de reabilitação;

2. SOLICITA ao Director Regional que :

- i) continue a dar aos Estados-membros o necessário apoio técnico para o reforço dos seus programas nacionais de prevenção das incapacidades e de reabilitação;

¹⁾ Documento AFR/RC45/15

- ii) estreite a colaboração com outras agências das Nações Unidas e organizações não-governamentais empenhadas em programas de prevenção das incapacidades e de reabilitação;
- iii) apresente, na 47ª sessão do Comité Regional, um relatório sobre os progressos realizados neste programa.

Nona sessão, 12 de Setembro de 1995

AFR/RC45/R7 : SAÚDE DOS JOVENS E ADOLESCENTES : SITUAÇÃO E ANÁLISE DAS TENDÊNCIAS¹⁾

Reconhecendo que a saúde dos jovens e adolescentes constitui um elemento primordial para a saúde das gerações vindouras e para o desenvolvimento sanitário em geral, e que a actual e futura saúde dos jovens depende essencialmente das suas acções, opções e comportamento, bem como do meio ambiente;

Notando que os actuais conhecimentos e a informação existente não mostram devidamente a magnitude dos problemas que afectam a saúde dos jovens e adolescentes;

Consciente das características multisectoriais e multidisciplinares desses problemas;

Tendo analisado o relatório do Director Regional constante do documento AFR/RC45/14:

O COMITÉ REGIONAL,

1. APELA aos Estados-membros para que:

- i) envolvam os próprios jovens e aqueles que com eles trabalham na elaboração de políticas e programas adequados para os jovens e adolescentes, com particular incidência numa estratégia multisectorial e multidisciplinar;
- ii) mobilizem os recursos locais e externos necessários para prestar cuidados apropriados aos jovens e adolescentes;
- iii) procedam à revisão dos programas de formação de todas as categorias de profissionais de saúde para melhorar as capacidades nacionais nas áreas da comunicação, do aconselhamento e da gestão dos problemas de saúde dos jovens e adolescentes;
- iv) criem ou reforcem sistemas de informação sobre gestão, com indicadores apropriados para facilitar o acompanhamento e a avaliação da saúde dos jovens e adolescentes;

¹⁾ Documento AFR/RC45/14

2. SOLICITA ao Director Regional que:

- i) apoie os Estados-membros na elaboração e implementação de políticas e programas de saúde dos jovens e adolescentes, com carácter multisectorial e multidisciplinar, fortalecendo a prestação de serviços, a formação e a investigação operacional;
- ii) realize seminários interpaíses sobre gestão, formação e investigação operacional relativas à saúde dos jovens e adolescentes, para melhorar as capacidades nacionais;
- iii) elabore uma estratégia regional para ajudar os países a enfrentar os problemas deste grupo-alvo de maneira integrada;
- iv) apresente, por ocasião da 48ª sessão do Comité Regional, um relatório sobre os progressos realizados na saúde dos jovens e adolescentes.

Nona sessão, 12 de Setembro de 1995

AFR/RC45/R8 : ERRADICAÇÃO DA DRACUNCULOSE¹⁾

Notando que a estratégia adoptada para atingir a erradicação da dracunculose resultou, desde o início da sua implementação, numa diminuição espectacular da incidência desta doença;

Reconhecendo que, à medida que a incidência da doença diminuir, será sem dúvida difícil manter o nível de empenhamento das comunidades, dos líderes e doutros parceiros nacionais e internacionais;

Tendo analisado o relatório do Director Regional constante do documento AFR/RC45/13;

O COMITÉ REGIONAL,

1. **APROVA** o relatório do Director Regional;
2. **APROVA** a continuação e a aceleração da implementação de uma estratégia que combine o abastecimento de água potável, a vigilância activa, a educação para a saúde, o combate aos vectores e a profilaxia individual, com vista a erradicar a dracunculose;
3. **INSTA** todos os Estados-membros afectados a:
 - i) tomar medidas apropriadas para manter o empenhamento das comunidades e dos outros parceiros até à erradicação da doença;
 - ii) reforçar a vigilância activa baseada na comunidade, integrando-a nas actividades de cuidados primários de saúde;

¹⁾ Documento AFR/RC45/13

4. **REITERA** os seus sinceros agradecimentos aos organismos de cooperação bilateral, às organizações não-governamentais e às fundações privadas pelos seus contributos e convida-os a manter o seu apoio aos países onde a dracunculose é endémica, com vista à erradicação desta doença;
5. **SOLICITA** ao Director Regional que:
 - i) adapte a estratégia regional ao contexto epidemiológico actual da dracunculose na Região;
 - ii) intensifique o apoio técnico prestado aos países com vista a acelerar o processo de erradicação da dracunculose;
 - iii) apresente ao Comité Regional, por ocasião da sua quadragésima-sexta sessão, um relatório sobre os progressos realizados na erradicação da dracunculose.

Nona sessão, 12 de Setembro de 1995

AFR/RC45/R9 : IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE PARA TODOS

Considerando a sua Resolução AFR/RC43/R10, na qual solicitou ao Director Regional que prosseguisse e intensificasse a cooperação com o Banco Mundial e outros parceiros interessados, no âmbito do estudo **Melhor Saúde em África**;

Considerando o estudo **Melhor Saúde em África** conforme às posições políticas que a Organização Mundial de Saúde tem vindo a tomar desde há muito tempo, como a Declaração de Alma-Ata;

Tendo ouvido a declaração do Presidente do Painel de Peritos sobre **Melhor Saúde em África**;

Regozijando-se com a liderança africana na reforma do sector da Saúde e reafirmando a sua importância, tanto a nível regional através da OMS e do Painel de Peritos sobre **Melhor Saúde em África**, como a nível dos países através dos Ministérios da Saúde e dos seus numerosos parceiros locais;

O COMITÉ REGIONAL,

1. **APROVA** o estudo **Melhor Saúde em África** como um quadro de orientação para a reforma do sector da Saúde, a nível dos países;
2. **SOLICITA** ao Director Regional que mantenha o empenhamento activo da OMS na reforma do sector da Saúde e prossiga as actividades do Painel de Peritos sobre **Melhor Saúde em África**;
3. **CONVIDA** os doadores a patrocinar as actividades do Painel.

Nona sessão, 12 de Setembro de 1995

AFR/RC45/R10 : MOÇÃO DE AGRADECIMENTO

Considerando os enormes sacrifícios feitos pelo Governo do Gabão, que não poupou nem tempo, nem esforços, nem recursos para garantir o êxito da 45^a sessão do Comité Regional Africano, realizada em Libreville, entre 6 e 13 de Setembro de 1995;

Apreciando o acolhimento excepcionalmente caloroso e fraterno que o Governo e o povo do Gabão dispensaram aos delegados;

Considerando o empenhamento político e a determinação dos responsáveis nacionais na implementação das estratégias destinadas a instaurar a Saúde para Todos através dos cuidados primários de saúde;

O COMITÉ REGIONAL,

1. Expressa os seus mais sinceros agradecimentos a Sua Excelência, o Presidente da República e Chefe do Estado, El Hadj Omar Bongo, por ter aceite acolher a quadragésima-quinta sessão do Comité Regional Africano e manifestado grande interesse pelo conforto dos participantes;
2. Felicita Sua Excelência, o Primeiro-Ministro do Governo da República do Gabão, Paulin Obame Nguema, pela importante mensagem que dirigiu ao Comité Regional, em nome do Chefe de Estado, aquando da cerimónia de abertura, em que encorajou os Estados-membros a procurar novas soluções para os problemas de desenvolvimento sanitário na Região através da solidariedade;
3. Expressa a sua profunda gratidão ao povo e ao Governo do Gabão pela sua calorosa hospitalidade;
4. Solicita ao Director Regional que transmita esta moção de agradecimento a Sua Excelência, o Presidente da República e Chefe do Estado, El Hadj Omar Bongo.

Décima-quarta sessão, 13 de Setembro de 1995

PARTE II

RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL

SESSÃO DE ABERTURA

1. A quadragésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da OMS foi aberta em Libreville, Gabão, na quarta-feira, 6 de Setembro de 1995, por Sua Excelência Paulin Obame Nguema, Primeiro Ministro gabonês, em nome de Sua Excelência El Hadj Omar Bongo, Presidente da República do Gabão. A cerimónia de abertura contou igualmente com a presença das seguintes personalidades : Ministros e outros Chefes de Delegação dos Estados-membros; Dr. E. M. Samba, Director Regional da OMS para África; Membros do Corpo Diplomático; Professor O. Ransome-Kuti, Presidente do Painel de Peritos do Banco Mundial sobre Melhor Saúde em África; Sra. Torild Skard, Directora Regional do UNICEF para a África Ocidental e Central; representantes de organizações internacionais, intergovernamentais e não-governamentais.
2. O Ministro da Saúde do Burkina Faso, Sr. N. C. Dabiré, Primeiro Vice-presidente da 44ª sessão do Comité Regional, presidiu à cerimónia de abertura.
3. Na sua alocução de abertura, o Sr. Dabiré chamou a atenção do Comité Regional para a preocupante situação sanitária da Região, que se agravava devido à emergência de novos problemas sócio-sanitários e aos efeitos da crise económica mundial. Acrescentou que, no ano transacto, o continente africano estivera confrontado com situações de emergência particularmente graves, afectando em particular o Ruanda, a Serra Leoa, a Libéria e o Burundi, para além das consequências da seca na África Austral.
4. Felicitou em seguida o Comité Regional por ter eleito para Director Regional, no decorrer da sua 44ª sessão, o Dr. Ebrahim M. Samba, um trabalhador incansável, pragmático e completamente dedicado ao desenvolvimento social e económico da África.
5. Regozijou-se igualmente com a colaboração activa estabelecida entre a Sede Regional, a Sede Mundial da OMS e outras instituições das Nações Unidas, que permitira controlar rapidamente a epidemia mortífera de febre hemorrágica por vírus Ebola, ocorrida em Kikwit, no Zaire.
6. Concluindo, o Sr. Dabiré fez votos para que a solidariedade, que sempre reinara no seio do Comité Regional, fosse reforçada, de modo a que a Região Africana pudesse alcançar um desenvolvimento sanitário e económico harmonioso.
7. Na sua alocução, o Professor O. Ransome-Kuti, Presidente do Painel de Peritos sobre Melhor Saúde em África, começou por referir as características dos indicadores de saúde constantes do Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial (1993), que mostravam melhorias significativas na esperança de vida e na sobrevivência infantil, nas últimas três décadas. Salientou os principais problemas com que se debatiam os sistemas de saúde, tais como grandes desperdícios, compra e utilização não racionais de medicamentos, administração supercentralizada e má gestão.
8. Fez notar que o Painel redefinira o respectivo papel e actividades em Fevereiro de 1995, de modo a proceder à difusão dos resultados do estudo "Melhor Saúde em África" e a promover a reforma do sector da Saúde, cujo programa versaria sobre: o papel do Estado e dos seus parceiros não-governamentais; a estrutura do sistema de saúde; a definição dos custos, conteúdo e funções de um pacote mínimo de serviços de saúde com uma boa relação custo-eficácia e acessível a todos; a descentralização dos serviços de saúde; as medidas destinadas a reduzir os custos dos produtos farmacêuticos para os consumidores; a reorientação da formação e gestão dos profissionais de saúde;

o financiamento dos cuidados de saúde. Acrescentou que, desde que o Vice-presidente do Banco Mundial para a Região Africana, Sr. E. V. Jaycox, manifestara o desejo de ver os africanos assumir a responsabilidade pelo seguimento do estudo, solicitara aos membros do Painel que desempenhassem o principal papel nesse campo.

9. Referiu em seguida que a liderança da reforma do sector da Saúde pelos africanos era crucial, devendo os membros do Painel agir como catalisadores e promotores, ao passo que os diversos protagonistas a nível dos países deveriam ser consultados e mobilizados. Acrescentou que os membros do Painel estavam a fazer propostas de actividades a empreender nos seus próprios países, estando igualmente a ser planeada a realização de uma série de seminários interpaíses e de outros acontecimentos, para facilitar o intercâmbio de experiências sobre a reforma do sector da Saúde.

10. Salientou que os objectivos do Painel eram fundamentalmente os mesmos da OMS, isto é, alcançar melhor Saúde para Todos, e que a missão do Painel complementava a da OMS. Agradeceu igualmente a cooperação que o Painel obtivera da parte do Director Regional.

11. Finalmente, declarou que embora as actividades do Painel fossem patrocinadas por organismos de cooperação bilateral e multilateral, bem como pela Fundação W. K. Kellogg, o mesmo não estava sujeito a orientações significativas de qualquer organização internacional ou doador.

12. A Directora Regional do UNICEF para a África Ocidental e Central, Sra. Torild Skard, assinalou a estreita colaboração existente, há muitos anos, entre a OMS e o UNICEF, que contribuía significativamente para os progressos realizados pela Região Africana na melhoria do estado de saúde e nutricional das mulheres e crianças.

13. Salientou que a África sempre fora uma prioridade para o UNICEF e que tal havia sido claramente reiterado pela sua nova Directora Executiva, Sra. Carol Bellamy, cuja primeira visita oficial ao terreno havia contemplado o continente africano. Acrescentou que, com base nas ilações tiradas, o UNICEF pusera a tónica no reforço dos sistemas nacionais de saúde no âmbito da Iniciativa de Bamaco e na concessão de poderes às comunidades.

14. Realçou que, atendendo aos esforços já envidados, o UNICEF dedicara particular atenção à sobrevivência, desenvolvimento e protecção da criança. A recente emergência de uma zona livre de poliomielite na África Austral suscitara a esperança de que era efectivamente possível erradicar esta doença até ao ano 2000, contanto que as taxas de cobertura vacinal já alcançadas fossem mantidas e melhoradas.

15. Sublinhou que o paludismo tornara-se um desafio importante e que o UNICEF estava a tentar promover a implementação de um pacote mínimo de actividades nos centros de saúde e nas comunidades, com vista a tratar mais eficazmente deste e doutros importantes problemas de saúde das mulheres e crianças.

16. Finalmente, frisou que os desafios que os governos e as instituições como a OMS e o UNICEF tinham de enfrentar, hoje mais do que nunca, era assegurar que as actividades de desenvolvimento fossem devidamente planeadas e implementadas em benefício das pessoas mais necessitadas e contribuíssem eficazmente para aliviar a pobreza. Isso significava que as medidas tomadas deveriam permitir às mulheres contribuir eficazmente para o desenvolvimento, incluindo a sua participação na elaboração e implementação das políticas de Saúde e Educação.

17. Na sua alocução, o Sr. Pascal Gayama, Secretário-Geral Adjunto da OUA, declarou que somente a vontade política e o *know-how* dos africanos poderia resolver o paradoxo de um continente extremamente rico com populações das mais pobres do mundo.
18. Referiu que, com a declaração do Plano de Acção Africano sobre a situação das mulheres no contexto da saúde da família, adoptada em Adis Abeba, em Junho de 1995, a OUA reiterara o seu ponto de vista sobre o lugar das mulheres no processo de desenvolvimento.
19. Acrescentou que a prioridade de que se revestia a Saúde exigia uma estratégia ao mesmo tempo multissetorial e pluri-institucional. O desenvolvimento de uma vacina antipalúdica pelo Dr. Patarroyo da Colômbia mostrava que a ciência podia fazer milagres, contanto que nós, nos países em desenvolvimento, acreditássemos em nós próprios e dedicássemos a atenção e os recursos necessários à resolução dos nossos problemas.
20. Em diversas ocasiões, sublinhou, a OUA mostrara a sua boa-vontade em adaptar-se às suas novas responsabilidades, que incluíam a Saúde e o Desenvolvimento. A África deveria organizar-se, a fim de não dar a impressão que deixa unicamente à comunidade internacional a responsabilidade de procurar e aplicar soluções para os seus problemas.
21. Concluindo, fez notar que só a defesa do ambiente e da biodiversidade poderiam garantir às gerações presentes e vindouras um bom estado de saúde e um desenvolvimento sustentável. Um continente que não domina suficientemente a tecnologia que usa, não poderia esperar ser auto-suficiente ou, inclusive, capaz de negociar devidamente em seu próprio nome.
22. O Dr. E. M. Samba, que dirigia o seu primeiro Comité Regional na qualidade de Director Regional, começou por realçar a preocupante situação sanitária em África, que continuava a envolver as populações africanas num círculo vicioso de doença, pobreza e desenvolvimento.
23. Assinalou que a África estava ao mesmo tempo confrontada com doenças da pobreza, como o paludismo, a cólera e a disenteria, com doenças ligadas aos estilos de vida modernos, como o consumo de drogas, os acidentes e a hipertensão, com o ressurgimento de antigas doenças, como a febre amarela e a peste, e igualmente com novas doenças, como a infecção pelo HIV/SIDA e a febre hemorrágica por vírus Ebola.
24. Fez notar que a situação económica precária da maioria dos Estados-membros da Região Africana estava a agravar-se devido, por um lado, à vulnerabilidade dos africanos às decisões tomadas unilateralmente por outros em nome deles e, por outro lado, devido às catástrofes recorrentes quer naturais quer provocadas por nós próprios.
25. Referiu que a percepção da África Subsariana a nível mundial piorara, dado que os doadores tinham-se cansado de tentar encher um poço sem fundo, não vendo ao mesmo tempo quaisquer resultados positivos. No entanto, a pobreza da África resultava mais dos problemas de má gestão do que da falta de recursos.
26. O Dr. Samba acrescentou que uma das principais vertentes do seu mandato seria a melhoria da gestão da Saúde na Região, por forma a restaurar a auto-confiança. Referiu que já eram evidentes algumas dessas mudanças tanto na Sede Regional como nas Representações da OMS nos países.

27. Finalmente, enumerou as reformas já em fase adiantada de implementação:

- Publicação de um documento explícito sobre a missão da Sede Regional nos próximos cinco anos;
- Revisão e instituição de mecanismos mais rigorosos de controlo da gestão financeira;
- Instituição de uma gestão aberta e transparente, que permite ao pessoal fazer ouvir a sua voz;
- Restauração da dignidade humana, de modo a que cada funcionário possa novamente considerar-se como um actor importante da luta pela excelência numa OMS unitária;
- Restauração do valor da consciência profissional;
- Instalação de equipamento moderno, incluindo um receptor/transmissor via satélite, para facilitar as comunicações entre a Sede Regional, os Estados-membros e o resto do mundo;
- Generalização da informatização e acesso às auto-estradas da informação.

28. O Dr. Hiroshi Nakajima, Director-Geral da OMS, resumiu em seguida o primeiro Relatório sobre a Saúde no Mundo em 1995, evidenciando as diferenças entre povos dos países desenvolvidos e dos países em desenvolvimento, em termos de sofrimento, doença e morte, bem como entre ricos e pobres e entre privilegiados e desprotegidos. Após ter-se referido aos cuidados primários de saúde como a estratégia adequada para atingir a Saúde para Todos, realçou que era nosso dever obter resultados concretos em todo o nosso processo de desenvolvimento.

29. Fez notar que, embora fosse técnica e médica, a missão da OMS também era essencialmente social e ética. Consequentemente, decidira promover a integração e a coordenação funcionais das actividades de saúde. O ressurgimento de doenças que se pensava estarem controladas e a emergência de novas doenças, como a SIDA e a febre hemorrágica por vírus Ebola, haviam mostrado a necessidade de manter sistemas de vigilância epidemiológica completamente operacionais e serviços de intervenção rápida. A este propósito, era importante poder confiar nas redes internacionais de informação e de cooperação. A eficiência dessa cooperação fora demonstrada durante a recente epidemia de febre hemorrágica por vírus Ebola.

30. Acrescentou que, para fazer face eficazmente à complexidade e magnitude dos problemas de saúde actuais, era indispensável integrar os objectivos de saúde em todas as políticas públicas, quer as mesmas fossem globais ou sectoriais, nacionais ou internacionais. Sublinhou que não nos podíamos resignar com uma situação em que a mortalidade infantil podia ser trinta vezes maior num país do que noutra. Por isso, a redução da mortalidade e morbidade materna e infantil era uma das prioridades absolutas da OMS nas suas parcerias, em especial com o UNICEF e o PNUD.

31. O Dr. Nakajima manifestou o seu profundo pesar pelo reatamento dos testes nucleares no Pacífico. Frisou que a questão da legalidade da utilização de armas nucleares havia sido posta pela Organização Mundial de Saúde e pelas Nações Unidas ao Tribunal Internacional de Justiça, na Haia. Nenhuma arma nuclear era absolutamente segura. Consequentemente, sublinhou, a OMS defendia a criação de um mundo livre da ameaça nuclear.

32. Concluindo, referiu que a participação da África no desenvolvimento sanitário mundial era indispensável. Recordou o compromisso que assumira perante a Assembleia Mundial da Saúde de promover a participação dos países africanos, incluindo a nível do Secretariado da OMS na Sede Mundial. Declarou que a primeira mulher africana a ocupar o posto de Director-Geral Adjunto na OMS tinha sido há pouco nomeada. Além disso, para preservar o consenso e a solidariedade de todos os membros da OMS, fora decidido transferir onze milhões de dólares EUA para a Região Africana.

33. Sua Excelência, Paulin Obame Nguema, Primeiro-Ministro da República do Gabão, ao transmitir a mensagem do seu Chefe de Estado, deu as boas-vindas aos participantes, fazendo notar que fazia exactamente treze anos que o Gabão havia acolhido pela última vez o Comité Regional.

34. Referiu que a crise sócio-económica mundial tivera um impacto negativo sobre o estado de saúde da população, provocando a recrudescência de antigas doenças como a tuberculose, a febre amarela e a peste, ao mesmo tempo que novas doenças como a infecção pelo HIV e a SIDA tinham alastrado.

35. Declarou que os Estados-membros deveriam esforçar-se por encontrar novas soluções através da solidariedade e da colaboração com a OMS e os doadores, de modo a acelerar a implementação dos seus programas de desenvolvimento sanitário.

36. Fez notar que os países africanos não eram mais pobres do que outros países em desenvolvimento que haviam feito melhor e sugeriu que o Comité Regional estabelecesse um programa global baseado em metas realistas e norteado por resoluções exequíveis. Prometeu que o Gabão daria o seu contributo para encontrar soluções para os problemas de saúde da Região, através da investigação.

37. Finalmente, o Primeiro-Ministro fez votos de sucesso para os trabalhos do Comité e declarou oficialmente aberta a quadragésima-quinta sessão do Comité Regional.

ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHOS

38. O Sr. Christophe Dabiré submeteu a ordem do dia provisória (documento AFR/RC45/1 Rev.2) à apreciação do Comité, que a aprovou.

Constituição da Comissão de Designações

39. O Comité Regional nomeou uma Comissão de Designações composta por representantes dos seguintes 12 Estados-membros: Angola, Benim, Botsuana, Camarões, Eritreia, Libéria, Mali, Madagáscar, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Senegal e Suazilândia. O Dr. Martinho Sanches Epalanga, Ministro da Saúde de Angola, foi eleito para Presidente da Comissão.

Eleição do Presidente, Vice-presidentes e Relatores

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

Presidente:	Dr. S. Mba Bekalé Ministro da Saúde do Gabão
--------------------	---

**ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA :
RELATÓRIO BIENAL DO DIRECTOR REGIONAL RELATIVO A 1993-1994**
(documento AFR/RC45/3)

Apresentação

45. Na introdução ao seu relatório, o Director Regional recordou que o período abrangido pelo mesmo era anterior à data em que assumira as suas funções de Director Regional. Acrescentou que os seus colaboradores usariam sucessivamente da palavra para apresentar as diferentes partes do relatório, após a sua breve introdução.

46. Salientou, em seguida, que os problemas políticos, sociais e económicos tinham continuado a afectar muitos países da Região e a ter efeitos devastadores nos sistemas nacionais de saúde. Além disso, diversos surtos epidémicos de cólera, disenteria bacilar, meningite cerebrospinal e febre amarela haviam ocorrido em alguns países.

47. Fez notar que as actividades da Sede Regional tinham sido gravemente entravadas pelas fases de insegurança em Brazzaville, cidade onde estava localizada a Sede Regional. Descreveu as várias estratégias e esforços desenvolvidos para minimizar os respectivos efeitos na cooperação técnica da OMS com os Estados-membros da Região.

48. Referiu que, apesar dos múltiplos problemas encontrados durante o período em apreço, fora possível realizar com êxito algumas intervenções e actividades. Em seguida, convidou os directores de divisão a fazerem breves apresentações do relatório bienal do Director Regional relativo a 1993-1994.

49. O Dr. D'Almeida, Director da Gestão do Programa, fez uma descrição geral das actividades realizadas durante o período em apreço, com realce para algumas áreas como o apoio aos países para implementar o Pacote Mínimo Distrital de Saúde para Todos e a melhoria da qualidade dos cuidados, a todos os níveis do sistema de saúde.

50. No campo do Desenvolvimento e Administração do Conjunto dos Programas, descreveu as melhorias efectuadas no sistema AFROPOC, de modo a incrementar a eficácia e a eficiência do programa de cooperação técnica da OMS com os Estados-membros. Salientou que a Sede Regional, através dos três órgãos criados pelo Director-Geral, também contribuíra activamente para a implementação das recomendações do Conselho Executivo sobre a resposta da OMS às mutações mundiais, em particular no respeitante à reforma do processo de gestão da Organização.

51. Prosseguindo, o Dr. D'Almeida salientou que haviam sido concedidas 521 bolsas, 62 por cento das quais para estudos na Região Africana. Além disso, mais de 100 candidatos tinham recebido subsídios ou prémios para investigação em saúde pública e ciências sociais.

52. Realçou que prosseguira a colaboração entre a Sede Regional e as outras agências das Nações Unidas, tendo-se estabelecido um mecanismo de colaboração interagências como uma das estratégias para melhorar o apoio das Nações Unidas a nível dos países. Além disso, prosseguira a estreita colaboração da Sede Regional com o Banco Africano de Desenvolvimento (BAD), bem como com a OUA.

53. Finalmente, o Dr. D'Almeida sublinhou que os órgãos directivos da Organização tinham tomado três decisões dignas de nota, a saber: a designação do Dr. B. K. Temane, Ministro da Saúde do Botsuana, como Presidente da 47ª Assembleia Mundial da Saúde; a admissão da Eritreia e a readmissão da República da África do Sul, na Assembleia Mundial da Saúde e no Comité Regional; a eleição do Dr. Ebrahim M. Samba para Director Regional da OMS para África, por ocasião da Quadragésima-quarta sessão do Comité Regional, que fora o principal acontecimento durante o biénio.

Tecnologias e Ciências da Saúde aplicadas à luta contra a doença

54. O capítulo 5 do relatório, relativo às Tecnologias e Ciências de Saúde aplicadas à luta contra a doença, foi apresentado pelo Dr. D. Barakamfitye (Secretariado).

55. Salientou que o combate às doenças tropicais centrara-se essencialmente na oncocercose e na tripanossomíase. Para além do Programa de Combate à Oncocercose (PCO), que estava a revitalizar as suas relações com a Sede Regional, 16 outros países afectados pela oncocercose seriam beneficiados com um programa conjunto desenvolvido pelo Banco Mundial, por organizações não-governamentais vocacionadas para o desenvolvimento e pela OMS, em concertação com esses países.

56. Declarou que as doenças diarreicas, as infecções respiratórias agudas e o paludismo eram as principais causas de mortalidade e morbidade nas crianças com menos de cinco anos. Os progressos alcançados durante o período abrangido pelo relatório tinham a ver com a melhoria do acesso aos pacotes de sais de reidratação oral, o aumento da utilização da terapia de reidratação oral ao domicílio e nas unidades de saúde, e o aumento do número de países com Planos de Acção nacionais para o controlo das infecções respiratórias agudas.

57. Salientou os progressos significativos realizados no combate à tuberculose, referindo, porém, que a situação continuaria a ser dramática a menos que se intensificassem os esforços, atendendo ao agravamento da pandemia do HIV/SIDA.

58. Assinalou a crescente disseminação de epidemias, cada vez mais fatais. Enumerou as principais doenças epidémicas na Região, isto é, a cólera, a disenteria bacilar, a meningite meningocócica, a peste, o paludismo e a febre hemorrágica viral. Durante o período em apreço, 22 países haviam notificado epidemias de cólera. A epidemia de cólera mais devastadora da história africana fora, sem margem para dúvidas, a que eclodira em Goma, na sequência do afluxo sem precedentes de refugiados ruandeses ao Zaire.

59. Referiu os progressos espectaculares realizados no sentido da eliminação da lepra, com cerca de 60 por cento de redução dos casos em 1994, por comparação com 1993.

60. Frisou que, no futuro, o combate às doenças devia fazer parte da reforma global dos sistemas nacionais de saúde, dando prioridade às seguintes áreas : formação em epidemiologia para equipas distritais de saúde; gestão rigorosa dos programas e definição de mecanismos adequados para nortear as relações entre as comunidades e os doadores; integração das actividades a nível distrital. Seria ainda necessário um apoio da OMS mais rápido, mais bem orientado e melhor coordenado.

61. Concluiu afirmando que, apesar dos progressos feitos na prevenção e luta contra a doença, seria ainda necessário melhorar a coordenação dos esforços.

Apoio à Protecção e Promoção da Saúde em Geral

62. O capítulo 4 do relatório, relativo ao Apoio à Protecção e Promoção da Saúde em Geral, foi apresentado pelo Dr. S. Thorpe (Secretariado).

63. Enumerou as principais iniciativas e domínios prioritários de acção durante o período em apreço, a saber: a tónica posta na aceleração da redução da morbilidade e mortalidade materna e neonatal e na maternidade sem risco, graças à adaptação pelos países da iniciativa Mãe-Bébé, no âmbito do pacote mínimo distrital de saúde; a promoção de políticas e programas baseados na comunidade, nas áreas da saúde mental, saúde oral, saúde das pessoas idosas, reabilitação e saúde ocupacional; o incremento da participação comunitária nas actividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC).

64. Fez notar que a Sede Regional ajudara vários países da Região a: elaborar planos nacionais de acção para a nutrição, adoptando a Iniciativa "Hospitais Amigos dos Bebés"; avaliar a magnitude das carências de micronutrientes; lançar um programa de iodação universal do sal. Quase todos os países da Região tinham designado coordenadores nacionais das actividades de "Mulheres, Saúde e Desenvolvimento", tendo alguns deles sido apoiados na preparação de projectos nacionais de investigação sobre questões de saúde prioritárias das mulheres.

65. Relativamente ao próximo biénio, assinalou que a Sede Regional cooperaria com os Estados-membros, dando apoio adequado à identificação e implementação, a nível distrital, das actividades essenciais à melhoria do estado de saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades, bem como ao reforço da educação e promoção da saúde, em todo o sistema de saúde. Para além disso, dar-se-ia assistência aos países na revisão dos seus programas de saúde materno-infantil, com relevância para a maternidade sem risco e os cuidados ao recém-nascido. Dar-se-ia também apoio à formulação de políticas e de estratégias para a promoção e melhoria da saúde dos adolescentes, bem como do estado nutricional das populações.

Apoio aos Sistemas Nacionais de Saúde

66. O capítulo 3 do relatório, relativo ao Apoio aos Sistemas Nacionais de Saúde, foi apresentado pelo Dr. M. Koumaré (Secretariado).

67. Referiu as principais actividades realizadas no âmbito da Análise da Situação Sanitária e das suas Tendências, a saber: avaliação do desempenho e reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária; realização da terceira monitorização dos progressos realizados na implementação da estratégia da Saúde para Todos.

68. Salientou o apoio prestado pela Sede Regional a 15 países para a organização e reorganização dos respectivos sistemas nacionais de saúde e para a melhoria das capacidades de gestão, a nível distrital.

69. Realçou em seguida a particular atenção dedicada à promoção da qualidade dos cuidados. Neste contexto, referiu a criação de um novo programa em 1994, bem como a realização de uma reunião regional sobre o reforço das unidades de saúde em matéria de qualidade dos cuidados e de perfil dos hospitais distritais.

70. No âmbito do Desenvolvimento dos Recursos Humanos em Saúde, descreveu as actividades realizadas com vista a reforçar as instituições de formação e a elaboração de planos e actividades de desenvolvimento de recursos humanos.

71. O Dr. Koumaré realçou em seguida os aspectos que haviam sido alvo de particular atenção na área dos Medicamentos Essenciais e Vacinas: elaboração de políticas farmacêuticas; compilação ou adopção de listas de medicamentos essenciais; racionalização dos procedimentos de compra; utilização óptima dos laboratórios regionais de controlo de qualidade dos medicamentos; criação de cursos de formação em gestão e utilização racional de medicamentos.

72. Frisou o apoio prestado à melhoria das capacidades nacionais, no campo das Tecnologias Clínicas, Laboratoriais e Radiológicas.

73. Sublinhou que, no campo da Medicina Tradicional, a tónica fora posta no seguinte: difusão de documentos técnicos e de modelos de textos legislativos e regulamentares; prestação de apoio à realização do seminário interpaíses sobre a selecção e a utilização racional da medicina tradicional, que culminara na assinatura de um acordo de cooperação entre os países participantes e na definição dos elementos de uma fitoterapia; prestação de apoio aos quatro Centros de Colaboração da OMS para a Medicina Tradicional.

74. Finalmente, o Dr. Koumaré referiu que, no futuro, os esforços incidiriam sobre: o reforço das infra-estruturas sanitárias, especialmente os hospitais e os centros de saúde, promovendo-se paralelamente a gestão descentralizada das unidades de saúde de distrito; a melhoria dos instrumentos de gestão e dos esquemas de financiamento comunitário; o desenvolvimento de tecnologia apropriada para o diagnóstico, o tratamento e a prevenção das doenças; a elaboração de estratégias eficazes para a formação das equipas de saúde, especialmente as dos distritos; a prestação de serviços e cuidados de qualidade.

Apoio à Informação Sanitária

75. O capítulo 6 do relatório, relativo ao Apoio à Informação Sanitária, foi apresentado pela Dra. N. Nihwatiwa (Secretariado).

76. Realçou que o Serviço de Coordenação Externa para o Desenvolvimento Sanitário e a Mobilização de Recursos redobrou de esforços para melhorar a credibilidade da Região e restaurar a confiança dos doadores na Organização. Além disso, prestara apoio aos países na preparação, monitorização e avaliação de projectos, bem como na notificação oportuna dos progressos realizados.

77. Declarou que a colaboração entre a Sede Regional e as outras agências das Nações Unidas prosseguira com o estabelecimento de um mecanismo de colaboração interagências como uma das estratégias para intensificar o apoio das Nações Unidas a nível dos países.

78. Assinalou que, durante o período em apreço, prosseguira a estreita colaboração entre a Sede Regional e o Banco Africano de Desenvolvimento (BAD), tendo a OMS participado em reuniões desta instituição. Em colaboração com a Sede Mundial e a Sede Regional do Mediterrâneo Oriental, a Sede Regional trabalhara com o BAD na revisão e actualização do documento sobre a política de empréstimos do Banco para a Saúde, em 1994.

79. Frisou que a Sede Regional prosseguira igualmente a sua colaboração com a OUA, participando na elaboração do protocolo da Comunidade Económica da OUA para a Saúde e em reuniões da OUA, incluindo a Cimeira de Tunes (Junho de 1994), que aprovava uma resolução sobre a prevenção do HIV/SIDA.

80. Referiu que a informatização aumentara a eficácia e a qualidade da prestação de serviços na Unidade de Publicações e Documentação.

81. Assinalou que os Serviços de Literatura de Saúde haviam continuado a fornecer informação e documentos solicitados por países, parceiros e técnicos. Além disso, prosseguira o estabelecimento do Index Medicus Africano (IMA) nos países. Graças à ligação com serviços internacionais de literatura na área da Saúde, a Sede Regional obtivera informações adicionais e apoio para lançar o projecto do IMA noutros países.

82. Por seu turno, o Serviço de Comunicação e Informação do Público continuara a distribuir material informativo às populações, com particular incidência nas prioridades programáticas, tais como erradicação da doença, paludismo, doenças diarreicas, HIV/SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis.

83. Finalmente, a Dra. Nhiwatiwa declarou que, no futuro, os esforços incidiriam sobre a melhoria das capacidades dos Assistentes de Informação Sanitária para promover a sensibilização do público para a saúde. Além disso, estabelecer-se-ia colaboração com outros parceiros, tais como meios de comunicação social, grupos religiosos, ONG, etc.. Este serviço dedicar-se-ia também à distribuição e disseminação de informação sobre a prevenção, os sintomas e o tratamento dos casos de doença.

Programa de Apoio

84. O capítulo 7 do relatório, relativo ao Programa de Apoio, foi apresentado pelo Sr. D. Miller (Secretariado), que referiu que o programa desempenhara o seu papel de "elemento motor" na consecução das actividades de cooperação técnica entre a OMS e os Estados-membros da Região Africana. Salientou os contactos directos mantidos com todos os Representantes da OMS para dar conselhos e apoio administrativo aos programas dos países, sob a forma de financiamento, compras a nível internacional, pessoal e serviços de agências de viagens.

85. Assinalou que as Representações da OMS tinham sido alvo de apoio especial nos países confrontados com distúrbios sociais, nomeadamente Ruanda, Lesoto, Angola, Libéria, Serra Leoa, Burundi, Zaire e Congo. Concluindo, declarou que o programa delineara meios engenhosos para encaminhar financiamentos e fornecimentos, de modo a garantir a continuidade da cooperação técnica e dos programas de socorros de emergência.

Discussão

86. Sob a direcção do Presidente, o Comité iniciou a análise da apresentação do Relatório Bienal do Director Regional, relativo a 1993-1994, capítulo por capítulo.

Apoio aos Sistemas Nacionais de Saúde

87. Realçou-se a importância do programa de bolsas de estudo da OMS. Observou-se que, apesar da natureza vital deste programa, ressaltava das deliberações do Conselho Executivo que alguns doadores estavam a recomendar a redução do apoio a este programa. Além disso, fez-se notar que o número total de bolsas em áreas outras que não a saúde pública estava a aumentar.

88. Respondendo à preocupação supracitada, o Secretariado explicou que a Sede Regional sempre considerara os programas de bolsas de estudo e de formação como uma actividade prioritária na cooperação entre a OMS e os Estados-membros. Referiu que os Estados-membros sempre haviam sido solicitados a estabelecer um equilíbrio adequado entre a saúde pública e as disciplinas clínicas, para satisfazer as suas necessidades de desenvolvimento sanitário durante a actual transição epidemiológica que a Região atravessava. Frisou que seriam envidados esforços nesse sentido através de planos de bolsas de estudo dos países, elaborados em colaboração com a OMS.

89. Uma preocupação amplamente manifestada foi a relativa escassez de especialistas clínicos em muitos países da Região, o que requer amiúde uma evacuação médica dispendiosa para a Europa ou para outras regiões. De entre as alternativas propostas para ultrapassar esta dificuldade, são de salientar: uma utilização mais equilibrada do programa de bolsas de estudo; a compilação de um inventário dos estabelecimentos de cuidados terciários da Região, para uso dos Estados-membros; a junção de recursos numa base sub-regional.

90. Diversas delegações levantaram a questão da variabilidade dos programas de formação dos profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, as parteiras, os médicos e os especialistas, e sugeriram que se procedesse a uma reavaliação e melhor coordenação das actividades de formação, para garantir a reciprocidade das competências no seio da Região. Além disso, sublinharam que um inventário dos estabelecimentos de cuidados terciários permitiria melhor partilhar os escassos recursos regionais.

91. O Secretariado informou os delegados de que estava em curso, desde Março de 1995, a compilação de um inventário das instituições regionais de formação e que, na sequência da Conferência da Cidade do Cabo sobre a Educação Médica, realizada em Abril de 1995, criara-se uma equipa regional de peritos para se ocupar desta e doutras questões afins.

92. Solicitou-se ao Secretariado que explicasse a razão por que o equipamento de laboratório a energia solar fora instalado nas sub-regiões da África Central e Ocidental. O Secretariado respondeu que a informação recebida dos fabricantes do equipamento incluía todos os dados sobre os países que já o utilizavam e os resultados do uso experimental do mesmo. A Sede Regional fora, por isso, abastecida com equipamento suficiente para os países que ainda não o tinham. Para além disso, os três países tinham sido escolhidos devido à necessidade de se ter em conta as condições climáticas representativas do litoral e do interior.

93. No respeitante à promoção da CTPD no domínio dos medicamentos essenciais e vacinas, referiu-se que o relatório mencionava que se estava a explorar a possibilidade de usar peritos e instalações laboratoriais da África do Sul. Neste contexto, realçou-se que tal deveria ser sempre feito através dos canais governamentais apropriados e tomar na devida conta as limitações decorrentes do processo actual de transformação na África do Sul.

94. Perguntou-se se a experiência dos 15 países envolvidos na iodação do sal tinha sido avaliada. O Secretariado respondeu que isso ainda não tinha sido feito, mas um grupo de trabalho regional já estava a tratar do assunto.

95. Em resposta a um pedido de informação sobre os critérios usados para apoiar o Malawi, o Uganda e o Zimbabwe a elaborar projectos de saúde oral a nível distrital, o Secretariado explicou que a organização DANIDA tinha dado apoio a esses países através de um curso de formação de formadores e que a Sede Regional proporcionara apoio para a elaboração do projecto nos países.

96. No respeitante à crescente importância dos problemas das pessoas idosas nos países africanos, referiu-se que não havia informação fiável na Região. O Secretariado comprometeu-se a apresentar um relatório sobre o assunto durante a próxima sessão do Comité Regional.

97. Os delegados quiseram saber o que tinha sido feito para implementar as resoluções sobre a redução da mortalidade materna e infantil, bem como qual tinha sido a experiência dos países que tinham implementando actividades relevantes nesse campo. O Secretariado respondeu que três estratégias principais tinham sido utilizadas: desenvolvimento de recursos humanos através da formação clínica e em metodologia da investigação em saúde genésica; estabelecimento de uma rede e de consultas regionais sobre a prevenção da mortalidade materna e neonatal; análise da situação prevalente nos países e aplicação da iniciativa Mãe-Bébé no âmbito do pacote mínimo distrital de saúde.

98. Foi feito um pedido de informação sobre o que se fizera para melhorar o abastecimento de água e o saneamento através da Iniciativa "África 2000". O Secretariado respondeu que, até à data, a Sede Regional prestara apoio técnico e financeiro a cerca de 15 países, para o lançamento oficial da iniciativa e para a realização de reuniões consultivas.

Tecnologias e Ciências da Saúde aplicadas à luta contra a doença

99. Destacou-se a ameaça do paludismo como importante doença mortífera e a necessidade de todos os países e de a OMS lhe darem prioridade suficientemente elevada, na sua colaboração. Atendendo à inexistência de uma vacina eficaz, solicitou-se ao Secretariado que informasse o Comité sobre a colaboração entre a Sede Regional e a Sede Mundial da OMS, no respeitante ao desenvolvimento da nova vacina antipalúdica do Dr. Patarroyo.

100. O Secretariado informou o Comité de que, embora os resultados das recentes experiências com a nova vacina contra o paludismo mostrassem uma redução da mortalidade de apenas 30 por cento, prosseguiram os esforços no sentido de melhorar aquela vacina e outras vacinas potenciais contra o paludismo. Foi anunciado que o Dr. Patarroyo havia sido convidado para se dirigir ao Comité durante a sessão em curso. Salientou-se que, enquanto prosseguiram os esforços para se descobrir uma vacina eficaz contra o paludismo, as inaceitáveis as taxas de mortalidade e morbidade por esta doença podiam ser reduzidas por meio do diagnóstico oportuno e do tratamento precoce da doença, bem como pelo uso de medidas de protecção pessoal, incluindo mosquiteiros e redes impregnadas de insecticida. Fez-se notar que esta estratégia dera resultados em alguns países africanos.

101. O Dr. M. Patarroyo, que tinha sido convidado pelo Director Regional para falar perante o Comité, apresentou um relato actualizado sobre o estado de desenvolvimento e produção da vacina antipalúdica SPF66. Descreveu o método usado na preparação da vacina, em que, pela primeira vez, se utilizara um processo químico em vez do habitual processo biológico.

102. O Dr. Patarroyo explicou que, desde o início do projecto, todos os passos preliminares destinados a determinar a antigenicidade e a segurança, bem como os ensaios clínicos, se tinham desenrolado no seu próprio país, a Colômbia. Só depois de se ter confirmado a segurança e a eficácia da vacina na América Latina se pensou em passar para ensaios mais alargados na Tanzânia e na Gâmbia.

103. Salientou que, em todos os ensaios feitos com a vacina em crianças com mais de um ano de idade, a sua eficácia protectora oscilava entre os 30% e os 60%. No entanto, no ensaio realizado na Gâmbia, com crianças de 6 a 11 meses, essa eficácia fora de 3% a 8%.

104. Explicou que esta diferença verificada na eficácia protectora da vacina nas crianças com menos de um ano e nas crianças mais velhas podia dever-se à falta de imunidade natural do grupo mais jovem.

105. Sublinhou que, ao contrário de algumas opiniões negativas que haviam sido expressas acerca da vacina, não havia contradições entre os seus primeiros resultados, confirmados no Brasil, Equador e Tanzânia, e os fracos resultados da eficácia observados no estudo preliminar da Gâmbia. Explicou que, em ensaios futuros, seria necessário investigar o papel da imunidade natural no desenvolvimento da imunidade vacinal.

106. O Dr. Patarroyo garantiu ao Comité que a sua equipa de investigação, o Governo e o Povo da Colômbia tinham conscientemente decidido doar os direitos de patente da vacina à OMS, para que a vacina se tornasse acessível às populações dos países em desenvolvimento, as que mais dela precisam.

107. Referiu que ele próprio e o seu Governo estavam a colaborar com a OMS na coordenação da produção e distribuição da vacina, esperando-se que esta esteja disponível em 1998. Assinalou que se criara uma Fundação especial independente sem fins lucrativos para gerir a parte colombiana da produção e distribuição da vacina. Finalmente, o Dr. Patarroyo garantiu ao Comité que havia planos em curso para a realização de novos ensaios nas populações negras da América Latina e de África, e que se continuaria a trabalhar para aperfeiçoar a vacina.

108. Durante as discussões, usaram da palavra mais de 15 delegações, para felicitarem o Dr. Patarroyo e a sua equipa de investigação por este trabalho pioneiro. Respondendo a uma pergunta sobre em que fases do parasita do paludismo a vacina actuava, o Dr. Patarroyo explicou que tinha verificado que a vacina continha fragmentos contra as fases merozoítas e esporozoítas. Além disso, afirmou que 80% da vacina era eficaz no ponto de ligação do parasita com a célula hospedeira.

109. O Director Regional agradeceu ao Dr. Patarroyo a sua apresentação e garantiu ao Comité que a OMS acompanharia de perto o desenvolvimento da vacina e das actividades afins dos investigadores, dos produtores e dos eventuais utilizadores da vacina. Finalmente, o Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC45/R4.

110. Em seguida, os delegados manifestaram preocupação pela frequente ocorrência de epidemias de cólera, meningite, disenteria bacilar, peste, tuberculose e difteria. A despeito de recomendações anteriores, fizeram notar que continuava a haver insuficiente disseminação de informações sobre aquelas epidemias entre países vizinhos e aos níveis sub-regional e regional, e que alguns países sonegavam tais informações até à sua divulgação pelos meios de comunicação social.

111. Reconheceram a necessidade de realizar reuniões de coordenação interpaíses para harmonizar as estratégias de luta contra a doença, mas tais reuniões deveriam ser sempre avaliadas. Reconheceram igualmente que os movimentos de populações causados por catástrofes naturais ou provocadas pelo Homem podiam dar origem a epidemias, como acontecera no Ruanda. Além disso, reconheceram amplamente a necessidade de apoiar as comunidades de acolhimento.

112. Abordou-se o fenómeno da crescente resistência aos tuberculostáticos, aos medicamentos de primeira linha contra a shigellose e à cloroquina. Sugeriu-se que todos os Estados-membros criassem sistemas de monitorização e fornecessem à Sede Regional dados adequados para a criação de um sistema regional de informação neste campo, que apoiaria os países a implementar as suas estratégias de prevenção e luta.

113. A iniciativa de cuidados globais à criança doente foi considerada uma componente-chave da estratégia para reduzir a mortalidade infantil e juvenil.

114. Realçou-se que a questão da subestimação do diagnóstico da tuberculose face à suspeita de SIDA levava, em alguns casos, à não administração do tratamento correcto.

115. Em conclusão, o Comité Regional fez as seguintes recomendações:

- i) Solicitar aos Estados-membros que criem sistemas de alerta precoce e notifiquem imediatamente todas as epidemias, nos termos da Resolução AFR/RC35/R6;
- ii) Solicitar ao Director Regional que tome as providências necessárias à rápida difusão da informação sobre todas as epidemias que ocorram na Região;
- iii) Solicitar ao Director Regional que analise as alternativas de abastecimento de medicamentos essenciais mais baratos para os países da Região, incluindo a partir de fontes no seio da Região;
- iv) Assegurar que se dê seguimento pronta e consistentemente às reuniões interpaíses, incluindo as relativas ao combate à doença, com particular realce para o seguimento pelos Estados-membros e pela OMS.

Programa de apoio

116. Os delegados levantaram questões sobre as políticas de recrutamento da Organização, que pareciam discriminar alguns países, bem como sobre os possíveis efeitos que a progressiva extinção do GPA teria sobre a doença nos países com muito poucos recursos. O Secretariado garantiu aos delegados que os critérios de recrutamento da OMS seriam escrupulosamente respeitados. Além disso, os postos a preencher seriam publicados e os candidatos seriam seleccionados com base não só na competência técnica, mas também tendo em conta imperativos geográficos e de sexo.

117. O período de três anos proposto para o emprego, a título experimental, de administradores recrutados a nível nacional (NPO), foi objecto de uma questão, bem como as relações entre esta categoria de pessoal e os membros da equipa de Saúde para Todos das Representações da OMS nos países. Outros delegados desejaram igualmente saber a razão por que os NPO não podiam ser contratados directamente na categoria internacional. O Secretariado explicou que a categoria NPO era de natureza experimental durante um período de três anos, após o qual seria avaliada. Referiu que

a Região Africana já tinha iniciado o processo de recrutamento de NPO. Nos países em que fosse necessário, os NPO fariam parte da equipa de Saúde para Todos (SPT). Por definição, os NPO eram nacionais contratados para trabalhar nos próprios países.

118. Relativamente à questão da resposta da OMS às mutações mundiais, o Secretariado forneceu pormenores sobre a participação da Sede Regional nas actividades dos três órgãos criados pelo Director-Geral, designadamente: o Conselho da Política Mundial, o Comité de Gestão e Desenvolvimento e as Equipas de Desenvolvimento da OMS. Descreveu os significativos progressos realizados nas seguintes áreas : reformulação das políticas e estratégias de SPT, melhoria do processo de gestão da Organização e criação de um sistema integrado de informação sobre a gestão.

119. Os delegados manifestaram preocupação pela gestão do Fundo Especial para a Saúde em África. Tanto o Secretariado como o representante da OUA apresentaram pedidos de desculpa pela falta de informação precisa, tendo acrescentado que o assunto estava a ser alvo de atenção urgente por parte de todas as instituições envolvidas e que os resultados seriam apresentados ao Comité Regional, por ocasião da sua 46ª sessão.

120. A questão da capacidade de produção e controlo de qualidade dos medicamentos a nível local e regional foi abordada com base na experiência de países como a Eritreia.

121. O Secretariado explicou que a questão já estava a ser tratada mas, devido à sua complexidade e custo elevado, requeria a boa vontade e o empenhamento dos próprios países para o sucesso de um tal empreendimento. Acrescentou que se exploraria a possibilidade de criar "joint-ventures" entre países neste campo.

PREVENÇÃO E LUTA CONTRA A SIDA NA REGIÃO AFRICANA : PROGRESSOS REALIZADOS (documento AFR/RC45/5)

122. O documento AFR/RC45/5 foi apresentado pela Dra. J.A. Kalilani (Secretariado), nos termos da Resolução AFR/RC44/R12.

123. Declarou que dos dezassete países que haviam participado em cursos de formação, quinze haviam aprovado políticas de segurança do sangue durante o período em apreço e todos os Estados-membros tinham intensificado as actividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC) nos seus programas nacionais de luta contra a SIDA.

124. Fez notar que muitas organizações não-governamentais, ministérios e outras agências das Nações Unidas haviam participado, a nível dos países, em actividades de prevenção do HIV/SIDA e de IEC. Referiu os progressos realizados em áreas como a formação em IEC, a colaboração com ONG e as actividades multisectoriais.

125. Salientou que embora a aceitação, a venda e o uso de preservativos tivessem aumentado em todos os países da Região, nenhum país possuía um programa eficaz de gestão de preservativos, que aumentasse a sua acessibilidade e disponibilidade.

126. Sublinhou que a grande maioria dos programas de luta contra a SIDA dependia do financiamento de doadores, através da OMS ou de apoio bilateral directo. Só alguns Estados-membros tinham rubricas específicas nos orçamentos nacionais para actividades de luta contra a SIDA. Em muitos países, ainda não se procedera à integração das actividades de luta contra o HIV/SIDA noutros

programas de saúde. Além disso, havia uma instabilidade significativa na liderança dos programas nacionais de luta contra a SIDA, pois, desde a 44ª sessão do Comité Regional, os directores desses programas tinham mudado em 14 países.

127. Prosseguindo, a Dra. Kalilani declarou que, a 31 de Dezembro de 1994, tinham terminado os primeiros planos a médio prazo de todos os programas nacionais de luta contra a SIDA, com excepção de dois. Em cinco países, estava em curso a elaboração da segunda geração dos respectivos planos a médio prazo. Os da Etiópia, Quênia e Tanzânia terminariam em 1996. O Programa Regional de Luta contra a SIDA estava a prestar apoio técnico por meio do seu pessoal, de consultores e de directores de programas nacionais experientes.

128. Realçou que os casos acumulados de SIDA comunicados à OMS por ano, idade e sexo mostravam que a doença continuara a afectar sobretudo os homens e mulheres adultos do grupo etário entre os 15 e os 49 anos e que o número de casos entre os 0 e os 4 anos de idade continuara a crescer.

129. Referiu que a Sede Regional elaborara orientações para o planeamento e implementação dos programas de prevenção e cuidados baseados na comunidade e geridos a nível distrital, de modo a garantir a continuidade das actividades de luta contra a SIDA.

130. Fez notar que algumas das principais orientações para 1996-1997 incluíam a manutenção das conquistas anteriores, a continuação das melhorias da capacidade dos países para gerir programas multisectoriais de luta contra a SIDA, a colaboração com o UNAIDS para melhorar a coordenação entre os parceiros e o apoio às actividades interpaíses de luta contra a SIDA.

131. Embora o UNAIDS viesse substituir o GPA, os seus papéis não eram coincidentes. A Dra. Kalilani convidou o Comité a analisar este ponto, de modo a garantir que as funções essenciais do GPA que não viessem a ser assumidas pelo UNAIDS continuassem a ser contempladas.

132. Mais de 30 delegados intervieram na discussão subsequente. As preocupações mais frequentemente expressas relacionaram-se com as alterações propostas para a gestão do programa, nomeadamente: o que iria acontecer aos programas nacionais de luta contra a SIDA a partir de Dezembro de 1995; que capacidade esperar do UNAIDS a nível dos países; a relativa diminuição da atenção dedicada ao combate às doenças sexualmente transmissíveis por parte do UNAIDS; as muitas áreas de indefinição sobre o período de transição; a possibilidade do UNAIDS lidar directamente com os países sem o envolvimento da Sede Regional, o que faria recuar os progressos realizados com a descentralização do GPA, na Região; o papel possivelmente reduzido da OMS no UNAIDS; a indefinição sobre quem assumiria o papel de liderança técnica no UNAIDS.

133. Os delegados partilharam experiências sobre a maioria dos problemas comuns surgidos durante a implementação dos programas nacionais de luta contra a SIDA, de entre os quais os seguintes: a baixa prioridade actualmente dedicada ao aconselhamento e aos cuidados aos doentes; os problemas das transfusões sanguíneas; cuidados baseados nos hospitais em vez de domiciliários; pouca fiabilidade dos Kits de detecção do HIV; insuficiência de fornecimento de medicamentos para tratar as doenças sexualmente transmissíveis; ressurgimento de doenças relacionadas com o HIV, como a tuberculose; demasiadas ONG actuando como organizações com fins lucrativos, em especial no tocante à venda de preservativos; conversas inadequadas com as crianças sobre o HIV/SIDA e sua prevenção.

134. A discussão pôs em evidência experiências úteis, tais como: campanhas nacionais de sensibilização descentralizadas a nível regional e local; colóquios nacionais sobre a SIDA com e para chefes religiosos; organização de cuidados e de grupos de aconselhamento para os jovens, com o auxílio das ONG; envolvimento de pessoas afectadas pelo HIV/SIDA no planeamento, implementação e gestão dos programas nacionais de luta contra a SIDA; produção de materiais de IEC especificamente orientados, incluindo filmes, mostrando, por exemplo, os aspectos psicossomáticos da SIDA.

135. Identificaram-se muitas áreas capazes de acelerar a implementação das estratégias nacionais de luta contra a SIDA, como, por exemplo: elaboração de materiais para campanhas locais de propaganda; fornecimento de Kits de detecção exactos e fiáveis; elaboração de material de formação em combate à SIDA e doenças sexualmente transmissíveis nas três línguas de trabalho da Região; ampliação dos serviços seguros de transfusão de sangue; criação de grupos científicos para avaliar a implementação das resoluções aprovadas pelos órgãos directivos da OMS; incremento da sensibilização das populações migrantes para a SIDA; formação em cuidados domiciliários baseados na comunidade; mobilização de fundos pela OMS e afectação de mais percentagem do orçamento da OMS de cooperação com os países para o combate à SIDA; realização de filmes e outros documentários sobre casos da vida real de doentes com SIDA; criação de mecanismos de cooperação sub-regional e regional com vista ao intercâmbio de investigação e informação; estabelecimento de uma colaboração activa entre todos os níveis da OMS, no âmbito dos novos mecanismos de gestão a nível mundial.

136. Afirmou-se que os Estados-membros deveriam empreender acções que garantissem o seguinte: fornecimento adequado de incentivos aos trabalhadores envolvidos na luta contra a SIDA; aprovação de um pacote mínimo de intervenções para lutar contra a SIDA, que incluísse actividades de IEC destinadas a influenciar o comportamento, o aconselhamento, a segurança do sangue e a investigação operacional; transição do empenhamento político para o financeiro, através da criação de uma rubrica específica para combate à SIDA nos orçamentos nacionais; incremento da participação comunitária; integração dos programas de luta contra a SIDA e as doenças sexualmente transmissíveis nos serviços de saúde em geral, sobretudo a nível periférico; maior envolvimento de outros sectores; fornecimento de directivas aos embaixadores africanos em Nova Iorque, para apresentarem uma posição africana mais coerente sobre a SIDA ao Conselho Económico e Social das Nações Unidas, bem como ao Conselho de Coordenação do Programa UNAIDS.

137. Reagindo a algumas questões abordadas, o Director Regional afirmou que a OMS nunca se retirara, nem jamais se retiraria, do programa de luta contra a SIDA. Uma vez que à OMS tinham sido confiadas responsabilidades em questões de Saúde, incluindo a SIDA, a Sede Regional continuaria as actividades de luta contra a SIDA. Parte do problema que o programa tinha, e continuaria a ter, derivava da sua quase total dependência de fundos extra-orçamentais. A Sede Regional criaria um serviço de coordenação da luta contra a SIDA, a financiar através do orçamento ordinário, e esperava-se que, a nível dos países, houvesse uma estrutura idêntica, no âmbito da dotação orçamental da OMS consagrada aos países. A Sede Regional integraria as actividades de luta contra a SIDA nas de outros serviços. Além disso, a OMS iria apoiar e colaborar muito estreitamente com o UNAIDS.

138. Em conclusão, o Director Regional aconselhou os Ministros a assegurarem-se de que os doadores e outros parceiros interessados na luta contra a SIDA actuassem de acordo com os desejos dos países. Alertou o Comité Regional para a necessidade de ser muito específico nas resoluções que decidisse aprovar sobre este tema, que seriam largamente divulgadas, até ao nível do Secretário-Geral

das Nações Unidas. Finalmente, sublinhou que, uma vez que cinco dos vinte e dois membros do Conselho de Coordenação do Programa UNAIDS eram oriundos da Região Africana, as preocupações manifestadas sobre este programa poderiam ser mais eficazmente articuladas por eles.

139. O Director-Geral manifestou-se preocupado com a amplitude com que a voz da África poderia vir a ser ouvida no novo programa e sublinhou a necessidade de acompanhar de perto o funcionamento do Conselho de Coordenação do Programa.

140. Embora notando a importância das ONG na implementação das actividades de prevenção e luta contra a SIDA, alguns delegados afirmaram crer que muitas ONG directamente financiadas pelos seus governos estariam mais interessadas em implementar os seus próprios programas. Tendo a OMS um bom relacionamento com muitas ONG a nível dos países, sugeriu-se que os Representantes da OMS tirassem partido disso.

141. Realçou-se que a OMS deveria identificar, a todos os níveis, programas convergentes e os Directores Regionais deveriam levá-los à consideração do Conselho da Política Mundial. Além disso, haveria que criar mecanismos de apoio às actividades a nível dos países, em colaboração com as Sedes Regionais.

142. O Director-Geral observou que havia preocupação quanto ao futuro financiamento do UNAIDS, atendendo aos cortes orçamentais que se estavam a verificar na maioria dos países doadores. No entanto, era consensual que todos os esforços seriam feitos para garantir que a África recebesse uma percentagem adequada, quaisquer que fossem os fundos disponibilizados através do UNAIDS.

143. O Director Regional garantiu ao Comité que, independentemente do que viesse a suceder quanto ao financiamento do UNAIDS, a Sede Regional conceberia mecanismos para enfrentar o problema da SIDA na Região.

144. Na sua comunicação, lida perante o Comité pelo Dr. Dev Ray, o Dr. Peter Piot, Director Executivo do programa UNAIDS, assinalou que, após o seu regresso a Genebra de Pequim, não poupou esforços para estar presente na sessão do Comité mas tal não fora possível devido à falta de voos aéreos. Pediu desculpas ao Comité pelo facto.

145. Referiu em seguida que iniciara, com o Director Regional, Dr. Ebrahim M. Samba, o planeamento da transição para o UNAIDS em África, e que ambos haviam concordado que não devia haver interrupção nas actividades de luta contra a SIDA. Acrescentou que um plano conjunto para gerir a transição seria elaborado em Setembro de 1995.

146. Prosseguindo, fez notar que a principal tónica do UNAIDS seria posta no apoio aos países com vista à melhoria das suas capacidades para enfrentar o problema do HIV/SIDA/DST. Tal seria feito através da cooperação técnica, bem como de apoio financeiro e técnico directo. Entre quatro e cinco milhões de dólares EUA seriam postos à disposição dos países africanos e 15 a 20 funcionários internacionais seriam colocados nos países da Região. Além disso, haveria funcionários nacionais do programa e equipas interpaíses de apoio técnico, bem como consultores da Sede Mundial, para prestarem apoio técnico a nível dos países. O actual pessoal do Programa Mundial de Luta contra a SIDA (GPA) poderia candidatar-se a qualquer vacância de posto publicada pelo UNAIDS.

147. Concluindo, garantiu que o UNAIDS apoiaria a África e comprometeu-se a enviar informação pertinente sobre este novo programa aos Ministros, no prazo de um mês.

148. Finalmente, o Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC45/R1 sobre a prevenção e luta contra a SIDA na Região Africana.

TABACO OU SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA (documento AFR/RC45/6)

149. O documento AFR/RC45/6 foi apresentado pelo Dr S.J. Thorpe (Secretariado), que realçou os problemas levantados pelo aumento do consumo de tabaco na Região Africana e a necessidade de medidas mais eficazes para combater e prevenir as doenças e as mortes por tabagismo.

150. Referiu que a transição da vida tradicional, de subsistência rural, para a moderna vida urbana, acarretara, entre outras coisas, o aumento do consumo de álcool e tabaco no seio da população jovem do continente africano. Recordou as numerosas resoluções sobre Tabaco ou Saúde aprovadas desde 1970, em especial a que convidara os Estados-membros a implementar uma estratégia global antitabágica e a descobrir alternativas viáveis e económicas à produção, comercialização e impostos do tabaco. Um estudo realizado na Região Africana da OMS em 1993, e actualizado em 1994 e 1995, revelara que: o tabaco estava a tornar-se popular entre os jovens de ambos os sexos; a maioria dos países africanos fabricava cigarros; enquanto alguns importavam folhas de tabaco e cigarros para suplementar a produção nacional, outros exportavam folhas de tabaco; a publicidade aos cigarros pelas companhias tabaqueiras multinacionais tornara-se mais intensa na Região.

151. Em seguida, enumerou as principais actividades realizadas em 1993-1994, em especial o Dia Mundial Sem Tabaco, celebrado anualmente em todos os Estados-membros. Referiu as linhas de orientação para os programas nacionais e as actividades propostas a nível regional.

152. Finalmente, atendendo à complexidade do problema da luta antitabágica, solicitou ao Comité Regional que discutisse o documento e fornecesse ao Secretariado directivas sobre as medidas a tomar futuramente neste campo.

153. O Presidente da Comissão Antitabágica para África, Dr. D. Yach, resumiu as actividades da Comissão desde a Conferência de Harare, realizada em Novembro de 1993. De entre as principais actividades executadas, salientou a reunião de seguimento no Gana e a participação de uma forte delegação africana na Conferência Mundial Antitabágica, em Paris, em 1994. Referiu que representantes da África do Sul, do Quênia e da Zâmbia haviam participado no primeiro Curso Internacional de Formação em Luta contra o Tabagismo, nos Estados Unidos da América, em Julho de 1995, estando previsto que realizassem um curso africano na Cidade do Cabo, em 1996.

154. Sublinhou que o tabaco havia sido reconhecido como um problema de desenvolvimento com graves consequências para a saúde, o ambiente e a agricultura. Finalmente, declarou que diversos países africanos tinham reconhecido que a luta antitabágica era bastante dispendiosa, por comparação com outras medidas de saúde pública.

Discussão

155. Durante a discussão que se seguiu, quinze delegações felicitaram o Director Regional pelo seu relatório sucinto e claro sobre este importante assunto. Regozijaram-se com a oportunidade da iniciativa. A maioria dos delegados reconheceu os riscos do tabagismo para a saúde e, em particular, o seu papel na etiologia do cancro pulmonar, das doenças cardiovasculares, do enfisema e do parto prematuro nas mulheres. Fizeram notar que setenta por cento das mortes por estas doenças ocorriam nos países em desenvolvimento.

156. Sublinhou-se que era necessário intensificar a educação e informação do público, em particular as mulheres, os jovens e as crianças das escolas. As organizações não-governamentais e as associações antitabágicas deveriam ser apoiadas e incentivadas nas suas actividades. Além disso, a formação dos profissionais de saúde e de outros técnicos envolvidos na luta antitabágica deveria ser realizada por coordenadores nacionais das actividades de Tabaco ou Saúde, para melhorar as capacidades nacionais nesse campo. Todos os países deveriam integrar módulos de ensino sobre Tabaco ou Saúde, aos níveis primário, secundário e universitário.

157. Referiu-se que seria necessário realizar estudos com o apoio da OMS, com vista a recolherem-se dados exactos sobre a morbidade e mortalidade por tabagismo e sobre a tendência da prevalência do tabagismo. Atendendo à dificuldade de encontrar culturas alternativas adequadas à cultura de tabaco, sugeriu-se que a possibilidade de utilizar as folhas verdes de tabaco para outros fins fosse explorada.

158. Os delegados deploraram o aumento da publicidade ao tabaco e aos produtos derivados, promovida pelas companhias tabaqueiras multinacionais na Região. Solicitaram o apoio da OMS para lutar contra essas campanhas publicitárias, através da promoção e de legislação, consoante as necessidades. Diversas delegações lançaram um apelo à solidariedade internacional neste campo.

159. A maioria das delegações reconheceu o papel da legislação nos impostos, preço e comercialização do tabaco, bem como o respectivo impacto sobre o consumo total de cigarros. Levantaram a questão do cumprimento da legislação, que lhes pareceu complexa. Referiram que a harmonização da legislação e das políticas fiscais entre países da mesma Região reduziria o contrabando de tabaco. No entanto, o Comité sublinhou que era preciso ter cuidado em não promulgar leis que fossem difíceis de fazer cumprir. Realçou-se que a chave do cumprimento da lei era a participação da comunidade e a sensibilização do público.

160. A delegação do Malawi declarou que, embora 75 por cento das suas divisas proviessem da exportação de tabaco, o país estava disposto a receber apoio para reduzir a sua dependência deste produto. Para o efeito, era necessário um compromisso firme da comunidade internacional e solicitou-se à OMS que promovesse essa solidariedade internacional com o apoio das outras agências das Nações Unidas.

161. Sublinhou-se que a chave do sucesso da luta antitabágica era o empenhamento político, como salientado no apelo do Presidente Mandela para a redução do consumo de tabaco. A este propósito, todos os países deveriam nomear um coordenador nacional das actividades de Tabaco ou Saúde. Finalmente, recomendou-se que o tema "Tabaco ou Saúde" fosse incluído na ordem do dia da 49ª Assembleia Mundial da Saúde.

162. Em resposta a este debate animado e aos pedidos de colaboração feitos à Sede Regional, o Secretariado manifestou o seu apreço pela enriquecedora troca de pontos de vista sobre o assunto e manifestou a sua disponibilidade para prosseguir com a colaboração frutuosa já iniciada.

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

163. Em nome do Director Regional, a Dra. Nhiwatiwa, Directora do Programa de Coordenação e Informação, apresentou os documentos AFR/RC45/7, AFR/RC45/8 e AFR/RC45/9, relativos aos pontos 7.1, 7.2 e 7.3 da ordem do dia, respectivamente.

Modalidades de implementação das resoluções de interesse regional aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo (documento AFR/RC45/7)

164. A Dra. Nhiwatiwa declarou que o documento AFR/RC45/7 era o relatório do Director Regional sobre as modalidades de implementação das resoluções de interesse regional aprovadas pela 48^a Assembleia Mundial da Saúde e pela 95^a sessão do Conselho Executivo.

165. Fez notar que o relatório continha apenas parágrafos relativos às disposições constantes das resoluções aprovadas pela 48^a Assembleia Mundial da Saúde. Cada resolução vinha acompanhada por uma proposta das medidas a tomar, ou por informações sobre actividades já em curso.

166. Declarou que o Director Regional submetia o relatório à aprovação do Comité Regional, nos termos da Resolução WHA33.17 da Assembleia Mundial da Saúde, que solicitara ao Comité Regional que tomasse parte activa nos trabalhos da Organização e, em particular, que fizesse ao Conselho Executivo recomendações e propostas de interesse regional.

167. Chamou particularmente a atenção do Comité para a Resolução WHA48.16, sobre "Resposta da OMS às mutações mundiais: Nova estratégia da Saúde para Todos".

168. Finalmente, salientou que o Director Regional observara que a Organização de Unidade Africana aprovava periodicamente resoluções sobre a Saúde, com implicações nas actividades da OMS na Região Africana. Propunha-se que, futuramente, as resoluções relacionadas com a saúde aprovadas pela OUA fossem analisadas juntamente com as da Assembleia Mundial da Saúde e do Conselho Executivo. Consequentemente, o Director Regional decidira submeter à apreciação do Comité as resoluções aprovadas pela Quinta Sessão Ordinária da Conferência dos Ministros da Saúde Africanos. Convidou o Comité a dar directivas para o futuro.

169. O Comité Regional notou, com satisfação, a nova abordagem das resoluções aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo, que facilitaria a respectiva implementação e avaliação. Fez votos para que tal fosse igualmente aplicado às resoluções do Comité Regional, devendo os Representantes da OMS assegurar o respectivo seguimento a nível dos países.

170. O Comité Regional foi informado sobre algumas experiências nacionais no campo da preparação para as situações de emergência. Salientou-se que, atendendo ao facto de 36 dos 46 países africanos estarem afectados por situações de emergência, havia necessidade de sublinhar a importância da preparação para essas situações. Nessa óptica, criara-se um novo serviço na Sede Regional da OMS, para coordenar as actividades de emergência. Por outro lado, os Representantes da OMS nos países haviam recebido instruções para incluírem verbas no AFROPOC destinadas à preparação para as situações de emergência e para se assegurarem de que os países estivessem preparados para rever o orçamento-programa de cooperação com a OMS para satisfazer necessidades imediatas de emergência, enquanto não chegasse o apoio externo.

171. Referiu-se que, atendendo à nova abordagem para monitorizar a implementação das resoluções da OMS, a participação das agências das Nações Unidas e de outras organizações internacionais nas Reuniões Regionais do Programa já começara em 1995. Estudou-se a possibilidade da participação de nacionais em futuras Reuniões Regionais do Programa.

172. Em resposta às questões levantadas sobre o facto de o posto do funcionário responsável pela SMI/PF financiado pelo FNUAP estar vago na Sede Regional, o Director Regional garantiu ao Comité que o mesmo seria brevemente preenchido, graças a verbas do orçamento ordinário.

Incidências regionais das ordens do dia da Nonagésima-sétima Sessão do Conselho Executivo e da Quadragésima-nona Assembleia Mundial da Saúde
(documento AFR/RC45/8)

173. A Dra. Nhiwatiwa declarou que o documento AFR/RC45/8 era o relatório do Director Regional sobre os projectos das ordens do dia provisórias da nonagésima-sétima sessão do Conselho Executivo, a realizar entre 15 e 24 de Janeiro de 1996, e da quadragésima-nona Assembleia Mundial da Saúde, a realizar entre 20 e 25 de Maio de 1996. O relatório continha igualmente um projecto de ordem do dia provisória da quadragésima-sexta sessão do Comité Regional, a realizar entre 4 e 11 de Setembro de 1996.

174. Referiu que o relatório era apresentado nos termos da Resolução AFR/RC33/R6 do Comité Regional, que aprovara este procedimento para coordenação das ordens do dia dos órgãos directivos, aos níveis regional e mundial. Chamou a atenção do Comité para a correlação já existente entre os trabalhos do Comité Regional, do Conselho Executivo e da Assembleia Mundial da Saúde, relativamente aos seguintes pontos, incluídos nas ordens do dia de todos eles:

- a) Relatórios dos Directores Regionais;
- b) Implementação de resoluções e decisões;
- c) Estratégia da Saúde para Todos;
- d) Prevenção e luta contra a SIDA.

175. Convidou o Comité a pronunciar-se particularmente sobre a estratégia da Saúde para Todos, a identificar os pontos das ordens do dia do Conselho Executivo e/ou da Assembleia Mundial da Saúde que deveriam ser incluídos na ordem do dia da sua quadragésima-sexta sessão e a fazer ao Conselho Executivo recomendações relacionadas com assuntos de interesse regional e mundial.

Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC45/9)

176. A Dra. Nhiwatiwa salientou que, nos termos da Resolução WHA36.16, a 49ª Assembleia Mundial da Saúde teria início às 10h00 de segunda-feira, 20 de Maio de 1996, e terminaria no sábado, 25 de Maio de 1996. O Presidente da 45ª sessão do Comité Regional seria proposto para um dos cargos de Vice-presidente da 49ª Assembleia Mundial da Saúde. O Anexo 4 do documento indicava os Estados-membros habilitados a designar pessoas para o Conselho Executivo. A sua disponibilidade deveria ser confirmada com, pelo menos, um mês de antecedência em relação à abertura da 49ª Assembleia Mundial da Saúde.

177. Referiu que, para que os trabalhos da Assembleia Mundial da Saúde se processassem sem problemas, o Director Regional, se necessário, consultaria o Director-Geral antes da 49ª Assembleia Mundial da Saúde, sobre os delegados dos Estados-membros da Região Africana que poderiam ocupar os cargos de Presidentes, Vice-presidentes e Relatores das Comissões A e B da Assembleia Mundial da Saúde (Artigo 34º do Regulamento Interno da Assembleia Mundial da Saúde).

178. Assinalou que o Director Regional convocaria uma reunião informal do Comité Regional para o dia 20 de Maio de 1996, a iniciar às 8h00. Essa reunião destinar-se-ia a confirmar as seguintes decisões tomadas pelo Comité Regional durante a sua quadragésima-quinta sessão:

- i) continuação de reuniões diárias das Delegações Africanas à Assembleia Mundial da Saúde, para troca de pontos de vista sobre o andamento dos trabalhos da Assembleia e para consulta entre si sobre a posição a tomar acerca das discussões programadas em plenário e nas comissões;
- ii) vantagem das declarações conjuntas em plenário, representativas de um certo número de países agrupados de acordo com critérios naturais, em vez de declarações individuais por país, sobre problemas comuns;
- iii) designação de Estados-membros para desempenharem diversos cargos.

179. Fez notar que, nos termos da Resolução WHA48.17, e a título experimental, as Discussões Técnicas da 49ª Assembleia Mundial da Saúde seriam substituídas por um número limitado de reuniões técnicas centradas em questões importantes de saúde. Haveria oportunidade para um diálogo informal sobre essas questões.

180. Finalmente, chamou a atenção dos delegados para o documento AFR/RC45/9 Rev.1/Add.1, relativo aos Estados-membros que desejavam ser transferidos para outras Regiões.

181. Alguns delegados quiseram saber se o programa de 5 dias de duração da Assembleia Mundial da Saúde seria permanente ou experimental. Além disso, foram feitas perguntas sobre a resolução ou as bases que haviam motivado essa decisão.

182. O Director Regional informou os delegados de que a decisão era o resultado das recomendações do Conselho da Política Mundial e do Conselho Executivo, com vista a fazer poupanças no funcionamento dos órgãos directivos da Organização.

ACTIVIDADES DA OMS NA REGIÃO AFRICANA : ANÁLISE DO RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA (documento AFR/RC45/10)

183. Ao apresentar o relatório do Subcomité do Programa, o respectivo Presidente, Dr. M. O. George, agradeceu as orientações fornecidas pelo Director Regional, que haviam facilitado a tarefa do Subcomité na sua análise de uma ampla gama de assuntos, indo de muito técnicos a administrativos e financeiros. Fez votos para que a preocupação de propor soluções práticas e exequíveis, que norteara os trabalhos do Subcomité, fosse igualmente tida em conta na formulação das resoluções.

Programa regional de controlo do paludismo : Progressos realizados (documento AFR/RC45/11)

184. O documento AFR/RC45/11 foi apresentado pelo Dr. N. A. Adamafio, membro do Subcomité do Programa, que realçou os problemas encontrados pelos programas nacionais de combate ao paludismo, como o aumento da propagação da resistência do parasita do paludismo à cloroquina, o facto de o pessoal não estar devidamente formado, a falta de supervisão e a escassez de medicamentos adequados.

185. Referiu que as principais actividades de colaboração entre a Sede Regional e os países haviam incidido sobre o apoio técnico à formulação ou reformulação de programas nacionais de combate ao paludismo em 25 países, bem como sobre a formação de especialistas em paludismo, que permitira que 80 por cento dos directores dos programas nacionais de combate ao paludismo fossem agora malariologistas devidamente formados.

186. Declarou que o Subcomité propusera a aceleração da implementação do programa de combate ao paludismo, em particular no respeitante ao tratamento da doença e às medidas de protecção pessoal, incluindo o uso de material impregnado de insecticida, como os mosquiteiros. Fez notar que, embora o paludismo fosse reconhecido como o principal problema de saúde pública em África, os esforços envidados no sentido de o combater ainda não haviam obtido resultados significativos, apesar da existência de medidas de combate.

187. Referiu que o Subcomité reconheceu que a tomada das medidas de combate existentes, com uma boa relação custo-eficácia, havia sido entravada por obstáculos económicos e culturais. O Subcomité recomendava que se explorasse a possibilidade de utilizar a medicina tradicional no tratamento do paludismo. Dado que esta doença é a principal causa de mortalidade na infância, haveria que envidar esforços no sentido de prestar cuidados integrados aos pacientes, particularmente às crianças.

188. Declarou que o Subcomité sublinhara que, embora o DDT tivesse sido proibido em alguns países, quando usado na pulverização intradomiciliária em zonas em que o vector era sensível, esse produto era seguro e eficaz.

189. Finalmente, frisou que o Subcomité recomendara a criação de postos sentinela para a vigilância da resistência do parasita do paludismo aos antipalúdicos, bem como a aprovação de uma resolução para incrementar a promoção da utilização de mosquiteiros e a mobilização comunitária para o combate ao paludismo.

190. Os delegados manifestaram preocupação pelo crescente agravamento da situação do paludismo em África, incluindo a ocorrência de epidemias em alguns altos planaltos da África Oriental. A já documentada resistência aos antipalúdicos era agravada pelo uso de medicamentos de baixa qualidade e pelo deficiente tratamento dos casos de paludismo. Referiu-se que, embora a maioria da população dependesse da medicina tradicional para o tratamento do paludismo, este modo de tratar a doença ainda não tinha sido devidamente explorado.

191. Fez-se notar que o empenhamento dos profissionais de saúde no combate ao paludismo era baixo, devido em parte à inadequação da formação. Diversas delegações regozijaram-se com o apoio da OMS à formação de profissionais de saúde em gestão dos casos de paludismo, mas solicitaram que tal fosse reforçado no futuro.

192. Destacou-se o papel das próprias comunidades no combate ao paludismo. Neste contexto, sublinhou-se que era necessário dar prioridade à promoção de estratégias preventivas, que deveriam incluir a utilização de mosquiteiros impregnados de insecticida, a higiene do meio e o uso de insecticidas para combater os vectores, sempre que fosse necessário.

193. Para ultrapassar os obstáculos económicos, algumas delegações descreveram as experiências positivas com ONG que fornecem mosquiteiros a preços subsidiados. Sublinhou-se a necessidade de apoio contínuo à investigação em combate ao paludismo. Além disso, frisou-se que as actividades de investigação operacional deveriam ser intensificadas e diversificadas, para incluir a mobilização social e a participação comunitária.

194. Os delegados regozijaram-se sobremaneira com os esforços de investigação em curso para desenvolver uma vacina antipalúdica. No respeitante à vacina SPF 66 composta por peptídeos sintéticos, desenvolvida pelo Dr. M. Patarroyo da Colômbia, os delegados exortaram o Director Regional a incentivar a participação dos países africanos nos ensaios de campo e noutras actividades

de investigação afins susceptíveis de contribuir para melhorar a eficácia da vacina. Diversas delegações declararam estar interessadas em fazer ensaios da vacina nos seus países.

195. Finalmente, o Comité Regional solicitou ao Director Regional que apoiasse a preparação de planos de acção nacionais para o combate ao paludismo e prosseguisse os esforços no sentido de mobilizar recursos, através do Grupo de Trabalho Regional para o Combate ao Paludismo.

Programa Alargado de Vacinação : Progressos realizados na erradicação da poliomielite, na eliminação do tétano neonatal e no controlo do sarampo (documento AFR/RC45/12)

196. O Dr. S. B. Darret, membro do Subcomité do Programa, apresentou o relatório deste último sobre o Programa Alargado de Vacinação (documento AFR/RC45/12).

197. Declarou que, a despeito dos progressos notáveis realizados na cobertura vacinal das doenças-alvo do PAV, na Região Africana, nos anos 80, verificara-se uma tendência decrescente da cobertura desde princípios dos anos 90. Um apelo lançado aos países para reforçar as suas actividades de vacinação nas unidades de saúde tinha recebido uma resposta entusiástica da parte deles, o que tivera como consequência um aumento das taxas de cobertura, como evidenciado no relatório.

198. Frisou que a melhoria da cadeia de frio e as medidas de coordenação para a partilha de meios logísticos e de transporte apropriados entre vários programas de saúde, bem como a melhoria da gestão dos programas, haviam permitido obter resultados positivos, como demonstrado pela informação proveniente de vários países.

199. Assinalou que a iniciativa da Sede Regional destinada a incentivar grupos de países pertencentes a blocos epidemiológicos idênticos a elaborar conjuntamente os seus programas e a trocar informações sobre gestão havia sido altamente apreciada. Além disso, o Subcomité regozijara-se com a primeira zona livre de poliomielite na África Austral e sublinhara que tal deveria ser um exemplo a seguir.

200. Declarou que o Subcomité realçara a necessidade de empenhamento político dos governos e das comunidades na Região, para realizar Dias Nacionais de Vacinação, a fim de mobilizar eficazmente as populações afectadas para as actividades de vacinação.

201. Além disso, os países deveriam acelerar a integração da vacinação nos serviços de saúde em geral, para dar atenção acrescida à redução das doenças-alvo do PAV, através da melhoria da vigilância da doença, e para aumentar as dotações de verbas para a compra de vacinas nos orçamentos nacionais.

202. Finalmente, o Comité aprovou a resolução AFR/RC45/R5.

203. O Comité Regional reiterou o seu empenhamento no PAV, como uma importante intervenção prioritária que merecia apoio contínuo. Os delegados louvaram a apresentação clara do relatório do Director Regional, que descrevera os progressos realizados nos países e as estratégias programáticas por bloco epidemiológico. Solicitaram à Sede Regional que estudasse a possibilidade de prestar apoio especial aos países que estavam a atrasar-se nos seus respectivos blocos epidemiológicos, no respeitante à implementação da estratégia.

204. Diversas delegações descreveram experiências sobre a realização de campanhas nacionais ou locais de luta contra a doença, tais como Dias Nacionais de Vacinação sincronizados, nos países do Magrebe. Referiu-se que essas campanhas haviam suscitado uma grande mobilização da população e dos profissionais de saúde e criado uma procura acrescida de actividades eficazes de vigilância das doenças-alvo do PAV, em particular da poliomielite. Muitas delegações consideraram os Dias Nacionais de Vacinação uma iniciativa importante, que requeria mais esforços e recursos do que os previstos.

205. O Comité Regional analisou em seguida as questões da continuidade e do financiamento do programa. Considerou-se que a mobilização social, a manutenção da cadeia de frio, a gestão integrada do programa a nível distrital e o fornecimento eficiente de vacinas eram essenciais para garantir a continuidade do programa nos Estados-membros. Embora mais países tivessem disponibilizado dotações orçamentais para comprar vacinas de modo a suportar as actividades do PAV, o Comité Regional sublinhou a necessidade de apoio contínuo da parte dos parceiros internacionais, dado que o nível de financiamento nacional continuava muito baixo em relação às necessidades totais do programa.

206. O Comité Regional louvou os esforços já envidados pelo Director Regional para apoiar a implementação dos programas nacionais, de entre os quais:

- a criação de equipas de peritos do PAV para cada bloco epidemiológico;
- o recrutamento de um perito para se ocupar das questões do fornecimento e do controlo de qualidade das vacinas, em colaboração com o UNICEF e outros parceiros;
- a designação de laboratórios regionais de referência para a erradicação da poliomielite.

207. O Comité recomendou que o Director Regional reexaminasse o problema do fornecimento das vacinas contra a hepatite B e a febre amarela, para inclusão nos PAV nacionais dos países necessitados. Também notou, com satisfação, os progressos realizados na melhoria da capacidade de produção de vacinas na África do Sul e solicitou o apoio do Director Regional para o efeito.

208. Finalmente, o Comité aprovou a Resolução AFR/RC45/R5.

Progressos realizados na erradicação da dracunculose, na Região Africana da OMS
(documento AFR/RC45/13)

209. O documento AFR/RC45/13 foi apresentado pelo Sr. Bengone Bayi, membro do Subcomité do Programa, que informou o Comité Regional de que, apesar da espectacular redução em 84 por cento da incidência da doença entre 1990 e 1994, tornara-se evidente que muitos países não estariam em condições de erradicar a dracunculose até à data fixada, isto é, 31 de Dezembro de 1995.

210. Alertou o Comité para o perigo que constituía a possível diminuição do actual empenhamento no programa de erradicação por parte das comunidades afectadas, das autoridades nacionais e dos doadores, à medida que nos aproximássemos da notificação de zero caso de doença. Como se previa que seriam necessários esforços consideráveis para manter o empenhamento e o nível de financiamento actuais, referiu que o Subcomité aconselhava fortemente os países a adoptar a estratégia revista constante do documento, por forma a atingir a erradicação da doença na data fixada.

211. Finalmente, declarou que o Subcomité do Programa decidira apresentar uma resolução solicitando aos Estados-membros e ao Director Regional que tomassem medidas específicas para apoiar a consecução da erradicação.

212. Os delegados louvaram os esforços consideráveis envidados na maioria dos países afectados pela dracunculose durante os últimos anos no sentido da erradicação desta doença incapacitante e manifestaram o seu apreço à organização Global 2000, ao Centro para o Controlo das Doenças (CDC) de Atlanta, à Fundação Sasakawa, ao UNICEF e à OMS pelo respectivo apoio ao programa de erradicação.

213. Solicitaram ao Director Regional que exortasse as Agências das Nações Unidas e outros parceiros interessados a prosseguir o seu apoio durante a fase final do programa e a investir mais recursos no abastecimento de água potável às comunidades em risco.

214. O Director Regional informou o Comité de que a OMS estava a trabalhar estreitamente com o "Carter Center" na mobilização de recursos suplementares para o programa e que apresentaria um relatório sobre o assunto durante a próxima sessão do Comité Regional.

215. Concordou-se que o Director Regional proporia uma nova data-limite para a erradicação desta doença por ocasião da quadragésima-sexta sessão do Comité Regional, após concertação com os outros parceiros interessados.

216. Finalmente, o Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC45/R8.

Saúde dos jovens e adolescentes : Situação e análise das tendências

(documento AFR/RC45/14)

217. O relatório do Subcomité do Programa sobre a saúde dos jovens e adolescentes (documento AFR/RC45/14) foi apresentado pelo Dr O. Bangoura, que realçou os principais problemas dos jovens e adolescentes, como as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/SIDA, as gravidezes não desejadas e o consumo de álcool e substâncias tóxicas.

218. Sublinhou em seguida a necessidade de se elaborarem, implementarem e avaliarem políticas vocacionadas para a saúde dos jovens e adolescentes, com a sua participação activa, bem como a necessidade de uma estratégia multisectorial e multidisciplinar para resolver os seus problemas.

219. Salientou que os programas de saúde para os jovens e adolescentes deviam ser integrados nos serviços de saúde de rotina, garantindo a confidencialidade e respeitando a sua sensibilidade cultural.

220. Finalmente, convidou o Comité a aprovar a resolução proposta pelo Subcomité do Programa.

221. Na discussão que se seguiu, tornou-se evidente que os países da Região encontravam-se em níveis diferentes na implementação dos programas nacionais específicos de saúde dos jovens, variando entre conferências nacionais de sensibilização para as questões da juventude e programas nacionais bem desenvolvidos afectos ao gabinete do Presidente da República.

222. Os delegados manifestaram preocupação pela crescente prevalência da mortalidade dos jovens relacionada com a pandemia do HIV/SIDA, bem como pela violência contra crianças e adolescentes que atingira proporções alarmantes em alguns países.

223. Entre as estratégias de prevenção e de gestão sugeridas, são de salientar os programas multisectoriais e multidisciplinares para promoção, IEC, educação sanitária na escola e reformas legislativas.

224. Finalmente o Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC45/R7.

Prevenção das incapacidades e reabilitação : Situação regional e futuras tendências
(documento AFR/RC45/15)

225. O Dr. N. Mapetla, membro do Subcomité do Programa, iniciou a sua apresentação com uma breve resenha histórica sobre a mudança da tónica posta no tratamento das pessoas incapacitadas, com a passagem da prevenção para a reabilitação. Referiu que o Subcomité constatara que os países não estavam a fazer muito na área da prevenção da incapacidade e reabilitação, o que necessitava de ser corrigido.

226. Além disso, declarou que, na maioria dos países, estava-se na fase inicial da elaboração de programas multisectoriais e que seria necessário o apoio técnico da OMS. Sublinhou igualmente a necessidade de os países criarem as condições necessárias à implementação eficaz do programa.

227. Fez notar que os trabalhadores tinham direito a serem protegidos contra os riscos profissionais, quer estes fossem físicos, químicos ou biológicos.

228. Finalmente, convidou o Comité Regional a aprovar o projecto de resolução proposto pelo Subcomité do Programa.

229. Os delegados lamentaram o número crescente de pessoas incapacitadas, devido às guerras, e defenderam a necessidade de abordagens pacíficas para a solução dos conflitos na Região.

230. Referiram as outras principais categorias das causas de incapacidade, isto é, as complicações de doenças e a violência.

231. Realçaram a necessidade de proteger as pessoas incapacitadas contra todas as formas de discriminação, garantindo a igualdade de oportunidades de trabalho. Além disso, defenderam a participação dessas pessoas no processo de planeamento, implementação e gestão dos programas, aos níveis dos países e da Região.

232. Concluindo, o Presidente chamou a atenção das delegações dos Estados-membros para o papel das doenças não-transmissíveis como causa da incapacidade, como a hipertensão, que era facilmente evitável.

233. Finalmente, o Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC45/R6.

Estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados nas unidades de saúde, na Região Africana (documento AFR/RC45/16 Rev.1)

234. O Dr. P. Nzaba, membro do Subcomité do Programa, apresentou esta secção do respectivo relatório.

235. Salientou que o documento AFR/RC45/16 havia sido elaborado em resposta à decisão do Comité Regional, tomada por ocasião da sua quadragésima-quarta sessão, de incluir a garantia de qualidade dos cuidados nas funções e gestão das unidades de saúde da Região.

236. Prosseguindo, referiu que a Sede Regional submetera à aprovação do Comité Regional um novo programa que seria responsável pela promoção da qualidade dos cuidados nas unidades de saúde. Esse programa ajudaria os países a elaborar normas e padrões para avaliar os resultados das actividades de saúde, em termos de desempenho profissional, utilização óptima dos recursos, segurança profissional e satisfação dos utentes.

237. O Comité Regional realçou o seguinte:

- i) a necessidade de definir critérios comuns de avaliação da qualidade dos cuidados, que seriam utilizados para identificar centros regionais de cuidados de qualidade que tratariam do difícil problema da evacuação médica para fora da Região;
- ii) a importância da formação de todos os profissionais de saúde para melhorar a qualidade dos cuidados a todos os níveis do sistema de saúde; dado que essa formação era em grande parte ministrada nos hospitais, seria necessário dedicar a estes últimos particular atenção;
- iii) seria necessário garantir elevados padrões de ética profissional a todos os níveis (político, administrativo e técnico), por forma a garantir a segurança dos doentes e o sucesso do programa;
- iv) as 43^a e 44^a sessões do Comité Regional haviam definido normas para as infra-estruturas, o equipamento e as tecnologias de saúde, e adoptado uma Carta para os doadores e os beneficiários que, se fossem aplicadas, protegeriam os países contra a doação de equipamentos inadequados ao seu contexto.

238. Além disso, o Comité aprovou as seguintes recomendações:

- i) adopção de procedimentos para elaborar normas e padrões de qualidade dos cuidados, com a participação das comunidades beneficiárias e dos profissionais de saúde;
- ii) criação de mecanismos destinados a assegurar que os programas nacionais de formação tomem na devida conta a necessidade de cuidados de qualidade, a todos os níveis do sistema de saúde;
- iii) adopção de normas de qualidade de cuidados e de tecnologias adaptadas ao contexto sócio-cultural das comunidades beneficiárias e correspondentes às capacidades e competências dos profissionais médicos e paramédicos;
- iv) promoção de programas de qualidade dos cuidados no âmbito da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), de modo a facilitar o intercâmbio de pessoal, de informação e de experiências, bem como a harmonização dos padrões e normas;
- v) aprovação de uma resolução.

239. Finalmente, o Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC45/R3.

Critérios de determinação das dotações orçamentais a atribuir aos Estados-membros da Região Africana (documento AFR/RC45/2)

240. O Sr. Paulo A. Gomes, membro do Subcomité do Programa, apresentou o relatório do Subcomité sobre o documento AFR/RC45/2. Realçou as questões levantadas e as recomendações, bem como a resolução que o Subcomité Regional decidira submeter à aprovação do Comité Regional.

241. O Comité Regional foi de opinião que os critérios escolhidos eram pertinentes para a determinação transparente das dotações orçamentais a atribuir aos Estados-membros. No entanto, havia que rever a forma como alguns parâmetros haviam sido usados, quer como incitativos quer como correctivos.

242. Propôs-se que a gestão do orçamento para os países fosse feita no âmbito do sistema AFROPOC e fosse da plena responsabilidade das Representações da OMS nos países. Frisou-se que a selecção das actividades para cooperação da OMS com os países tinha de estar em conformidade com as prioridades regionais estabelecidas. O Director Regional aconselhou que qualquer país que encontrasse dificuldades na utilização oportuna da sua dotação orçamental deveria alertar a Sede Regional antes do mês de Outubro do segundo ano do biénio, de modo a que se tomassem medidas para remediar a situação.

243. Decidiu-se que, quando se aperfeiçoassem os resultados da aplicação do modelo para determinar as dotações orçamentais a atribuir aos Estados-membros, se dedicasse particular atenção aos países confrontados com situações de crise especiais. Além disso, a OMS deveria apoiar os países a superar problemas como os levantados pelos refugiados e pelo embargo económico, através da mobilização de recursos extra-orçamentais específicos.

244. Finalmente, o Comité Regional aprovou a Resolução AFR/RC45/2.

245. No termo da discussão sobre este ponto da ordem do dia, o Comité Regional aprovou o relatório do Subcomité do Programa.

246. O Comité aprovou igualmente a Resolução AFR/RC45/R9 intitulada "Implementação da estratégia da Saúde para Todos" que fora patrocinada pelas delegações do Botsuana, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Lesoto e Senegal, e co-patrocinada pelas do Burkina Faso, Gâmbia, Guiné, Maurícias, Níger e Quénia.

247. O Presidente recordou ao Comité que o mandato dos Comores, Congo, Etiópia, Gabão, Gâmbia e Guiné Equatorial no Subcomité cessava com o termo da sessão em curso e que seriam substituídos pela Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Maurícias e Mauritânia. Declarou que estes Estados-membros seriam solicitados a designar os seus representantes para o Subcomité do Programa.

248. O Comité Regional elegeu a Côte d'Ivoire, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Maurícias, Mauritânia e Quénia para o Subcomité do Programa, cuja primeira reunião se realizou a 13 de Setembro de 1995, em Libreville.

DISCUSSÕES TÉCNICAS (documentos AFR/RC45/TD/1, AFR/RC45/17, AFR/RC45/18 e AFR/RC45/19)

Apresentação do relatório das Discussões Técnicas (documento AFR/RC45/17)

249. Ao apresentar o relatório, o Presidente das Discussões Técnicas, Dr. R. Chatora, realçou o pacote mínimo de acções que os países deveriam empreender, para instaurar melhor Saúde e melhorar a acessibilidade desta para as populações.

250. O Comité Regional manifestou apreço pelo relatório apresentado (documento AFR/RC45/17) e sublinhou a necessidade de os Estados-membros intensificarem os esforços no sentido de superar o problema crónico do financiamento inadequado do sector da Saúde. Fez votos para que se procedesse a uma avaliação da implementação das recomendações e resoluções relativas às conclusões tiradas dos três ciclos de Discussões Técnicas (1986-1988, 1989-1992 e 1993-1995).

251. Finalmente, o Comité Regional tomou nota do relatório das Discussões Técnicas.

Designação do Presidente e do Presidente substituto das Discussões Técnicas de 1996 (documento AFR/RC45/18)

252. O Comité designou o Professor R. E. Tshibassu Mubiay (Zaire) como Presidente e o Dr. Olive Shishana (África do Sul) como Presidente substituto das Discussões Técnicas da sua 46ª sessão, a realizar em 1996.

Escolha do tema das Discussões Técnicas de 1996 (documento AFR/RC45/19)

253. O Comité Regional escolheu o seguinte tema para as Discussões Técnicas da sua 46ª sessão: "Reforço da monitorização e da avaliação dos programas nacionais de desenvolvimento sanitário".

DATAS E LOCAIS DE REALIZAÇÃO DAS 46ª E 47ª SESSÕES DO COMITÉ REGIONAL, EM 1996 E 1997 (documento AFR/RC45/20)

254. Nos termos do seu Regulamento Interno, o Comité Regional confirmou a decisão tomada por ocasião da sua 44ª sessão de realizar a sua 46ª sessão em Brazzaville, em Setembro de 1996.

255. Além disso, o Comité decidiu realizar a sua 47ª sessão em Brazzaville, a menos que um país o convide a reunir-se noutra parte e aceite suportar todas as despesas suplementares decorrentes da realização da sessão fora da Sede Regional.

APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DO COMITÉ REGIONAL (documento AFR/RC45/21)

256. O Comité aprovou o relatório da sua Quadragésima-quinta sessão.

ENCERRAMENTO DA QUADRAGÉSIMA-QUINTA SESSÃO

257. Na sua alocução, o Director Regional, Dr. Ebrahim M. Samba, agradeceu a Sua Excelência, El Hadj Omar Bongo, Presidente da República do Gabão, por ter aceite honrar com a sua presença a cerimónia de encerramento, apesar da sua agenda sobrecarregada. Agradeceu igualmente ao povo e ao governo da República do Gabão pelo respectivo contributo para o sucesso da Quadragésima-quinta sessão do Comité Regional.

258. Manifestou a sua profunda gratidão aos ministros e aos demais delegados pelo rigor com que haviam analisado os documentos de trabalho do Comité Regional e, igualmente, pelas orientações dadas à Sede Regional. Garantiu-lhes que não seriam poupados esforços no sentido de implementar as resoluções e as decisões do Comité Regional, acrescentando que um relatório sobre essa implementação seria apresentado por ocasião da Quadragésima-sexta sessão do Comité.

259. O Ministro da Saúde da República do Congo, Jean Mouyabi, leu em seguida a moção de agradecimento, em nome dos delegados.

260. O Presidente da Quadragésima-quinta sessão do Comité Regional agradeceu aos delegados e a todos aqueles que haviam contribuído para as importantes decisões tomadas e cuja determinação havia permitido o sucesso da sessão. Fez votos para que os resultados dos trabalhos fossem frutíferos.

261. Sublinhou que não teria podido assumir com êxito as responsabilidades que lhe haviam sido confiadas sem o espírito de franca colaboração que prevalecera ao longo da sessão.

262. Agradeceu ao Secretariado o seu "savoir faire" e, em particular, ao Director Regional, que orientara a sessão. Agradeceu igualmente aos tradutores, aos intérpretes e aos organizadores, sem o contributo dos quais não teria sido possível realizar a sessão.

263. Concluiu, manifestando a sua gratidão ao Presidente da República do Gabão, pelos seus incentivos e presença na cerimónia de encerramento.

264. O Presidente da República do Gabão, Sua Excelência El Hadj Omar Bongo, encerrou a Quadragésima-quinta sessão do Comité Regional. Na sua alocução de encerramento, manifestou o apreço do povo e do governo do Gabão pela Organização Mundial de Saúde, tanto pelo enorme trabalho realizado como pela decisão de realizar a sessão do Comité em Libreville, pela segunda vez.

265. Saliou que as deliberações do Comité incidiam sobre os principais problemas que obstavam à saúde das populações e à economia de cada um dos Estados-membros, e que o empenhamento da comunidade internacional e dos doadores para ajudar à sua resolução dependeria da nossa própria determinação em encontrar soluções apropriadas para os mesmos.

266. Recordou ao Director Regional que tinha sido eleito porque os africanos depositavam confiança nele e, por isso, aconselhou-o a aplicar estritamente os princípios, prioridades e estratégias contidos no seu *Quadro de Orientação para a Cooperação Técnica com os Estados-membros da Região Africana*.

267. Congratulou-se com a entrada da OMS no Conselho de Administração do Centro Internacional de Investigação Médica de Franceville, bem como com a decisão de que a Quadragésima-sexta sessão avaliaria a implementação das resoluções aprovadas em Libreville.

268. Após ter feito votos para que as sementes de Libreville dessem rapidamente frutos em cada Estado-membro, declarou encerrada a Quadragésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da Organização Mundial de Saúde.

PARTE III

ANEXOS

ORDEM DO DIA¹⁾

1. Abertura da sessão
2. Aprovação da ordem do dia provisória (documento AFR/RC45/1 Rev.2)
3. Constituição da Comissão de Designações
4. Eleição do Presidente, Vice-presidentes e Relatores
5. Nomeação dos membros da Comissão de Verificação de Poderes
6. Actividades da OMS na Região Africana
 - 6.1 Relatório bienal do Director Regional relativo a 1993-1994 (documentos AFR/RC45/3 e AFR/RC45/3 Add.1)
 - 6.2 Prevenção e luta contra a SIDA na Região Africana : Progressos realizados (documento AFR/RC45/5)
 - 6.3 Tabaco ou Saúde na Região Africana (documento AFR/RC45/6)
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 (documento AFR/RC45/7)
 - 7.2 Incidências regionais das ordens do dia da 97ª sessão do Conselho Executivo e da 49ª Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC45/8)
 - 7.3 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde (documento AFR/RC45/9)
8. Actividades da OMS na Região Africana (continuação) : Análise do relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC45/10)
 - 8.1 Programa regional de controlo do paludismo : Progressos realizados (documento AFR/RC45/11)
 - 8.2 Programa Alargado de Vacinação : Progressos realizados na erradicação da poliomielite, na eliminação do tétano neonatal e no controlo do sarampo (documento AFR/RC45/12)
 - 8.3 Progressos realizados na erradicação da dracunculose, na Região Africana da OMS (documento AFR/RC45/13)

¹⁾Documento AFR/RC45/1 Rev.2

- 8.4 Saúde dos jovens e dos adolescentes : Situação e análise das tendências (documento AFR/RC45/14)
- 8.5 Prevenção das incapacidades e reabilitação : Análise da situação regional e futuras tendências (documento AFR/RC45/15)
- 8.6 Estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados nas unidades de saúde, na Região Africana (documento AFR/RC45/16 Rev.1)
- 8.7 Critérios de atribuição das dotações orçamentais aos países (documento AFR/RC45/2)
9. Discussões Técnicas : Financiamento dos cuidados de saúde na Região Africana (documento AFR/RC45/TD/1)
 - 9.1 Apresentação do relatório das Discussões Técnicas (documento AFR/RC45/17)
 - 9.2 Nomeação do Presidente e do Presidente substituto das Discussões Técnicas de 1996 (documento AFR/RC45/18)
 - 9.3 Escolha do tema das Discussões Técnicas de 1996 (documento AFR/RC45/19)
10. Datas e locais de realização das 46^a e 47^a sessões do Comité Regional, em 1996 e 1997 (documento AFR/RC45/20)
11. Aprovação do relatório do Comité Regional (documento AFR/RC45/21)
12. Encerramento da quadragésima-quinta sessão do Comité Regional.

LIST OF PARTICIPANTS¹
LISTE DES PARTICIPANTS
LISTA DOS PARTICIPANTES

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

ALGERIA
ALGERIE
ARGÉLIA

Dr. Abdelhamid Aberkane
Représentant Algérien au Conseil Exécutif de l'OMS
Service de Réanimation
CHU de Constantine
Chef de délégation

Prof. J. P. Grangaud
Conseiller auprès du Ministre de la Santé chargé
du Programme Santé maternelle et infantile

Sr. Y. Ait Chellouche
Bureau de Liaison de l'OMS

Sr. Mahommed Larbi Abbas
Ambassade d'Algérie au Gabon
Libreville

ANGOLA

Dr. M. S. Epalanga
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dr. Jorge Emanuel da Fonseca Dupret
Director Nacional das Endemias
Ministério da Saúde

Dr. José António Pedro
Delegado Provincial da Saúde de Lunda Sul
Ministério da Saúde

¹ Document AFR/RC45/23 Rev.1

BENIN
BENIM

Dra. V. Lawson
Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr. P. Dossou-Togbé
Directeur Adjoint de Cabinet du Ministre de la Santé

BOTSWANA
BOTSOUANA
BOTSUANA

Dr. Chapson J. Butale
Minister of Health
Head of delegation

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

Sra. W. G. Manyeneng
Assistant Director of Health Services/
Primary Health Care

Sra. K. J. Gasennelwe
UNDER Secretary Manpower

BURKINA FASO

Sr. Christophe Dabiré
Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dra. A. Matou Sanou
Directrice des Etudes et de la Planification au Ministère de la Santé

Dr. Mathias Somé
Directeur du Centre National d'Education pour la Santé

BURUNDI

Dr. C. Batungwanayo
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr. D. Nshimirimana
Conseiller technique du Ministère chargé de la Planification et
Coordination des Etudes des Programmes et des Budgets

**CAMEROON
CAMEROUN
CAMARÕES**

Pr. J. Owona
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr. B. Yaou
Chef de Division de la Coopération au Ministère de la Santé publique

Dr. R. Owona Essomba
Directeur de la Santé communautaire

Sr. Atangana Nga
Directeur des Ressources financières et des Infrastructures
au Ministère de la Santé publique

**CAPE VERDE*
CAP-VERT
CABO VERDE****CENTRAL AFRICAN REPUBLIC
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
REPÚBLICA CENTRO-AFRICANA**

Dr. Gabriel Fio-Ngaïndiro
Ministre de la Santé publique et de la Planification
Chef de délégation

Dr. David Dofara
Directeur général de la Santé publique et de la Population

Sr. Alexis Satoulou-Maleyo
Directeur des Etudes et de la Planification

**CHAD
TCHAD
CHADE**

Sr. Dangde Laobebe Damaye
Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr. Mangdah Gagnet Bartoussia
Directeur général adjoint de la Santé

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

**COMOROS
COMORES**

Sr. Boina Maecha Mamadou
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr. Aboubacar Oumadi
Directeur général de la Santé publique

CONGO

Sr. Jean Mouyabi
Ministre de la Santé et des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr. Daniel Bouanga
Directeur général de la Santé publique

Dr. Paul Nzaba
Conseiller Socio-Sanitaire

Dr. Norbert Bidounga
Chef de Projet FAC - Appui aux Centres de santé intégrés

Sr. Magloire Matamba
Conseiller à la Coopération du Ministre de la Santé

Dr. Pierre Mpelé
Conseiller du Président de la République du Congo

CÔTE D'IVOIRE

Sr. Koffi Evariste Yapi
Chargé d'Affaires, Ambassade de Côte d'Ivoire à Libreville
Chef de délégation

Pr. G. Yao Loukou
Directeur général des Services sanitaires et sociaux

Dr. Bernard Seheri Darret
Conseiller technique des Programmes de Santé
au Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales

Sr. Laurent N'Cho Atsé
Directeur des Affaires financières au Ministère de la Santé publique
et des Affaires sociales

**EQUATORIAL GUINEA
GUINEE EQUATORIALE
GUINÉ EQUATORIAL**

Dr. Salomon Nguema Owono
Vice-Ministro de Sanidad y Medio Ambiente
Jefe de Delegacion

Dr. Manuel NGuema Ntutumu
Director general de la Salud publica y Planificacion

**ERITREA
ERYTHREE
ERITREIA**

Dr. Tekeste Fekadu
Vice-Minister & Acting Minister
Head of delegation

Dr. Afeworki Abraham
Director General of Health Services

**ETHIOPIA
ETHIOPIE
ETIÓPIA**

Dr. Fissema Tezera
Head of planning in Ministry of Health

**GABON
GABÃO**

Dr. Serge Mba Bekale
Ministre de la Santé publique et de la Population
Chef de la délégation

Sr. Martial Mboumba
Haut-Commissaire à la Santé
Adjoint au Chef de la délégation

Dr. Camille Banga Ba Ndaki
Secrétaire général à la Santé

Dr. Toussaint Engongah-Beka
Conseiller du Ministre chargé des Relations extérieures

Dr. Jean-Baptiste Ndong
Directeur général du CHL

Dr. Samuel Edzang
Directeur général de la Santé publique

Sr. Fidèle Bengone Bayi
Conseiller du Ministre chargé de la Planification

Sra. Boyogho Ntsane
Conseiller du Premier Ministre

Sra. Paulette Mounguengui
Conseiller administratif et financier

Dr. Mezui
Santé maternelle et infantile

Dr. Dibanga
SIDA-MST/AIDS-STD

**THE GAMBIA
GAMBIE
GÂMBIA**

Dr. Lamine Samateh
Permanent Secretary
Ministry of Health

Dr. M.O. George
Director of Health Services
Ministry of Health

**GHANA
GANA**

Commodore (RTD) S. G. Obimpeh
Minister of Health
Head of delegation

Dr. N. A. Adamafio
Director of Medical Services

Dr. Asamoah-Baah
Director, Policy, Planning, Monitoring
& Evaluation Division
Ministry of Health

**GUINEA
GUINEE
GUINÉ**

Dr. Ousmane Bangoura
Secrétaire général du Ministère de la Santé
Chef de la délégation

Dr. Cyrille Loua
Conseiller chargé de la Coopération

**GUINEA-BISSAU
GUINEE-BISSAU
GUINÉ-BISSAU**

Sra. Eugénia Saldanha Araújo
Ministra da Saúde Pública
Chefe da delegação

Sr. António Paulo Gomes
Director do Centro de Coordenação e
Gestão de Ajuda Externa
Ministério de Saúde Pública

**KENYA
QUÉNIA**

Dr. Joshua M. Angatia
Minister of Health
Head of delegation

Sr. D. Kimutai
Permanent Secretary
Ministry of Health

Dr. T.M. Oduori
Ministry of Health

Dr. James Mwanzia
Director of Medical Services

**LESOTHO
LESOTO**

Dr. Mr Sekoala Toloane
Minister of Health and Social Welfare
Head of delegation

Dr. P. Ntsekhe
Head of Disease Control Division

Sra. M. Tiheli
Chief Nursing Officer

**LIBERIA
LIBÉRIA**

Sr. Eric D. Johnson
Health Planning Officer
Head of delegation

**MADAGASCAR
MADAGÁSCAR**

Dr. Rabenson Dieudonné Robert
Directeur de la Lutte contre les Maladies
transmissibles, Ministère de la Santé
Chef de délégation

Dr. Razafiarison Andrianjarasoa
Chef de Service de Santé de district

MALAWI

Dr. Sam Mpasu
Minister of Health and Population
Head of delegation

Sr. D. Muva
Deputy Secretary

Dr. Liomba
Ministry of Health

MALI

Sr. Modibo Sidibé
Ministre de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées
Chef de délégation

Pr. Moussa Adama Maïga
Conseiller technique en Santé publique

Sr. Lassana Fofana
Conseiller technique au Ministère de la Santé,
de la Solidarité et des Personnes âgées

**MAURITÂNIA
MAURITANIE**

Dr. Kane Ibrahima
Directeur de la Protection sanitaire
Ministère de la Santé

**MAURITIUS
MAURICE
MAURÍCIAS**

Dr. Maheswarduth Gunese
Principal Medical Officer, Ministry of Health
Head of delegation

**MOZAMBIQUE
MOÇAMBIQUE**

Dr. Aurélio A. Zilhão
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dr. Domingos Valente Esteve Tuto
Inspector Farmacêutico Nacional
Ministério da Saúde

Dr. Humberto Albino Pedro Cossa
Director Nacional de Planificação e Cooperação
Ministério da Saúde

**NAMÍBIA
NAMIBIE**

Dr. Dr Nickey Iyambo MP
Minister of Health and Social Services
Head of delegation

Sr. K. J. Hikuama-Mupaine
Health Planner

Sra. P. Coetzee
Personal Assistant to the Minister

NÍGER

Sr. Kalla Ankourao
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr. Alarou Aboubacar
Directeur de la Promotion de la Santé

Sr. Niandou Tahirou
Secrétaire général adjoint, Ministère de la Santé publique

NIGÉRIA

Dra. (Mrs) O.A. Adelaja
Deputy Director (PHC and DC) in-charge of
Environmental and Occupational Health Division
Federal Ministry of Health

**RWANDA
RUANDA**

Dr. Vincent Biruta
Directeur général au Ministère de la Santé
Chef de délégation

Sr. H. Inyarubuga
Responsable du Programme des SSP

Dr. Pie Kamoso
Directeur de l'Epidémiologie et de l'Hygiène publique

**SAO TOME AND PRINCIPE
SAO TOME ET PRINCIPE
SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE**

Dr. Fernando da Conceição Silveira
Ministro da Saúde
Chefe da Delegação

Dr. António Marques de Lima
Director dos Cuidados de Saúde

SENEGAL

Sr. Ousmane Ngom
Ministre de la Santé et de l'Action sociale
Chef de délégation

Sr. Amadou Baïla Wane
Conseiller technique chargé de la Formation

Dr. Abou Beckr Gaye
Chef du Service national des Grandes Endémies

**SEYCHELLES
ILHAS SEYCHELLES**

Sr. Jacquelin Dugasse
Minister of Health
Head of delegation

Sra. Noellie Alexander
Principal Secretary of Health

**SIERRA LEONE
SERRA LEOA**

Dr. (Coronel) A. A. Gibril
Chief Secretary of State and
Secretary of State for Health and Social Services
Head of delegation

Sr. S. J. Mara
Director of Support Service

Dr. N. Conteh
Deputy Director General of Medical Services and
Director of Primary Health Care

**SOUTH AFRICA
AFRIQUE DU SUD
ÁFRICA DO SUL**

Dr. J. Phaahla
MEC for Health, Northern Province
Head of delegation

Dr. J.H.O. Pretorius
Deputy Director General: Regulations, Services and Programmes
Department of Health

Dr. M.P. Sefularu
MEC for Health, North West Province

Sr. E. Rasool
MEC for Health, Western Cape Province

Sra. Q. Abdool-Karim
Director AIDS Prevention
Department of Health

Dr. N. Cameron
Director, Communicable Disease Control
Department of Health

Dr. E. Mhlanga
Director Maternal and Child Care
Department of Health

Dr. G. G. Wolvaardt
Health Attaché in Geneva, Switzerland,
Department of Health

Sr. M. Combrinck
Assistant-Director
Department of Foreign Affairs

**SWAZILAND
SOUAZILAND
SUAZILÂNDIA**

Dr. Muntu P. N. Mswane
Minister for Health
Head of delegation

Dr. Qhing Qhing Dlamini
Deputy Director of Health Services

Dr. Steven V. Shongwe
Chief Medical Officer, public Health Unit

Dr. John Kunene
Senior Medical Officer

TOGO

Prof. Afantchao A. Amédomé
Ministre de la Santé, de la Population et de la Solidarité nationale
Chef de délégation

Dr. Essosolem Batchassi
Directeur général de la Santé

Sr. Kolambick Gbengbertane
Directeur du CHU-Tokoin, Lomé

**UGANDA
OUGANDA**

Dr. James Makumbi
Minister of Health
Head of delegation

Dr. D. Lwamafa
Commissioner, Ministry of Health

Dr. D. Kihumuro-Apuuli
Director general, Ministry of Health

Sra. G. L. Kaahwa
Commissioner for Nursing Service

**UNITED REPUBLIC OF TANZANIA
REPUBLIQUE UNIE DE TANZANIE
REPÚBLICA UNIDA DA TANZÂNIA**

Dr. P. M. Kilima
Director of Preventive Services
Head of delegation

Dr. A. Alhaji Mzige
Principal Medical Officer, MCH/FP

Dr. Mwanza
Ministry of Health

ZAIRE

Dr. Bopenda Bo-Nkumu-Lonyangela
Secrétaire général du Ministère de la Santé publique
Chef de délégation

Pr. R. Emmanuel Tshibassu Mubiay
Président Délégué Général du Fonds national Médico-sanitaire

Dr. Anne-Marie Tumba Benabiabu
Conseiller médical du Ministre de la Santé publique et Famille

Pr. Muyembe Tamfum
Professeur et Chef de Département de Microbiologie, Université de Kinshasa
Doyen de la Faculté de Médecine, Université de Bandundu

**ZÂMBIA
ZAMBIE**

Dr. M. C. Sata, MP
Minister of Health
Head of delegation

Dr. K. Kamanga
Permanent Secretary
Deputy Leader of delegation

Sr. V. Musowe
Chief Health Planner

Dr. V. Musonda
Kapirimposhi District Health Officer

ZIMBABWE

Dr. Rufaro Chatora
Permanent Secretary
Ministry of Health and Child Welfare
Head of delegation

Dr. Polinius L. N. Sikosana
Principal Medical Director

Sr. S. L. Chinanga
Assistant Secretary

**2. REPRESENTATIVES OF THE UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES
REPRESENTANTS DES NATIONS UNIES ET DES INSTITUTIONS SPECIALISEES
REPRESENTANTES DAS NAÇÕES UNIDAS E SUAS INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS**

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

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

Sr. Antonius Vissers
Coordinateur résident du Système des Nations Unies
UNDP
B.P. 2185
Libreville
Gabão

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

Sra. Torild Skard
Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre
B.P. 443
Abidjan - 04
Côte d'Ivoire

Dr. J.M. Ndiaye
Regional Health Adviser
UNICEF
B.P. 443
Abidjan - 04
Côte d'Ivoire

Dr. Matshidiso R. Moeti
Regional Health Adviser (ESARO)
P.O. Box 44145
Nairobi
Quénia

Prof. Mukelabai Kopano
Regional Health Advisor (ESARO)
P.O. Box 44145
Nairobi
Quénia

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

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

Sra. E. Fundira
 Chargée de Programme FNUAP
Libreville
 Gabão

Economic Commission for Africa (ECA)*
Commission économique pour l'Afrique (CEA)
Comissão Económica para África (CEA)

United Nations High Commission for Refugees UNHCR*
Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados

United Nations Environment Programme (UNEP)
Programme des Nations Unies pour l'Environnement (UNEP)
Programa das Nações Unidas para o Ambiente

Sra. Maria de Amorin
 Director Regional Office for Africa
 P.O. Box 30552
Nairobi
 Quênia

United Nations Volunteer Programme (UNV)*
Programme des Volontaires des Nations Unies
Programa dos Voluntários das Nações Unidas

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
Programme conjoint des Nations Unies sur VIH/SIDA (UNAIDS)
Programa conjunto das Nações Unidas contra o HIV/SIDA (UNAIDS)

Dr. Dev Ray
 Adviser, UNAIDS
 WHO/HQ, Geneva

World Bank/Banque mondiale/Banco Mundial

Sr. A. Edward Elmendorf
 Principal Management Specialist, Human Resources and Poverty Division
 Africa Technical Department
 1818 "H" Street, N.W.
Washington, D.C. 20433,
 EUA

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

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

**3. REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES
REPRESENTANTES DAS ORGANIZAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS**

**African Development Bank (ADB)
Banque Africaine de Développement (BAD)
Banco Africano de Desenvolvimento**

Dra. Alice Hamer
Banque africaine de Développement
B.P. V316
Abidjan 01
Côte d'Ivoire

**African and Malagasy Council for Higher Education
Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES)
Conselho Africano e Malgaxe para o Ensino Superior**

Dr. R. M. Ouiminga
Secrétaire général du CAMES
01 B.P. 134
Ouagadougou 01
Burkina Faso

**Economic Community of West African States (ECOWAS)
Communauté économique des Etats de l'Afrique occidentale (CEDEAO)
Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO)**

Sr. Mahamadou Ouhoumoudou
Deputy Executive Secretary
6 King George V Road
P.M.B. 12745
Onikan, Lagos
Nigéria

Sra. Annie Bangura
Principal Social Affairs
6 King George V Road
Onikan, Lagos
Nigéria

**Economic Community of the Countries of the Great Lakes*
Communauté économique des Pays des grands Lacs (CEPGL)
Comunidade Económica dos Países dos Grandes Lagos (GEPGL)**

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

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

Sr. Pascal Gayama
Assistant Secretary General of OAU
Addis Ababa
Etiópia

Sr. Laban O. Masimba
Chief of Nutrition Division
P.O. Box 3243
Addis Ababa
Etiópia

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 de Cooperação para o Combate
às Grandes Endemias (OCCGE)

Professor A. Ag Rhaly
Secrétaire général
OCCGE
B.P. 153
Bobo Dioulasso
Burkina Faso

Dr. Mathias Hien
Secrétaire général adjoint
OCCGE
B.P. 153
Bobo Dioulasso
Burkina Faso

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

Permanent Interstate Committee for Drought Control in the Sahel*
Comité permanent Inter-Etats de Lutte contre la Sécheresse dans
le Sahel (CILSS)
Comité Permanente Inter-Estados de Luta contra a seca no Sahel

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

Centre international de Civilisation Bantou (CICIBA)
Centro Internacional de Civilizações Banto (CICIBA)

Sra. B.Akendengue
 Département de Médecine traditionnelle
 CICIBA
 B.P. 770
Libreville
 Gabão

West African Health Community
Communauté sanitaire d'Afrique occidentale
Comunidade Sanitária da África Ocidental

Dr. Kabba Joiner
 Executive Director
 P.M.B. 2023
Yaba, Lagos
 República Federal da Nigéria

4. REPRESENTATIVES OF NONGOVERNEMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES
REPRESENTANTES DAS ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS

Association of Medical Schools of Africa (AMSA)
Association des Ecoles de Médecine de l'Afrique
Associação das Escolas de Medicina da África

Pr. J. P. Van Niekerk
 U.C.T. Faculty of Medicine
 Observatory
Cape Town
 África do Sul

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

Sr. Jacques Igoko
 Directeur général du Service de Santé militaire
 B.P. 2154
Libreville
 Gabão

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

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

Sr. Jean Pierre Eouzan
Directeur de Recherche de l'ORSTOM
Représentant du Directeur général de l'ORSTOM
213, rue Lafayette
75010 Paris
França

**5. OBSERVERS AND SPECIAL GUESTS
OBSERVATEURS ET DISTINGUES INVITES
OBSERVADORES E CONVIDADOS ESPECIAIS**

Prof. O. Ransome-Kuti
Chair, Independent Africa Expert Health Panel,
"Better Health in Africa"
World Bank, Africa Technical Department
1818 "H" Street N.W.
Washington, D.C. 20433
EUA

Dr. Patarroyo Murillo
Director Immunology Institute
Hospital San Juan de Dios
Bogotá-Colômbia
Tel. 571-2801616
Fax 571-2803999

**Cameroon Medical Women Association (CMWA)
Association camerounaise des Femmes Médecins
Associação Camaronesa das Mulheres Médicas**

Dr. Rosa Befidi-Mengue
President
Cameroon Medical Women's Association
P.O. Box 5516
Yaoundé
Camarões

Rotary International

Sr. Patrick Verdoy
National Polioplus Chairman for Gabon
Libreville
Gabão

**ALOCUÇÃO DO SR. N.C. DABIRÉ,
MINISTRO DA SAÚDE DO BURKINA FASO E
PRESIDENTE DA 44ª SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL AFRICANO**

Excelentíssimo Senhor Primeiro-Ministro da República do Gabão,
Excelentíssimos Senhores Ministros,
Excelências,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

É para mim uma grande honra dirigir-me a todos vós por ocasião desta abertura oficial da Quadragésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da OMS.

Antes de mais, gostaria, em nome de todos os delegados presentes nesta sala, de exprimir a minha gratidão a Sua Excelência, o Primeiro-Ministro da República do Gabão, ao Governo e ao Povo do Gabão, por terem aceite acolher esta importante sessão do Comité Regional e por nos ter feito a honra de a abrir oficialmente.

Excelentíssimo Senhor Presidente da República,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

A situação sanitária nos países da nossa Região permanece extremamente preocupante e tem tendência para se agravar devido à emergência de novos problemas sócio-sanitários e aos efeitos da crise económica mundial. No ano transacto, o nosso continente esteve confrontado com situações de emergência particularmente graves, que afectaram sobretudo o Ruanda, a Serra Leoa, a Libéria e o Burundi, a que acresceram as consequências da seca nos países da África Austral. Mas apesar destas dificuldades, é reconfortante constatar que os Estados-membros prosseguiram os seus esforços no sentido da melhoria da saúde das suas populações e fizeram os sacrifícios necessários para minimizar os novos sofrimentos impostos às mulheres e às crianças, em particular. A cooperação entre países da Região e com a comunidade internacional contribuiu significativamente para os sucessos alcançados.

No ano transacto, por ocasião da Quadragésima-quarta sessão do Comité Regional Africano da OMS, elegemos um novo Director Regional, o Dr. Ebrahim Samba, com o qual tive o prazer de trabalhar durante o meu mandato. E podemos congratularmo-nos por ter eleito um trabalhador incansável, pragmático e totalmente dedicado ao desenvolvimento sócio-sanitário da África.

O Dr. Samba deu provas da sua capacidade de gestão na liderança do vasto programa que é o de combate à oncocercose na África Ocidental. Podemos esperar que a Sede Regional Africana da OMS beneficiará da sua competência e sob a sua direcção melhorará a sua eficácia e eficiência.

Podemos igualmente congratularmo-nos com a colaboração actuante estabelecida entre a Sede Regional e a Sede Mundial da OMS aquando da epidemia mortífera de febre hemorrágica por vírus Ebola, que afectou Kikwit, no Zaire. Com efeito, durante essa epidemia, a Sede Regional e a Sede Mundial actuaram verdadeiramente como uma única organização.

As nossas relações com as outras instituições das Nações Unidas também melhoraram, como demonstrado pela participação do Director Regional da OMS para África no lançamento da iniciativa especial do Secretário-Geral das Nações Unidas a favor da África; esta iniciativa engloba doravante questões de saúde e considera o combate ao paludismo uma das suas prioridades, paralelamente à necessidade de reforma dos sistemas de saúde. Este estreitamento das relações entre a OMS e as outras instituições das Nações Unidas melhorará, significativamente, a qualidade do apoio prestado pela Sede Regional Africana da OMS aos nossos países respectivos.

Contudo, a despeito dos esforços que mencionei, continuamos infelizmente a ser vítimas de surtos epidémicos de cólera, disenteria bacilar, sarampo e meningite, para além da pandemia da SIDA, cuja rápida progressão em África entrava gravemente os esforços de desenvolvimento dos nossos Estados. Esta situação exige que redobremos de esforços para tomar todas as medidas preventivas necessárias. Temos igualmente de mobilizar mais recursos para acelerar a consecução dos nossos objectivos de saúde, se quisermos sair da crise actual. E isto porque estamos profundamente convencidos de que uma mão-de-obra saudável é indispensável a um desenvolvimento sócio-económico duradouro e à redução, se não eliminação, da pobreza que afecta as populações do nosso continente.

Temos igualmente de envidar os esforços necessários para integrar o apoio dos nossos parceiros, por forma a melhorar a eficácia e a eficiência das intervenções a favor do desenvolvimento sócio-sanitário nos nossos países.

Este princípio foi aplicado com sucesso no Zaire, onde os esforços do país, combinados com uma assistência internacional bem coordenada, permitiram controlar rapidamente a epidemia de febre hemorrágica por vírus Ebola e impedir a sua propagação.

Por ocasião da Quadragésima-oitava Assembleia Mundial da Saúde, mostrámos a nossa unidade de acção e a nossa capacidade para resolver os nossos problemas em condições difíceis. Não há dúvida de que podemos melhorar a nossa maneira de gerir os nossos assuntos, para que a nossa acção tenha o máximo impacto. Devemos tirar lições do passado para melhorar o nosso contributo para este órgão mundial e para as deliberações da Quadragésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da OMS.

Excelentíssimo Senhor Primeiro-Ministro da República do Gabão,
Excelentíssimos Senhores Ministros,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Antes de terminar, gostaria de agradecer a todos os meus colegas Ministros da Saúde da nossa Região o seu apoio constante à Mesa da Quadragésima-quarta sessão do Comité Regional, durante todo o seu mandato. A participação activa de todas as delegações nos debates sobre os problemas de saúde em África culminou em directivas claras que nortearam a acção da Sede Regional.

Faço votos veementes para que a solidariedade que sempre existiu entre nós se reforce ainda mais, a fim de que a Região Africana conheça um desenvolvimento sanitário e económico harmonioso, em benefício das nossas populações trabalhadoras.

Muito obrigado.

**ALOCUÇÃO DO DR. EBRAHIM M. SAMBA,
DIRECTOR REGIONAL DA OMS PARA ÁFRICA**

"A Situação Sanitária em África"

Excelentíssimo Senhor Presidente da República do Gabão,
Excelentíssimos Senhores Ministros da Saúde e membros do Parlamento,
Excelentíssimo Senhor Decano do Corpo Diplomático,
Excelentíssimos Senhores Embaixadores,
Senhor Presidente,
Caros colegas,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

A situação sanitária em África continua caracterizada pelo círculo vicioso da doença, da pobreza e do subdesenvolvimento.

As doenças da pobreza, como sejam o paludismo, a tuberculose e a cólera, têm vindo a aumentar. Mas ao mesmo tempo que se envidam esforços no sentido de libertar o continente destas doenças, há cada vez mais afecções e comportamentos ligados à riqueza: hipertensão, doenças cardiovasculares, acidentes, consumo de drogas, etc.. Além disso, velhas doenças, como a febre amarela e a peste, têm vindo a ressurgir, ao mesmo tempo que temos de lutar contra novas doenças como a febre hemorrágica (Ebola) e a infecção pelo HIV/SIDA.

Embora não sejamos totalmente responsáveis por esta situação, há actualmente o perigo de nos resignarmos e de aceitarmos isso como o nosso destino.

Actualmente, em África, atravessamos um período sócio-económico particularmente difícil da nossa história. Os efeitos devastadores da crise económica mundial fazem-se sentir mais intensamente nos nossos países, em virtude de estarmos dependentes de decisões unilaterais que afectam a nossa sobrevivência, mas que são tomadas por outros em nosso nome.

Não temos uma palavra a dizer sobre os preços das nossas matérias-primas. Além disso, os preços dos produtos que importamos não nos são favoráveis. Também não temos uma palavra a dizer sobre os nossos haveres em divisas que têm vindo a diminuir. Temos assistido consternados e desamparados à diminuição drástica do valor das nossas moedas e ao fracasso dos nossos planos nacionais de desenvolvimento. À medida que os padrões da vida pioram na maioria dos países, os pobres tornam-se mais pobres, os ataques de diarreia aumentam e o meio ambiente deteriora-se.

Além disso, os nossos problemas têm vindo a agravar-se devido às eternas catástrofes naturais e provocadas pelo Homem. Cerca de sessenta por cento dos nossos países estão confrontados com catástrofes provocadas por nós próprios ou resultantes de causas naturais, como a seca no Sahel e na África Austral. O número de catástrofes e de situações de emergência tem vindo a aumentar, o que tem como consequência o aumento do número de refugiados e de surtos epidémicos, bem como a queda de produtividade e a deterioração do meio ambiente. Além disso, as más condições de higiene nos campos de refugiados estão na origem de frequentes surtos epidémicos e contribuem para a propagação das doenças transmissíveis. Actualmente, uma parte significativa dos nossos escassos recursos é consagrada ao combate a estas catástrofes.

A percepção que se tem da África Subsariana a nível mundial tem piorado, dado que os doadores cansaram-se de dar contributos por não verem resultados positivos. A África é agora vista como um poço sem fundo. A ajuda e os investimentos em África parecem ter pouco impacto sobre a saúde e o desenvolvimento em geral.

Os conflitos civis contínuos abalaram a confiança na nossa própria capacidade para decidir o nosso próprio destino. Embora seja perigoso e suicida para nós africanos perder confiança em nós próprios, as nossas questionáveis práticas de gestão passadas e presentes continuam a perseguir-nos como um mau sonho. Não podemos repetir os erros dos nossos antecessores. Temos de fazer melhor a partir do momento em que assumimos as responsabilidades. Se agirmos exactamente do mesmo modo que os nossos antecessores fracassaremos, pois isso significa que não soubemos tirar ilações da sua acção. Se fizermos pior do que eles, será uma tragédia. Se fizermos melhor, não é mais do que o que se espera de nós.

A pobreza da África não resulta apenas da falta de recursos. Trata-se, em grande parte, de problemas ligados à má gestão dos recursos humanos e materiais, ao poder e aos valores sociais e culturais. Temos de rever de todo em todo a actual situação, em que alguns ricos controlam e consomem uma grande parte dos recursos, enquanto a esmagadora maioria permanece escandalosamente pobre.

Digo com frequência, e repito-o uma vez mais aqui hoje, que é uma vergonha que o Luxemburgo, com uma população de 300.000 habitantes, seja um doador, ao passo que os gigantes africanos são países beneficiários.

Senhor Presidente, Excelência, não podemos e não devemos continuar a ser eternos pedintes. É chegado o momento de nos interrogarmos sobre algumas difíceis e francas questões. A mais importante, a nosso ver, consiste em saber como utilizar os nossos recursos humanos e materiais em benefício da África. Porque é que os cuidados primários de saúde não são eficazes nos nossos países respectivos? Porque é que os sistemas distritais de saúde não funcionam eficazmente tal como foram por nós programados há muitos anos? Porque é que os nossos quadros qualificados abandonam o serviço?

Quaisquer que sejam as respostas a estas questões, o facto é que, a despeito da abundância de recursos naturais, humanos e culturais, nós dependemos de soluções importadas para resolver os nossos problemas, quer essas soluções sejam sociais, políticas, económicas ou relacionadas com a saúde.

Não podemos continuar a deixar o nosso continente à mercê de novas experiências, teorias e ideias degenerescentes, quer as mesmas sejam introduzidas por nós próprios ou por estrangeiros, que nem sempre querem bem ao nosso continente.

Temos de aprender a remediar-nos com o que temos, dado que, com o decorrer do tempo, os nossos problemas terão de ser resolvidos aqui, com os recursos humanos e materiais disponíveis neste continente. A África tem grandes potencialidades que, se forem bem geridas, podem muito rapidamente levar a progressos consideráveis no desenvolvimento sócio-económico e sanitário.

As doenças encontram em África um terreno propício à sua propagação, dado que as nossas prioridades estão erradas. Temos de redefinir as nossas prioridades sanitárias nacionais, as nossas populações-alvo e as nossas estratégias.

- Os países têm de assumir a liderança da elaboração das políticas nacionais de saúde;
- Temos de elaborar estratégias de saúde com base nos recursos localmente disponíveis;
- Temos de adoptar estilos de gestão que façam sobressair o melhor de nós próprios e realcem a dignidade humana e o amor-próprio, tendo em conta a nossa herança cultural.

A experiência demonstra que não nos resignamos facilmente; que somos capazes de reagir. Devemos usar esta nossa capacidade de reacção para lutar contra as actuais dificuldades, de modo a realizar progressos no sentido de atingir as metas da nossa própria saúde, graças aos nossos próprios esforços. Devemos tirar o melhor aproveitamento possível dos recursos internos e dos fornecidos pelos doadores, através de uma gestão mais eficiente e transparente, que dê primazia aos nossos povos e à nossa herança.

A OMS ajudará os Estados-membros a definir os seus planos para a saúde física e mental. Desempenharemos o nosso papel de especialistas da saúde em África e não nos pouparemos a esforços para que a África atinja um estado de completo bem-estar. As pessoas doentes não podem trabalhar; e, se não podem trabalhar, não podem libertar-se do círculo vicioso da pobreza, da doença e do subdesenvolvimento.

Fazemos tenção de, nos próximos cinco anos, reorganizar a gestão da saúde na Sede Regional, de modo a restaurar a confiança em nós próprios e a nossa capacidade para prestar assistência sanitária aos países. Para o efeito, tencionamos:

- a) Melhorar a eficiência e a responsabilidade no que respeita à utilização dos nossos recursos humanos e materiais, tirando o melhor aproveitamento possível dos escassos meios de que dispomos;
- b) Criar um sistema rigoroso de controlo e de responsabilidade na utilização dos recursos, mostrando assim à comunidade dos doadores que os respectivos investimentos serão geridos de maneira transparente e devidamente utilizados;
- c) Restaurar a confiança do público na Organização Mundial de Saúde como órgão especializado na área da Saúde que ajudará os países e estará presente antes, durante e após a ocorrência de situações de emergência, para participar nas actividades de recuperação;
- d) Implementar uma nova política de recrutamento baseada nas habilitações, na eficiência e na competência, e tendo em devida conta a distribuição geográfica e por sexo;
- e) Intensificar a difusão e a distribuição de informação sobre a prevenção enquanto estratégia com melhor relação custo-eficácia;
- f) Reforçar a unicidade da Organização nas intervenções a nível dos países e adoptar uma abordagem activa e baseada nos resultados.

As nossas prioridades programáticas assentam no Nono Programa Geral de Trabalho que aprovastes. Uma delas é o sistema distrital de saúde, elemento crucial para o sucesso dos cuidados primários de saúde. Além disso, o facto de a comunidade se tornar proprietária dos centros de saúde garantirá a continuidade das iniciativas comunitárias de saúde. Por seu turno, as equipas de saúde prestarão apoio aos países com vista à reorientação periódica do planeamento, implementação, monitorização e avaliação das políticas nacionais de saúde.

As nossas prioridades programáticas serão implementadas pelos países. Paralelamente, prosseguirão os esforços no sentido de erradicar ou eliminar a poliomielite, a dracunculose, o tétano neonatal, o sarampo, a lepra e a febre amarela, e de reduzir a mortalidade e a morbilidade por outras doenças evitáveis, como a diarreia, as infecções respiratórias agudas, o paludismo, a tuberculose, a oncocercose, a tripanossomíase e a schistosomíase. Por seu turno, a infecção pelo HIV, a SIDA e as doenças sexualmente transmissíveis serão alvo de particular atenção. Nos próximos anos, procederemos ao reforço da vigilância epidemiológica e do controlo das epidemias. Além disso, reforçaremos as actividades de promoção, informação e comunicação, como estratégia de luta por uma saúde melhor.

Redobraremos de esforços na área dos cuidados de saúde preventivos. Esperamos fazê-lo através da promoção, da informação e da educação do público. Há medidas simples que as pessoas informadas podem tomar para restaurar a sua saúde. As medidas básicas de higiene, os cuidados domiciliários, uma alimentação sã, etc., contribuem para uma boa saúde. Os nossos órgãos de comunicação social promoverão estilos de vida saudáveis para prevenir a hipertensão, as doenças cardiovasculares e o consumo de drogas.

Em colaboração com os nossos parceiros externos, tencionamos redobrar de esforços na área da investigação em epidemiologia de novas doenças, em particular a SIDA e a febre hemorrágica (Ebola), e de velhas doenças, como o paludismo, para as quais ainda não existem nem vacinas eficazes nem cura.

Ajudaremos os países a resolver os seus problemas de saúde resultantes da pobreza, utilizando os recursos locais disponíveis. Para o efeito, demos instruções aos nossos Representantes para que apoiem os países a combater esses problemas.

Queremos que a presença da OMS se faça sentir nos Estados-membros. Estabeleceremos consultas com as autoridades nacionais sobre a maneira como a OMS poderá ajudá-las a melhorar os seus sistemas de saúde. Não tenho dúvida que é quando fazemos a diferença no nosso ambiente imediato que as pessoas que se encontram em locais distantes acreditam na nossa sinceridade e capacidade. A nossa estratégia será pragmática e baseada nos resultados.

Tudo isto não se trata de meras palavras. Fazemos tenção de efectuar verdadeiras mudanças em benefício dos nosso povos. Tal é evidenciado pelas primeira medidas que já tomámos para restaurar a confiança na nossa região e na OMS no seu todo, a saber:

- Procedemos à revisão da gestão financeira e criámos mecanismos de controlo mais rigorosos, que nos permitiram poupar nas despesas relativas à compra de bilhetes de avião e ao consumo de electricidade e água. Além disso, procedemos à revisão aprofundada de todos os programas para melhorar os respectivos impacto e relação custo-eficácia.
- Atendendo às nossas actuais dificuldades financeiras e para melhorar ainda mais as capacidades a nível os países, a OMS decidiu reduzir o seu pessoal a nível mundial. Tal significa uma redução do número de funcionários que trabalham na Sede Regional e a aplicação de procedimentos de recrutamento mais rigorosos, de modo a que apenas os candidatos com as melhores habilitações sejam recrutados. Além disso, tomaram-se disposições com vista a reforçar as Representações da OMS nos países com pessoal internacional e nacional, bem como com os necessários recursos. Aos Representantes da OMS foram confiados poderes acrescidos para tomarem decisões sobre as actividades da OMS nos países.
- Instituímos uma gestão aberta e transparente, que permite a cada funcionário fazer ouvir a sua voz. As sugestões pragmáticas e eficazes são tidas em conta e promovidas.
- O valor da consciência profissional foi restaurado e aceite pelo pessoal que deixou de chegar atrasado ao trabalho ou às reuniões, o que permitiu reduzir ao máximo a perda de tempo. Além disso, as reuniões são agora melhor organizadas e duram menos tempo. Por outro lado, as horas extraordinárias foram consideravelmente reduzidas.
- Concedemos poderes aos funcionários para que assumam a plena responsabilidade pelas suas decisões.
- Para facilitar o cumprimento das tarefas e melhorar o desempenho, adquirimos equipamento moderno para todos os escritórios, incluindo computadores e equipamento de comunicação. Além disso, lançámos um programa de formação e reciclagem dos funcionários.

Por outro lado, instalámos um receptor/transmissor via satélite na Sede Regional, o que facilitará as nossas comunicações com a Sede Mundial e com as Representações da OMS nos países. Tal facilitará igualmente as actividades da nossa divisão de informação sanitária e melhorará os nossos contactos com os países e o mundo em geral.

Acreditamos que será possível melhorar a saúde em África se os indivíduos, as famílias, as comunidades, a OMS, os Estados-membros, os doadores e os parceiros contribuírem todos como UMA FAMÍLIA para ultrapassar a crise da saúde em África e fazer da Região Africana da Organização Mundial de Saúde uma das melhores.

O que tencionamos fazer nos próximos cinco anos consta do documento "QUADRO DE ORIENTAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO TÉCNICA COM OS ESTADOS-MEMBROS DA REGIÃO AFRICANA". Este documento de orientação encontra-se disponível para vossa informação. Faço votos veementes para que o Deus Todo-Poderoso, que nos chamou para contribuirmos para mudar o rumo dos acontecimentos neste continente, nos dê a necessária força para levarmos a cabo a nossa missão.

Gostaria de vos agradecer sinceramente por me terem eleito para este cargo e pela confiança que depositam em mim para assumir as responsabilidades que me confiaram. Muito obrigado por todo o apoio que me prestaram até à data.

Em particular, gostaria de manifestar a minha gratidão à comunidade dos doadores pelo apoio e generosos contributos financeiros que têm fornecido para o desenvolvimento sanitário em África.

Um estudo que efectuámos recentemente mostra um aumento das verbas orçamentais. Brevemente, publicaremos os contributos dos doadores para o desenvolvimento sanitário da nossa Região.

Muito obrigado, Senhor Presidente.

**ALOCUÇÃO DO PROFESSOR OLIKOYE RANSOME-KUTI,
PRESIDENTE DO PAINEL DO
BANCO MUNDIAL PARA "MELHOR SAÚDE EM ÁFRICA"**

Excelentíssimo Senhor Primeiro-Ministro da República do Gabão,
Excelentíssimos Senhores Ministros,
Excelentíssimo Senhor Director Regional,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

O Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial (RDM) de 1993 começa do seguinte modo: "Nos últimos quarenta anos, a esperança de vida aumentou mais do que em todo o período anterior da história da humanidade. Em 1950, a esperança de vida era de 40 anos nos países em desenvolvimento; em 1990, aumentara para 63 anos. Em 1950, 28 em 100 crianças morriam antes do quinto aniversário; em 1990 esse número caíra para 10. A varíola, que matava mais de cinco milhões por ano, foi totalmente erradicada. As vacinas reduziram drasticamente a ocorrência do sarampo e da poliomielite". Continua o relatório: "Embora a saúde tenha progredido, mesmo nos países mais pobres, a marcha do progresso tem sido irregular;" e, ilustrando o contributo da nossa Região para o progresso da saúde a nível mundial, afirma que em 1960, no Gana e na Indonésia, cerca de uma em 5 crianças morriam antes de atingir os 5 anos, uma taxa de mortalidade infantil típica de muitos países em desenvolvimento. Em 1990, a taxa da Indonésia baixara para cerca de metade dos números de 1960, mas a do Gana apenas reduzira ligeiramente.

Embora os serviços de saúde fossem apenas um factor contributivo para os progressos, a importância do seu papel nos países em desenvolvimento nunca foi posta em dúvida. Há grandes dificuldades com os sistemas de saúde que, a não serem resolvidas, porão em causa os progressos na redução desses fardos que são a morte prematura e a incapacidade. Igual frustração se verificará perante os nossos desafios no campo da saúde, tais como a SIDA e as ameaças que surgem com doenças como o paludismo e a tuberculose.

Entre os problemas incluem-se:

- o gasto de dinheiro público em intervenções de baixo nível de custo-eficácia;
- o facto de os pobres não terem acesso aos serviços básicos de saúde e a má qualidade dos cuidados prestados;
- o muito dinheiro desperdiçado na saúde, por exemplo na aquisição e no uso irracional de medicamentos;
- os hospitais e clínicas governamentais que, sendo responsáveis pela maior parte da prestação de cuidados médicos no momento, são muitas vezes ineficazes, sofrendo de decisões demasiado centralizadas e tendo os seus trabalhadores de saúde pouco motivados.

Ao RDM seguiu-se um estudo com alguma profundidade sobre a situação da saúde na África Subsariana, pelo Banco Mundial. O resultado foi o livro conhecido pela maioria de vós, com o título "Melhor Saúde em África". Nele se afirma que, a despeito das severas limitações financeiras, muitos países têm ao seu alcance progressos significativos na saúde. Mas eles só se verificarão sob o impulso de uma reforma dos nossos Sistemas Nacionais de Saúde. Alguns países da Região já deram importantes passos em frente, com a criação de "condições propícias" à saúde. Mas em muitos outros, o progresso foi prejudicado por um fraco empenhamento político na reforma do sector da Saúde e por má gestão dos sistemas nacionais. Casos houve onde estes problemas foram acompanhados de instabilidade política, choques macro-económicos, guerra civil e catástrofes naturais. Mesmo assim, a saúde em África pode ser consideravelmente melhorada, apesar de tão sérios obstáculos sócio-económicos e financeiros.

Estas medidas reformadoras têm um largo âmbito. Referimos alguns pontos:

- . os papéis do Estado e dos parceiros não-governamentais;
- . a estrutura do sistema de cuidados de saúde;
- . a definição do conteúdo, custo e financiamento de um pacote mínimo de serviços de saúde, com boa relação custo-eficácia, acessível a todos;
- . a descentralização dos serviços de saúde e a sua administração;
- . métodos de redução do custo de fármacos para o consumidor, por meio de um sistema de medicamentos essenciais;
- . a reorientação da formação e gestão do pessoal.

Estes princípios e conceitos não divergem dos que resultaram da Declaração de Alma-Ata, em 1978. O Relatório serve para nos fazer lembrar o nosso empenhamento em organizar os nossos sistemas nacionais de saúde a partir dos cuidados primários. Reafirma ainda os passos, complexos mas necessários, que se devem dar até atingir tal objectivo.

Em 1993, o Painel de Peritos para "Melhor Saúde em África" foi constituído para analisar o projecto do relatório. Os membros foram escolhidos pelo seu prestígio enquanto líderes nos respectivos países e pelos seus contributos no campo da saúde e desenvolvimento. Participam em nome individual e reflectem a grande variedade de abordagens necessárias para alcançar o objectivo da reforma do sector da Saúde.

O Painel de Peritos louvou o relatório. Fez ainda um número apreciável de sugestões, que foram contempladas no texto publicado. No fim da reunião, os membros realçaram a importância de um acompanhamento, tanto a nível nacional como internacional. Era seu desejo que o estudo viesse a ser algo mais do que apenas outro relatório internacional bem intencionado.

Na 44ª sessão do Comité Regional, em Setembro de 1994, o Banco Mundial publicou o relatório. Nessa ocasião, o Vice-Presidente do Banco Mundial para a África, Sr. E.V.K. Jaycox, recomendou o livro ao Comité e confiou a liderança das actividades de acompanhamento ao Painel de Peritos.

O Painel reuniu em Fevereiro de 1995, para definir o seu papel e as suas actividades à luz dos seguintes princípios:

- . as actividades do painel devem complementar, mas de modo algum substituir, o trabalho de outros; compete-lhe identificar e preencher falhas. Deve sobretudo contribuir para a formulação e estabelecimento de consensos e empenhamentos nacionais no sentido da reforma. Deve dedicar atenção especial ao impacto sobre o pensamento e a acção dos protagonistas. A ideia básica é gerar, na sociedade civil, um espírito crescente de apoio de base à reforma do sector da Saúde, criando assim um clima de diálogo construtivo entre aquela e o sector público. Deste modo, a reforma do sector da Saúde tornar-se-á uma ampla preocupação social, e não apenas a acção de um reduzido número de políticos e de pessoal técnico no Ministério da Saúde.

O Painel corresponderá ao seu mandato disseminando, nacional e internacionalmente, os conceitos e princípios da Reforma do Sector da Saúde, tal como foram definidos na Declaração de Alma-Ata e no livro "Melhor Saúde em África", e advogando a sua implementação. Os planos nacionais para melhor saúde devem, pois, resultar de um intenso processo de consultas e estudos a nível dos países.

Uma vez que o processo da reforma do sector da saúde se localizará em etapas diferentes nos nossos países, os membros do Painel, a nível internacional, deverão patrocinar ou participar com o seu apoio nas reuniões de trabalho das equipas nacionais. O seu papel será o da troca de experiências na reforma do sector da Saúde e impulsionar a motivação para sua posterior adopção. Os parceiros da sociedade civil reunirão com o pessoal do sector público, a fim de promover o diálogo e a cooperação. Serão organizadas reuniões de trabalho a nível nacional e internacional para jornalistas, académicos, grupos profissionais, membros de sindicatos, etc., para promover a compreensão da reforma do sector da Saúde, promover a sua disseminação e grangear o apoio daqueles na sua implementação.

Os membros do painel patrocinarão a elaboração de documentos de acompanhamento sobre os assuntos-chave da estratégia de saúde identificados por eles e no estudo. Estes serão discutidos e divulgados nacional e internacionalmente. Por exemplo, alguns membros ofereceram-se para patrocinar estudos sobre temas como a descentralização, produtos farmacêuticos e formação de alto nível em saúde pública.

O programa de Melhor Saúde em África já está apoiando o trabalho de alguns dos nossos eminentes líderes Africanos na sociedade civil, para a reforma do sector da Saúde. Muitos deles indicaram a maneira como pretendem implementar as suas decisões e procura-se financiamento para esse fim. O programa reflecte a ansiedade de identificar e formar novos líderes mediante a utilização do rico acervo de experiência e capacidade sobre desenvolvimento de liderança existente no mundo industrializado, particularmente no sector privado.

A reforma do sector da Saúde será promovida vigorosamente a nível político. Far-se-ão todos os esforços para a colocar na ordem do dia das reuniões dos Chefes de Estado, Ministros da Saúde e das instituições doadoras bilaterais e multilaterais.

Por último, o Programa Melhor Saúde em África promoverá a formação dos profissionais de saúde para que adquiram a capacidade necessária para gerir os sistemas de saúde, uma vez reformados. Procurar-se-á auxílio para desenvolver modelos de serviços de saúde na comunidade que possam ser utilizados como centros de formação pelas instituições de formação dos profissionais de saúde.

A "Melhor Saúde em África" deverá ser vista como um esforço para incentivar a nossa determinação de desenvolver ou reformar os nossos sistemas de saúde, de modo a aliviar a pesada carga de doenças que o nosso povo suporta. O seu propósito é orientar o apoio e as actividades da população para as mudanças. Sem uma infra-estrutura sanitária, não podemos começar a cuidar da nossa população; todos os esforços sem ela serão inúteis e insustentáveis. Embora todos compreendam que os nossos povos não podem ser educados sem um sistema escolar, há quem espere que a sua boa saúde seja mantida sem um bom sistema de saúde.

Não quero insinuar que os países da nossa Região não tenham envidado esforços para desenvolver os seus sistemas de saúde. Esses esforços diluíram-se ou foram prejudicados por outros programas apoiados por grande financiamento mas com objectivos de curto prazo. Essa situação não desapareceu. Nós, por outro lado, devemos aprender com as lições do passado e insistir na nossa determinação de fazer "o mais importante em primeiro lugar".

Antes de concluir, permitam-me colocar o painel no contexto mais amplo da nova **Iniciativa Especial para a África**, actualmente em preparação pelo Secretário-Geral das Nações Unidas. Essa iniciativa prevê acções concertadas para o desenvolvimento pelas instituições que fazem parte das Nações Unidas através de todos os domínios económicos e sociais da África. O nosso Director Regional tem estado profundamente empenhado nas actividades de preparação e o Painel e o Banco Mundial participarão nessa Iniciativa Especial. Os programas gerais de gastos e desenvolvimento no sector da Saúde serão elaborados de acordo com as necessidades específicas de cada país e sua definição exigirá a nossa liderança activa como protagonistas fundamentais do melhoramento da Saúde. Uma vez que os programas adequados do sector da Saúde específicos de cada país tenham sido elaborados e revistos, e que o compromisso generalizado com os programas tenha sido assegurado

a nível de país, o Painel e o Banco estarão prontos para desempenhar um papel activo na mobilização dos apoios financeiro e de outra natureza, que sejam necessários. Nós esperamos que as consultas entre as delegações e entre as Agências das Nações Unidas, que ocorrerão durante a reunião do Comité Regional, acelerem a preparação das acções no sector da Saúde a serem apoiadas segundo a Iniciativa Especial.

Sejamos realistas, estamos a falar da **Participação Comunitária**. Até agora, não conseguimos entender, explorar e potenciar este importantíssimo mecanismo para o desenvolvimento da Saúde. A Melhor Saúde em África é apenas um mero princípio. Até hoje, a Participação Comunitária referia-se apenas às aldeias; esse conceito erróneo prejudicou a sua credibilidade. Foi interpretado como uma tentativa dos governos de transferir a sua responsabilidade pela prestação de serviços de saúde a nível comunitário aos aldeões, que são os menos capazes de arcar com essa responsabilidade.

A procura da Saúde para Todos deve ser uma responsabilidade de todos e não apenas do Ministério da Saúde. Uma melhor saúde significa explorar o potencial da Participação Comunitária, e os nossos líderes são pioneiros nessa iniciativa. Eu creio que eles proporcionarão um apoio sólido e sustentando para a reforma do sector da Saúde em todos os nossos países.

Muito obrigado.

**ALOCUÇÃO DE ABERTURA DA QUADRAGÉSIMA-QUINTA SESSÃO
DO COMITÉ REGIONAL, PELO PRIMEIRO-MINISTRO GABONÊS,
SR. PAULIN OBAME NGUEMA**

Excelentíssimo Senhor Presidente da Quadragésima-quinta sessão do Comité Regional,
Excelentíssimo Senhor Director Regional da Organização Mundial de Saúde,
Excelentíssimos Senhores Delegados, Representantes dos Estados-membros,
Excelentíssimo Senhores Membros do Corpo Diplomático,
Distintos Convidados,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

No momento em que é aberta a Quadragésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da Organização Mundial de Saúde, permitam-me, ilustres convidados, minhas Senhoras e meus Senhores, dizer-vos que o Presidente Gabonês, Sua Excelência El Hadj Omar Bongo, que teria desejado presidir pessoalmente a esta cerimónia, encarregou-me de transmitir-vos a seguinte mensagem:

O Gabão tem a honra de acolher pela segunda vez, em duas décadas, esta insigne assembleia que é o Comité Regional Africano da Organização Mundial de Saúde, órgão decisório em matéria de Saúde a nível continental.

Com efeito, volvidos exactamente treze anos, realizava-se neste mesmo local a Trigésima-segunda sessão do vosso Comité.

Distintos Delegados, permitam-me, ao desejar-vos as mais calorosas boas-vindas, em nome de Sua Excelência, o Presidente da República Gabonesa, recordar-vos que estais aqui, no Gabão, terra de acolhimento e de amizade, em vossa casa.

Ao Senhor Director Regional, para quem esta Quadragésima-quinta sessão do Comité é a primeira após a sua instalação na Cité du Djoué, em Brazzaville, gostaria de endereçar todas as minhas felicitações e os meus incentivos.

Distintos Delegados dos Estados-membros, a Quadragésima-quinta sessão do Comité Regional realiza-se no momento em que o nosso continente atravessa uma grave crise económica cujos efeitos devastadores afectam gravemente as nossas populações, e a análise da nossa situação sanitária é, a este propósito, extremamente reveladora.

Com efeito, essa análise põe em evidência um fosso crescente entre os países do Norte e os do Sul, nos quais doenças outrora controladas ou em vias de erradicação reaparecem sob forma epidémica. Além disso, assiste-se à emergência das chamadas doenças de civilização, enquanto flagelos como a SIDA continuam a progredir.

Esta sinistra situação é agravada por factores como os conflitos fratricidas e etno-tribais, e as catástrofes naturais ou provocadas pelo Homem.

Senhor Presidente, Distintos Delegados esta situação não é aceitável. É por isso que temos de inverter o rumo dos acontecimentos; donde a extrema importância do presente Comité, no qual depositamos tantas esperanças para a renovação da Saúde em África, pois o desenvolvimento sócio-económico dos nossos países depende em grande parte disso. De facto, o Comité Regional, que reúne os altos responsáveis pela Saúde, é um instrumento vital para um intercâmbio de experiências de toda a natureza e para a sinergia da acção conjugada da OMS, dos Estados-membros e dos doadores.

Assim, as experiências adquiridas num país da Região devem beneficiar os outros no âmbito da legendária solidariedade africana. Temos de reconhecer que o investimento na Saúde é um investimento económico, diria mesmo é o principal investimento, dado que diz respeito ao Homem, que é *O ALFA E O ÓMEGA* de qualquer processo de desenvolvimento.

Distintos Delegados, minhas Senhoras e meus Senhores, analisando os pontos da vossa ordem do dia, regozijo-me com a pertinência dos temas escolhidos, que versam todos sobre problemas extremamente candentes. É por isso que estou convencido de que os vossos debates culminarão em resoluções e recomendações realistas e imediatamente aplicáveis. A África não é mais pobre que os outros continentes, mas parece que o seu atraso resulta, em grande parte, dos seus problemas de gestão.

Pela minha parte, gostaria de insistir na necessidade de melhorar as nossas capacidades para gerir os nossos recursos, por muito escassos que sejam, que são postos à disposição do sector da Saúde. É este sem dúvida o tributo a pagar como contrapartida de uma mobilização dos fundos suplementares de que a Organização tanto carece.

Senhor Director Regional, o vosso rigor na gestão, a vossa competência e o vosso sentido de responsabilidade são para nós a garantia de sucesso neste novo empreendimento. Para o Gabão, a cooperação técnica entre países em desenvolvimento é um instrumento capital para o desenvolvimento sanitário, aos níveis regional e nacional. É por isso que reitero solenemente, em nome do Presidente da República, a disponibilidade do Estado Gabonês para colaborar com os outros Estados-membros e com a OMS nas áreas da investigação médica e da fitoterapia, em que dispomos de estruturas e potencialidades consideráveis.

Apesar dos progressos realizados nos últimos trinta anos, o governo gabonês está empenhado na via de uma política de saúde baseada na procura da equidade e da justiça social para todos. A lei de orientação relativa à nossa política nacional de saúde constitui o elemento mais importante desta obra que visa estar à altura dos desideratos do nosso povo e cuja implementação constitui um novo meio de cooperação multiforme.

Senhor Presidente, Distintos Delegados, minhas Senhoras e meus Senhores,

Milhões de africanas e de africanos estão hoje preocupados com a sua saúde, o seu futuro e o dos seus filhos. Eles têm os olhos postos em vós; esperam, no termo desta Quadragésima-quinta sessão do Comité Regional, respostas concretas para as suas preocupações; esperam de vós, autoridades sanitárias ao mais alto nível, vindas de todos os cantos do continente, motivadas pela vontade política diversas vezes reiterada e servidas pela vossa competência e pela vossa vontade de progresso, os povos africanos, dizia, esperam que possais vencer o principal desafio do nosso tempo, isto é, a Saúde para Todos, pré-requisito para o nosso desenvolvimento sócio-económico.

No que me toca, não tenho dúvida em afirmar que a África, um dos continentes mais ricos onde ainda vivem os mais pobres do mundo, saberá quebrar o círculo vicioso que constitui a ignorância, a pobreza e a doença. É acalentando esta esperança que, em nome do Presidente da República, desejo pleno sucesso aos vossos trabalhos e declaro aberta a Quadragésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da Organização Mundial de Saúde.

Muito obrigado.

ALOCUÇÃO DO DR. HIROSHI NAKAJIMA, DIRECTOR-GERAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

Excelentíssimo Senhor Director Regional da OMS para África,
Excelentíssimos Senhores Representantes dos Estados-membros,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Ao publicar, em Maio de 1995, o seu primeiro Relatório sobre a Saúde no Mundo, a OMS colocou a saúde pública e a cooperação internacional para a saúde no centro das atenções e dos debates, tanto junto da opinião pública e dos *media* como junto dos responsáveis políticos e dos profissionais de saúde. A OMS ficou, assim, apetrechada com um meio para comunicar, de modo simples, directo e acessível a todos, a enorme quantidade de informação que permanentemente recolhe, valida e analisa. Dispomos, deste modo, de um instrumento eficaz e de larga difusão para alertar, com base em números, todos os nossos parceiros do desenvolvimento para as necessidades mundiais em matéria de Saúde, para as grandes tendências epidemiológicas e seus factores determinantes, para o nível e orientação dos recursos utilizados e para os resultados obtidos. No próprio seio da OMS este instrumento permitir-nos-á uma avaliação mais correcta da pertinência e eficácia das nossas intervenções, relativamente a todas estas grandes tendências, tanto epidemiológicas como económicas e sociais.

As conclusões do Relatório da OMS são inequívocas. Em 1995, face às doenças, ao sofrimento e à morte, as diferenças acentuam-se. Não apenas entre os países mas também no seio dos próprios países, entre ricos e pobres e entre privilegiados e desprotegidos. Através deste Relatório sobre a Saúde no Mundo, a OMS reafirma a sua vontade de reduzir as diferenças no campo da saúde, pondo em relevo a sua correlação com outras desigualdades que o relatório identifica no domínio da epidemiologia, da população, do desenvolvimento económico e do meio ambiente. Podemos finalmente afirmar que, tendo definido em Alma Ata os cuidados primários de saúde como o meio e a estratégia necessários para a nossa acção, devemos hoje impor-nos a nós próprios a obrigação de apresentar resultados.

Para ser duradouro, o desenvolvimento tem de ser humano e social, garantir a todos dignidade e qualidade de vida, tornar-se mais autónomo sem deixar de ser solidário. A saúde está no centro desta exigência. Ela é simultaneamente causa e consequência de um desenvolvimento global que tenha em conta as principais dimensões da vida, da identidade e das relações entre os seres humanos e as sociedades. Este aspecto foi por mim salientado na Cimeira Mundial para o Desenvolvimento Social, realizada em Copenhaga, no passado mês de Março. Neste sentido, a missão da OMS é técnica e médica mas também social e, fundamentalmente, ética.

Um dos importantes eixos da acção da OMS reside na continuidade da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, que há um ano se realizou no Cairo. Como parte integrante do processo de reforma da OMS, decidi favorecer a integração funcional e a coordenação das nossas actividades em matéria de saúde genésica, agrupando-as no âmbito de um programa unificado. A OMS auxilia e encoraja os países a criarem cuidados primários de saúde que incluam sistematicamente cuidados de saúde genésica acessíveis a todos e adaptados às patologias próprias das mulheres, sobretudo, mas também à idade de cada pessoa e às características epidemiológicas de cada país e região.

A evolução estrutural da população, a sua distribuição por níveis etários, o seu grau de concentração urbana e as sua movimentação - quer seja como turistas, trabalhadores migrantes, populações desalojadas ou refugiados - são factores importantes que influenciam a natureza e a evolução dos problemas de saúde. O envelhecimento da população é um fenómeno mundial cuja aceleração no futuro será ainda mais acentuada nos países em desenvolvimento. As suas consequências fazem-se já sentir nos perfis epidemiológicos dos países e dos grupos, e acarretam novas necessidades a nível médico e social para as quais é preciso desde já encontrar os meios adequados de resposta.

Relativamente às epidemias, como se vê através dos recentes surtos de peste, de cólera, de disenteria, de meningite ou através da pandemia da SIDA, o seu potencial desmultiplica-se actualmente pela rapidez de propagação provocada pelo número, concentração e mobilidade das populações, sem precedentes na história. O aparecimento de estirpes multirresistentes contribui também para a dificuldade do acompanhamento e da gestão dos problemas de saúde que caracteriza as complicadas situações de emergência.

A eclosão de novas doenças infecciosas lembra-nos a necessidade de se manterem em pleno funcionamento os serviços de vigilância epidemiológica, laboratoriais e de intervenção rápida. Para tal, é preciso que possamos ter o apoio das redes internacionais de troca de informações e de cooperação. A eficácia dessa cooperação ficou provada durante a recente epidemia da febre Ebola em que a OMS contribuiu para o êxito das operações de combate e, em definitivo, para o controlo da epidemia, facilitando a articulação dos esforços nacionais ou internacionais. Pretendo aqui prestar homenagem a todos aqueles que, homens ou mulheres, profissionais de saúde ou voluntários, se dedicaram desinteressadamente no terreno a tratar dos doentes e a vencer a batalha contra a epidemia.

A pandemia da SIDA é uma ameaça e um sofrimento para toda a gente. As suas causas e efeitos remetem-nos para a dimensão económica, social e cultural da doença e para a necessidade de formar coligações com todas as instituições, públicas e privadas, e todos os sectores da sociedade para que a nossa acção seja eficaz. O Programa Conjunto das Nações Unidas contra a SIDA (Programa UNAIDS) está a ser gradualmente implementado com o apoio da OMS. A nível dos países, através das suas abordagens integradas de prevenção e de luta contra as doenças e, principalmente, contra as doenças sexualmente transmissíveis, a OMS mantém o apoio necessário para a continuidade dos programas nacionais de luta contra a SIDA.

Uma resposta sanitária eficaz, adaptada à complexidade e à amplitude destes fenómenos, passa necessariamente por uma integração dos objectivos de saúde em todas as políticas públicas, quer sejam globais ou sectoriais, nacionais ou internacionais. Isto faz ainda mais sentido quando se trata de lutar contra a pobreza e as principais diferenças de que ela é a causa em termos de saúde.

A pobreza implica malnutrição crónica, a impossibilidade de garantir um mínimo de higiene, por exemplo da água e da habitação, a ausência de serviços ou de opções no que diz respeito ao planeamento familiar, aos nascimentos muito numerosos ou demasiado próximos, nocivos para a saúde das mulheres e das crianças. A pobreza anda de mãos dadas com o desemprego, o subemprego, a escassez dos rendimentos, a insegurança física e psicológica nas condições de vida e de trabalho. Todos estes factores limitam o acesso à informação, aos serviços e aos medicamentos essenciais e, muitas vezes, reflectem-se também na qualidade dos cuidados e dos serviços disponíveis.

Em resumo, a pobreza é bem a primeira causa das elevadas taxas de morbilidade, de incapacidade e de morte prematura no mundo, quer nos países em desenvolvimento, quer entre os desfavorecidos das sociedades consideradas desenvolvidas. A existência de infra-estruturas e de serviços públicos de base, nomeadamente de cuidados primários de saúde e de educação, continua a ser a chave do desenvolvimento social e sanitário. A principal responsabilidade da criação e manutenção destes serviços básicos cabe ao poder público cujo papel, neste campo, continua a ser insubstituível.

O desenvolvimento económico da África e o seu próprio futuro passam pela protecção e melhoramento da vida e da saúde das suas populações, nomeadamente das gerações futuras. Quero aqui reiterar a preocupação da Organização Mundial de Saúde com a África e as suas populações. Juntos devemos continuar o nosso combate para reduzir as diferenças e aliviar o duplo fardo epidemiológico que pesa sobre o continente africano.

Não podemos resignar-nos com o facto de que, neste mundo que é o nosso, as taxas de mortalidade sejam trinta vezes mais elevadas para as crianças pequenas e quinze vezes mais elevadas para as mães, conforme os países. Reduzir a mortalidade e a morbilidade materna e infantil continua a ser uma prioridade absoluta para a OMS. Trata-se de um objectivo que perseguimos com o apoio dos nossos parceiros do sistema das Nações Unidas, em especial o UNICEF e o PNUD. É preciso manter e alargar os nossos esforços de vacinação para proteger todas as crianças, em especial contra o sarampo e o tétano neonatal, e para erradicar a poliomielite até ao ano 2000.

Como a OMS propõe na sua iniciativa Mãe-Bébé, todas as consultas médicas de mulheres grávidas, de mães e de crianças devem constituir uma oportunidade para os profissionais de saúde combinarem a prevenção, o rastreio, a vacinação, o tratamento e a educação sanitária e nutricional, dirigidos a todos os membros da família. Afirmo-o esta semana na Conferência Mundial sobre as Mulheres em Pequim: "As mulheres são os nossos melhores aliados no campo da saúde, da educação e do desenvolvimento. Temos a obrigação de lhes proporcionar os meios que possam decidir o seu destino e fazer opções livres e responsáveis em prol da sua própria saúde e da das suas famílias".

A erradicação da dracunculose em África foi praticamente conseguida e estamos a progredir na eliminação da lepra. Após os êxitos conseguidos contra a oncocercose, estes programas demonstram, caso fosse necessário, que sempre que haja vontade política e sejam mobilizados os meios logísticos, é possível travar a doença, tanto em África como em qualquer outro lugar.

Temos, assim, à nossa disposição, meios simples, eficazes e pouco dispendiosos contra a tuberculose. Temos a obrigação de os utilizar e agir com método. Deve adoptar-se uma política activa de prevenção, rastreio e tratamento dos casos em benefício das populações em risco.

Devemos, contudo, ter sempre presente que a longo prazo, quer para a tuberculose, quer para o paludismo e tantos outros problemas de saúde pública, a verdadeira solução consiste na execução de políticas e orientações fundamentais, centradas na melhoria do meio ambiente, da habitação e das condições de vida e de trabalho de toda a população.

A realização do projecto "África 2000", lançado pela OMS na Região, tem exactamente como objectivo contribuir para a redução dos problemas de saúde, atacando as suas causas, isto é, ajudando a dar às populações que ainda o não têm o acesso à água e a condições de saneamento. A OMS continua vigilante para garantir a segurança das populações contra os riscos de contaminação do ambiente por produtos químicos ou outras substâncias tóxicas. É também nosso dever continuar a lembrar a necessidade, por parte das políticas industriais, de promover condições de trabalho que respeitem a dignidade, a segurança e a saúde dos trabalhadores.

É com profundo pesar que tomei conhecimento do reatamento dos testes nucleares no Pacífico. Gostaria de recordar que, no sistema das Nações Unidas, a OMS sempre tomou posição a favor do desarmamento nuclear, do tratado de não-proliferação das armas nucleares e da proibição dos testes nucleares como prevista no tratado que está agora a ser negociado. A OMS é resolutamente contra a produção, testes, armazenamento, transporte ou utilização de armas nucleares. Esta posição está consignada na Constituição da OMS, dado que esta condena todas as ameaças ou riscos susceptíveis de obstar ao melhor estado de saúde para todos. A OMS efectuou estudos aprofundados sobre os efeitos da guerra nuclear na saúde e nos serviços de saúde, bem como sobre as consequências para a saúde dos acidentes nucleares, em particular o de Tchernobyl. A questão da legalidade da utilização das armas nucleares foi posta pela Organização Mundial de Saúde e pelas Nações Unidas ao Tribunal Internacional de Justiça da Haia, que a examinará em Novembro próximo.

Resumindo, diria que não existem armas nucleares completamente seguras e que não temos a garantia de que os testes nucleares não acarretem riscos para as gerações presentes ou vindouras. A melhor forma de todos os países do mundo assegurarem a saúde e a paz para todos os seres humanos, consiste em partilhar os seus conhecimentos sobre a energia nuclear e renunciar à produção, aos testes e à utilização de armas nucleares. A Organização Mundial de Saúde e eu próprio, na qualidade de Director-Geral, somos a favor da instauração de um mundo livre da ameaça nuclear.

No que respeita ao desenvolvimento sanitário mundial, a participação da África é indispensável nesse processo. Comuniquei à Assembleia Mundial da Saúde a minha vontade de promover esta participação do continente africano e de todos os seus cidadãos, incluindo no Secretariado da OMS, embora tendo em consideração as nossas restrições orçamentais. A primeira mulher a ocupar, de há muitos anos a esta parte, um cargo de Director-Geral Adjunto da Organização Mundial de Saúde acaba de ser nomeada e é africana. Outros cargos de responsabilidade foram confiados a personalidades africanas, cuja experiência e competência reforçam o nosso poder de acção.

Em Maio de 1995, durante a análise das propostas de orçamento pela Assembleia Mundial da Saúde, vi-me confrontado, enquanto Director-Geral, com uma difícil escolha. A alternativa era aceitar como estavam ou reduzir as propostas orçamentais apresentadas pelo Secretariado como necessárias à realização das actividades programáticas requeridas pelos Estados-membros. No primeiro caso, era inevitável a ruptura do consenso no momento da votação, pondo em causa o compromisso de contribuição e participação efectiva dos nossos Estados-membros no orçamento e nas actividades da organização. No segundo caso, preservar-se-ia o consenso, mas o nível orçamental deixaria de reflectir os aumentos do custo dos programas, decorrentes sobretudo da inflação e da flutuação das taxas de câmbio.

A universalidade e a coesão da Organização Mundial da Saúde são, para mim, a principal condição da sua credibilidade e eficácia. Decidi, portanto, propor uma solução que preservasse o consenso e a solidariedade entre todos os membros da OMS, procurando distribuir os recursos em função das necessidades. Decidi igualmente transferir do orçamento da Sede Mundial cerca de 11 milhões de dólares para cada uma das duas regiões, respectivamente, África e América. Essa transferência implica, tenhamos consciência disso, pesados sacrifícios para a Sede Mundial em termos de redução de postos de trabalho e de actividades.

Para compensar o défice de cerca de 14% que afecta a totalidade dos nossos recursos orçamentais ordinários pediu-se à Sede Mundial e às Sedes Regionais que fizessem economias na sua gestão e nas suas actividades. Os Directores Regionais e eu próprio esforçamo-nos por reduzir o mais possível o inevitável impacto desses cortes orçamentais sobre o nosso pessoal. Mas o nosso principal objectivo deve ser salvaguardar as actividades prioritárias ao nível dos países, de acordo com as orientações fornecidas pelo Conselho Executivo e a Assembleia Mundial da Saúde. Recebi, por outro lado, autorização para utilizar, no decurso do biénio, até 20 milhões de dólares das receitas eventuais que venham a ser disponibilizadas. Esta autorização diz respeito ao financiamento dos programas prioritários a nível dos países, desde que haja aprovação do Conselho Executivo.

Nesta difícil conjuntura, temos que responder a necessidades de saúde cada vez mais numerosas e mais complexas. Só conseguiremos fazer face a essa situação através de políticas públicas conjuntas, tratando os problemas de um modo coerente, tanto na sua globalidade como nos seus aspectos sectoriais específicos. Isto requer uma acção firme no campo da saúde pública, que sirva de impulso às políticas de desenvolvimento. Novas parcerias baseadas no respeito mútuo e na solidariedade permitirão promover um desenvolvimento mais equilibrado, em que as desigualdades na saúde sejam progressivamente esbatidas. A Saúde da África e do mundo apela para a nossa solidariedade nos esforços, na repartição dos recursos e no exercício das nossas responsabilidades.

Muito obrigado pela vossa atenção.

**ALOCUÇÃO DO SR. PASCAL GAYAMA,
SECRETÁRIO-GERAL ADJUNTO DA OUA**

Excentíssimo Senhor Presidente,
Excelentíssimos Senhores Ministros,
Excelentíssimo Senhor Director-Geral da OMS,
Excelentíssimo Senhor Director Regional da OMS para África,
Distintos convidados,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Gostaria, em primeiro lugar, de apresentar-vos as saudações calorosas do Secretário-Geral da OUA, Sr. Salim Ahmed Salim, que me confiou a honrosa missão de o representar aqui, em Libreville, nesta 45ª sessão do Comité Regional da OMS, o que me proporciona uma oportunidade de voltar a casa, à África Central, e de poder exprimir o meu profundo reconhecimento ao Presidente El Hadj Omar Bongo, ao povo e ao governo do Gabão pelo apoio que tenho recebido no desempenho da minha modesta missão na OUA, na qualidade de Secretário-Geral Adjunto.

À parte estas palavras, ditadas por uma emoção bem sincera, a minha missão consiste ainda em dar testemunho da intensidade do fluxo das relações entre o Gabão e a OUA, expressão do papel de crescente importância desempenhado por este belo país no cenário inter-africano, como o confirma o contributo decisivo do Gabão ao arbitrar o diferendo Chade-Líbia e as crises que afectaram numerosos estados vizinhos, para não abordar outras situações.

Por sua parte, a OUA sente-se naturalmente implicada no processo político que o Gabão tem vindo a gerir nos últimos tempos, com satisfação geral, já que a paz, esse raro dom, está a ser uma realidade tangível, pelo menos para o povo gabonês.

Senhores Chefes de Delegação,
Senhor Presidente,

Ao acolher este ano a 45ª Sessão do Comité Regional da OMS, a República do Gabão dá um contributo oportuno para a junção necessária, que todos desejamos seja estabelecida hoje em dia em África, entre a evolução política e o desenvolvimento geral do nosso continente, com prioridade para o desenvolvimento do Homem.

Com efeito, para sair do paradoxo de um continente extremamente rico (e sempre cobiçado pelas suas riquezas) com populações das mais pobres do mundo, coloca-se um desafio que apenas a vontade política e o "savoir faire" dos Africanos podem levar de vencida.

Outro não era o objectivo da OUA quando, em Abril último, realizou no Cairo a V Conferência dos Ministros Africanos da Saúde, sob o tema específico "**A situação da mulher no contexto da saúde da família em África**". Se se considerar a mulher como o símbolo da evolução da sociedade e da família, mesmo alargada, ou enquanto microcosmo da sociedade, isto é, o reflexo do seu bem-estar físico, mental e espiritual, então talvez estejamos começando a apreender o problema do desenvolvimento de modo correcto.

Os nossos Chefes de Estado e de Governo já haviam considerado a **saúde como base de desenvolvimento**, na Declaração da 23ª Cimeira da OUA, que todos conhecemos. Foi em 1987. Ela foi complementada, em Junho último, em Addis Abeba, com a **Declaração sobre o Plano de Acção Africano relativo à situação da Mulher no contexto da saúde familiar**.

Sucedendo-se ao Ano Internacional da Família, celebrado em 1994, e como prelúdio à IV Conferência Mundial sobre as Mulheres, em Pequim, o plano de acção aprovado pela V Conferência dos Ministros da Saúde e ratificado pelos nossos Chefes de Estado e de Governo, destaca um dado essencial que, pela via da Saúde da Mulher no contexto da família, vem afinal reconhecer a necessidade de se adoptar um comportamento saudável em domínios como os da higiene corporal, da educação e do saneamento dos nossos padrões de vida, em geral.

O tema da **higiene corporal** prende-se, justamente, com a questão das epidemias, a tal ponto que a África, berço da humanidade, é vista pelos seus eternos detractores afro-pessimistas como a tumba dessa mesma humanidade, e onde tudo é perigo, miséria e condenação. Este posicionamento foi, recentemente, alimentado pela aparição do vírus Ebola que, como o de VIH/SIDA, nos deve incitar a uma tomada de consciência dos reais perigos a que as populações africanas estão expostas.

Tal tomada de consciência já se manifestou em Dacar em 1992, no Cairo em 1993 e em Tunes em 1994, nas declarações ou programas aprovados pelos nossos Chefes de Estado e de Governo, valorizando o empenhamento individual e colectivo dos Africanos na luta contra estes flagelos.

É óbvio que, para garantir uma boa implementação de programas tão vitais, que se não buscam a erradicação desejam, pelo menos, dominar os fenómenos ligados às epidemias, é essencial conceder todo o crédito político necessário à palavra de ordem "**prioridade à saúde**", que traduz uma estratégia simultaneamente multisectorial e pluri-institucional.

No que concerne à **educação e formação**, a sua pertinência no campo da saúde pública já não se esgota, como o demonstrou a Iniciativa de Bamaco, no mero investimento em favor de especialistas ou em equipamento de ponta. Estes continuam a ter toda a sua importância; mas há que reconhecer o papel da participação popular através das estruturas sociais e médicas adequadas, susceptíveis de atingir do mesmo modo as cidades e o interior.

Com uma tal mobilização, as questões afins ligadas à cultura e às tradições podem ser analisadas segundo o seu justo valor. Porque se, por um lado, importa combater atitudes ou práticas tradicionais nefastas à saúde, do género de mutilações genitais e casamentos precoces, às quais ainda são submetidas grandes massas em África, por outro lado seria judicioso tirar proveito das boas terapêuticas tradicionais e dos comportamentos moralmente positivos, sobretudo para a juventude.

Nos programas da Comissão Científica e de Investigação da OUA, com sede em Lagos, bem como nos do CICIBA (Centro das Civilizações Banto), sediado aqui mesmo em Libreville, a área da medicina tradicional ocupa um lugar que muito gostaríamos de promover ainda mais, se não fôssemos disso impedidos por constrangimentos financeiros.

De facto, nestes tempos de ajustamentos estruturais, não é de modo algum fácil efectuar escolhas económicas favoráveis ao sector social na generalidade, ou ao da Saúde em particular. A Cimeira Mundial sobre o Desenvolvimento Social, que teve lugar em Copenhaga, em Março passado, reafirmou um conceito evocado anteriormente pela nossa Conferência Internacional sobre o Apoio às Crianças Africanas em 1992 : os dos 20/20, segundo o qual os Estados se comprometeriam a dedicar pelo menos 20 por cento do seu orçamento ao sector social, com a contrapartida de uma percentagem idêntica por parte dos parceiros multilaterais e bilaterais. Mas o que é que não foi proposto em Copenhaga e noutros lugares ? O ex-presidente francês François Mitterrand chegou mesmo a suscitar a ideia de um imposto sobre as transacções financeiras internacionais, em benefício do desenvolvimento humano. Mas, para lá de todas estas propostas, perfila-se, na realidade, o *dossier* crucial da cooperação internacional em matéria de desenvolvimento social e do saneamento geral de um ambiente que, pela sua insalubridade, condena mais do que liberta, apesar dos sempre promissores progressos científicos.

**Senhor Presidente,
Minhas Senhoras e meus Senhores,**

O **progresso científico** - eis o que, há quase 200 anos, não deixa de acalentar as aspirações das populações do mundo com vista a um futuro confortável e saudável. A obra dos grandes homens como Pasteur interpela-nos, neste campo, de modo especial.

Ora, se nos compete prestar homenagem a esses benfeitores da humanidade, também temos, em África, o dever de integrarmos atitudes científicas como as que animaram Pasteur, e outras apropriadas aos nossos próprios comportamentos, para podermos verdadeiramente gerar o nosso próprio progresso.

O exemplo de Pasteur não nos é inculcado apenas pela recente celebração do seu bicentenário. De facto, acreditamos que as condições de vida que prevaleciam no tempo desse sábio podiam, em muitos aspectos, mas sobretudo no campo social, ser piores que a de certos países africanos, e não só dos que hoje estão menos avançados.

Por que não criamos então condições igualmente propícias ao aparecimento de investigadores e inventores capazes de fazer recuar as ameaças de toda a espécie que as doenças endémicas, as mais e as menos conhecidas, fazem pairar sobre as nossas populações ?

O que realizou o Dr. Patarroyo recentemente na Colômbia com a vacina contra o paludismo mostra que nos países em desenvolvimento os milagres da ciência podem ser perfeitamente realizados desde que tenhamos fé em nós mesmos e dediquemos à nossa situação a atenção e os meios que se façam necessários.

Faço referência, naturalmente, à necessidade da cooperação interafricana que essa visão implica. Em África, como se sabe, tudo é caro, inclusive a saúde. Tudo fazer para minimizar o custo da saúde mediante uma cooperação activa entre as instituições e os profissionais de saúde, é isto que encerra, nos seus princípios assim como nas suas disposições, o Protocolo sobre a Saúde que deverá ser anexado ao tratado que cria a Comunidade Económica Africana. Se eu não tivesse a oportunidade de estar perante um auditório ciente dessas questões, seria inútil perguntar por que razão após 30 anos de independência da maior parte dos nossos países estamos dispostos a despendar hoje enormes somas em benefício dos hospitais europeus ou americanos, embora possamos promover mecanismos de evacuação sanitária ou de fabrico de medicamentos essenciais na própria África, com o propósito de assegurar a nossa auto-suficiência progressiva em instrumentos médicos básicos ?

Estas são algumas das perguntas fundamentais no campo de acção de Vossas Excelências, Senhores Ministros, o qual, à semelhança do relativo ao carvão e ao aço, que esteve na origem do lançamento, em Roma, em 1956, das bases da Comunidade Europeia, pôde, no que nos diz respeito, caracterizar a verdadeira cooperação interafricana que todos esperamos, isto é, a dos povos e não apenas a das instituições.

Ao trazer até vós esta mensagem, a Organização de Unidade Africana expressa a sua disposição de se adaptar às novas missões que lhe competem e que se referem tanto à paz e à segurança quanto ao desenvolvimento. Não há dúvida de que o desafio é enorme, como o comprovam os conflitos que afligem esta Sub-região da OMS, desde a Libéria até ao Ruanda e ao Burundi; e as massas de refugiados, de pessoas incapacitadas ou de feridos, de famílias destruídas e de crianças traumatizadas, são tragédias que interpelam directamente a consciência dos Africanos, antes mesmo que a dos parceiros estrangeiros.

É portanto necessário que nos organizemos para não darmos a impressão de deixar inteiramente à comunidade internacional o monopólio da determinação do que convém fazer, tanto no plano da investigação como no das iniciativas humanitárias, em África.

Uma certa opinião condescendente tem às vezes, certa ou erradamente, deixado filtrar a ideia de que certas epidemias que grassam na África são mais importadas do que de origem local, devido ao simples facto de que a África se presta facilmente às experiências cujos parâmetros e resultados estão fora do seu controlo. Quer seja verdadeiro ou falso, um continente que não tem domínio suficiente da sua tecnologia não pode jamais pretender ser auto-suficiente ou ter uma capacidade real de negociar os seus próprios interesses. Nós já o vimos com relação à deposição do lixo tóxico e à fragilidade dos nossos sistemas de defesa, nomeadamente a imunização contra as opressões tão violentas quanto as dos vírus.

É nesse contexto que se pode situar o controlo do meio ambiente e da biodiversidade que pode garantir às gerações actuais e futuras um padrão de vida saudável e um desenvolvimento duradouro.

A questão do meio ambiente e da qualidade de vida não está tão longe quanto parece do antigo conceito de Juvenal, segundo a qual uma mente sã não pode existir sem um corpo sã. Por outro lado, essa questão liga-nos directamente às preocupações de natureza económica que esperamos prevaleçam nas disposições do Protocolo sobre a saúde no contexto da integração ou da cooperação sub-regional ou panafricana.

As discussões desse tema durante a V Conferência dos Ministros Africanos da Saúde, no Cairo, demonstraram a importância que damos à boa elaboração desse documento.

O Secretariado Geral da OUA foi encarregado de apresentar uma versão revista desse documento aos Estados-membros, com vista à sua análise aprofundada e antes da sua aprovação final. Isso será feito após o nosso regresso a Addis Abeba.

Neste momento, quero agradecer sinceramente aos nossos colegas da OMS o espírito de cooperação e a atenção que demonstraram no processo de elaboração do projecto do Protocolo. Esperamos poder continuar a contar com eles no prosseguimento desta actividade.

Manifestamos também os nossos sentimentos de amizade ao **Dr. Ebrahim Samba**, Director Regional, com o qual tivemos o prazer de cooperar após a sua eleição no ano passado, para Director da Sede Regional em Brazzaville, que merece a revitalização que ele não cessa de lhe dar.

**Senhor Presidente,
Excelentíssimos Senhores Ministros,
Distintos Delegados,
Minhas Senhoras e meus Senhores,**

A Organização de Unidade Africana gostaria de exprimir a sua satisfação à OMS pelo convite para participar nesta sessão do Comité Regional aqui em Libreville, de cuja ordem do dia consta um certo número de questões que se revestem de grande importância. Agradecemos igualmente ao povo e ao governo gabonês que, ao acolher-nos tão favoravelmente, acrescentaram ao contexto magnífico desta Cité de la Démocratie as condições mais propícias ao êxito dos nossos trabalhos.

Muito obrigado pela vossa amável atenção.

**ALOCUÇÃO DA SRA. TORILD SKARD,
DIRECTORA REGIONAL DO UNICEF
PARA A ÁFRICA OCIDENTAL E CENTRAL**

Excelentíssimo Senhor Presidente,
Excelentíssimos Senhores Ministros da Saúde,
Excelentíssimo Senhor Director Regional da OMS,
Distintos Convidados,
Minhas Senhoras e Meus Senhores,

É com grande prazer que participo na presente sessão do Comité Regional Africano da OMS, em Libreville. O UNICEF abriu recentemente um escritório no Gabão e espero que possamos estreitar a nossa colaboração e apoiar mais eficazmente os esforços no sentido de melhorar o bem-estar das mulheres e crianças deste país.

Pessoalmente, embora tenha tido o privilégio de me encontrar com o Dr. Samba em diversas ocasiões desde a última sessão do Comité Regional, gostaria, em nome do UNICEF, de reiterar os nossos parabéns pela sua eleição para o cargo de Director Regional da OMS para África e garantir-lhe a colaboração e o apoio contínuos do UNICEF, tanto a nível dos países como a nível da Região.

A estreita colaboração existente nos últimos anos entre a OMS e o UNICEF contribuiu significativamente para a melhoria da saúde e da nutrição das mulheres e crianças, especialmente nas áreas da vacinação infantil, da terapia de reidratação oral, da iodação do sal, do acesso à vitamina A e da amamentação. Esta colaboração também contribuiu para melhorar a coordenação entre doadores em geral, incluindo o Banco Mundial e os organismos de cooperação bilateral, promovendo assim frutuosas trocas de experiências, uma utilização mais racional dos recursos e a melhoria das capacidades dos governos para elaborar e implementar políticas eficazes de saúde e nutrição.

Estamos perfeitamente de acordo com o Relatório sobre a Saúde no Mundo, publicado no corrente ano pela OMS, de que o principal desafio hoje em dia é reduzir o fosso existente entre, por um lado, os pobres e os doentes, e, por outro, os ricos e os saudáveis - garantindo a igualdade de oportunidades de sobrevivência e de boa saúde para todos. Não se trata de uma tarefa fácil, longe disso, mas de acordo com as estimativas do UNICEF constantes do documento "Progress of Nations", publicado em Junho próximo passado, a maioria dos países subsarianos deveriam fazer melhor do que na realidade fazem, em termos de sobrevivência infantil, nutrição e educação, atendendo ao seu PNB *per capita*.

A África é uma prioridade para o UNICEF desde há muitos anos, e tanto o novo Conselho Executivo como a nossa nova Directora Executiva, Caral Bellamy, confirmaram recentemente esta política. Foi aliás nesta óptica que a Sra. Bellamy decidiu efectuar a sua primeira visita ao terreno a esta Região, escolhendo Abidjan e Nairobi para se reunir com, entre outras pessoas, todos os Representantes do UNICEF na África Subsariana. Além disso, visitou a Libéria, tendo manifestado preocupação pelas mulheres e crianças afectadas por situações de conflito armado. Relativamente aos esforços do UNICEF em África, a Sra. Bellamy realçou a importância do seguinte:

- sobrevivência da criança, especialmente através do reforço contínuo de sistemas duradouros de cuidados primários de saúde baseados na comunidade, no âmbito da Iniciativa de Bamaco;
- desenvolvimento infantil, através da expansão da educação básica, particularmente para as raparigas;
- protecção infantil, não apenas em relação aos conflitos armados, mas igualmente no que respeita ao trabalho infantil e às crianças da rua.

Os principais pontos da ordem do dia da presente sessão do Comité são extremamente importantes para as actividades do UNICEF e notámos, com satisfação, os significativos progressos realizados em várias áreas, apesar dos desafios com que a Região está confrontada.

No que respeita à vacinação contra as seis principais doenças da infância, as taxas de cobertura variam, mas cerca de metade dos países alcançaram ou provavelmente alcançarão a meta fixada para meio da década de 90 de pelo menos 80 por cento de cobertura pelo PAV, o que constitui uma conquista importante.

Outros países realizaram progressos, mesmo se os seus níveis actuais permanecem baixos. A recente emergência de uma zona livre de poliomielite na África Austral abre perspectivas para a erradicação da poliomielite até finais do século, com a condição de que se mantenham taxas de cobertura elevadas.

Uma lição importante aprendida com a experiência da Vacinação Universal das Crianças foi a importância de reforçar os sistemas de saúde e de conferir poderes às comunidades como estratégia essencial não apenas para implementar e apoiar o PAV, mas também para controlar doenças como o sarampo, o tétano e a poliomielite. A expansão da Iniciativa de Bamaco tem sido bastante animadora. Na África Ocidental, o Benim e a Guiné, por exemplo, com a implementação generalizada da iniciativa, são agora, com Cabo Verde e a Gâmbia, os países da Região com as mais elevadas taxas de cobertura pelo PAV. Nos outros países, as taxas de cobertura vacinal têm aumentado constantemente nos distritos em que o sistema de saúde foi revitalizado e as comunidades participam activamente na co-gestão dos serviços.

Numerosos países africanos empenharam-se numa reforma dos sistemas de saúde, em conformidade com as estratégias da Iniciativa de Bamaco, embora frequentemente em pequena escala. O desafio agora consiste em formular estratégias para acelerar a expansão da iniciativa a nível nacional. Por seu turno, o UNICEF tem vindo a dedicar crescente atenção ao equilíbrio dos diferentes sistemas de financiamento dos cuidados de saúde, à disponibilidade de medicamentos de qualidade de baixo custo e a outros aspectos das políticas nacionais de saúde. Sem um quadro de apoio nacional, um sistema de cuidados primários de saúde baseado na comunidade não pode funcionar. A nível local, há que dedicar particular atenção à gestão dos medicamentos e das verbas, à promoção do acesso equitativo aos serviços de saúde e à participação efectiva das mulheres na gestão dos serviços.

Durante o primeiro semestre de 1995, os 16 países africanos onde a dracunculose é endémica - e nos quais ocorre a esmagadora maioria dos casos de dracunculose no mundo - registaram uma redução de cerca de 40 por cento do número de casos, por comparação com o mesmo período em 1994. À luz destes progressos, a interrupção da transmissão da dracunculose é susceptível de ser alcançada até finais de 1995. Com base nas experiências bem sucedidas até à data, o UNICEF procura agora integrar as actividades de combate à dracunculose baseadas na comunidade, com as actividades de combate ao tétano, sarampo e poliomielite.

O paludismo continua a ser um problema extremamente preocupante na Região. Para lhe fazer face, o UNICEF está a tentar promover pacotes mínimos de cuidados nos centros de saúde e abordagens baseadas na comunidade. Tal inclui a gestão precoce e a referência dos casos, a prevenção através da profilaxia nas mulheres grávidas e o uso de mosquiteiros impregnados de insecticida.

No que respeita às incapacidades e às desvantagens ("Handicaps"), têm vindo a realizar-se progressos notáveis, em particular no respeitante à iodação universal do sal para prevenir a carência de iodo, o cretinismo, o atraso mental e outras formas de deficiência física e mental. No ano transacto, um número significativo de países da Região adoptaram legislação, e muitos outros estão em vias de fazê-lo, a fim de institucionalizar a iodação do sal. Tanto os produtores como os importadores de sal têm vindo a aumentar as quantidades de sal iodado, prevendo-se que na maioria dos países haja um elevado consumo de sal iodado até finais de corrente ano. Urge agora criar sistemas de monitorização para o sal, de modo a garantir que todo o sal importado e exportado seja iodado.

Na área da saúde dos jovens, o UNICEF está plenamente envolvido no desenvolvimento do programa conjunto das Nações Unidas contra o HIV/SIDA e espera uma melhor integração dos contributos de todas as organizações para os programas nacionais de luta contra o HIV/SIDA.

Desde há alguns anos que o UNICEF tem vindo a insistir na necessidade de proteger e de conferir poderes aos jovens, através da informação e da promoção de estilos de vida saudáveis. Nessa óptica, tem dedicado crescente atenção aos riscos para a saúde, particularmente para a das raparigas, incluindo a sobrecarga de trabalho, o analfabetismo muito disseminado, a nutrição inadequada, as práticas tradicionais perigosas, as doenças sexualmente transmissíveis, os casamentos e gravidezes precoces, os abortos perigosos e os óbitos maternos ligados ao parto. Esperamos que a Conferência Internacional sobre a Mulher, actualmente a realizar-se em Pequim, dedique particular atenção à situação das crianças do sexo feminino e das jovens mulheres, e forneça orientações e apoio para a melhoria da sua saúde e educação.

O mandato do UNICEF é o de melhorar o bem-estar das mulheres e crianças. Estes grupos fazem parte dos mais vulneráveis e o recente Relatório sobre o Desenvolvimento Humano do PNUD confirma que o número de mulheres pobres aumentou nas últimas décadas, apesar da melhoria geral da saúde e da educação das mulheres.

Dos 1,3 mil milhões de pessoas no mundo que vivem em estado de pobreza absoluta, 70 por cento são mulheres. A feminização da pobreza ocasiona uma situação extremamente grave não apenas para as mulheres mas também para as crianças por quem são responsáveis. Consequentemente, para os governos e as organizações como a OMS e o UNICEF, o desafio a enfrentar, hoje mais do que nunca, é o de assegurar que os nossos esforços de desenvolvimento sejam devidamente concebidos e implementados, por forma a beneficiar os mais necessitados e a contribuir eficazmente para reduzir a pobreza. Isso significa que a nossa acção deve visar não apenas satisfazer as necessidades das mulheres, mas também conferir-lhes poderes para que possam contribuir eficazmente para o desenvolvimento económico, as questões da população e do ambiente, as políticas de saúde e educação, e a tomada de decisões democráticas.

Desejo pleno sucesso aos vossos trabalhos.

Muito obrigada.

ALOCUÇÃO DO DR. PETER PIOT, DIRECTOR EXECUTIVO DO PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS CONTRA O HIV/SIDA

Como é do vosso conhecimento, no meu regresso a Genebra da Conferência Internacional sobre as Mulheres, em Pequim, fiz todos os esforços possíveis para me encontrar convosco nesta reunião do Comité Regional Africano da OMS. Infelizmente, foi de todo impossível conseguir lugar num avião. Apresento as minhas desculpas, agradecendo ao Director Regional da OMS para África, Dr. Samba, que aceitou a transmitir esta minha mensagem.

O Dr. Samba e eu já concordámos em nos encontrarmos para planificar a transição do UNAIDS para África, o que acontecerá na semana de 18 de Setembro de 1995. Ambos estamos em perfeita consonância: não deverá haver interrupções na nossa luta contra a SIDA, nem quebras de acção, simplesmente porque a epidemia não esperará, o mesmo se dizendo das suas sequelas que têm sido especialmente severas neste continente.

Sabemos já que não se trata de um "surto" que a ciência possa facilmente dominar - o desafio da SIDA será parte da condição humana, no mínimo durante décadas. E, para enfrentar este desafio, precisamos de algo mais do que tecnologia. Precisamos de um ambiente sócio-económico que nos apoie. Precisamos de acção multisectorial. Eis, em toda a clareza, os conceitos-chave da Estratégia Mundial contra a SIDA definida pela OMS, mais tarde desenvolvida no contexto africano pelo Comité Regional e pelos Chefes de Estado da OUA.

Mas, até hoje, têm faltado, a nível mundial, os mecanismos necessários a uma acção mais alargada dos recursos. Com o Programa Conjunto das Nações Unidas contra o HIV/SIDA (UNAIDS) - lançado por iniciativa da Assembleia Mundial da Saúde - teremos, pela primeira vez, uma estrutura multisectorial eficaz e bem financiada. Por outras palavras, o objectivo da OMS e dos seus cinco parceiros das Nações Unidas que co-financiam o UNAIDS é progredir, e não retroceder, na luta contra a SIDA. Trata-se de melhorar e fortalecer ainda mais a vossa capacidade para enfrentar o desafio da SIDA. Mais adiante, referir-me-ei novamente a este assunto.

Estatuto e funções do UNAIDS

Esclarecer-vos-ei em seguida sobre o estatuto do UNAIDS. O nosso Conselho de Coordenação do Programa (CCP) reuniu em Julho. Tem 22 membros, dos quais 5 africanos, e o seu Vice-presidente é Sua Excelência, a Dr^a. Zuma, da África do Sul. Saliente-se que o CCP não é um organismo governamental doador, nem o UNAIDS será financiado apenas pelos doadores tradicionais, embora me sinta muito satisfeito com o apoio entusiástico que esta comunidade nos está a dar. A título de exemplo, o UNAIDS já recebeu contribuições que cobrem completamente o seu orçamento para 1995, permitindo já certa transferência para 1996. Contudo, ao contrário do GPA, o UNAIDS será também financiado por países exteriores ao grupo doador tradicional, inclusive países em desenvolvimento.

Na sua reunião de Julho, o CCP aprovou a missão do UNAIDS que consiste em alargar e facilitar a resposta à epidemia, por parte de vários sectores e diferentes parceiros. A nossa acção está actualmente mais explícita no plano estratégico do UNAIDS, que elaborámos com base em cinco consultas regionais, duas das quais em África.

A principal finalidade do UNAIDS será ajudar os países a reforçar a sua capacidade de resposta ao HIV e às DST. Para dar maior assistência possível aos programas nacionais de luta contra a SIDA, o UNAIDS irá desempenhar três papéis primordiais: um, é a promoção. Promoveremos uma resposta ética, eficaz e bem financiada. É preciso ter presente que com seis co-financiadores activos em vários sectores diferentes, estaremos aptos a explorar novas fontes de financiamento para os programas nacionais de luta contra a SIDA. Um outro papel diz respeito ao que apelidamos de "melhor procedimento internacional" no âmbito da SIDA. Identificaremos e desenvolveremos, através de investigação, políticas, abordagens e respostas particularmente eficazes para lutar contra o HIV e as DST, e garantiremos que serão transmitidas aos países. Relativamente à África, que tem desempenhado um papel pioneiro na resposta à SIDA, isto irá frequentemente induzir uma partilha

das experiências africanas por todo o continente. O terceiro papel-chave do UNAIDS é o apoio técnico, que será essencial para um melhor procedimento internacional. Forneceremos a cooperação técnica, numa gama de questões relacionadas com a SIDA, dentro e para além do campo da saúde: da vigilância à promoção dos preservativos, das campanhas de esclarecimento ao desenvolvimento de esquemas destinados a tornar o meio ambiente mais receptivo à prevenção do HIV.

Se, de acordo com a resolução da Assembleia Mundial da Saúde, o UNAIDS tem a responsabilidade, a nível mundial, pela política e estratégia, a nível dos países não substituirá as seis organizações co-patrocinadoras. Pelo contrário, o papel da UNAIDS será fortalecer as actividades e incentivá-las para maximizar o respectivo apoio aos programas nacionais de luta contra a SIDA. Actuando através do programa do Coordenador Residente, Grupos Temáticos sobre HIV/SIDA serão constituídos de maneira que os representantes dos co-patrocinadores nos países possam reunir-se para planificar, programar e coordenar o seu apoio em conjunção com os programas nacionais e possam procurar maiores fontes de financiamento para a resposta nacional à SIDA.

É com prazer que vejo que a OMS está enfrentando este desafio como co-patrocinador e está a disponibilizar recursos do seu orçamento ordinário para as actividades de luta contra a SIDA. Há que sublinhar que as Representações da OMS nos países, com a sua experiência nas actividades de luta contra a SIDA, desempenharão, sem dúvida, um papel importante nesses grupos temáticos. Na verdade, a maioria desses grupos que já foram instituídos são chefiados por Representantes da OMS. Além disso, é de notar que os Ministros da Saúde continuarão a ser protagonistas importantes na resposta a esta epidemia, cujo impacto em termos de doença e mortalidade apenas está em fase inicial.

A contribuição do UNAIDS a nível dos países, para além de algum apoio financeiro directo, consistirá em apoio técnico através de pessoal internacional a trabalhar nos países, de pessoal do UNAIDS e de consultores da Sede Mundial em Genebra, de funcionários dos programas nacionais e de equipas interpaíses de apoio técnico. Disponibilizar-se-ão igualmente fundos para a cooperação técnica.

Transição

A transição fácil e sem atropelos do GPA para o UNAIDS - questão que, com razão, criou algumas incertezas - merece a nossa imediata atenção. Quero manifestar nos termos mais decisivos o meu empenhamento na continuidade ininterrupta das actividades a nível dos países. Entendo que só um dia de interrupção poderá levar a fechar um escritório. Para que isto seja evitado, estamos a trabalhar activamente com o GPA e com a Sede Regional Africana. Um plano claro para a gestão da transição será finalizado em Setembro/Outubro de 1995 em concertação com Brazzaville. Uma carta pessoal, explicando o processo de transição, foi enviada a todos os directores dos programas nacionais de luta contra a SIDA em África.

Quanto à angariação de recursos financeiros, sou bastante optimista. A julgar pelos compromissos já assumidos, pode-se presumir que o nosso financiamento em 1996 será equivalente ao nível orçamental de cerca de 60 a 70 milhões de dólares EUA. Poderemos colocar cerca de 4 a 5 milhões de dólares EUA à disposição dos países africanos sob forma de assistência financeira directa.

Quanto ao pessoal, colocaremos cerca de 15 a 20 funcionários internacionais nos países. Para além disso, recrutaremos administradores nacionais de programas em países seleccionados, libertando assim fundos para as actividades dos programas nacionais de luta contra a SIDA.

Compreendo a vossa preocupação quanto aos funcionários do GPA que actualmente prestam serviços nos vossos países. Faremos todo o possível para apoiá-los quando se tratar de preencher postos do UNAIDS, mas compreenderão que todos os candidatos terão que passar por um processo adequado de selecção. Em qualquer caso, o UNAIDS não tem condições para continuar a financiar todo o pessoal actual, por ser um programa de apoio técnico e não uma instituição de financiamento.

Lembro também que os países receberão apoio das equipas interpaíses de apoio técnico do UNAIDS. Estamos ainda no processo de definir mecanismos e locais adequados para essas equipas. E, finalmente, já discutimos com o Dr. Samba as áreas técnicas nas quais a OMS tem potencialidades únicas - a segurança do sangue é uma dessas áreas que, de imediato, nos vem à mente. Encontraremos os mecanismos através dos quais a Sede Regional possa proporcionar apoio técnico aos países em nome do UNAIDS.

Permitam-me terminar com um comentário pessoal. A minha primeira manifestação em público após ter sido nomeado Director Executivo do UNAIDS foi durante uma conferência na África do Sul. Só posso reafirmar o que afirmei então: no que respeita ao UNAIDS, as actividades anti-SIDA não diminuirão em África. Nós defendemos a África - todos os seus sectores e organizações, todos os que desempenham um papel, por mais pequeno que seja, na luta contra o HIV e a SIDA. Juntos, podemos restaurar a esperança num continente devastado.

Muito obrigado.

**ALOCUÇÃO DE ENCERRAMENTO DE SUA EXCELÊNCIA
EL HADJ OMAR BONGO,
PRESIDENTE DA REPÚBLICA GABONESA**

Excelentíssimo Senhor Primeiro-Ministro,
Excelentíssimo Senhor Presidente da Quadragésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da Organização Mundial de Saúde,
Excelentíssimo Senhor Director Regional,
Excelentíssimo Senhor Secretário-Geral da OUA,
Excelentíssimos Senhores Ministros da Saúde,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

No momento em que terminam os trabalhos da Quadragésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da OMS, gostaria, uma vez mais, de expressar o apreço do povo e do governo do Gabão à Organização Mundial de Saúde, pela imensa obra que tem efectuado e pela decisão de realizar a presente sessão aqui em Libreville.

Para o nosso país, o Gabão, é uma honra ter acolhido por duas vezes o Comité Regional da nossa Organização, órgão mais competente para deliberar sobre as questões de saúde das mulheres, dos homens e das crianças da nossa Região.

Minhas Senhoras e meus Senhores,

Estais certamente conscientes de que as populações da nossa Região esperam deste encontro decisões que levem a uma verdadeira melhoria da sua situação sanitária.

Com efeito, as vossas deliberações no decorrer da presente sessão incidiram sobre os problemas essenciais que afectam a Saúde e a Economia dos nossos países. De entre esses problemas, são de salientar o paludismo, a SIDA, as doenças da infância e a saúde dos jovens e adolescentes.

O vosso Comité manifestou preocupação pela progressão do paludismo. Este flagelo afecta actualmente cerca de quatrocentos milhões de africanos a sul do Sara e, todos os anos, vários milhões de crianças são vítimas desta terrível doença.

Esta situação, de extrema gravidade, interpela-nos todos e impele-nos a agir, sem delongas, com determinação e eficácia.

Quanto à SIDA, a pandemia mais preocupante deste final de século, embora afecte todos os continentes, os seus efeitos devastadores fazem-se sentir particularmente no nosso continente. É por isso que, como vós, estou convencido de que, apesar da ajuda dos nossos parceiros, cabe-nos primeiramente a nós, africanos, assumir plenamente as nossas responsabilidades e fazer o máximo possível, a despeito da escassez dos nossos meios.

Assim, ao lado dos serviços de saúde, todos os sectores e todas as forças nacionais de todos os países devem empenhar-se nesta luta, no âmbito de uma mobilização geral e intensa.

Evidentemente, esta luta deve ser igualmente travada contra as doenças da infância e da adolescência, relativamente às quais o vosso Comité analisou os diferentes temas relacionados com a vacinação das crianças e a saúde dos jovens.

Será necessário recordar que, para edificar a África, temos de proteger e promover a saúde das gerações vindouras ? Esta é uma das nossas missões fundamentais, ou seja, a que, através do desenvolvimento humano, é capaz de garantir a continuidade e o futuro. Ninguém pode de facto perder de vista que o homem é ao mesmo tempo actor e objecto do desenvolvimento. Nesta óptica, as medidas que tomastes parecem-me serem portadoras de esperança.

Também abordastes, aprofundadamente, o difícil problema do financiamento da Saúde. A pertinência das vossas recomendações mostra, sem margem para dúvidas, que é indispensável gerir com rigor e de maneira racional os meios disponibilizados pelos nossos Estados. Só assim, creio, poderemos levar a cabo as acções necessárias a um desenvolvimento sanitário coerente e duradouro.

Excelentíssimo Senhor Presidente,

Ilustres Delegados,

Neste mundo em que os egoísmos de toda a natureza tendem a ocultar a solidariedade entre os homens e entre os povos, neste mundo em que as decisões que afectam a existência da humanidade escapam ainda aos mais fracos, estou convicto de que temos de nos organizar de modo diferente do passado. Disso depende não apenas a salvaguarda dos interesses fundamentais dos nossos povos, mas sobretudo a sua sobrevivência e o seu desenvolvimento.

O espírito que presidiu aos vossos trabalhos constitui, a meu ver, um marco importante para o futuro, dado que tomou em consideração estas preocupações. Podemos dede já afirmar que Libreville assistiu ao começo da renovação da OMS na Região Africana.

Este começo, estou convencido, será caracterizado pela nossa determinação em que os problemas de saúde identificados, e considerados fundamentais, recebam a prioridade requerida, tanto a nível político como em termos de afectação de recursos.

Por outro lado, o sentido de responsabilidade, do concreto e da eficácia constitui um trunfo indispensável, se quisermos vencer este combate. Trata-se igualmente de um meio de fazer ouvir a voz da África e de fazê-la respeitar.

Sabemos todos que os problemas de saúde da nossa Região não são uma fatalidade. E a nossa firme determinação em encontrar soluções apropriadas para os mesmos é a condição *sine qua non* para um empenhamento acrescido ao nosso lado da comunidade internacional e dos doadores.

Excelentíssimo Senhor Director Regional,

Os africanos que vos elegeram depositam confiança em si. Acabam de confirmá-lo uma vez mais, dando, pela qualidade dos debates de Libreville, um novo impulso à Organização Mundial de Saúde na nossa Região.

Assim, gostaria de vos incentivar vivamente a implementar os princípios, as prioridades e as estratégias contidas no vosso programa de cooperação com os Estados-membros. Esses princípios visam essencialmente melhorar a responsabilidade e o rigor na gestão a nível de cada país e da OMS, salvaguardando ao mesmo tempo os interesses dos funcionários da nossa Organização.

É por isso que saúdo solenemente aqui a entrada da OMS no Conselho de Administração do Centro Internacional de Investigação Médica de Franceville. Tal constitui um exemplo vivo da cooperação esperada entre a nossa Organização e cada um dos seus Estados-membros.

Além disso, regozijo-me com a decisão do vosso Comité de proceder, no próximo ano, por ocasião da sua quadragésima-sexta sessão, à avaliação da implementação das resoluções aprovadas em Libreville.

Estes dois elementos constituem um testemunho manifesto da vontade de avançar que anima a nossa Organização. Nesta dinâmica, podereis contar com todo o nosso apoio, bem como com toda a nossa disponibilidade.

Excelentíssimo Senhor Director Regional,
Excelências,
Minhas Senhoras e meus Senhores,

Ao desejar-vos um bom regresso aos vossos países respectivos, faço igualmente votos para que as sementes de Libreville não tardem a dar frutos para cada um dos nossos países, para a nossa Organização e para a Saúde do nosso continente.

Declaro encerrada a Quadragésima-quinta sessão do Comité Regional Africano da Organização Mundial de Saúde.

Muito obrigado pela vossa amável atenção.

RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA

SESSÃO DE ABERTURA

1. O Subcomité do Programa reuniu-se em Libreville, Gabão, a 4 e 5 de Setembro de 1995. A seguinte Mesa, eleita a 14 de Setembro de 1994, em Brazzaville, foi confirmada:

Presidente: Dr. M. O. George (Gâmbia)
Vice-presidente: Dr. O. Bangoura (Guiné)
Relator: Sr. A. P. Gomes (Guiné-Bissau)

2. A lista dos participantes consta do Anexo 1.

3. O Dr. Ebrahim M. Samba, Director Regional da OMS para África, deu as boas-vindas aos participantes a Libreville e descreveu o mandato do Subcomité do Programa. Recordou aos membros do Subcomité que as suas deliberações eram vitais e constituiriam um contributo importante para os trabalhos do próprio Comité Regional.

4. Referiu que o Subcomité do Programa devia analisar os documentos técnicos e fazer comentários e recomendações de modo a permitir ao Comité Regional fornecer orientações adequadas. Realçou os assuntos mais importantes em cada documento, que deveriam ser objecto de discussão.

5. Finalmente, recordou aos participantes que eram membros do Subcomité do Programa na qualidade de peritos e não de representantes dos seus respectivos países. Consequentemente, esperava-se que agissem como profissionais de saúde independentes, que usassem da sua competência técnica nas discussões e abordassem as questões na perspectiva do que seria melhor para todo o continente africano.

6. O Presidente, Dr. M.O. George, agradeceu ao Director a sua alocução de abertura, manifestou o seu apreço pela honra de ter sido designado Presidente do Subcomité e prometeu estar à altura das expectativas do Director Regional e dos outros membros do Subcomité.

7. Solicitou aos membros do Subcomité que fizessem jus à tarefa que lhes fora confiada, fornecendo directivas apropriadas ao Secretariado e propondo resoluções realistas ao Comité Regional, sempre que tal fosse necessário.

8. Os membros do Subcomité do Programa aprovaram o respectivo programa (Anexo 2) e o seguinte horário de trabalho: Das 9h00 às 12H30 e das 15h00 às 18h00.

PROGRAMA REGIONAL DE CONTROLO DO PALUDISMO : PROGRESSOS REALIZADOS (Documento AFR/RC45/11)

9. O documento AFR/RC45/11 foi apresentado pelo Dr. D. Barakamfitye (Secretariado), que referiu que o mesmo fora elaborado nos termos de uma decisão anterior do Comité Regional, constante da Resolução AFR/RC43/R5.

10. Salientou que o paludismo continuava a ser um dos principais problemas de saúde na Região Africana. Um crescente número de epidemias ocorrera em 1994 nos países da África Oriental e Central e nos campos de refugiados, contribuindo para agravar a situação do paludismo em África. Na África Oriental e Austral, observara-se um alto grau de resistência do parasita do paludismo à cloroquina. Todavia, na África Ocidental e Central, estudos realizados haviam revelado uma estabilização da resistência à cloroquina, após um aumento constante nos anos 80.

11. Acrescentou que o sistema de informação dos programas de combate ao paludismo da maioria dos países não funcionava e as actividades eram implementadas sem que os resultados fossem documentados. Sublinhou que muito pouco pessoal era formado em gestão do programa. Os serviços de saúde, especialmente nas zonas remotas, estavam pouco desenvolvidos e havia pouca ou nenhuma participação comunitária. A qualidade da gestão dos casos de paludismo nos serviços de saúde deixava frequentemente a desejar, devido ao facto de o pessoal não estar devidamente formado, à falta de supervisão e à carência de medicamentos apropriados.

12. O relatório evidenciava as principais actividades realizadas e os resultados obtidos. As missões de apoio técnico haviam culminado na formulação ou reformulação dos planos de acção nacionais de combate ao paludismo em mais de 25 países. Para além dos 190 malariologistas formados anteriormente, 30 outros haviam beneficiado de formação durante o período em apreço. Em consequência, 80 por cento dos programas nacionais de combate ao paludismo eram agora dirigidos por malariologistas formados. Além disso, em oito países, mais de 620 profissionais de saúde haviam sido formados com sucesso em gestão dos casos de paludismo e tinham-se elaborado ou actualizado e difundido orientações técnicas. Por outro lado, as capacidades de investigação e as actividades afins haviam sido igualmente reforçadas.

13. Finalmente, o Dr. Barakamfitye sublinhou que o relatório propunha medidas para acelerar a implementação do programa de controlo do paludismo, em particular no respeitante à gestão dos casos e às medidas de protecção individual, incluindo o uso de material impregnado de insecticida, como os mosquiteiros.

14. No decorrer das discussões que se seguiram, os membros do Subcomité do Programa fizeram notar que, embora se reconhecesse que o paludismo constituía o principal problema de saúde pública em África, os esforços envidados no sentido de o combater ainda não haviam permitido obter resultados significativos, apesar da existência de estratégias para o efeito. Salientaram que as informações sobre as taxas de morbilidade e de mortalidade aos níveis da Região e dos países, bem como sobre o impacto sócio-económico do paludismo, eram escassas e imprecisas em virtude da inexistência ou do mau funcionamento dos sistemas nacionais de recolha dos dados.

15. Os membros do Subcomité referiram em seguida que a utilização de mosquiteiros impregnados de insecticida havia sido entravada por obstáculos económicos e culturais, apesar da sua boa relação custo-eficácia.

16. Fizeram notar que embora a pulverização intradomiciliária não tivesse um impacto negativo importante sobre o ambiente, insecticidas como o DDT tinham sido proibidos em alguns países.

17. A fim de acelerar a implementação dos programas, lançaram um apelo veemente aos Estados-membros para que dedicassem particular atenção ao seguinte: mobilização social das comunidades e dos decisores políticos; formação; disponibilidade de medicamentos; combate aos vectores; melhor integração do paludismo na estratégia de cuidados globais à criança doente; actividades comunitárias de controlo, como as relativas à gestão do ambiente; atenção acrescida ao impacto do desenvolvimento sócio-económico sobre o ambiente e a saúde; máximo aproveitamento das potencialidades da medicina tradicional. Solicitaram igualmente à OMS que apoiasse a criação de centros de vigilância da resistência do parasita do paludismo aos medicamentos e os programas de formação e de investigação operacional em particular, para resolver os problemas de acessibilidade e aceitação dos mosquiteiros impregnados de insecticida.

18. Finalmente, os membros do Subcomité do Programa recomendaram que o Comité Regional aprovasse uma resolução que, entre outras coisas, incentivasse os países a implementar as resoluções anteriormente aprovadas pelo Comité, em particular no respeitante à descentralização das actividades de combate ao paludismo, a nível dos países.

ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A QUALIDADE DOS CUIDADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE, NA REGIÃO AFRICANA (Documento AFR/RC45/16)

19. O documento AFR/RC45/16 foi apresentado pelo Dr. M. Koumaré (Secretariado).
20. Sublinhou que, em muitos países da Região Africana, a conjugação de diversos factores económicos, sociais e políticos entravara frequentemente os esforços envidados no sentido de atingir a Saúde para Todos no Ano 2000. Acrescentou que doravante o principal objectivo era mobilizar os profissionais de saúde, de modo a maximizar a respectiva acção para ajudar os países a alcançar o objectivo Saúde para Todos.
21. Referiu que se haviam delineado estratégias para melhorar a eficácia e a eficiência na utilização dos recursos existentes, em resposta à preocupação manifestada pelos Ministros da Saúde Africanos de integrar o conceito de qualidade dos cuidados nas funções de gestão clínica e institucional.
22. Apresentou em seguida a base conceptual da qualidade dos cuidados, explicou os motivos por que isso deveria ser traduzido num programa e realçou as características de um tal programa. Além disso, enumerou as estratégias e actividades a implementar, para melhorar a qualidade dos cuidados nas unidades de saúde.
23. Finalmente, o Dr. Koumaré descreveu os seis principais princípios de que dependia o sucesso da iniciativa e o papel da OMS e dos Estados-membros.
24. Os membros do Subcomité aprovaram a criação de um programa de qualidade dos cuidados como uma das prioridades da OMS para a sua cooperação com os Estados-membros da Região e fizeram notar que tal respondia a uma preocupação manifestada pelo Comité Regional, por ocasião da sua 41ª sessão.
25. Salientaram, em seguida, que a prestação de cuidados de qualidade por profissionais qualificados circunscrevia-se frequentemente aos estabelecimentos de saúde do nível central, ao passo que a grande maioria das pessoas vivia nos níveis intermédio e periférico. Consequentemente, os esforços a envidar no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados deveriam envolver todos os níveis do sistema de saúde.
26. Realçaram que a definição de padrões e normas nacionais de qualidade dos cuidados exigia profissionais com um nível mínimo de competência, não sendo evidente que esse tipo de profissionais existisse a todos os níveis do sistema da saúde. A qualidade dos cuidados devia ter em conta os contextos económico e sócio-cultural das comunidades e requeria a aplicação de tecnologias apropriadas.
27. Finalmente, os membros do Subcomité recomendaram o seguinte:
 - i) Estabelecimento de procedimentos para a definição de padrões e normas de qualidade dos cuidados, com o envolvimento das comunidades beneficiárias e dos profissionais de saúde, no âmbito da Iniciativa de Bamaco;
 - ii) Criação de mecanismos para garantir que os programas nacionais de formação tenham em conta as necessidades de cuidados de qualidade a todos os níveis do sistema de saúde;
 - iii) Adopção de normas de qualidade dos cuidados e de tecnologias compatíveis com os contextos económico e sócio-cultural das comunidades beneficiárias e com a capacidade e competência dos profissionais médicos e paramédicos;
 - iv) Promoção de programas de qualidade dos cuidados no âmbito da CTPD, de modo a facilitar o intercâmbio de pessoal e de experiências, bem como a harmonização de padrões e normas;
 - v) Adopção de uma resolução adequada tendo em conta as observações e recomendações supracitadas.

PROGRAMA ALARGADO DE VACINAÇÃO : PROGRESSOS REALIZADOS NA ERRADICAÇÃO DA POLIOMIELITE, NA ELIMINAÇÃO DO TÉTANO NEONATAL E NO CONTROLO DO SARAMPO (Documento AFR/RC45/12)

28. O documento AFR/RC45/12 foi apresentado pelo Dr. Barakamfitye (Secretariado), que recordou que o documento era apresentado nos termos de uma decisão do Comité Regional, constante da Resolução AFR/RC44/R7.

29. Fez notar que embora se tivessem realizado progressos notáveis na Região Africana nos anos 80, que haviam resultado numa redução significativa da incidência das doenças-alvo do PAV, desde princípios dos anos 90 os progressos tinham começado a abrandar em muitos países. Frisou que as principais causas subjacentes ao declínio da cobertura vacinal eram as guerras civis, a má gestão e a diminuição do empenhamento nacional e dos doadores, que resultara numa redução do respectivo apoio.

30. Declarou em seguida que, em Novembro de 1994, o Grupo de Trabalho para a Vacinação em África havia feito uma análise crítica da situação do PAV na Região Africana e aprovado o plano de acção regional proposto para cada bloco epidemiológico de países. Referiu que do plano de acção regional constavam estratégias e actividades para incentivar todos os Estados-membros a continuar a envidar esforços no sentido de atingir as metas fixadas para o ano 2000. Descreveu as principais estratégias a implementar para alcançar os objectivos regionais do PAV.

31. O Dr. Barakamfitye acrescentou que se deveria tirar partido do elevado nível de empenhamento nacional e da mobilização social suscitados pela iniciativa de erradicação da poliomielite, para fazer progredir as outras componentes do PAV. Finalmente declarou que, através dos Comités de Coordenação Interagências, o PAV regional esforçar-se-ia por mobilizar e garantir a utilização eficiente dos recursos necessários ao programa.

32. Os membros do Subcomité do Programa felicitaram o Director Regional pelo seu relatório, em particular no respeitante à apresentação da situação dos PAV nacionais por bloco epidemiológico.

33. Referiram que a notificação, pelos países, das principais doenças-alvo do PAV continuava a deixar a desejar, apesar da Resolução AFR/RC43/R8, que solicitara a todos os países que comunicassem mensalmente à Sede Regional dados sobre a poliomielite, o tétano neonatal e o sarampo.

34. Fizeram notar que, devido essencialmente à falta de financiamento, as vacinas suplementares recomendadas, como as vacinas contra a hepatite B e a febre amarela, não haviam sido ainda integradas na maioria dos PAV nacionais.

35. Frisaram que a cadeia de frio e a logística deveriam continuar a ser alvo de particular atenção, em termos de formação em manutenção e de apoio para a sua extensão e substituição do velho equipamento. A questão do controlo de qualidade das vacinas requeria atenção urgente em todos os países, dado que era primordial para garantir a máxima protecção das crianças e mães vacinadas. Nessa óptica, a proposta tendente a criar em todos os países um organismo nacional de controlo eficaz revestia-se de grande interesse.

36. Os membros do Subcomité foram de opinião que a realização de Dias Nacionais de Vacinação (DNV) sincronizados em países pertencentes ao mesmo bloco epidemiológico constituía um meio eficaz de acelerar a interrupção da transmissão das doenças-alvo do PAV, como a poliomielite e o sarampo.

37. Salientaram que cada Estado-membro deveria dedicar atenção acrescida ao financiamento do PAV, através do seguinte:

- melhoria da eficiência na utilização dos recursos existentes;

- aumento progressivo da dotação orçamental para a compra de vacinas nos orçamentos de saúde dos países:
- negociações (aos níveis mais elevados) com os principais parceiros com vista ao financiamento contínuo da compra de vacinas e/ou fixação de um período realista para os países assumirem essa responsabilidade, quando o apoio externo terminar.

38. Sublinharam em seguida que os programas nacionais deveriam delinear uma estratégia combinada que assegurasse a integração dos serviços de vacinação nos cuidados primários de saúde e a implementação de estratégias específicas de luta contra a doença, como, por exemplo, Dias Nacionais de Vacinação ou campanhas de vacinação em massa. O primeiro destes dois elementos estratégicos era indispensável à continuidade do programa, ao passo que o segundo permitiria aos países atingir mais rapidamente a erradicação da poliomielite, a eliminação do tétano neonatal e o controlo do sarampo.

39. Sugeriram que as seguintes estratégias principais recomendadas no relatório do Director Regional para cada bloco epidemiológico fossem implementadas pelos Estados-membros com o apoio da OMS e dos outros parceiros do PAV:

- actividades suplementares de vacinação, sob a forma de Dias Nacionais de Vacinação sincronizados nos países da África Central, África Ocidental e África Oriental (até 1997) ou de campanhas anuais de vacinação em massa na África Austral (até 1996);
- reforço do sistema de vigilância das doenças-alvo do PAV, em todos os blocos epidemiológicos;
- criação de um mecanismo nacional de controlo de qualidade das vacinas.

40. Finalmente, os membros do Subcomité do Programa solicitaram ao Director Regional que explorasse a possibilidade de comprar vacinas na Região, especialmente se isso permitisse reduzir os respectivos custos, e propuseram que o Comité Regional aprovasse uma resolução para apoiar a implementação das recomendações supracitadas.

PREVENÇÃO DAS INCAPACIDADES E REABILITAÇÃO : ANÁLISE DA SITUAÇÃO REGIONAL E FUTURAS TENDÊNCIAS (Documento AFR/RC45/15)

41. O Documento AFR/RC45/15 foi apresentado pelo Dr. S. J. Thorpe (Secretariado), que salientou que o mesmo tinha por objectivo chamar a atenção do Comité Regional para os problemas de incapacidade e reabilitação nos países africanos, dado que, no passado, as autoridades sanitárias e os profissionais de saúde da Região tinham-se preocupado mais com os problemas de morbilidade e mortalidade agudas do que com as questões menos dramáticas da deficiência a longo prazo e da incapacidade permanente.

42. Descreveu igualmente as principais estratégias usadas na Região para prestar serviços de reabilitação, bem como os principais domínios de actividade do programa regional. Fez notar que do documento constavam medidas para reforçar a prevenção das incapacidades e para promover a reabilitação dos deficientes.

43. Finalmente, atendendo à pouca prioridade dada à reabilitação (prevenção terciária) pela maioria dos Estados-membros da Região, convidou o Subcomité do Programa a analisar o documento e a fornecer directivas apropriadas para melhorar a situação no futuro.

44. Os membros do Subcomité do Programa foram de opinião que pouco estava a ser feito nos países na área da prevenção das incapacidades e reabilitação e que era necessário remediar a situação.

45. Fizeram notar que a reabilitação dos doentes mentais era difícil, devido à falta de apoio familiar. Apelaram aos Estados-membros para que tomassem medidas tendentes a incentivar as famílias a assumir as suas responsabilidades neste campo.

46. Realçaram a adequação da abordagem multisectorial, bem como a necessidade de promover a Informação, Educação e Comunicação (IEC) não apenas a nível da comunidade mas também entre os profissionais de saúde.

47. Referiram que havia necessidade premente de mobilização social e de actividades de IEC mais específicas, de modo a reduzir as crescentes taxas de incapacidade por acidentes.

48. Frisaram que, para efeitos de planeamento, os países necessitavam de ajuda para avaliar com maior exactidão a magnitude das incapacidades comuns.

49. Por outro lado, salientaram que os trabalhadores tinham direito à protecção contra os riscos profissionais nos seus locais de trabalho, quer os mesmos fossem de natureza física, química ou biológica. Seria necessário adoptar regulamentação a nível nacional para a prevenção dos riscos profissionais e a reparação dos danos causados por esses riscos, especialmente os acidentes de trabalho e as doenças profissionais.

50. Foram de opinião que a reabilitação baseada na comunidade era o método de eleição mas requeria formação, equipamento apropriado e a coordenação dos vários programas de reabilitação. Por outro lado, a incapacidade provocada pela lepra e a integração da saúde mental nos cuidados primários de saúde não deviam ser negligenciadas.

51. Frisaram que os países deveriam criar condições que propiciassem igualdade de oportunidades para os deficientes. Além disso, deveriam assegurar a coordenação de todos os parceiros interessados.

52. Finalmente, os membros do Subcomité decidiram propor ao Comité Regional a adopção de uma resolução adequada sobre o assunto.

PROGRESSOS REALIZADOS NA ERRADICAÇÃO DA DRACUNCULOSE, NA REGIÃO AFRICANA DA OMS (Documento AFR/RC45/13)

53. O documento AFR/RC45/13 foi apresentado pelo Dr. Barakamfitye (Secretariado), nos termos da decisão do Comité Regional constante da Resolução AFR/RC44/R15.

54. O Dr. Barakamfitye salientou os efeitos sócio-económicos negativos da dracunculose, que afecta particularmente as camadas mais produtivas e mais desfavorecidas das populações rurais.

55. Descreveu os elementos básicos da estratégia de erradicação da doença até finais de 1995.

56. Salientou a colaboração exemplar entre os diferentes parceiros e o contributo de personalidades de relevo em vários países para apoiar o programa.

57. Declarou que a análise da situação por país mostrara a diversidade das intervenções e a determinação dos Estados em tomar decisões colectivas. Finalmente, salientou as dificuldades que haviam entravado a implementação das actividades e descreveu as perspectivas de aceleração da consecussão da erradicação, tendo igualmente realçado a necessidade de alargar a estratégia de isolamento dos casos a todas as aldeias com dracunculose.

58. Os membros do Subcomité do Programa sublinharam a necessidade de reforçar as actividades de vigilância em todos os países, incluindo aqueles em que não haviam sido notificados casos autóctones, atendendo ao facto de poder haver casos importados de zonas vizinhas infectadas. Além disso, os deslocados ou os refugiados de zonas endémicas constituíam uma ameaça para a população das zonas em que a doença já tinha sido interrompida. Era necessário empreender actividades de combate transfronteiriças coordenadas, sempre que a passagem de casos através das fronteiras prejudicasse as medidas de controlo.

59. Em seguida, fizeram notar que a erradicação não seria alcançada na data fixada (1995) em muitos países. Se bem que 100.000 casos tivessem sido notificados em 1994, a continuação dos esforços permitiria reduzir a incidência da doença. Seria provavelmente difícil manter o mesmo nível de empenhamento dos doadores, dos governos e das comunidades para apoiar o programa, a partir do momento em que a incidência começasse a diminuir. Por isso, todos os países deveriam intensificar as actividades de vigilância e de combate, para alcançar a erradicação da dracunculose nos próximos anos. Alguns países já haviam iniciado a integração do programa de erradicação da dracunculose nos cuidados primários de saúde, nos programas de saúde escolar e nos sistemas nacionais de vigilância epidemiológica.

60. Os membros do Subcomité solicitaram ao Director Regional que estabelecesse as necessárias consultas com os outros parceiros técnicos e aconselhasse os Estados-membros sobre as várias medidas requeridas para implementar o processo de certificação da erradicação da dracunculose. Além disso, foram da opinião que os Estados-membros deveriam manter um elevado nível de mobilização comunitária, bem como actividades de vigilância e notificação baseadas na comunidade, até à certificação da erradicação.

61. Finalmente, propuseram a aprovação de uma resolução sobre o assunto.

SAÚDE DOS JOVENS E DOS ADOLESCENTES : SITUAÇÃO E ANÁLISE DAS TENDÊNCIAS (Documento AFR/RC45/14)

62. O documento AFR/RC45/14 foi apresentado pelo Dr. S. J. Thorpe (Secretariado).

63. Apresentou uma análise da situação actual e os problemas dos jovens na Região, com particular incidência na informação sanitária, no comportamento sexual, na infecção pelo HIV, SIDA e doenças sexualmente transmissíveis, no consumo de tabaco, álcool, drogas e outras substâncias tóxicas lícitas e ilícitas, e nos jovens em situação particularmente difícil, como, por exemplo, os refugiados.

64. Referiu que a análise mostrara a importância da melhoria das capacidades nacionais nas áreas da promoção e da sensibilização, no âmbito da abordagem intersectorial e da participação activa dos jovens na promoção da sua própria saúde, bem como na das suas comunidades.

65. Descreveu seguidamente as áreas prioritárias e as estratégias futuras para alcançar os objectivos fixados.

66. Os membros do Subcomité do Programa referiram que os seguintes factores contribuíam para os problemas de saúde dos jovens e adolescentes : falta de acesso aos serviços de saúde; não utilização dos serviços de saúde mesmo quando os mesmos existiam; difusão de mensagens negativas pelos órgãos de comunicação social sobre estilos de vida; emigração; desemprego; pobreza dos pais; absentismo escolar; pouco apoio dos pais.

67. Além disso, a infecção pelo HIV, a SIDA e as doenças sexualmente transmissíveis, as gravidezes não desejadas e os abortos, as perturbações nutricionais (por exemplo, carência de iodo) e o consumo de substâncias tóxicas foram igualmente citados como problemas que afectavam os jovens.

68. Os membros do Subcomité do Programa sublinharam em seguida que era necessário elaborar, implementar e monitorizar, com a participação dos jovens e adolescentes, políticas vocacionadas para este grupo-alvo. Além disso, era necessário delinear uma estratégia multisectorial e multidisciplinar para resolver os seus problemas. As estratégias deveriam incidir sobre as raparigas (as potenciais futuras mães), sobre os jovens das zonas urbanas e suburbanas, sobre as crianças fora das escolas e sobre os pais. Também seria necessário empreender actividades de sensibilização, em virtude de algumas práticas culturais. Por outro lado, os programas de saúde especificamente destinados aos jovens e adolescentes deveriam ser integrados nos serviços de saúde em geral, garantindo a privacidade e a confidencialidade. Haveria igualmente que intensificar os esforços no sentido de estreitar a colaboração com as ONG envolvidas em projectos para os jovens, especialmente para melhorar as suas capacidades. As actividades de aconselhamento entre jovens também seriam importantes.

69. Atendendo ao facto de os problemas dos jovens e adolescentes serem persistentemente negligenciados, os membros do Subcomité do Programa propuseram um projecto de resolução para chamar a atenção dos Estados-membros para esta importante questão.

CRITÉRIOS E FÓRMULAS DE DETERMINAÇÃO DAS DOTAÇÕES ORÇAMENTAIS A ATRIBUIR AOS ESTADOS-MEMBROS (Documento AFR/RC45/2)

70. O documento AFR/RC45/2 foi apresentado pelo Sr. D. Miller (Secretariado), que referiu que o Comité Regional, na Resolução AFR/RC40/R4, solicitara que se procedesse a uma análise dos critérios e fórmulas usados nos últimos dez anos para determinar a dotação orçamental atribuída a cada país e que, com base nessa análise, tomasse medidas apropriadas.

71. Recordou ao Subcomité que, desde o exercício financeiro de 1980-1981, a Sede Regional Africana usara um modelo com uma série de critérios e um sistema de ponderação para repartir o orçamento pelos Estados-membros da Região. Acrescentou que as dotações a atribuir aos países de acordo com os critérios haviam sido revistas pelo Director Regional e pela sua Direcção Executiva de modo a ter em conta variáveis a que o modelo não podia responder.

72. Salientou que o documento constituía o resultado de diversas medidas tomadas. Em Outubro de 1990, o Director Regional criara um grupo interno de trabalho para analisar o documento; em 1991, apresentara o relatório desse grupo ao Subcomité do Programa e consultara os Estados-membros sobre o dito relatório; em 1992, realizara uma reunião de um grupo de peritos, para finalizar o estudo.

73. Finalmente, fez notar que, no documento, o Comité Regional era convidado a tecer comentários sobre cada uma das recomendações do grupo de peritos e a dar directivas adequadas ao Director Regional.

74. Os membros do Subcomité solicitaram esclarecimentos sobre o seguinte: i) os motivos subjacentes ao sistema de ponderação; ii) a operacionalidade de alguns critérios (por exemplo, assistência ao parto); iii) a periodicidade da revisão dos critérios e do sistema de ponderação; iv) a estratégia proposta para aplicar o modelo, reduzindo progressivamente a percentagem da dotação anterior a tomar como base; v) a maneira como a aplicação do modelo recomendado afectaria a utilização do orçamento através do AFROPOC.

75. Em seguida, fez-se notar que a ponderação dada a um parâmetro era a percentagem do orçamento que seria distribuído pelos países, com base no valor desse parâmetro. Havia parâmetros incitativos: quanto mais altos fossem, mais favorável era a situação e mais elevada era a dotação orçamental. Além disso, havia parâmetros correctivos: quanto mais altos fossem, pior era a situação e mais elevado era o orçamento para ajudar a diminuir o valor desses parâmetros.

76. Referiu-se que no decorrer da última Reunião Regional do Programa, realizada em Março de 1995, os Representantes da OMS haviam sido informados de que a gestão do orçamento de cooperação técnica seria da responsabilidade dos países e que doravante a Sede Regional não poderia efectuar quaisquer alterações. No caso de um dado país não utilizar toda a dotação orçamental, criaram-se mecanismos adequados para tratar do assunto.

77. Tendo presente que a repartição das dotações orçamentais sempre fora um problema complexo e susceptível de ser melhorado através de revisões subsequentes, o Subcomité do Programa aprovou as seguintes recomendações do grupo de peritos:

- i) a utilização do modelo sem a dotação do biénio anterior como base deveria ser introduzida progressivamente ao longo de três exercícios bienais, reduzindo para cada biénio a percentagem da dotação anterior a tomar como base, e o novo modelo deveria ser aplicado a partir do biénio de 1998-1999;

- ii) nas directivas do Director Regional aos Estados-membros sobre a preparação do orçamento-programa, deveria chamar-se a atenção dos países cujas dotações orçamentais sofressem um pequeno aumento ou até uma diminuição para os critérios de selecção das actividades de cooperação com a OMS;
- iii) a OMS deveria dedicar particular atenção à mobilização de verbas extra-orçamentais para os países cuja dotação orçamental sofresse uma diminuição significativa;
- iv) a OMS deveria solicitar aos Estados-membros que comunicassem regularmente à Sede Regional os dados actualizados sobre os parâmetros usados no modelo;
- v) o modelo, os seus parâmetros e o sistema de ponderação deveriam ser reexaminados durante a preparação do orçamento para o primeiro biénio de cada Programa Geral de Trabalho ou de seis em seis anos.

78. Finalmente, os membros do Subcomité do Programa propuseram que o Comité Regional aprovasse uma resolução com as recomendações do grupo.

APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA (Documento AFR/RC45/10)

79. Após terem analisado, discutido aprofundadamente e feito diversas emendas, os membros do Subcomité do Programa aprovaram o respectivo relatório.

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

80. Os membros do Subcomité do Programa decidiram atribuir as responsabilidades para apresentação do seu relatório ao Comité Regional como abaixo indicado:

PONTO	Parágrafos	APRESENTADOR
1. Abertura e Introdução	1 - 8	Dr. M. O. George
2. Programa Regional de Controlo do Paludismo: Progressos realizados (Documento AFR/RC45/11)	9 - 18	Dr. N. A. Adamafio
3. Estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados nas unidades de saúde, na Região Africana (Documento AFR/RC45/16 Rev.1)	19 - 27	Dr. Nzaba Paul
4. Programa Alargado de Vacinação: Progressos realizados na erradicação da poliomielite, na eliminação do tétano neonatal e no controlo do sarampo (Documento AFR/RC45/12)	28 - 40	Dr. Darret Saheri Bernard
5. Prevenção das incapacidades e reabilitação: Situação regional e futuras tendências (Documento AFR/RC45/15)	41 - 52	Dr. N. Mapetla
6. Progressos realizados na erradicação da dracunculose, na Região Africana da OMS (Documento AFR/RC45/13)	53 - 61	Dr. Bengone Bayi
7. Saúde dos jovens e adolescentes: Situação e análise das tendências (Documento AFR/RC45/14)	62 - 69	Dr. O. Bangoura
8. Critérios de determinação das dotações orçamentais a atribuir aos Estados-membros (Documento AFR/RC45/2)	70 - 78	Sr. A. P. Gomes

ENCERRAMENTO DA SESSÃO

81. O Presidente agradeceu aos membros do Subcomité do Programa por lhe terem facilitado o desempenho do seu cargo e manifestou a sua gratidão ao Director Regional e ao Secretariado pelo respectivo apoio.

82. Em seguida, declarou encerrada a sessão.

APÊNDICE 1

LISTA DOS PARTICIPANTES

COMORES

Dr. Aboubacar Oumadi
Directeur général de la Santé publique

CONGO

Dr. Nzaba Paul
Médecin spécialiste en Santé publique
Conseiller socio-sanitaire
Cabinet du Ministre de la Santé et des Affaires sociales

Dr. Bidounga Norbert
Médecin Spécialiste en Santé publique
Chef de Projet FAC
Appui aux C.S.I.

CÔTE D'IVOIRE

Dr. Darret Seheri Bernard
Conseiller Technique

GUINÉ EQUATORIAL

Dr. Manuel Nguema Ntutumu
Directeur Général de la Santé
publique et de la Planification

ETIÓPIA

Dr. Tezera Fisseha
Head of Planning and Project

GABÃO

Bengone Bayi
Conseiller du Ministre de la Santé

Dr. Engongha-Beka Toussaint
Conseiller du Ministre de la Santé

GÂMBIA

Dr. M. O. George
Director of Health Services
Ministry of Health

Apêndice 1**GANÁ**

Dr. N. A. Adamafo
Director of Medical Services

GUINÉ

Dr. Ousmane Bangoura
Secrétaire général du Ministère de la Santé

GUINÉ-BISSAU

Sr. António Paulo Gomes
Director do Centro de Coordenação e
Gestão de Ajuda Externa
Ministério da Saúde Pública

QUÉNIA

Hon. Joshua Angatia
Minister of Health

Sr. Donald Kimutai
Permanent Secretary

Dr. James Mwanzia
Director of Medical Services

LESOTO

Dr. N. Mapetla
Director General of Health Services

SECRETARIADO

Dr. Ebrahim M. Samba
Director Regional

Dr. A. D'Almeida
Director da Gestão do Programa

Dra. Naomi Nhiwatiwa
Directora da Coordenação, Promoção e Informação do Programa

Sr. D. Miller
Director da Administração e Finanças

Dr. D. Barakamfitiye
Director da Prevenção e Controlo Integrado da Doença

Dr. M. Koumaré
Director Interino do Programa de Desenvolvimento dos Serviços de Saúde

Dr. S. J. Thorpe
Director Interino do Programa de Protecção e Promoção da Saúde

Dra. J. A. Kalilani
Directora Interina do Programa de Luta contra a SIDA

Dr. E. Lambo
Economia da Saúde, Sede Regional

Dr. L. G. Sambo
Coordenação da Estratégia da Saúde para Todos, Sede Regional

Dr. Okwo Bele
Programa Alargado de Vacinação, Sede Regional

Sr. E. K. Adikpeto
Informação em Saúde Pública, Sede Regional

Sr. L. Sanwogou
Educação para a Saúde, Sede Regional

Sra. M.H. Mathey-Boo
Coordenação Externa, Sede Regional

Sra. L. Hunter
Serviços de Literatura de Saúde, Sede Regional

Dr. A. B. H. Njie
Representante da OMS no Uganda

Apêndice 1

Prof. L. K. Manlan
Consultor Temporário

Dr. F. K. Wurapa
Consultor Temporário

Dr. B. T. Nasah
Consultor Temporário

Dr. Fidelis Morfaw
Serviço de Publicações e Documentos, Sede Regional

Sr. T. Ndedi-Essombé
Serviços Administrativos, Sede Regional

APÊNDICE 2

PROGRAMA DE TRABALHO

1. Abertura da reunião
2. Eleição do Presidente, do Vice-presidente e do Relator
3. Aprovação do programa de trabalho (documento AFR/RC45/4)
4. Programa regional de controlo do paludismo: Progressos realizados (documento AFR/RC45/11)
5. Estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados nas unidades de saúde, na Região Africana (documento AFR/RC45/16 Rev.1)
6. Programa Alargado de Vacinação: Progressos realizados na erradicação da poliomielite, na eliminação do tétano neonatal e no controlo do sarampo (documento AFR/RC45/12)
7. Prevenção das incapacidades e reabilitação: Análise da situação regional e futuras tendências (documento AFR/RC45/15)
8. Progressos realizados na erradicação da dracunculose, na Região Africana da OMS (documento AFR/RC45/13)
9. Saúde dos jovens e dos adolescentes: Situação e análise das tendências (documento AFR/RC45/14)
10. Critérios de determinação das dotações orçamentais a atribuir aos Estados-membros (documento AFR/RC45/2)
11. Atribuição de responsabilidades para apresentação do relatório do Subcomité do Programa ao Comité Regional
12. Aprovação do relatório do Subcomité do Programa (documento AFR/RC45/10)
13. Encerramento da reunião

RELATÓRIO DA REUNIÃO DO SUBCOMITÉ DO PROGRAMA, REALIZADA A 13 DE SETEMBRO DE 1995

INTRODUÇÃO

1. O Subcomité do Programa reuniu-se na quarta-feira, 13 de Setembro de 1995, em Libreville, Gabão, imediatamente após a Quadragésima-quinta sessão do Comité Regional, tendo contado com a participação de Representantes dos seguintes Estados-membros: Gana, Guiné, Côte d'Ivoire, Libéria, Madagáscar, Mali, Mauritânia e Quénia. A lista dos participantes consta do Apêndice 1.

ELEIÇÃO DO PRESIDENTE, VICE-PRESIDENTE E RELATOR

2. O Subcomité do Programa elegeu o Dr. Ousmane Bangoura (Guiné), o Vice-presidente cessante, para Presidente, o representante da Libéria para Vice-presidente e o representante das Maurícias (ausente) para Relator.

3. O Presidente agradeceu aos membros do Subcomité do Programa a confiança depositada no seu país e em si próprio, através da sua eleição para o cargo.

4. O programa de trabalho foi aprovado sem emendas (Apêndice 2).

ORIENTAÇÃO DOS NOVOS MEMBROS

5. O mandato do Subcomité do Programa foi distribuído aos seus membros.

6. Esclareceu-se que era o Estado-membro do Comité Regional que era nomeado para o Subcomité do Programa e, por conseguinte, cabia ao Estado-membro designar um representante para participar nas reuniões. Fez-se notar que os Estados-membros podiam substituir os seus representantes e que cada país tinha apenas um representante no Subcomité.

DATA E LOCAL DA PRÓXIMA REUNIÃO

7. O Presidente informou os membros do Subcomité de que a data e o local da próxima reunião do Subcomité ser-lhes-iam comunicados posteriormente pelo Secretariado.

ENCERRAMENTO DA REUNIÃO

8. O Presidente agradeceu aos membros do Subcomité o seu apoio, desejou-lhes as maiores felicidades e "bon voyage" e declarou encerrada a reunião.

LISTA DOS PARTICIPANTES**GANÁ**

Dr. N. A. Adamafo
Director of Medical Services

GUINÉ

Dr. Ousmane Bangoura
Secrétaire général du Ministère de la Santé

GUINÉ-BISSAU***CÔTE D'IVOIRE**

Dr. Darret Seheri Bernard
Conseiller technique des Programmes de Santé

QUÉNIA

Dr. James Mwanzia
Director of Medical Services

LESOTO***LIBÉRIA**

Sr. Eric D. Johnson
Advisor, Economic

MADAGÁSCAR

Dr. Rabensen Diodonné Robert
Directeur de la lutte contre les maladies transmissibles

MALAWI***MALI**

Prof. Moussa Adama Maiga
Conseiller technique en Santé publique

* Não pôde participar

Apêndice 2

MAURITÂNIA

Dr. Kane Ibrahima
Directeur, Protection sanitaire

MAURÍCIAS*

* Não pôde participar

APÊNDICE 2**PROGRAMA DE TRABALHO PROVISÓRIO**

1. Abertura da reunião
2. Eleição do Presidente, Vice-presidente e Relator
3. Orientação dos novos membros
4. Data e local da próxima reunião
5. Encerramento da reunião

RELATÓRIO DAS DISCUSSÕES TÉCNICAS

INTRODUÇÃO

1. As Discussões Técnicas da quadragésima-quinta sessão do Comité Regional, subordinadas ao tema "**Financiamento dos Cuidados de Saúde na Região Africana**", realizaram-se a 9 de Setembro de 1995.
2. O Presidente das Discussões Técnicas foi o Dr. R. R. Chatora e o presidente substituto foi o Dr. C. Sarr. Estes foram coadjuvados por dois dos três Relatores eleitos pelo Comité Regional, o Sr. A. P. Gomes para o grupo trilingue (Inglês, Francês e Português) e o Dr. D. Nshimirimana para o grupo de expressão francesa. Devido à ausência do Dr. O. Adelaja da delegação da Nigéria, eleito pelo Comité Regional para Relator do grupo de expressão inglesa, esse grupo elegeu o Dr. E. Mhlanga para o substituir.
3. O Presidente apresentou o tema, tal como o mesmo constava do documento de base, AFR/RC45/TD/1, e resumiu as directrizes das Discussões Técnicas contidas no documento AFR/RC45/TD/2. Na sua introdução, sublinhou a importância do tema deste ano e a necessidade de recomendações práticas ou orientadas para a acção, para se ultrapassarem os problemas do financiamento dos cuidados de saúde que a maior parte dos países da Região estava a enfrentar.
4. O Director Regional, nas suas observações introdutórias, referiu que o financiamento dos cuidados de saúde era uma das principais componentes da reforma do sector da Saúde. Disse que era preciso que os países da Região adoptassem essas reformas para um posicionamento correcto do sector da Saúde, com vista à aceleração da obtenção da saúde para todos os africanos.
5. O Director-Geral, nas suas observações, também referiu que o financiamento dos cuidados de saúde era um dos principais tópicos, tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos. Uma das principais questões a resolver era determinar até que ponto a experiência de uma parte do mundo podia ser transferida para outra de modo a revelar-se útil. Concluiu que a OMS estava interessada nesta questão e que o Conselho da Política Mundial estaria interessado em conhecer as recomendações saídas das discussões.
6. A seguir à curta sessão plenária, os participantes dividiram-se em grupos de trabalho e estudaram o assunto à luz do documento de trabalho, AFR/RC45/TD/1, e do respectivo guia, AFR/RC45/TD/2. Foram analisados os seguintes aspectos do tema: políticas de financiamento dos cuidados de saúde e aumento dos orçamentos para os serviços de saúde; criação de recursos financeiros adicionais (extra-orçamentais); gestão das despesas em saúde; reforma económica e financiamento dos serviços de saúde; financiamento comunitário.
7. O presente relatório constitui a síntese das intervenções dos participantes.
8. Os participantes elogiaram a qualidade do documento de trabalho AFR/RC45/TD1, o qual fornecia uma panorâmica global da actual situação do financiamento dos cuidados de saúde na Região Africana.

POLÍTICAS DE FINANCIAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE E AUMENTO DOS ORÇAMENTOS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

9. Os participantes declararam que o financiamento dos cuidados de saúde deveria ser um aspecto fundamental de qualquer reforma do sector da Saúde e constituir um capítulo-chave de todos os documentos sobre política nacional de saúde. Esse capítulo deveria confirmar claramente o compromisso financeiro dos governos relativamente ao fornecimento e financiamento de serviços de

saúde essenciais. Os governos deveriam garantir ao sector da Saúde uma dotação mínima de cinco por cento do total da despesa pública. Este deveria ser o requisito mínimo para tornar operacional a máxima : **Saúde, pré-requisito para o desenvolvimento sócio-económico.**

10. As principais preocupações dos governos no que respeita ao financiamento dos cuidados de saúde deveriam incluir : equidade no financiamento; igualdade na utilização e acesso aos cuidados, em especial para os grupos mais desfavorecidos; eficiência técnica e na distribuição dos gastos em saúde; durabilidade institucional e financeira; aceitabilidade para o cliente e para os fornecedores.

11. Embora o pacote de serviços de saúde a financiar pelo governo possa variar de país para país, este deveria incluir serviços de prevenção e promoção de saúde, cuidados materno-infantis, formação de profissionais de saúde e serviços curativos básicos. O pacote de serviços deveria ser implementado através de intervenções com melhor relação custo-eficácia.

12. Os participantes salientaram que muitos países tinham usado métodos diferentes para conseguir que outros ministérios - nomeadamente do planeamento, finanças e desenvolvimento económico - dessem prioridade ao sector da Saúde nas suas decisões sobre dotações orçamentais. A definição de prioridades era essencial para mobilizar todo o governo para as acções necessárias. Na Libéria, por exemplo, formara-se um "lobby" de parlamentares para maior transparência orçamental; na Gâmbia, considerara-se útil a elaboração de uma política nacional completa de saúde e custeamento dos serviços de saúde; na África do Sul, adoptara-se uma abordagem de formação de consensos para a formulação do documento do programa de reconstrução.

CRIAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS SUPLEMENTARES (EXTRA-ORÇAMENTAIS)

13. Os participantes sublinharam que a criação de recursos financeiros suplementares era imperiosa, atendendo à escassez dos recursos à disposição dos governos. As medidas de recuperação dos custos, particularmente quando as receitas assim geradas eram utilizadas localmente para melhorar a qualidade dos serviços, foram consideradas muito úteis. Fez-se notar que a recuperação dos custos acarretava alguns obstáculos, especialmente em termos de acessibilidade dos cuidados de saúde aos grupos populacionais desfavorecidos. Analisou-se a possibilidade de criar sistemas nacionais de seguro de saúde. Esta alternativa tinha a vantagem de estar conforme aos princípios da equidade e da solidariedade. No entanto, na criação desses sistemas deveria ter-se em conta o poder de compra da população. Além disso, devia assegurar-se o acesso geográfico e cultural a todos os serviços essenciais.

14. Salientou-se que, para melhorar a eficácia da ajuda financeira dos doadores, haveria que dedicar particular atenção de modo a assegurar que os contributos dos doadores contemplassem áreas já identificadas na política nacional de saúde e no plano de desenvolvimento. Além disso, os contributos dos doadores deveriam ser correctamente usados.

15. Por outro lado, frisou-se que os governos deveriam elaborar políticas apropriadas que incentivassem o sector privado a investir mais na Saúde. Essas políticas deveriam conter orientações claras sobre a regulamentação desse sector.

GESTÃO DAS DESPESAS EM SAÚDE

16. De entre as principais causas de ineficácia da gestão das despesas públicas em saúde destacadas pelos participantes, são de salientar: falta de administradores qualificados nas unidades de saúde, aos níveis distrital e regional; falta de transparência na gestão dos recursos; baixa motivação do pessoal; deficiente planeamento e utilização dos recursos humanos; falta de informação sobre gestão da saúde; deficientes procedimentos de encomenda; furtos, má gestão e má utilização dos medicamentos; falta de manutenção do equipamento.

17. Estes problemas poderiam ser minimizados e/ou eliminados graças à melhoria da formação em gestão dos profissionais e dos administradores de saúde, à descentralização ou regionalização dos orçamentos e à melhoria do planeamento e supervisão. Para superar o problema das despesas

correntes, o planeamento e a elaboração do orçamento dos serviços de saúde deveriam ser estreitamente integrados, por forma a que a incidência das despesas correntes em qualquer despesa de capital fosse devidamente prevista. Além disso, havia que ter mais cuidado em aceitar "projectos doados".

18. Para resolver o problema da baixa motivação do pessoal, haveria que pôr a tónica em planos de carreira adequados, de modo a garantir o desenvolvimento contínuo do pessoal. No entanto, esses planos não seriam eficazes se o pessoal não fosse regularmente pago.

19. Para resolver o problema da percentagem desproporcionada do orçamento disponível para os vencimentos do pessoal, haveria necessidade de criar normas para dotar de pessoal os vários tipos de unidades de saúde. Tal garantiria a disponibilidade de verbas orçamentais noutros domínios, o que contribuiria para o aumento da eficácia e produtividade do pessoal.

REFORMA ECONÓMICA E FINANCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

20. Os participantes fizeram notar que, quando os programas de ajustamento estrutural haviam sido pela primeira vez introduzidos em muitos países africanos, os sectores sociais foram os que mais sofreram com a redução do orçamento, em termos reais. As últimas versões dos programas de reforma económica tentaram proteger os sectores sociais. No entanto, a desvalorização monetária ocorrida em muitos países teve efeitos negativos sobre a importação de produtos essenciais, como os produtos farmacêuticos, outro material e equipamento médico. Se bem que as reformas económicas fossem inevitáveis na maioria dos países, as mesmas deveriam ser efectuadas de modo a não comprometer a prestação e o financiamento de serviços de qualidade.

FINANCIAMENTO COMUNITÁRIO

21. A participação das comunidades foi considerada como um pré-requisito de qualquer desenvolvimento sócio-económico sustentável. Os participantes trocaram experiências sobre o financiamento comunitário e a co-gestão dos recursos. Exortaram os Estados-membros a elaborar políticas que incentivassem a organização de formas apropriadas de financiamento comunitário e de gestão dos serviços de saúde. Sublinharam que se deveriam criar mecanismos para se definir a forma e o contexto da participação das comunidades e para evitar a má gestão dos fundos. O Estado, contudo, não deveria, em nenhuma circunstância, alhear-se ou deixar de assumir as responsabilidades que lhe cabiam pelo estado de saúde das pessoas. Acrescentaram que os governos deviam trabalhar ao lado das comunidades e assumir a responsabilidade pelo financiamento das principais despesas de capital.

CONCLUSÃO

22. Os participantes recomendaram que, para tratar eficazmente o problema do financiamento dos cuidados de saúde que afectava a Região, seria necessário que cada Estado-membro implementasse um **pacote mínimo de acções**, com vista a: realizar a reforma do sector da Saúde, incluindo o financiamento dos cuidados de saúde como um elemento importante dessa reforma; elaborar um plano de desenvolvimento global e bem articulado, baseado numa política de saúde explícita; usar essa política e esse plano para coordenar os contributos de todos os parceiros; melhorar a qualidade dos cuidados de modo a que aqueles que o possam fazer estejam dispostos a pagar pelos serviços; envidar esforços acrescidos para sensibilizar os decisores e outros sectores a encararem a saúde como a base do desenvolvimento sócio-económico e atribuir mais recursos ao sector da Saúde; aceitar que os governos, sozinhos, já não podem prestar serviços de saúde de qualidade; criar condições que permitam a mobilização de recursos não-governamentais; reconhecer o potencial dos esforços comunitários e fornecer apoio adequado a esses esforços; definir um pacote de serviços de saúde **recomendações fossem aplicadas, uma melhor saúde seria atingível e acessível em todos os Estados-membros.**

23. A Sede Regional Africana da OMS deveria ajudar activamente os países a resolver o problema do financiamento de serviços de saúde de qualidade. Os participantes destacaram os seguintes domínios em que a Sede Regional deveria intervir: prestação de apoio técnico ao processo de reforma do sector da Saúde; elaboração de políticas de saúde e de planos globais de desenvolvimento sanitário com os respectivos custos devidamente calculados; realização de investigação operacional sobre problemas de financiamento dos cuidados de saúde; realização de estudos de caso cujos resultados seriam difundidos nos países; reforço de redes para o intercâmbio de experiências no campo do financiamento dos cuidados de saúde, aos níveis sub-regional e regional; prestação de apoio técnico à gestão e à coordenação dos doadores, bem como melhoria da capacidade dos países nestas duas áreas; realização de actividades de formação em análise dos custos e em gestão dos recursos em saúde; prestação de apoio financeiro e técnico aos Estados-membros que desejem experimentar alguns esquemas ou sistemas de financiamento dos cuidados de saúde.

24. O Director Regional realçou o facto de que a Saúde era uma responsabilidade nacional e, por conseguinte, uma grande dependência do apoio dos doadores não era justificável nem possível a longo prazo. Consequentemente, os governos deveriam consagrar mais recursos ao sector da Saúde e garantir que esses recursos fossem eficazmente geridos, por forma a criar um contexto mais favorável para o apoio de outros parceiros. Afirmou que a Sede Regional ajudaria os Estados-membros a implementar o pacote mínimo de acções definido pelos participantes.

**ORDEM DO DIA PROVISÓRIA DA QUADRAGÉSIMA-SEXTA SESSÃO
DO COMITÉ REGIONAL**

1. Abertura da 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 sucinto do Director Regional relativo a 1995
 - 6.2 Situação da infecção pelo HIV/SIDA na Região Africana
 - 6.3 Implementação da estratégia da Saúde para Todos na Região Africana
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 99ª sessão do Conselho Executivo e da 50ª 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 Projecto de orçamento-programa para 1998-1999
 - 8.2 Estratégia regional para acelerar a redução da mortalidade materna e neonatal na Região Africana : Progressos realizados
 - 8.3 Mulheres, Saúde e Desenvolvimento para os anos 90
 - 8.4 Controlo de qualidade dos medicamentos na Região Africana
 - 8.5 Programa Alargado de Vacinação : Progressos realizados
 - 8.6 Estratégias regionais de controlo das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas
 - 8.7 Progressos realizados na erradicação da dracunculose
 - 8.8 Programa de luta contra a cegueira : Estratégias regionais

9. Discussões técnicas
 - 9.1 Apresentação do relatório das Discussões Técnicas
 - 9.2 Nomeação do Presidente e do Presidente substituto das Discussões Técnicas de 1997
 - 9.3 Escolha do tema das Discussões Técnicas de 1997
10. Datas e locais de realização das 47^a e 48^a sessões do Comité Regional
11. Aprovação do relatório do Comité Regional
12. Encerramento da quadragésima-sexta sessão do Comité Regional

LISTA DOS DOCUMENTOS

Referência	Título
	- Abertura da quadragésima-quinta sessão do Comité Regional Africano
AFR/RC45/1/Rev.2/3	- Ordem do dia provisória
AFR/RC45/2	- Critérios de atribuição das dotações orçamentais aos países
AFR/RC45/3	- Relatório bienal do Director Regional relativo a 1993-1994
AFR/RC45/3 Add.1	- Programa Especial de Cooperação com a República do Ruanda
AFR/RC45/4	- Programa de trabalho provisório do Subcomité do Programa
AFR/RC45/5	- Prevenção e luta contra a SIDA na Região Africana : Progressos realizados
AFR/RC45/6	- Tabaco ou Saúde na Região Africana
AFR/RC45/7	- Modalidades de implementação das resoluções de interesse regional aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde e pelo Conselho Executivo
AFR/RC45/8	- Incidências regionais das ordens do dia da 97ª sessão do Conselho Executivo e da 49ª Assembleia Mundial da Saúde
AFR/RC45/9	- Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
AFR/RC45/10	- Relatório do Subcomité do Programa
AFR/RC45/11	- Programa regional de controlo do paludismo : Progressos realizados
AFR/RC45/12	- Programa Alargado de Vacinação : Progressos realizados na erradicação da poliomielite, na eliminação do tétano neonatal e no controlo do sarampo
AFR/RC45/13	- Progressos realizados na erradicação da dracunculose, na Região Africana da OMS
AFR/RC45/14	- Saúde dos jovens e dos adolescentes : Situação e análise das tendências
AFR/RC45/15	- Prevenção das incapacidades e reabilitação : Análise da situação regional e futuras tendências

Referência	Título
AFR/RC45/16 Rev.1	- Estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados nas unidades de saúde, na Região Africana
AFR/RC45/17	- Relatório das Discussões Técnicas
AFR/RC45/18	- Nomeação do Presidente e do Presidente substituto das Discussões Técnicas de 1996
AFR/RC45/19	- Escolha do tema das Discussões Técnicas de 1996
AFR/RC45/20	- Datas e locais de realização das 46 ^a e 47 ^a sessões do Comité Regional, em 1996 e 1997
AFR/RC45/21	- Relatório do Comité Regional
AFR/RC45/22	- Distribuição por países das funções exercidas nas sessões anteriores do Comité Regional
AFR/RC45/23 Rev.1	- Lista de participantes no Comité Regional
AFR/RC45/24	- Lista de participantes no Subcomité do Programa
AFR/RC45/TD/1	- Discussões Técnicas : Financiamento dos cuidados de saúde na Região Africana
AFR/RC45/TD/2	- Guia para as Discussões Técnicas
AFR/RC45/INF/01 e AFR/RC45/INF/01 Add.1	- Boletim informativo
AFR/RC45/INF/02	- Lista dos documentos
AFR/RC45/INF.DOC/1	- Actividades do Painel de Peritos sobre "Melhor Saúde em África"
AFR/RC45/WP/01	- Relatório da Comissão de Designações
AFR/RC45/SCC*/1	- Lista das cartas credenciais
AFR/RC45/SCC/2*	- Ordem do dia da reunião da Comissão de Verificação de Poderes
AFR/RC45/SCC/3	- Primeiro relatório da Comissão de Verificação de Poderes

* Documentos internos distribuídos apenas aos membros da Comissão de Verificação de Poderes

<i>Referência</i>	<i>Título</i>
AFR/RC45/SCC/4	- Segundo relatório da Comissão de Verificação de Poderes
	- Encerramento da quadragésima-quinta sessão do Comité Regional Africano
AFR/RC45/Conf.Doc/1	- Alocução do Dr. Ebrahim M. Samba, Director Regional da OMS, por ocasião da cerimónia de abertura da 45ª sessão do Comité Regional
AFR/RC45/Conf.Doc/2	- Alocução do Prof. Olikoye Ransome-Kuti, Presidente do Painel do Banco Mundial para "Melhor Saúde em África"
AFR/RC45/Conf.Doc/3	- Mensagem do Dr. Peter Piot, Director Executivo do Programa Conjunto das Nações Unidas contra o HIV/SIDA
AFR/RC45/Conf.Doc/4	- Alocução do Sr. Pascal Gayama, Secretário-Geral Adjunto da OUA
AFR/RC45/Conf.Doc/5	- Alocução da Sra. Torid Skard, Directora Regional do UNICEF para a África Ocidental e Central
AFR/RC45/Conf.Doc/6	- Alocução do Dr. Hiroshi Nakajima, Director-Geral da Organização Mundial de Saúde
AFR/RC45/Conf.Doc/7	- Alocução de encerramento de Sua Excelência El Hadj Omar Bongo, Presidente da República Gabonesa
AFR/RC45/Conf.Doc/8	- Alocução do Sr. Christophe Dabiré, Ministro da Saúde do Burkina Faso e Presidente da 44ª sessão do Comité Regional Africano
AFR/RC45/Conf.Doc/9	- Alocução de abertura de Sua Excelência Paulin Obame Nguema, Primeiro-Ministro Gabonês
	- Questionário sobre a quadragésima-quinta sessão do Comité Regional Africano

DECISÕES PROCESSUAIS

Decisão Nº 1	Composição da Comissão de Designações
Decisão Nº 2	Eleição do Presidente, Vice-presidentes e Relatores
Decisão Nº 3	Composição da Comissão de Verificação de Poderes
Decisão Nº 4	Credenciais
Decisão Nº 5	Membros habilitados a designar pessoas para o Subcomité do Programa
Decisão Nº 6	Escolha do tema das Discussões Técnicas de 1996

- Decisão N° 7 Designação do Presidente e do Presidente substituto das Discussões Técnicas de 1996
- Decisão N° 8 Ordem do dia da quadragésima-sexta sessão do Comité Regional
- Decisão N° 9 Incidências regionais das ordens do dia da 97ª sessão do Conselho Executivo e da 49ª Assembleia Mundial da Saúde
- Decisão N° 10 Método de trabalho e duração da Assembleia Mundial da Saúde
- Decisão N° 11 Datas e locais de realização das 46ª e 47ª sessões do Comité Regional
- Decisão N° 12 Designação dos representantes da Região no Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Reprodução Humana: Participação na Comissão para as Políticas e a Coordenação
- Decisão N° 13 Designação dos representantes da Região Africana no Conselho Conjunto de Coordenação (JCB) do Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais

RESOLUÇÕES

- AFR/RC45/R1 Prevenção e luta contra o HIV/SIDA/DST na Região Africana
- AFR/RC45/R2 Critérios e fórmulas de determinação da dotação orçamental a atribuir a cada Estado-membro
- AFR/RC45/R3 Estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados nas unidades de saúde, na Região Africana da OMS
- AFR/RC45/R4 Programa regional de controlo do paludismo
- AFR/RC45/R5 Programa Alargado de Vacinação : Objectivos da luta contra a doença - Começou a contagem decrescente !
- AFR/RC45/R6 Prevenção das incapacidades e reabilitação : Análise da situação regional e futuras tendências
- AFR/RC45/R7 Saúde dos jovens e adolescentes : Situação e análise das tendências
- AFR/RC45/R8 Erradicação da dracunculose
- AFR/RC45/R9 Implementação da estratégia da Saúde para Todos
- AFR/RC45/R10 Moção de agradecimento